MINISTÉRIO DA SAÚDE

Capacitação em Prevenção de Incapacidades em Hanseníase

CADERNO DO MONITOR

Biblioteca MS
10001028993

02.73
e.2

Brasília – DF
2010

100010 289 93
Tomb AG 2
Date:

Biblioteca do Ministério da Saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica

Capacitação em Prevenção de Incapacidades em Hanseníase

CADERNO DO MONITOR

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

AG
616-002.73
B823c
c.2
MONIT

Brasília – DF
2010

© 2010 Ministério da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 3000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional
de Controle da Hanseníase
SCS Quadra 4, Bloco A, Edifício Principal, 3º Andar
CEP: 70304-000, Brasília – DF
Tel.: 3213-8189

Instituições parceiras:
ALM – American Leprosy Missions
ILEP – Federação Internacional de Luta contra a Hanseníase
Adaptado do catálogo Saúde para a Vida, produzido pela ILEP Brasil, baseado no original da ALM Train the Trainers Manual for Preventing Disability in Hansen's Disease, 1997.

Coordenação Técnica do Projeto:
CGPNCH/DEVEP/SVS/MS e ALM/ILEP BRASIL

Organização:
Coordenação-Geral do Programa Nacional
de Controle da Hanseníase e ALM/ILEP BRASIL

Coordenação geral:
Maria Aparecida de Faria Grossi
Carmelita Ribeiro de Oliveira
Danusa Fernandes Benjamim

Coordenação de texto para editoração e publicação:
Maria Rita Coêlho Dantas

Produção Editorial:
Nucom/SVS/MS

Autoras:
Hannelore Vieth, Linda Lehman (Coordenadora), Lúcia Helena Soares Camargo Marciano, Mariângela Pedroso Pioto, Maria Beatriz Penna Orsini, Priscila Leiko Fuzikawa, Ronise Costa Lima, Rosemari Baccarelli, Selma R. Axcar Salotti e Soraya Diniz Gonçalves.

Assessores de conteúdo:
Coordenação da CGPNCH/DEVEP/SVS/MS, Coordenação de Controle da Hanseníase/MG/SP, Eni da Silveira Batalha de Magalhães, Maria Ana Araújo Leboeuf, Maria Aparecida de Faria Grossi, Maria da Conceição Cavalcanti Magalhães, Maria Leide W. de Oliveira, Sebastião Alves de Sena Neto e Wagner Moreira.

Revisores de conteúdo:
Cláudia Maria Escarabel, Dilma Maria Lima Rocha, Hannelore Vieth, Linda Faye Lehman e Priscila Leiko Fuzikawa.

Projeto gráfico e diagramação:
Carlos Neri

Ilustrações:
Alexandre Martins Soares

Revisão de texto:
Denise Goulart

Editora MS
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: *http://www.saude.gov.br/editora*

Equipe editorial:
Normalização: Adenilson Félix

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.
Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase : caderno do monitor / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
192 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1691-8

1. Hanseníase. 2. Agravos à saúde. 3. Incapacidade. I. Título. II. Série.

CDU 616-002.73

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0094

Títulos para indexação:
Em inglês: Training on prevention of disability in Hansen's disease: notebook monitor
Em espanhol: Capacitación en prevención de discapacidad en hanseniase: cuaderno del monitor

AGRADECIMENTOS

À Sra. Terezinha Prudêncio da Silva, viúva de Francisco Augusto Vieira Nunes – o Bacurau, pelo texto teórico 1;

À Editora LTC Livros Técnicos e Científicos Editora S/A, pela permissão para publicação do texto teórico 2 do Doutor Erving Goffman;

Às autoras Linda Faye Lehman, Lúcia Helena Soares Camargo Marciano, Maria Beatriz Penna Orsini e Rosemari Baccarelli, pelo texto teórico 3;

Ao Dr. David Schollar, pela permissão para a publicação do texto teórico 4 do Doutor Charles K. Job;

Às autoras Lúcia Cristofonili e Eliana Fonseca Ogusku, pela permissão para publicação do texto teórico 5 pela Revista Salusvita;

À American Leprosy Missions – ALM, pela autorização para a publicação conjunta do texto.

Sumário

Apresentação 9

Introdução 11

Participantes: descobrindo-se por meio de uma dinâmica quebra-gelo 13

Dinâmica "Quem é você?" 13

Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção inicial) 15

Autoavaliação inicial 15

Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento inicial) 21

Terminologias e conceitos 25

Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) 25

Conceitos de prevenção e reabilitação 26

Dados epidemiológicos em hanseníase 29

Casos novos de hanseníase, total e em menores de 15 anos, grau 2 de incapacidade, número e percentual nos 17 países com maior número de casos em 2008 29

Número de casos novos de hanseníase e coeficiente de detecção na população geral e em menores de 15 anos – Brasil – 2008 30

Número e percentual de casos novos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física, segundo unidade federada – Brasil – 2008 31

Exemplo comparativo: casos novos x GI 2 32

Mapa dos *clusters* de hanseníase no Brasil 32

Estigma 33

Texto teórico 1 33

Texto teórico 2 36

SALSA e escala de participação 39

Introdução à SALSA e à escala de participação 39

SALSA 41

Escala de participação 47

Anatomia 57

Desenhos de anatomia: identificando estruturas 57

Avaliando o paciente – Deficências 65
Avaliação neurológica simplificada 65
Bula sobre o estesiômetro (monofilamento) 69
Prática com o teste de sensibilidade: utilizando o estesiômetro 71
Força muscular e indicação dos exercícios 72
Texto teórico 3 72

Registrando o grau de incapacidade 83
Grau de incapacidade (OMS) 83
Definições 84
Formulário para registrar o grau de incapacidade 86
Prática com o registro do grau 87
Diferença entre avaliação neurológica, grau de incapacidade e escore OMP 92

Função neural – Reações 95
Funções e lesões das fibras neurais 95
Critérios para suspeitar e/ou confirmar alterações na função neural 96
Neurites 96
Reações 97
Reações e neurites: alterações e condutas 98
Texto teórico 4 99

Procedimentos e cuidados 107
Nariz: alterações e condutas 107
Texto teórico 5 108
Pele 113
Pés 114
Autocuidados – Resumo 118
Critério para intervenção/encaminhamento 120

Úlceras 123
Tipos e características das úlceras 123
Avaliação da úlcera – Características 124
Fatores que retardam ou impedem a cicatrização 124
Cuidados com úlceras 125

Monitoramento e planejamento das atividades de PI 127
Exercício 1: consolidação da coorte de casos novos em 2006 127
Consolidação e análise dos dados 129
Exercício 2: dados de pacientes avaliados na capacitação ou dados de prontuários 130
Prevenção de danos 134
Lista de materiais usados na prevenção de incapacidades 135

Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção final) 137
Autoavaliação final 137
Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento final) 144

Referências 149

Anexo A – Organização da capacitação em PI 151
Descrição da capacitação 151
Agendamento de pacientes 151
Cronograma de capacitação em PI 152
Lista de materiais usados para a capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase 153
Relação dos textos que podem ser reproduzidos por fotocópia e distribuídos para os participantes durante a capacitação 155

Anexo B – Material de apoio para a capacitação em PI 157
Avaliação dos sentimentos no final do dia 157
Dinâmicas 159
Avaliação final da capacitação pelo participante 165
Ficha de inscrição do participante 167

Anexo C – Consolidação dos resultados da capacitação 169
Habilidades básicas: resumo final 169
Estudo de caso – D. Juracy (resumo final) 169
Sentimentos: resumo final (total e porcentagem) 174
Relatório final da capacitação pelos monitores 175
Relatório final 178

Anexo D – Orientações sobre como trabalhar a capacitação em PI 181
Participantes: descobrindo-se por meio de uma dinâmica quebra-gelo 181
Habilidades básicas em PI (percepção inicial) 181
Terminologias e conceitos 182
Dados epidemiológicos em hanseníase 183
Estigma 184
SALSA e escala de participação 185
Anatomia 185
Avaliando o paciente – Deficências 186
Registrando o grau de incapacidade 188
Função neural – Reações 188
Procedimentos e cuidados 189
Úlceras e feridas 190
Monitoramento e planejamento das atividades de PI 190
Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção final) 191
Avaliação dos sentimentos no final do dia 192
Avaliação final da capacitação pelo participante 192

Apresentação

Este Manual de Capacitação em Prevenção de Incapacidades expressa a imensa preocupação do Ministério da Saúde com as deficiências e deformidades que podem ocorrer com as pessoas atingidas pela hanseníase.

A hanseníase é endêmica no Brasil. Registram-se em média, a cada ano, quarenta mil casos novos, dos quais 18,1% com grau de incapacidade 1 e 5,7% com grau de incapacidade 2. Esta situação afeta a vida de milhares de pessoas, que podem perder a sensibilidade, o tato e a visão, tornando-as mais vulneráveis aos riscos de acidentes, queimaduras, feridas, infecções, amputações, entre outros.

O diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção são ações prioritárias para quebrar a cadeia de transmissão da doença, reduzir incapacidades e deformidades, desconstruindo o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, seus familiares e à sociedade.

Essas ações dependem da qualificação de todos os profissionais de saúde para identificar sinais e sintomas suspeitos; do diálogo com o paciente; do encaminhamento para a realização de exames e do tratamento adequado; e da reabilitação, quando necessária. Elas dependem ainda da gestão da rede de cuidados necessários à assistência integral e igualitária às pessoas acometidas pela hanseníase.

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (CGPNCH) publicou recentemente, com o propósito de subsidiar estados e municípios, um conjunto de manuais revistos e atualizados: prevenção de incapacidades; condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes; condutas para alterações oculares em hanseníase; reabilitação e cirurgia em hanseníase e adaptações de palmilhas e calçados.

Assim, de posse desses materiais, há a necessidade de que os profissionais sejam capacitados na prevenção e tratamento das incapacidades geradas e no autocuidado. O Manual de Capacitação em Prevenção de Incapacidades vem atender esta necessidade, integrando teoria e prática. Ele é o resultado do esforço conjunto de técnicos especializados da CGPNCH/SVS/MS, de especialistas da ALM/ILEP e da contribuição valiosa de autores/editores que cederam os direitos de publicação para esta obra dos cinco textos teóricos que aqui vão reproduzidos, de acordo com os originais. Além disso, recebeu a contribuição de técnicos regionais e locais, que foram os primeiros participantes dessas oficinas. A todos esses nossos parceiros, os nossos agradecimentos.

Coordenadora da CGPNCH

Secretário de Vigilância em Saúde

Introdução

A primeira versão do catalogador *Saúde para a Vida* foi desenvolvida e utilizada em todas as 27 unidades federadas do Brasil, durante dois anos, de 1997 a 1999. O uso continuado desse manual de capacitação nos diferentes estados, bem como a demanda para que o mesmo fosse atualizado, estimulou a ILEP a apoiar a atualização do mesmo, a fim de que pudesse ser incorporado ao conjunto de materiais educativos da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde.

Para que se pudesse ter um instrumento que facilitasse a organização de capacitação em PI, levou-se em conta as experiências e as demandas dos profissionais do campo.

A organização do conteúdo por módulos facilita o uso do material para atender a uma variedade de necessidades da capacitação e permite flexibilidade no agendamento do mesmo. O manual ajuda os monitores a focarem os conhecimentos e as habilidades básicas necessários para se prevenir e/ou minimizar as incapacidades, e padroniza os métodos de avaliação, documentação e tratamento. Esses conhecimentos e habilidades básicas desenvolvem uma base sólida para se acrescentar atividades de reabilitação mais complexas.

Essa edição atualiza os módulos existentes e acrescenta outros sobre como avaliar as realizações das atividades diárias e participação social. Dessa forma, a prevenção de incapacidades pode ser abordada de forma mais holística, incluindo deficiências, limitações de atividades, restrições de participação social e aspectos do ambiente que afetam as incapacidades. Um módulo diferente sobre o monitoramento das atividades de PI foi incluído para ajudar os serviços de saúde a:

- identificar as necessidades de PI;
- planejar e organizar intervenções em PI;
- monitorar e avaliar os resultados das intervenções;
- integrar as atividades de PI nas ações de controle da hanseníase;
- reunir e agrupar os conteúdos mínimos necessários ao conhecimento e prática com as atividades de PI;
- permitir a atuação de profissionais de diferentes categorias (auxiliares, agentes de saúde, médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas etc.);
- facilitar a uniformização e organização no repasse do conteúdo;
- acompanhar, avaliar e expandir as atividades de PI de acordo com as habilidades, conhecimentos, recursos disponíveis e necessidades encontradas.

Padronizar e uniformizar procedimentos são necessários para a construção de um roteiro-guia de trabalho, mas é fundamental observar e respeitar as individualidades e as diversidades, estimulando a criatividade de cada indivíduo, unidade federada e município.

É importante que durante todo o processo de capacitação se utilize de uma metodologia participativa, na qual os monitores facilitam o aprendizado oferecendo oportunidades para a prática de habilidades, o que dá aos participantes a autoconfiança necessária para que possam implementar as atividades de PI em seus respectivos serviços. É necessário esforço continuado para se desenvolver

equipes estaduais e municipais de consultores técnicos que possam colaborar no desenvolvimento e expansão das atividades de PI.

A colaboração entre organizações governamentais e não governamentais e consultores técnicos tem demonstrado a importância das parcerias para que se possa alcançar o objetivo da prevenção de incapacidades em hanseníase.

Vale ressaltar a voz de uma parceria fundamental para que esse manual pudesse se tornar realidade: a ONG ALM Internacional (American Leprosy Missions).

Nos últimos 15 anos estivemos observando a mudança no conceito de prevenção. Anteriormente, procurávamos evitar as complicações dos problemas já existentes (deformidades, úlceras, isolamento social etc.). Hoje, buscamos evitar a instalação de qualquer problema, desde o momento do diagnóstico.

Paralelamente, também observamos algumas mudanças nas metodologias de capacitação em PI. A princípio, observávamos que havia muita informação, deixando os participantes confusos, assustados, inseguros e sem saber onde e como começar. A prática era pouca, os locais, bem diferentes da realidade das Unidades Básicas de Saúde, dificultando a adaptação de cada participante à sua realidade local. Outro aspecto era a existência de uma grande diversidade de profissionais especializados atuando nas atividades de PI. Isto fazia com que as unidades pequenas e com pouco número de profissionais achassem que não podiam fazer nada. Isto também gerava a impressão de que PI era uma atividade separada das ações básicas de controle da hanseníase.

Observando as capacitações e as supervisões, percebemos que as pessoas tinham conhecimento, mas lhes faltava habilidade e confiança para realizar as técnicas.

A experiência com diferentes metodologias mostrou ser importante desenvolver com os participantes a autoconfiança, para que possam implantar e/ou implementar as atividades básicas de PI junto às ações de controle da hanseníase (ACH). As teorias confirmam que o indivíduo faz aquilo que acredita saber fazer. Sabemos que, melhorando as habilidades, aumentaremos a possibilidade de as pessoas, realmente, se sentirem confiantes com o que aprenderam.

Foi também observando as mudanças que, a pedido da Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (CGPNCH), do Departamento de Vigilância em Saúde (DEVEP), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), surgiu o Projeto Nacional de Prevenção de Incapacidades Físicas em Hanseníase, um projeto conjunto da CGPNCH com a nossa ONG e que conta com a experiência de diversos técnicos de todo o Brasil. Ele busca, através da procura, padronização e uniformização, facilitar a implantação e/ou implementação das atividades básicas de PI. Procura, ainda, incentivar unidades federadas e municípios, uma vez capacitados, a multiplicar as capacitações e realizar as necessárias supervisões.

Participantes: descobrindo-se por meio de uma dinâmica quebra-gelo

Dinâmica "Quem é você?"

Objetivo

- Quebra-gelo.

Instrução

- Encontrar pessoas no grupo que tenham uma das características listadas abaixo, escrevendo o nome na coluna "nome". Quantas você conseguirá, em 5 minutos?

Observação

- O nome de cada participante só pode ser utilizado uma vez.

Duração

- 5 minutos.

Características	Nome
1. Assiste à novela das oito horas	
2. Usa lentes de contato	
3. É avô/avó	
4. Tem mais de 4 filhos	
5. Anda de bicicleta	
6. Dirige algum veículo	
7. Mora sozinho	
8. Não come feijão e arroz todos os dias	
9. Já andou de trem	
10. A cor preferida é verde	
11. Não come carne	
12. Pinta o cabelo	
13. Gosta de ouvir música clássica	
14. Costuma dançar	
15. Tem olhos azuis	
16. Não mora no estado em que nasceu	
17. Assiste ao jogo de futebol toda semana	
18. Não gosta de café	
19. Já viajou para outro estado	
20. Toma café sem açúcar	

Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção inicial)

Autoavaliação inicial

Nome: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Local da capacitação: _____ Cidade: _____ Estado: _____

1º
PERCEPÇÃO INICIAL
(Data: _____ / _____ / _____)

- Marque com um X a coluna que responde como está a sua habilidade em relação à técnica listada.
- Coloque um asterisco (*) ao lado de cada técnica, caso queira ser capacitado(a) no assunto.

AVALIAÇÃO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei
Você sabe identificar:				
Limitações nas atividades da vida diária (AVD)	1			
Restrições de participação social	2			
Você sabe examinar os olhos:				
Ouvindo o paciente	3			
Fazendo a inspeção	4			
Fazendo a pesquisa da sensibilidade da córnea	5			
Testando a força muscular	6			
Testando a acuidade visual	7			

AVALIAÇÃO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei
Registrando dados no prontuário	8			
Preenchendo a ficha do grau de incapacidade (OMS)	9			
Você sabe examinar o nariz:				
Ouvindo o paciente	10			
Fazendo a inspeção	11			
Registrando dados no prontuário	12			
Você sabe examinar os membros superiores:				
Ouvindo o paciente	13			
Fazendo a inspeção	14			
Fazendo a palpação dos nervos	15			
Fazendo a pesquisa da sensibilidade	16			
Testando a força muscular	17			
Examinando a mobilidade articular	18			
Registrando dados no prontuário	19			
Preenchendo a ficha do grau de incapacidade (OMS)	20			
Você sabe examinar os membros inferiores:				
Ouvindo o paciente	21			
Fazendo a inspeção	22			
Observando o modo de andar	23			
Fazendo a palpação dos nervos	24			
Fazendo a pesquisa da sensibilidade	25			
Testando a força muscular	26			
Examinando a mobilidade articular	27			
Fazendo a inspeção do calçado	28			
Registrando dados no prontuário	29			

AVALIAÇÃO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei
Preenchendo a ficha do grau de incapacidade (OMS)	30			
SUBTOTAL A (30)				

TRATAMENTO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei
Você sabe:				
Buscar soluções para as limitações de atividades da vida diária (AVD)	1			
Buscar soluções para as restrições de participação social	2			
Identificar a necessidade de referência e contrarreferência	3			
Fazer o encaminhamento	4			
Registrar procedimentos e agendar o retorno	5			
Fazer o acompanhamento	6			
Você sabe tratar estados reacionais e neurites:				
Fazendo monitoramento da função neural:				
• Fazendo a palpação do nervo	7			
• Fazendo a pesquisa de sensibilidade	8			
• Testando a força muscular	9			
Fazendo imobilizações	10			
Dando orientações	11			
Encaminhando ao médico	12			
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	13			
Fazendo o encaminhamento	14			
Registrando procedimentos e agendando o retorno	15			

TRATAMENTO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei
Fazendo acompanhamento do processo inflamatório	16			
Você sabe tratar os olhos:				
Fazendo a limpeza	17			
Fazendo a lubrificação com colírios	18			
Ensinando os exercícios	19			
Orientando o uso de proteção diurna e noturna	20			
Ensinando autocuidados e convivência com olhos insensíveis	21			
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	22			
Fazendo o encaminhamento	23			
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	24			
Fazendo o acompanhamento	25			
Você sabe tratar o nariz:				
Fazendo limpeza com água	26			
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	27			
Fazendo o encaminhamento	28			
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	29			
Fazendo o acompanhamento	30			
Você sabe tratar as mãos:				
Fazendo a hidratação e lubrificação	31			
Ensinando os exercícios	32			
Ensinando autocuidados e convivência com mãos insensíveis	33			
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	34			

TRATAMENTO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei
Fazendo o encaminhamento	35			
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	36			
Fazendo o acompanhamento	37			
Você sabe tratar os pés:				
Fazendo a hidratação e lubrificação	38			
Ensinando os exercícios	39			
Ensinando autocuidados e convivência com pés insensíveis	40			
Ensinando a escolher o calçado adequado	41			
Ensinando o uso de palmilhas	42			
Ensinando o uso do aparelho dorsiflexor para pé caído	43			
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	44			
Fazendo o encaminhamento	45			
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	46			
Fazendo o acompanhamento	47			
Você sabe tratar úlceras:				
Fazendo a limpeza	48			
Fazendo a hidratação	49			
Fazendo desbridamento	50			
Cobrindo o ferimento	51			
Orientando o repouso	52			
Ensinando autocuidados e convivência com pés insensíveis	53			
Ensinando o uso de calçado adequado	54			
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	55			

TRATAMENTO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei
Fazendo o encaminhamento	56			
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	57			
Fazendo o acompanhamento	58			
SUBTOTAL B (58)				

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei
Você sabe programar material básico para atividades de prevenção de incapacidades em hanseníase:				
Fazendo o levantamento das necessidades	1			
Planejando e justificando os materiais solicitados	2			
Encaminhando a solicitação do material	3			
Recebendo e armazenando o material	4			
Acompanhando a utilização do material	5			
Fazendo avaliação das habilidades e atividades feitas para prevenir incapacidades em hanseníase	6			
SUBTOTAL C (6)				

PERCEPÇÃO INICIAL

(Data: _____ / _____ / _____)

Total A+B+C: _____

Porcentagem: $\frac{\text{Nº absoluto (total)}}{188} \times 100 =$ _____

Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento inicial)

Data da capacitação: ____ / ____ / ____ Local: _____

Nome: _____

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Há quanto tempo trabalha com hanseníase? _____

Há quanto tempo trabalha com PI em hanseníase? _____

1. Você deve realizar as avaliações de olho, nariz, mão e pé para identificar, prevenir e acompanhar as incapacidades.

   a) Quais pacientes devem ser avaliados?

   _____

   _____

   _____

   _____

   b) Nessas avaliações, quais dados devem ser documentados?

   Olhos: _____

   _____

   Nariz: _____

   _____

   Mãos (membros superiores): _____

   _____

   Pés (membros inferiores): _____

   _____

   c) Com que frequência se deve realizar essas avaliações?

   _____

   _____

   _____

   _____

   d) O que se deve fazer para garantir que você ou outro profissional possa verificar melhora, ou piora, em uma próxima avaliação?

   _____

   _____

   _____

   _____

2. Estamos recebendo D. Juracy em nosso serviço pela primeira vez. Hoje foi confirmado o diagnóstico de hanseníase. Durante a entrevista, D. Juracy relata que algumas vezes os objetos caem de suas mãos facilmente e que os pés estão como se fossem "pesados".

a) Qual a sua suspeita?

b) Como confirmar ou descartar sua suspeita?

c) Confirmada a suspeita, que conduta você adotará?

3. No exame, foi observado que D. Juracy tem perda de sensibilidade protetora na área plantar do pé direito, com uma bolha na cabeça do primeiro metatarsiano e uma área com hipertermia na cabeça do quinto metatarsiano.

a) Você verificou a necessidade de ensinar à paciente as técnicas de autocuidados. Quais as orientações que você daria à D. Juracy?

b) O que você faria para aliviar a pressão sobre o primeiro e quinto metatarsianos?

4. Após 30 dias, nossa cliente retornará para a dose supervisionada com outro profissional.

a) Como você pode garantir que verá D. Juracy nesse mesmo dia?

b) Como você verifica se D. Juracy assimilou, ou não, as orientações e os cuidados ensinados?

5. Qual será a sua atitude diante da queixa de diminuição da visão apresentada por D. Juracy?

6. D. Juracy evoluiu bem. Os pés estão sem lesões, mas ainda há falta de sensibilidade protetora nos pés (os pés poderão ter úlceras, feridas). Inicia-se um feriado prolongado e D. Juracy observa que há um ferimento, provocado por uma tampinha de garrafa que estava dentro de seu sapato.

a) O que você espera que D. Juracy faça?

b) Nesse caso, quando D. Juracy deve procurar o posto de saúde?

7. Neste momento, a instituição solicita de você um planejamento, com o objetivo de conseguir recursos. Os recursos da prefeitura são limitados. Você terá que priorizar suas atividades, justificar a seleção de materiais, bem como apresentar os resultados, ao final do ano. Esses resultados serão utilizados para determinar a continuidade, ou não, do fornecimento de recursos.

a) Que dados você utilizará, para determinar suas prioridades nas atividades de PI e no pedido de materiais?

8. Você sabe que é importante determinar o grau de incapacidade (OMS), bem como realizar avaliações periódicas e sistemáticas de olhos, nariz, mãos e pés. Para que cada um desses dados é utilizado?

a) Para que o grau de incapacidade (OMS) é utilizado?

b) Para que os resultados do conjunto de avaliações, olho, nariz, mão e pé são utilizados?

9. No programa de ações de controle da hanseníase, quais são as ações prioritárias, para prevenir incapacidades? Cite as cinco que você considera mais importantes.

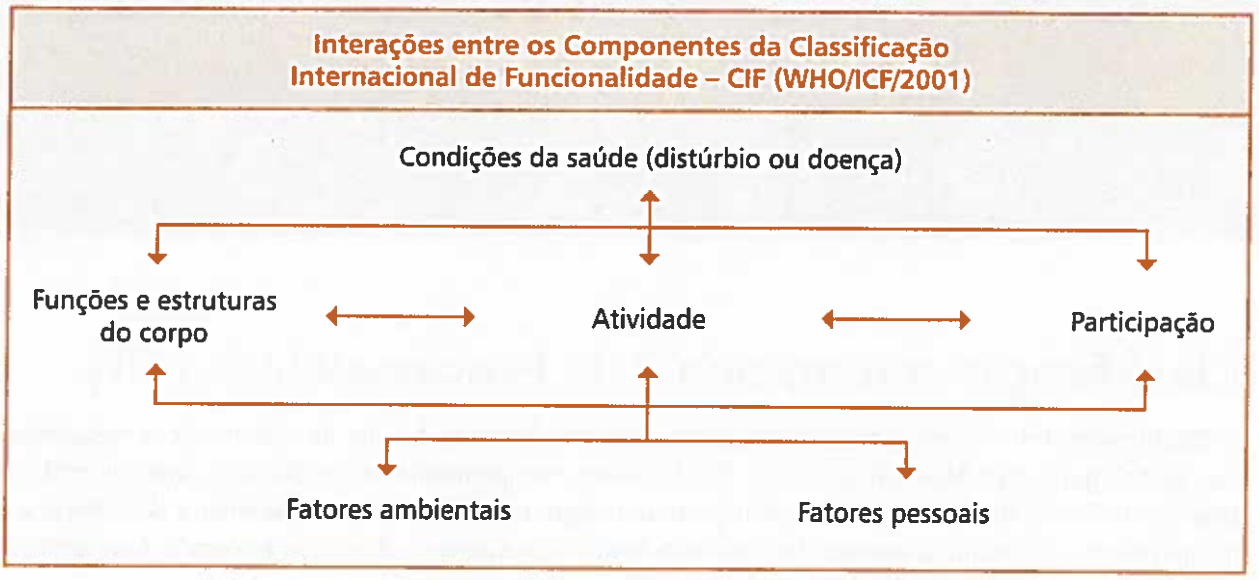
Terminologias e conceitos

Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF)

A Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) faz parte da família de classificações desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo complementar à Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, ampliando a visão do homem para incluir não apenas a dimensão biológica, mas também suas atividades, relações sociais e condições de vida.

A funcionalidade inclui as funções e estruturas do corpo, atividades e participação e é condicionada por fatores pessoais e ambientais. Dependendo da condição de saúde do indivíduo e dos fatores pessoais ou ambientais, pode haver comprometimento da funcionalidade, gerando incapacidades que se apresentam como deficiências, limitação de atividades ou restrição de participação social.

Definições dos componentes no contexto de saúde (OMS/CIF, 2001)		
Funcionalidade	Funções do corpo	Funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo funções psicológicas).
	Estruturas do corpo	Partes anatômicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes.
	Atividade	A execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
	Participação	O envolvimento numa situação da vida.
Incapacidade	Deficiência	Problemas no funcionamento ou na estrutura do corpo, como desvios ou perdas significativos.
	Limitações da atividade	Dificuldades que alguém pode ter ao executar atividades.
	Restrições de participação	Problemas que um indivíduo pode experimentar ao se envolver em situações da vida.
Fatores contextuais	Fatores ambientais	O ambiente físico, social e comportamental no qual as pessoas vivem e conduzem sua vida.
	Fatores pessoais	O histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo que não é parte de uma condição de saúde. Atributos como idade, etnia, sexo, antecedentes sociais, condição física, estilo de vida, hábitos, nível de instrução, profissão, padrão geral de comportamento e caráter ou outras características.



Conceitos de prevenção e reabilitação

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE

A prevenção de incapacidades em hanseníase inclui um conjunto de medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais, espirituais e socioeconômicos. No caso de danos já existentes, a prevenção significa medidas visando evitar as complicações. Sendo assim, o objetivo geral de PI em hanseníase é proporcionar ao paciente, durante o tratamento, e após alta, a manutenção, ou melhora, de sua condição física, socioeconômica, emocional e espiritual, presente no momento do diagnóstico da hanseníase.

REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE

Reabilitação em hanseníase é um processo que visa corrigir e/ou compensar danos físicos, emocionais, espirituais e socioeconômicos, considerando a capacidade e necessidade de cada indivíduo, adaptando-o à sua realidade.

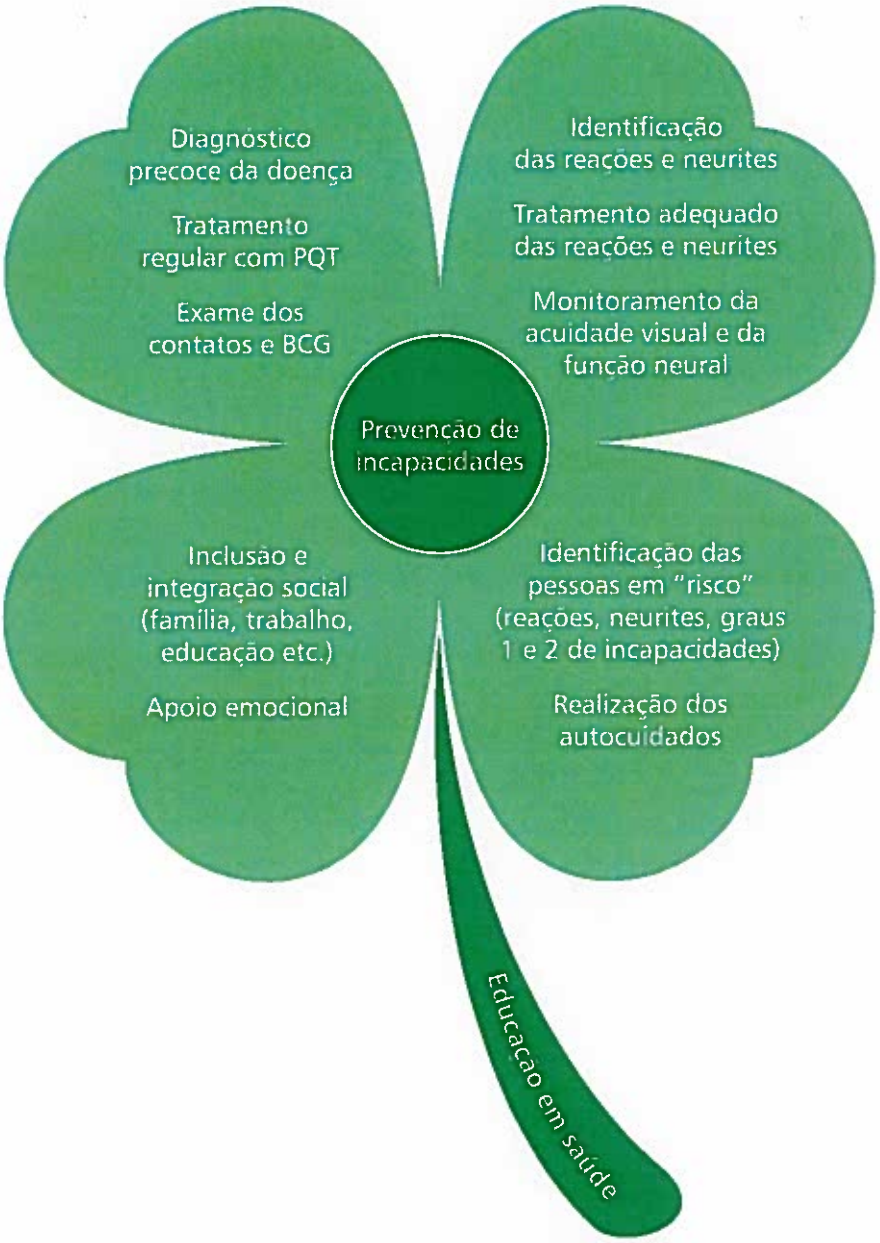
COMPONENTES DA PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE (TREVO)

- Educação em saúde.
- Diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT e aplicação de BCG em contatos.
- Detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites.
- Apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais).
- Realização de autocuidados.

A prevenção de incapacidades (PI) é parte integrada das ações de controle da hanseníase (ACH) e deve fazer parte de todas as capacitações, supervisões e atividades educativas, evitando assim a criação de programas de PI isolados.

A prevenção de incapacidades (PI) é uma atividade que precisa ser realizada por todos os profissionais responsáveis pelo atendimento ao paciente, pelo próprio paciente e pela comunidade, em parceria com outros profissionais e entidades de ajuda sociais, intelectuais e religiosas.

Trevo da prevenção de incapacidades



Dados epidemiológicos em hanseníase

Casos novos de hanseníase, total e em menores de 15 anos, grau 2 de incapacidade, número e percentual nos 17 países com maior número de casos em 2008

PAÍSES	Casos novos				
	Total	Menores de 15 anos		Grau de incapacidade 2	
		Número	%	Número	%
Angola	1.184	143	12,1	164	13,9
Bangladesh	5.249	616	11,7	329	6,3
Brasil*	39.047	2.913	7,5	2.638	7,7
China	1.614	40	2,5	357	22,1
RD Congo	6.114	804	13,2	614	10,0
Índia	134.184	13.610	10,1	3.763	2,8
Etiópia	4.170	267	6,4	455	10,9
Indonésia	17.441	1.987	11,4	1.668	9,6
Madagascar	1.763	164	9,3	243	13,8
Moçambique	1.313	69	5,3	139	10,6
Mianmar	3.365	201	6,0	442	13,1
Nepal	4.708	294	6,2	194	4,1
Nigéria	4.899	526	10,7	671	13,7
Filipinas	2.373	110	4,6	45	1,9
Sri Lanka	1.979	204	10,3	152	7,7
Sudão	1.901	77	4,1	442	23,3
Tanzânia	3.276	373	11,4	360	11,0
TOTAL	234.580	22.398	9,5	12.676	5,4

Fonte: WHO Weekly Epidemiological Record, Nº 33, 2009, 337, 338, 339 <http://www.who.int/wer/2009>.
*Fonte Sinan/SVS/MS-Brasil – Dados disponíveis em 27/07/2009.

Número de casos novos de hanseníase e coeficiente de detecção na população geral e em menores de 15 anos – Brasil – 2008

UF	Detecção geral		Detecção em menores de 15 anos	
	Número	Coef./100.000 hab.	Número	Coef./100.000 hab.
BRASIL	39.047	20,59	2.913	2,06
NORTE	8.281	54,69	822	16,58
RO	1.052	70,44	86	19,29
AC	267	39,26	30	12,37
AM	702	21,01	60	5,28
RR	189	45,79	19	13,03
PA	4.552	62,17	483	20,40
AP	191	31,15	22	9,60
TO	1.328	103,71	122	31,37
NORDESTE	15.946	30,04	1.339	8,71
MA	4.246	67,34	386	18,66
PI	1.800	57,70	152	16,42
CE	2.503	29,62	167	6,82
RN	258	8,31	26	3,07
PB	736	19,67	62	6,11
PE	2.791	31,95	292	12,24
AL	393	12,57	16	1,57
SE	446	22,31	45	7,57
BA	2.773	19,12	193	4,74
SUDESTE	7.041	8,78	367	1,93
MG	1.924	9,69	79	1,61
ES	1.076	31,16	107	12,34
RJ	1.893	11,93	100	2,71
SP	2.148	5,24	81	0,84
SUL	1.665	6,05	33	0,51
PR	1.280	12,09	28	1,08
SC	205	3,39	3	0,21
RS	180	1,66	2	0,08
CENTRO-OESTE	6.114	44,64	352	9,72
MS	629	26,93	31	4,98
MT	2.602	87,97	168	20,51
GO	2.626	44,93	137	9,07
DF	257	10,05	16	2,39

FONTE: SINAN/SVS-MS.

Observação: dados disponíveis em 27/07/2009.

Parâmetros para avaliação dos coeficientes de detecção na população geral		Parâmetros para avaliação dos coeficientes de detecção na população menor de 15 anos	
Hiperendêmico	≥ 40 casos/100.000 hab.	Hiperendêmico	≥ 10 casos/100.000 hab.
Muito alto	20 a 39 casos/100.000 hab.	Muito alto	5 a 9 casos/100.000 hab.
Alto	10 a 19 casos/100.000 hab.	Alto	2,50 a 4,9 casos/100.000 hab.
Médio	2 a 9,9 casos/100.000 hab.	Médio	0,50 a 2,49 casos/100.000 hab.
Baixo	< 2 casos/100.000 hab.	Baixo	< 0,50 caso/100.000 hab.

Número e percentual de casos novos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física, segundo unidade federada – Brasil – 2008

UF	Casos novos geral	Avaliados		Grau de incapacidade					
		Nº	%	Grau 0	%	Grau 1	%	Grau 2	%
BRASIL	39.047	34.458	88,2	23.725	68,9	8.095	23,5	2.638	7,7
NORTE	8.281	7.500	90,6	5.407	72,1	1.621	21,6	472	6,3
RO	1.052	988	93,9	716	72,5	192	19,4	80	8,1
AC	267	256	95,9	179	69,9	60	23,4	17	6,6
AM	702	674	96,0	468	69,4	154	22,8	52	7,7
RR	189	163	86,2	110	67,5	38	23,3	15	9,2
PA	4.552	4.076	89,5	3.014	73,9	821	20,1	241	5,9
AP	191	168	88,0	95	56,5	60	35,7	13	7,7
TO	1.328	1.175	88,5	825	70,2	296	25,2	54	4,6
NORDESTE	15.946	13.556	85,0	9.588	70,7	2.973	21,9	995	7,3
MA	4.246	3.376	79,5	2.249	66,6	858	25,4	269	8,0
PI	1.800	1.654	91,9	1.267	76,6	289	17,5	98	5,9
CE	2.503	2.173	86,8	1.512	69,6	490	22,5	171	7,9
RN	258	228	88,4	157	68,9	51	22,4	20	8,8
PB	736	560	76,1	388	69,3	119	21,3	53	9,5
PE	2.791	2.502	89,6	1.830	73,1	510	20,4	162	6,5
AL	393	333	84,7	211	63,4	82	24,6	40	12,0
SE	446	375	84,1	256	68,3	88	23,5	31	8,3
BA	2.773	2.355	84,9	1.718	73,0	486	20,6	151	6,4
SUDESTE	7.041	6.399	90,9	3.974	62,1	1.794	28,0	631	9,9
MG	1.924	1.841	95,7	1.072	58,2	567	30,8	202	11,0
ES	1.076	972	90,3	724	74,5	201	20,7	47	4,8
RJ	1.893	1.726	91,2	1.135	65,8	447	25,9	144	8,3
SP	2.148	1.860	86,6	1.043	56,1	579	31,1	238	12,8
SUL	1.665	1.552	93,2	868	55,9	491	31,6	193	12,4
PR	1.280	1.188	92,8	674	56,7	379	31,9	135	11,4
SC	205	197	96,1	104	52,8	62	31,5	31	15,7
RS	180	167	92,8	90	53,9	50	29,9	27	16,2
CENTRO-OESTE	6.114	5.451	89,2	3.888	71,3	1.216	22,3	347	6,4
MS	629	522	83,0	335	64,2	147	28,2	40	7,7
MT	2.602	2.257	86,7	1.655	73,3	509	22,6	93	4,1
GO	2.626	2.434	92,7	1.784	73,3	478	19,6	172	7,1
DF	257	238	92,6	114	47,9	82	34,5	42	17,6

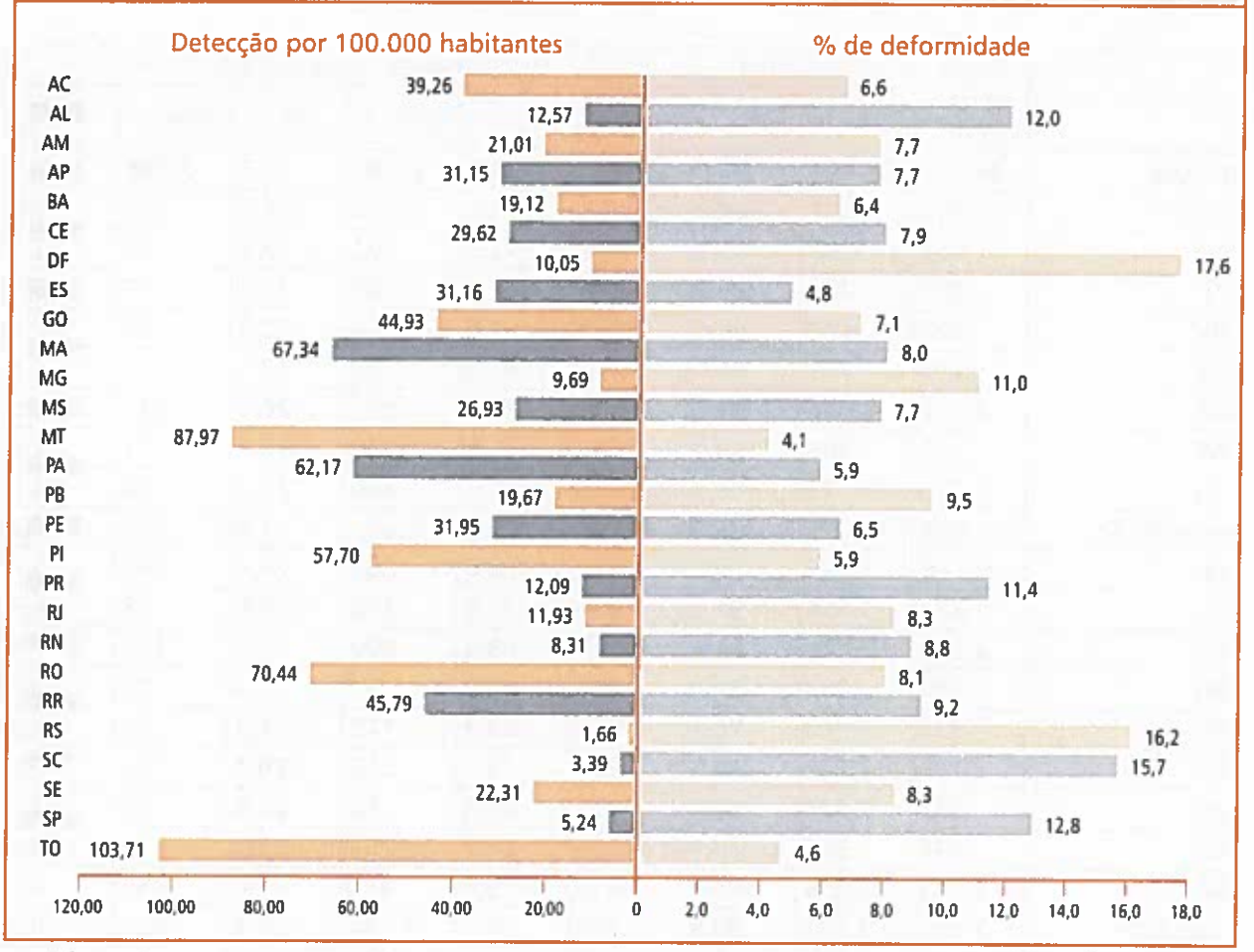
FONTE: SINAN/SVS-MS.

Observação: dados disponíveis em 27/07/2009.

Parâmetros			
Avaliados		Grau 2	
Precário	< 75,0%	Alto	≥ 10,0%
Médio	75,0 a 89,9%	Médio	5,0 a 9,9%
Bom	≥ 90,0%	Baixo	< 5,0%

Exemplo comparativo: casos novos x GI 2

Coeficiente de detecção dos casos novos de hanseníase e percentual do grau 2 de incapacidade avaliados no diagnóstico, segundo UF de residência, Brasil, 2008

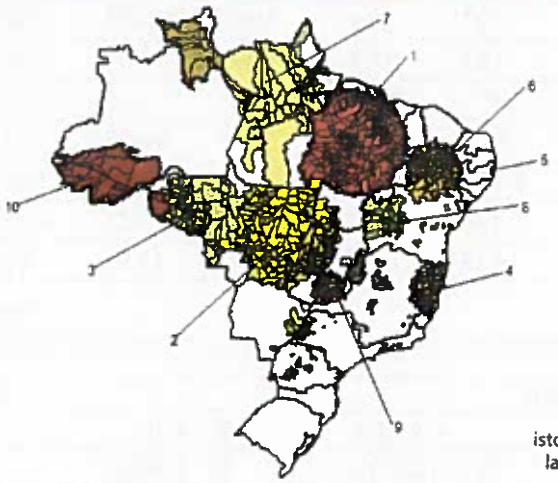


Fonte: Sinan/SVS-MS.

Dados disponíveis em 27/07/2009.

Mapa dos *clusters* de hanseníase no Brasil

10 primeiros *clusters* de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007, Brasil*



*O *cluster* 10 tem efeito de borda, isto é, não existem dados para o outro lado da fronteira; por isso é irregular.

Fonte: Penna, MLF – MS, 2008.

Estigma

Texto teórico 1

Neste texto apresentado no Congresso Internacional de Hanseníase em 1993, na Flórida, EUA, o hanseniano Bacurau (FRANCISCO AUGUSTO VIEIRA NUNES), deixa um legado de importância para quebra do estigma na hanseníase - a que ele chama de identidade perversa.[1]

Nós, pessoas humanas, somos o que de mais valioso e perfeito existe na Terra e, até mesmo, em todo o universo que conhecemos. Nós somos capazes de andar, de falar, de cantar, de pensar, de amar... e tantas outras coisas maravilhosas, sem que seja preciso usar pilhas ou computador. E todos esses predicados são encontrados tanto no rico quanto no pobre; no milionário, quanto no mendigo; no nosso filho e no menino que vive na rua.

Nada se compara em valor, em beleza, em complexidade, em perfeição com o bêbado que dorme debaixo de jornais nos bancos da praça. Nem o nosso carro, nem a nossa casa, nem a nossa obra de arte, nem a nossa conta bancária... a não ser nós mesmos.

Por outro lado, nós, pessoas humanas, somos, ao mesmo tempo, um ser físico, um ser social, um ser psicológico, um ser cultural. Cada uma dessas dimensões são complementares da outra, e a "vida" de cada uma é "alimentada" pelas demais. O que atinge uma, afeta a todas.

Perder uma perna, por exemplo, não afeta apenas a dimensão física. Na "cultura" do perfeito, seguindo padrões estabelecidos, a vida social de uma pessoa de uma perna só tem barreiras que são quase intransponíveis: na dança, no esporte, no simples caminhar num parque. O impacto psicológico, então, é ainda mais difícil de ser absorvido. Culturalmente, a pessoa passa a ser vista e tratada de forma diferente e até ganha um novo nome: "perneta". Nosso referencial passa a ser a nossa deficiência física: "...aquele doutor que tem só uma perna...", por exemplo. Dependendo da situação, ora somos tratados com preconceitos, ora com piedade; outras vezes, com a constante exigência de autossuperação para sermos aceitos como normais etc.

Um outro aspecto é que podemos perder um dedo, um braço, uma mão, um pé, de várias formas: acidentes, guerras, brigas corporais, doenças etc. Curioso é que essas causas de danos físicos podem ser mais ou menos danosas às outras "partes": perder um dedo da mão numa guerra, por exemplo, pode até trazer orgulho; mas se for por causa de hanseníase, marginaliza. Apertar a mão que perdeu o dedo

[1] Nota do Editor: este texto está reproduzido conforme original salvo o título que foi omitido para atender à Lei Federal n. 9.010, de 29 de março de 1995.

numa guerra é uma coisa; apertar a mão que perdeu um dedo por causa de uma doença contagiosa é outra. A mão de um "guerreiro" é diferente da mão de um... (as reticências são do editor), mesmo que o trauma físico seja igual.

Algumas dessas agressões físicas atingem tanto as outras dimensões que, em alguns casos, causam mais danos a estas.

Assim sendo, contrair a hanseníase, por exemplo, não é apenas, mesmo que afirmemos o contrário, contrair uma doença que agride os nossos nervos periféricos; mas, "contraímos" também uma nova identidade que, não raro, é muito pior do que a doença em si; até porque, identidade não tem cura.

Ser tuberculoso, ser hanseniano..., ser aidético é, com certeza, muito pior do que estar com tuberculose, com hanseníase ou com AIDS, até mesmo porque quando se diz: "fulano é...", está se atribuindo a ele um estado permanente – ele é; não se compara com: "fulano está com hanseníase", que atribui um estado passageiro – ele está.

Essas identidades, cujos cartórios de registro são, muitas vezes, o próprio consultório médico ou os eventos de saúde, não atingem apenas a nossa parte física, claro, mas a totalidade do nosso ser.

Diante do que agora expomos, temos que concluir que, o tratamento de uma pessoa que ESTÁ COM HANSENÍASE não pode ser resumido numa simples caça ao bacilo de Hansen.

Nunca podemos esquecer, mesmo que seja pelos mais honrados motivos, que o bacilo de Hansen não é mais importante que o seu habitat. Mesmo que não possamos colher rosas sem, de alguma forma, mutilar a roseira, não é inteligente matar uma mosca pousada em alguém com um tiro de revólver.

Passei vinte e um anos da minha vida internado em três hospitais-colônias, em pontos diversos do Brasil: Rondônia, Acre, São Paulo. Conheci e conheço dezenas de técnicos em saúde. Com raras e ricas exceções, fiquei com a impressão de que esses profissionais, há alguns anos, dividiam o paciente de hanseníase em 3 partes: bacilos, bacilos e bacilos. Era muito difícil sermos procurados, se não fosse para pesquisarem se ainda tínhamos o "precioso bichinho", como se fôssemos apenas o "viveiro" de alguma coisa mais importante do que nós. Para eles, não tínhamos olhos, nem ouvidos, nem cérebro, nem coração... (Quantas coisas ouvi e compreendi, mesmo que eles achassem que eu não era capaz disso!). Mas eles, graças a Deus, evoluíram: com o tempo, passaram a nos dividir em: bacilo, pés, mãos. Passando mais uns anos e, pela ajuda de uns poucos (pouquíssimos), deram mais um passo: bacilo, pés, mãos e olhos. (Ufa! Chegam nos olhos.) Até hoje, não evoluíram mais... Nas áreas psicossociais, tenho que reverenciar algumas pessoas pela sua luta, pelo seu sonho, pelo seu "querer fazer alguma coisa" mesmo "remando contra a maré".

Cada um de nós, com certeza, tem algo de que gosta muito: um móvel antigo, um livro, um quadro (não importa de qual autor) etc. Vamos supor que a nossa "paixão" seja um quadro. Um dia, nós olhamos para o quadro e vemos que ele está sendo atacado por cupins. Já tem até uma parte estragada. O que fazemos? Simplesmente jogamos inseticida no quadro para matar os cupins? Vamos ficar apenas festejando a morte dos cupins? Vamos achar que já cumprimos o nosso dever? Claro que não. Nós vamos matar os cupins, sim, mas de uma forma que não danifique ainda mais o quadro. E depois? Depois, com certeza vamos fazer todo o esforço para achar alguém que recupere a obra. Técnico competente e, naturalmente, que goste e que conheça o valor do seu trabalho e o valor da obra.

Ora, nós, como já enfatizamos, somos infinitamente mais valiosos do que qualquer obra de arte. E muito mais complexos, como também já falamos. Por isso, achamos que qualquer programa de combate à hanseníase que seja implantado que não busque a cura do doente como um todo será apenas uma "dedetização". O combate à hanseníase tem que ser acompanhado pela cura do doente, pela restauração completa da obra.

É admirável como as pessoas que nos atendem menosprezam o nosso cérebro. Sempre confundem falta de escolaridade com "burrice". Por falar nisso, acho que o paciente tem que participar de forma ativa do seu tratamento. Ele deve fazer parte de forma consciente da equipe que o trata. Seu cérebro tem que ser usado! Afinal, ao paciente cabem as tarefas mais importantes para a sua cura. Vejamos: tomar o remédio; se ele não tomar, não importa se o medicamento e o resto da equipe sejam os melhores do mundo, ele não vai ficar curado; o observar e cuidar do próprio corpo, evitando o processo de mutilação; lutar para não perder ou reaver o seu espaço na sociedade; acreditar, pois, sem acreditar não conseguimos nada, e tantas outras tarefas importantes.

Como membro da equipe que o trata, tem os mesmos direitos que os outros: à confiança, ao respeito e, se possível, à amizade.

A hanseníase é uma doença que ataca pessoas humanas que se sentirão muito felizes em poder contribuir para eliminar da Terra essa grande mancha. Mas não acredito na eliminação dessa mancha se o doente não for conscientizado de que, ao tomar um comprimido para matar o bacilo de Hansen, ele não está apenas procurando eliminar algo que está agredindo seu corpo, mas, sim, também uma doença que mata, que mutila, que marginaliza e envergonha a humanidade há milênios.

Nós vivemos o século das grandes vitórias da medicina sobre várias doenças que acompanham a humanidade há vários séculos. A tuberculose, as doenças venéreas, a hanseníase são exemplos. Porém, a descoberta da cura dessas doenças não significou a eliminação das mesmas; pelo contrário: elas recrudescem, proliferam e continuam tripudiando sobre todos nós, principalmente os mais pobres. Onde tem miséria tem hanseníase e tuberculose em abundância, como se fossem irmãs gêmeas.

Se olharmos para a trajetória da hanseníase no mundo, temos a impressão de que ela tem pavor da riqueza. Parece que o fato mais eficaz é o desfrutar de uma vida digna. Por outro lado, a grande maioria dos doentes de hanseníase não têm acesso ao tratamento, mesmo porque não foram diagnosticados.

Existe uma grande massa de doentes ocultos, imersos na multidão, que vêm à tona quase que por acaso. Não é à toa que a grande maioria dos doentes conhecidos só foram diagnosticados com a doença já polarizada. O que significa que já estavam doentes há vários anos. E o mais grave é que deixaram para trás uma multidão contaminada, alimentando assim a endemia. Nada ou pouco se faz para provocar a demanda espontânea, o diagnóstico precoce, sem o que não chegaremos nunca à eliminação da doença. Do jeito que está, nós estamos apenas podando, aparando os seus galhos, deixando o tronco gerador, que são os doentes não diagnosticados e não tratados, ocultos na multidão. O que fazer para arrancar esse "tronco" que gera vida tão danosa? Temos que seguir o óbvio: em primeiro lugar, temos que admitir que quem pega a hanseníase são pessoas humanas iguaizinhas a nós. Se nós, um dia, descobrirmos que estamos com uma mancha dormente, nós vamos pensar em hanseníase e buscar tratamento. Por quê? Porque nós conhecemos os primeiros sinais clínicos da doença. Por que, então, não fazemos com que todas as pessoas, de países endêmicos, conheçam também esses sinais? Por que não temos a humildade e a sabedoria de admitirmos o óbvio? A campanha de informação de massa sobre a hanseníase nos países endêmicos é tão imprescindível para a eliminação da doença quanto à própria poliquimioterapia. As duas se completam.

Qualquer programa de combate à hanseníase que não inclua campanha informativa à população é paliativa e incompleta, é ineficaz, a não ser que a gente queira viver de hanseníase. Já que a "mercadoria" é altamente vendável e lucrativa. Aí, não seria mesmo inteligente "arrancar" o tronco que gera lucro. Seria o mesmo que matar a galinha de ovos de ouro. Mas eu me recuso a acreditar nessa perversidade. Acredito, porém, que a arrogância nos deixa tão míopes que não somos capazes de ver o óbvio.

A HANSENÍASE TEM CURA!!! Esta é uma das mais importantes e espetaculares manchetes do século XX. É uma pena que tão poucas pessoas saibam disso. Inclusive a grande maioria dos doentes, porque nem sabem que estão doentes.

Eu sei que é muito difícil eliminar a hanseníase. Mas temos que sonhar (só os seres humanos sonham!). Até porque, se fosse fácil, outros já teriam conseguido. Temos, porém, que sonhar, que acreditar, porque tudo que existe de concreto feito pela humanidade nasceu do sonho de alguém e, com certeza, esse sonho já foi sonhado por milhões de pessoas...

Nós, da nossa geração, temos o dever de realizar esse sonho, porque temos a felicidade de contarmos com os meios necessários. Se a gente não fizer isso, tenho a impressão de que seremos culpados diante da história. Nós não podemos deixar para gerações futuras, essa herança tão vergonhosa e tão cruel.

A hanseníase tem cura, mas os medicamentos não curam sozinhos. Se não adicionarmos a cada comprimido uma dosezinha da nossa vontade, do nosso compromisso, do nosso amor, eles são inócuos ou venenosos. Aliás, o amor ainda continua sendo o melhor remédio para todos os males do mundo, desde que seja traduzido em trabalho, em humildade, em ética, em compromisso, em justiça... A hanseníase também se cura com amor. Com muito, muito amor.

Texto teórico 2

ESTIGMA E IDENTIDADE SOCIAL[1]

Os gregos, que tinham bastante conhecimento de recursos visuais, criaram o termo *estigma* para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos. Mais tarde, na Era Cristã, dois níveis de metáfora foram acrescentados ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico. Atualmente, o termo é amplamente usado de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém, é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal. Além disso, houve alterações nos tipos de desgraças que causam preocupação. Os estudiosos, entretanto, não fizeram muito esforço para descrever as precondições estruturais do estigma, ou mesmo para fornecer uma definição do próprio conceito. Parece necessário, portanto, tentar inicialmente resumir algumas afirmativas e definições muito gerais.

Noções preliminares

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontradas. As rotinas de relação social em ambientes estabelecidos nos permitem um relacionamento com "outras pessoas" previstas sem atenção ou reflexão particular. Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, a sua "identidade social" – para usar um termo melhor do que "*status* social", já que nele se incluem atributos como "honestidade", da mesma forma que atributos estruturais, como "ocupação".

[1] Trecho extraído do livro de Goffman, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro. Publicado por LCT – Livros Técnicos e Científicos Editora S/A ©, 1988, p. 11-13. Reproduzido com permissão da editora.

Baseando-nos nessas preconcepções, nós as transformamos em expectativas normativas, em exigências apresentadas de modo rigoroso.

Caracteristicamente, ignoramos que fizemos tais exigências ou o que elas significam até que surge uma questão efetiva. Essa exigências são preenchidas? É nesse ponto, provavelmente, que percebemos que durante todo o tempo estivemos fazendo algumas afirmativas em relação àquilo que o indivíduo que está à nossa frente deveria ser. Assim, as exigências que fazemos poderiam ser mais adequadamente denominadas de demandas feitas "efetivamente", e o caráter que imputamos ao indivíduo poderia ser encarado mais como uma imputação feita por retrospecto em potencial – uma caracterização "efetiva", uma identidade social virtual. A categoria e os atributos que ele, na realidade, prova possuir, serão chamados de sua identidade social real.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a *identidade social virtual* e a *identidade social real*. Observe-se que há outros tipos de discrepância entre a identidade social real e a virtual, como, por exemplo, a que nos leva a reclassificar um indivíduo antes situado numa categoria socialmente prevista, colocando-o numa categoria diferente mas igualmente prevista e que nos faz alterar positivamente nossa avaliação. Observe-se, também, que nem todos os atributos indesejáveis estão em questão, mas somente os que são incongruentes com o estereótipo que criamos para um determinado tipo de indivíduo.

O termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo, mas o que é preciso, na realidade, é uma linguagem de relações e não de atributos. Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso. Por exemplo, alguns cargos na América obrigam os seus ocupantes que não tenham educação universitária esperada a esconderem isso; outros cargos, entretanto, podem levar os que os ocupam e que possuem uma educação superior a manter isso em segredo para não serem considerados fracassados ou estranhos. De modo semelhante, um garoto de classe média pode não ter escrúpulos de ser visto entrando numa biblioteca; entretanto, um criminoso profissional escreve:

> "Lembro-me de que, mais de uma vez, por exemplo, ao entrar numa biblioteca pública perto de onde eu morava, olhei em torno duas vezes antes de realmente entrar, para me certificar que nenhum de meus conhecidos estava me vendo."[1]

Assim, também, um indivíduo que deseja lutar por seu país pode esconder um defeito físico por recear que o seu estado físico seja desacreditado. Posteriormente, ele mesmo, amargurado e tentando sair do Exército, pode conseguir admissão no hospital militar, onde se exporia ao descrédito se descobrissem que não tem realmente qualquer doença grave[2]. Um estigma é, na realidade, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo, embora eu proponha a modificação desse conceito, em parte porque há importantes atributos que quase em toda a nossa sociedade levam ao descrédito.

[1] T. Parker e R. Allerton, The Courage oh His Convictions (Londres. Hutchinson & Co.,1962), p. 109.

[2] Em relação a esse ponto, ver a crítica feita por M. Meltzer, "Countermanipulation through Malingering", em A. Biderman e H. Zimmer, eds., The Manipulation of Human Behaviour (Nova York: John Wiley & Sons, 1961), p. 277-304.

SALSA e escala de participação

Introdução à SALSA e à escala de participação

Existem instrumentos que medem limitação de atividade, qualidade de vida ou mesmo restrição de participação social. Entretanto, muitos deles foram elaborados em países desenvolvidos, eram específicos para outras doenças e não contemplavam a questão do risco de se piorar as deficiências existentes durante a realização das atividades. Assim sendo, realizou-se esforço internacional para elaboração de dois instrumentos: a SALSA (*Screening Activity Limitation and Safety Awareness*) para medir limitação de atividade e consciência de risco e a escala de participação para medir restrição de participação. As duas escalas são baseadas em questionários. Para saber detalhes sobre a elaboração das mesmas, e suas propriedades psicométricas, consulte os manuais de cada escala e os artigos sugeridos na bibliografia.

PRINCÍPIOS

Alguns princípios foram estabelecidos para a elaboração dessas escalas. Elas deveriam ser:

- transculturais, e por isso foram elaboradas simultaneamente em diversos países;
- breves e simples o suficiente para utilização na atenção básica, sem exigir equipamento ou habilidades especiais;
- baseadas na percepção que o cliente tem de sua limitação ou restrição de participação, e não na avaliação que o profissional de saúde faz da situação;
- utilizadas também para outras patologias (diabetes, no caso da SALSA, e deficiências em geral, no caso da escala de participação).

UTILIZAÇÃO

As escalas podem ser utilizadas com as seguintes finalidades:

- triagem;
- comparar um indivíduo com um grupo;
- comparar grupos entre si;
- comparar um indivíduo consigo mesmo em diferentes momentos (e.g. pré e pós-cirurgia);
- estabelecer intervenções individuais;
- realizar planejamento de projetos;
- avaliar intervenções ou projetos;
- pesquisa.

QUEM PODE ADMINISTRAR AS ESCALAS

As escalas podem ser utilizadas por profissionais da área de saúde, pessoas que trabalham com reabilitação baseada na comunidade, paramédicos e outros grupos envolvidos na reabilitação socioeconômica. É imprescindível que esses profissionais sejam adequadamente capacitados quanto à aplicação correta das mesmas. A interpretação e pontuação correta das respostas é extremamente importante para a obtenção de um escore que retrate a situação do paciente de forma fidedigna. Essa capacitação deve incluir aspectos teóricos da elaboração e utilização das escalas, bem como uma parte prática, com a aplicação das escalas em pacientes.

GUIA PERGUNTA POR PERGUNTA (P/P)

O P/P deve ser utilizado durante a capacitação dos entrevistadores e para a solução de alguma dúvida que possa surgir durante as entrevistas. Ele ajuda a minimizar a interferência do entrevistador e esclarece o significado subjacente às perguntas dos questionários. Se uma pergunta exigir uma explicação, deve ser explicada com um ou mais exemplos do guia P/P.

Os itens da escala não podem ser substituídos, pois isso modificaria suas propriedades psicométricas. Assim, não se deve, por exemplo, substituir uma pergunta por outra atividade semelhante no caso de o paciente não realizar a atividade especificada no questionário.

Alguns cuidados

- Antes de iniciar a entrevista, o entrevistador deverá estabelecer um relacionamento com o entrevistado, deixando-o tão à vontade quanto possível.
- Sempre que possível, realizar a entrevista em particular.
- É importante explicar ao entrevistado que a entrevista não deve ser interrompida para responder outras perguntas, dar explicações que não estejam relacionadas à escala ou para discutir outros assuntos. Se o entrevistado quiser fazer uma pergunta ou discutir outro assunto, o entrevistador deverá insistir de maneira gentil, porém firme, que a entrevista da escala precisa ser concluída primeiro e que então ele(a) retornará a outras perguntas ou preocupações do entrevistado.
- As perguntas devem ser feitas pelo entrevistador exatamente como estão escritas.
- A aplicação das escalas pode suscitar alguma demanda antes inexistente ou não conhecida pelo entrevistador. Deve-se ter algum profissional ou serviço de referência para onde encaminhar os pacientes que necessitarem de avaliação mais aprofundada ou intervenção que não possa ser realizada na atenção básica.
- Recomenda-se que as duas escalas sejam utilizadas juntas e que as informações recolhidas sejam avaliadas à luz de dados referentes a aspectos sociodemográficos e da avaliação neurológica simplificada, para que se possa ter uma visão integral do entrevistado.

Frequência de aplicação das escalas

Sugere-se que as escalas sejam aplicadas pelo menos no início e no final do tratamento. Também é interessante aplicá-las como parâmetro para avaliar resultados de intervenções realizadas (e.g. cirurgias, grupos de autocuidados).

Feedback sobre a aplicação das escalas

Os grupos que desenvolveram a SALSA e a escala de participação têm grande interesse em receber *feedback* sobre o uso das mesmas, para que possam ser aperfeiçoadas. Consulte os manuais das duas escalas para verificar o endereço para contato, bem como os formulários específicos para esse *feedback*.

SALSA

SALSA significa *Screening of Activity Limitation and Safety Awareness* (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco). Tem como objetivo avaliar a extensão da limitação de atividade e o risco de se aumentar as deficiências durante a realização de atividades.

ASPECTOS IMPORTANTES A OBSERVAR

Trata-se de um questionário que visa avaliar a percepção **DO PACIENTE** quanto à sua limitação de atividade. Assim sendo, o entrevistador não deve fazer qualquer julgamento ou pressuposição quanto à adequação da resposta baseado, por exemplo, nas deformidades apresentadas pelo entrevistado. Da mesma forma, não se deve pedir ao entrevistado que demonstre ou realize qualquer uma das atividades no momento da entrevista.

A filosofia da escala SALSA é que se quer obter uma medida da limitação de atividades, isto é, do grau em que uma pessoa consegue realizar as atividades da vida diária. Se o cliente incorporou o uso de adaptações/órteses em seu modo de vida, é de interesse saber seu desempenho com o auxílio desses equipamentos.

FORMULÁRIO COM INFORMAÇÕES SOBRE O CLIENTE

Esse formulário foi desenvolvido para registrar informação básica sobre os entrevistados, já que na prática clínica qualquer decisão em relação a uma intervenção deve basear-se nas respostas obtidas no questionário, complementadas por outras informações, como idade, sexo, ocupação, deficiências existentes, adaptações/órteses utilizadas etc.

Aplicação do questionário e pontuação das respostas

As perguntas devem ser apresentadas da maneira como estão escritas. Se a pergunta não estiver suficientemente clara, devem ser usadas somente as explicações contidas no guia P/P. Às vezes, pode ser necessário usar termos diferentes para explicar uma pergunta, mas não se deve sair do escopo definido pelo P/P.

Se o entrevistado responder SIM, faça a pergunta seguinte, apresentando as opções de resposta:

- "O quanto isso é fácil para você? É fácil, um pouco difícil, ou muito difícil." Marque a opção correspondente à resposta do entrevistado.

Se o entrevistado responder NÃO, faça a pergunta seguinte, apresentando as opções de resposta:

- "Por que não? Porque você não precisa, porque você fisicamente não consegue, ou porque você evita por causa do risco." Marque a opção correspondente à resposta do entrevistado.

Aplicação da escala

Antes de iniciar as perguntas, esclareça o entrevistado quanto aos objetivos da aplicação desta escala. É importante dizer que as perguntas referem-se às atividades que ele realiza no dia a dia. Se houver alguma atividade que ele não realiza com frequência, deve responder não.

Tempo para aplicação

Aproximadamente 15 minutos.

Escore SALSA

Durante a entrevista, o entrevistador deve marcar uma opção de resposta para cada uma das perguntas feitas. Para calcular o escore SALSA, some os escores que estão nas opções marcadas. Isso pode ser feito coluna por coluna, como sugerido no formulário, mas isso não é estritamente necessário.

Um escore SALSA baixo indica pouca dificuldade na realização das atividades da vida diária, enquanto escores mais altos indicam níveis crescentes de limitação de atividade. Teoricamente, o escore pode variar de 0 a 80, mas entre 568 entrevistados em cinco países, os resultados variaram de 10 a 80 entre os pacientes com hanseníase ou diabetes.

Foram estabelecidas categorias que classificam o nível de limitação de atividade. Essas categorias foram estabelecidas com base no banco de dados original, conforme descrito abaixo.

Graus de limitação de atividade				
sem limitação	limitação leve	limitação moderada	limitação severa	limitação muito severa
0-24	25-39	40-49	50-59	60-80

Escore de consciência de risco

Para calcular o escore de consciência de risco, volte às respostas já marcadas e conte o número de (4) marcados. O resultado será um escore entre 0 e 11. Escores mais altos indicam uma consciência crescente dos riscos envolvidos em certas atividades, mas também indicam que há uma limitação de atividade devido a isso.

ANÁLISE DOS ESCORES SALSA[1]

Análise univariada

A primeira tarefa é apresentar a distribuição do escore SALSA no grupo de entrevistados estudados. Isso pode ser feito apresentando a média e o desvio padrão, mas isso pressupõe que o escore SALSA possui distribuição normal. Sabe-se, no entanto, que a distribuição do escore SALSA geralmente não é normal, com uma concentração de valores em torno de 20 e uma cauda de valores mais altos à direita. Assim, é mais correto apresentar os percentis de distribuição. Uma forma simples de fazer isso é apresentar o valor mínimo, o percentil 5, o percentil 25, a mediana, o percentil 75, o percentil 95 e o valor máximo. Na realidade, o percentil 5 não será tão interessante, já que o valor mínimo e o percentil 25 já estão bastante próximos devido ao desvio na distribuição.

As categorias padronizadas de valores da SALSA permitem distinguir entre nenhuma limitação de atividade, limitação leve, moderada, severa e muito severa. Dos dados do artigo original da SALSA é possível obter tais pontos de corte.

Seguindo a lógica da escala de participação, define-se o limite entre nenhuma limitação e limitação leve como sendo o percentil 95 dos normais (sujeitos não afetados) – 24 para a SALSA. Então escolhe-se uma pontuação de 39 como o limite entre leve e moderado; isso corresponde ao percentil 75 da distribuição de escores SALSA no estudo original em cinco países. Procura-se então um valor próximo ao percentil 95 e encontra-se 59. Um escore de 49 corresponde aproximadamente ao percentil 85. Devido à cauda longa de distribuição e da importância maior em se distinguir escores mais altos do que mais baixos, é útil ter uma categorização mais refinada acima da mediana do que abaixo da mediana. Assim, as categorias são: 10-24 (sem limitação); 25-39 (leve); 40-49 (moderada); 50-59 (severa); 60-80 (muito severa).

[1] Texto elaborado pelo Dr. Johan P. Velema, TLMI especificamente para este manual.

Observação para estatísticos: a transformação logarítmica dos escores SALSA pode ser usada em situações nas quais a distribuição normal tem que ser pressuposta (e.g. em análises de regressão).

Análise bivariada

O próximo passo é analisar a associação entre SALSA e outras variáveis importantes.

Como já se sabe que o escore SALSA aumenta com a idade, é importante apresentar a distribuição dos escores para diferentes grupos de idade. O mais simples é utilizar grupos de 10 anos. Como as décadas inteiras tendem a ser superestimadas (em outras palavras, os entrevistados tendem a arredondar sua própria idade para a década mais próxima), é aconselhável usar categorias que comecem no meio da década: 25-34; 35-44; 45-54 etc.

Portanto, uma tabela padronizada para apresentar os escores SALSA pode ser como a mostrada abaixo.

Grupos Idade	Escores SALSA				
	10-24	25-39	40-49	50-59	60-80
15-24					
25-34					
35-44					
45-54					
55-64					
65-74					
75+					

Outra variável com a qual a SALSA é correlacionada é uma medida de impedimento (e.g. o escore OMP ou o grau de incapacidades). Na diabetes, outras medidas de impedimento podem ser mais comuns (e.g. número de úlceras ou acuidade visual).

Os escores SALSA e de participação estão frequentemente associados, mas a relação não é de equivalência. Algumas pessoas têm pouca limitação, mas podem ter muita restrição e vice-versa.

É uma conscientização crescente que os escores SALSA e de participação são aumentados na presença de depressão. Portanto, se uma medida de estado mental estiver disponível, é aconselhável considerar essa associação. Pode-se considerar excluir sujeitos extremamente deprimidos da análise, já que esses geralmente seriam poucos.

Características

É interessante coletar dados sobre outras características dos entrevistados, tais como escolaridade, autocuidado, consumo de álcool, ocupação, nível socioeconômico etc., dependendo das hipóteses que se queira investigar. Frequentemente, os escores são reduzidos a duas categorias (com ou sem limitação de atividade). O ponto de corte utilizado pode ser 20, 25, 30 etc. A partir de agora, recomenda-se classificar todos os entrevistados que tiverem escore menor ou igual a 24 como não tendo limitação de atividade e aqueles que tiverem escore maior ou igual a 25 como tendo limitação de atividade. Outra alternativa é utilizar o limite entre limitação leve e moderada (menor ou igual a 39 e maior ou igual a 40). Também é possível utilizar mais do que duas categorias e usar um teste chi quadrado com mais de 2 graus de liberdade.

Uma vez identificadas todas as variáveis que mostraram uma associação estatisticamente significativa, é recomendável que se faça uma análise multivariada. Isso mostrará quais dos fatores identificados estão associados e que variáveis contribuem de forma independente para explicar a variação de escores SALSA.

Fazendo-se esse tipo de análise, aprende-se mais como a limitação de atividade varia devido a outras variáveis importantes e quais são os fatores de confusão em relação à limitação de atividade.

SALSA – GUIA PERGUNTA POR PERGUNTA

1. Enxergar significa perceber com seus olhos (possivelmente com o auxílio de óculos etc.) o ambiente à sua volta, perto ou longe, o suficiente para realizar suas atividades diárias.
2. Sentar-se significa colocar suas nádegas no chão ou próximo dele – você pode sentar-se sobre uma almofada, tapete ou plataforma baixa. Você pode também sentar-se com as pernas cruzadas.

   Agachar é sentar-se de cócoras, com seus joelhos dobrados, com o peso de seu corpo apoiado nos pés e não em suas nádegas.
3. Andar descalço significa andar sem qualquer tipo de calçado ou proteção em seus pés.
4. Andar sobre chão ou superfícies irregulares significa andar sobre chão com pedras, ou onde a terra esteja rachada – qualquer superfície irregular.
5. Andar distâncias mais longas significa que você anda por 30 minutos ou mais.
6. Lavar seu corpo todo significa lavar ou esfregar seu pescoço, peito, barriga, costas, braços e pernas, geralmente com água e sabão (se disponível) até que seu corpo esteja limpo, e então enxaguar-se, retirando o sabão.
7. Cortar suas unhas significa aparar ou cortar o excesso de unha de seus dedos das mãos ou dos pés. Registre dificuldade ou "evito por causa do risco" se houver problemas com as unhas das mãos ou com as unhas dos pés, ou ambos.
8. Segurar copo ou tigela com conteúdo quente significa apanhar ou colocar em sua mão ou mãos uma vasilha com ou sem asa.
9. Trabalhar com ferramentas significa usar várias ferramentas, segurando-as com as mãos, para lhe ajudar no trabalho.
10. Objetos pesados são os que pesam mais do que 10-20 quilos, e podem ser carregados na cabeça, nas costas, sobre os ombros, nas mãos ou braços. Podem ou não ser carregados em uma sacola, caixa ou cesto.
11. Levantar objetos acima de sua cabeça significa levantar um objeto com suas mãos e braços acima do nível de sua cabeça e colocá-lo em uma prateleira alta, gancho, viga do telhado, corda ou em cima de sua cabeça, por exemplo.
12. Cozinhar significa preparar comida, tanto quente quanto fria.
13. Despejar líquidos quentes significa despejar líquidos quentes de uma panela, vaso, jarra ou concha, geralmente colocando-o em outra vasilha.
14. Abrir ou fechar garrafas com tampa de rosca significa torcer ou girar a tampa para abrir a garrafa, e girá-la em sentido oposto para fechá-la. Essas tampas de rosca são pequenas e usam-se os dedos para girá-las.
15. Um vidro com tampa de rosca geralmente significa que a tampa tem diâmetro maior do que a tampa de uma garrafa. Deve-se torcer ou girar a tampa em uma direção para abrir e na direção oposta para fechá-la. Essas tampas são relativamente grandes e usa-se toda a mão para girá-las.
16. Mexer ou manipular objetos pequenos significa apanhar, segurar e virar objetos pequenos em suas mãos, tais como moedas, pregos, pedras pequenas, grãos e sementes, por exemplo.
17. Um botão é um disco ou "bolinha" geralmente preso a uma roupa ou bolsa, que é usado para manter duas superfícies ou pedaços juntos, passando-o por uma laçada ou casa de botão. Abotoar ou desabotoar significa abrir e fechar suas roupas ou objetos usando botões.
18. Colocar linha na agulha significa passar um pedaço de linha, lã ou fio pelo buraco ou olho de uma agulha de costura.
19. Apanhar pedaços de papel, mexer com papel, colocar papel em ordem significa que você apanha pedaços ou folhas soltas de papel para organizar, arrumar, dobrar ou rasgá-los; mexer com dinheiro (notas de papel); você pode também usar o papel para embrulhar.
20. Apanhar objetos do chão significa dobrar-se, ajoelhar-se ou agachar-se para que você possa alcançar o chão com seu braço e pegar algo com sua mão.

SALSA – TRIAGEM DE LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE E CONSCIÊNCIA DE RISCO

Formulário de informações sobre o cliente

Nome:_____

Prontuário: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Data da entrevista : _____ / _____ / _____ Entrevistador: _____

Diagnóstico principal: hanseníase/diabetes/outro (especifique): _____

Outras condições médicas que afetam as atividades diárias: _____
(e.g. diminuição de ADM de quadril, dor nas costas, problemas em ombro ou joelho, trauma em mão...)

Ocupação: _____

Uso de adaptação/órtese:_____
(e.g. óculos, cadeira de rodas, bengala ou andador, muletas, tutor, splints, talheres adaptados, instrumentos de trabalho adaptados, luvas ou panos, calçado especial etc.)

Registro de deficiências		D	E
Acuidade visual	Perto		
	Longe		
Diminuição de força muscular	Olho		
	Mão		
	Pé		
	Outro		
Perda de sensibilidade (insensibilidade)	Olho		
	Mão		
	Pé		
	Outro		
Contagem de úlceras	Mão (palma e costas da mão)		
	Pé (sola e dorso do pé)		
	Perna		
	Outro		

GI (OMS)	D	E
Olho		
Mão		
Pé		
GI máximo		
Escore OMP		

O GI máximo refere-se ao maior valor de GI encontrado em qualquer uma das partes do corpo (0, 1 ou 2). O escore OMP (*olho, mão e pé*) é uma alternativa ao grau de incapacidade (OMS) máximo para se resumir dados sobre deficiências na hanseníase. Para obter esse escore, some o grau de incapacidade de cada um dos olhos, mãos e pés. Assim, o escore OMP pode variar de 0 a 12.

ESCALA SALSA

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Prontuário: _____ Entrevistador: _____ Data: ____ / _____ / _____

Escala SALSA *Screening of Activity Limitation & Safety Awareness* (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco)	Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?		
Marque uma resposta em cada linha	Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Eu não preciso fazer isso	Eu fisicamente não consigo	Eu evito por causa do risco
1. Você consegue enxergar (o suficiente para realizar suas atividades diárias)?	1	2	3		4	
2. Você se senta ou agacha no chão?	1	2	3	0	4	4
3. Você anda descalço? (i.e. a maior parte do tempo.)	1	2	3	0	4	4
4. Você anda sobre chão irregular?	1	2	3	0	4	4
5. Você anda distâncias mais longas? (i.e. mais que 30 minutos.)	1	2	3	0	4	4
6. Você lava seu corpo todo? (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado.)	1	2	3	0	4	4
7. Você corta as unhas das mãos ou dos pés? (e.g. usando tesoura ou cortador.)	1	2	3	0	4	4
8. Você segura um copo/tigela com conteúdo quente? (e.g. bebida, comida.)	1	2	3	0	4	4
9. Você trabalha com ferramentas? (i.e. ferramentas que você segura com as mãos para ajudar a trabalhar.)	1	2	3	0	4	4
10. Você carrega objetos ou sacolas pesadas? (e.g. compras, comida, água, lenha.)	1	2	3	0	4	4
11. Você levanta objetos acima de sua cabeça? (e.g. para colocar em uma prateleira, em cima de sua cabeça, para estender roupa para secar.)	1	2	3	0	4	4
12. Você cozinha? (i.e. preparar comida quente ou fria.)	1	2	3	0	4	4
13. Você despeja/serve líquidos quentes?	1	2	3	0	4	4
14. Você abre/fecha garrafas com tampa de rosca? (e.g. óleo, água.)	1	2	3	0	4	4
15. Você abre vidros com tampa de rosca? (e.g. maionese.)	1	2	3	0	4	4
16. Você mexe/manipula objetos pequenos? (e.g. moedas, pregos, parafusos pequenos, grãos, sementes.)	1	2	3	0	4	4
17. Você usa botões? (e.g. botões em roupas, bolsas.)	1	2	3	0	4	4
18. Você coloca linha na agulha? (i.e. passa a linha pelo olho da agulha.)	1	2	3	0	4	4
19. Você apanha pedaços de papel, mexe com papel, coloca papel em ordem?	1	2	3	0	4	4
20. Você apanha coisas do chão?	1	2	3	0	4	4
Escores parciais	(S1)	(S2)	(S3)	(S4)	(S5)	(S6)
Escore SALSA (some todos os escores parciais: S1+S2+S3+S4+S5+S6)						
Escore de consciência de risco (Conte o nº de 4 marcados em cada coluna)						

Graus de limitação de atividade				
Sem limitação	Limitação leve	Limitação moderada	Limitação severa	Limitação muito severa
0-24	25-39	40-49	50-59	60-80

Escala de participação

CONCEITO DE PAR

Apesar de ser um termo ainda pouco conhecido e utilizado pela população em geral, a escala de participação utiliza o conceito de PAR com o intuito de eliminar diferenças na participação resultantes de gênero, classe social etc. Solicita-se que o entrevistado pense em alguém semelhante a ele em todos os aspectos (e.g. sexo, idade, nível socioeconômico etc.) exceto pela doença ou deficiência. Orienta-se que o entrevistado se compare a esse PAR REAL ou HIPOTÉTICO, ao responder às perguntas do questionário.

Tempo para aplicação

Aproximadamente 20 minutos.

ADMINISTRAÇÃO DA ESCALA

As perguntas devem ser apresentadas da maneira como estão escritas. Se a pergunta não estiver suficientemente clara, devem ser usadas somente as explicações contidas no guia P/P. Às vezes, pode ser necessário usar termos diferentes para explicar uma pergunta, mas não se deve sair do escopo definido pelo P/P.

OPÇÕES DE RESPOSTAS

Não especificado, não respondido

"Eu não quero falar", ou "Eu esqueci de perguntar".

Use essa resposta quando o entrevistado não quer responder, por exemplo, quando estiver constrangido demais para fazê-lo. Essa resposta também pode ser usada quando o entrevistador esquecer, ou por alguma outra razão não fizer a pergunta.

Sim

"Sou igual a meus pares nisso. Isso não é dificuldade".

Use essa resposta quando não houver restrições à participação, ou quando essa restrição for muito pequena. Às vezes o entrevistado diz: "Não, o meu é melhor." Ou "Eu trabalho mais do que meus pares". Isso deve ser codificado como "SIM" (i.e. '0').

Às vezes

Existem problemas com isso, às vezes ou com algumas pessoas.

Não

"Não, eu sou diferente dos meus pares nisso". Existem problemas com isso. Use essa resposta quando houver restrições à participação.

Irrelevante/Eu não preciso/Eu não quero

O entrevistado pode responder uma pergunta com 'Não', mas dizer que a questão não obstante é irrelevante para ele. Por exemplo: pode ser que não viaje para fora da sua cidade, e nesse caso a resposta é 'Não', mas isso pode ser irrelevante para ele, porque não possui parentes ou família morando fora da cidade.

O entrevistado pode dizer que não viaja para fora de sua cidade porque seus filhos vão à feira/lojas e, com a ida deles, ele não precisa sair da cidade.

BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Essa resposta pode também ser usada quando um entrevistado não espera ser capaz de fazer isso em, por exemplo, questões sobre casamento para crianças, em países onde isso ocorre. Essa questão pode também ser dada quando isso é um assunto relacionado mais à casta, sexo etc., do que à doença. Por exemplo, numa cultura na qual mulheres são excluídas das posições de liderança da comunidade, independentemente do seu estado de saúde.

O entrevistado pode também dizer que ele não quer sair da cidade ou não tem interesse em fazê-lo. Os entrevistadores devem observar que há uma diferença entre um entrevistado dizer que não quer, porque não tem interesse em algo, e não quer fazer algo devido ao medo ou autoestigmatização.

AVALIAÇÃO DO PROBLEMA

Se a resposta é 'NÃO' ou 'ÀS VEZES', é necessário avaliar a importância da restrição à participação, ou seja, "até que ponto isso representa ou não um problema para o entrevistado".

Isso não é problema

Existe uma restrição à participação, mas isso não faz diferença para o entrevistado, tanto do ponto de vista prático quanto emocional. Essa resposta pode incluir situações nas quais o entrevistado esteja totalmente adaptado. Cuidado para distinguir entre essa situação e a situação na qual o entrevistado nem tinha a expectativa de participar.

É um problema pequeno (em tempo ou intensidade) (restrição suave)

Agora há uma restrição à participação, que incomoda o entrevistado do ponto de vista prático ou emocional. Mas é apenas um problema pequeno, porque não acontece com frequência ou não é uma grande dificuldade.

É um problema médio (em tempo ou intensidade) (restrição moderada)

Existe uma restrição à participação. Ela incomoda o entrevistado do ponto de vista prático ou emocional. Essa restrição tem efeitos sobre a vida dele.

Isto é um GRANDE problema

Existe uma restrição à participação, que incomoda o entrevistado do ponto de vista prático ou emocional. O entrevistado não encontrou uma forma adequada de se adaptar e este é um grande problema, que pode ter causado uma grande mudança na sua vida.

Exemplo: o entrevistado é um homem que está empregado, mas não pode trabalhar o mesmo número de horas por dia que os seus pares por causa de uma deficiência.

MARCAÇÃO DAS RESPOSTAS E CÁLCULO DO TOTAL DE PONTOS

A escala é pré-definida e os pontos de cada resposta já estão indicados nos quadros de respostas. Durante a entrevista, as respostas devem ser assinaladas nos quadros correspondentes, fazendo um círculo em torno do respectivo número ou assinalando o quadro correspondente e, em seguida, fazendo um círculo em torno dos pontos da resposta correta. Os quadros que não se aplicam a uma determinada pergunta estão sombreados.

Após a entrevista, transfira o número de pontos de cada item para a coluna chamada 'Pontuação' e some o valor. Em seguida, escreva o total de pontos no quadro assinalado com 'TOTAL'.

Como o número de pontos por item está entre 0 e 5, o valor TOTAL deve ser entre 0 e 90.

Tópicos importantes na entrevista com a escala de participação	
Relacionamento	Nunca comece uma entrevista sem estabelecer um bom relacionamento. Respostas irrelevantes e recusa em responder a determinadas perguntas podem ser consequência de um relacionamento inadequado entre o entrevistador e o entrevistado.
Capacidade de ouvir	Ouvir com paciência resultará na apresentação de informações vitais.
Comportamento do entrevistador	O entrevistador deve ser bem educado, mesmo que o entrevistado seja um usuário regular. Muitas vezes, os entrevistados apresentam explosões emocionais; nessas situações, o entrevistador deve ter um comportamento amável e empático. O entrevistador jamais deve demonstrar uma atitude de reprovação em relação ao entrevistado.
Ambiente adequado	Conduza a entrevista em um local no qual o entrevistado se sinta à vontade, certificando-se de que haja o mínimo possível de interferências no processo de entrevista.
Privacidade	A privacidade deve ser respeitada. Ela é muito importante para o entrevistado, mesmo que o entrevistador pense que as outras pessoas em torno sabem tudo sobre o entrevistado.
Observação	Preste atenção ao ambiente, como o lugar onde o entrevistado vive e come, a reação de outros em relação a ele e a expressão dos outros que tentam interferir na entrevista.
As perguntas e respostas	Todas as perguntas na escala devem ser feitas. Os entrevistadores nunca deverão presumir que sabem a resposta para uma determinada pergunta e preencher a resposta sem fazer a pergunta e ouvir a resposta com atenção.
Perguntas fechadas	A escala de participação consiste das chamadas 'perguntas fechadas'. Isso significa que as perguntas devem ser apresentadas tal como estão escritas e que o entrevistado terá de escolher uma das categorias de respostas pré-definidas. Talvez o entrevistador tenha de repetir essas categorias depois de cada pergunta.
Interpretação	Não interprete as perguntas além da explicação e dos exemplos indicados no documento P/P.
Sequência	Nunca mude a sequência das perguntas.
Conceito de pares	É essencial que o entrevistador compreenda o conceito de 'pares' e saiba como explicá-lo ao entrevistado. "Quem é o par do entrevistado em relação a cada questão em particular" deve estar claro para o respondente.
Observações	O entrevistador pode anotar suas observações sobre o questionário e usá-las como referência mais tarde.

ESCALA DE PARTICIPAÇÃO – GUIA PERGUNTA POR PERGUNTA

1. Você tem a mesma oportunidade que seus pares para encontrar trabalho?

Modelo: Você tem as mesmas chances/oportunidades de encontrar um emprego ou trabalho que os seus pares?

Observação: A pergunta é se a pessoa tem as mesmas oportunidades de encontrar trabalho pago quanto seus pares, ou se é mais difícil por causa da sua deficiência/doença (não por causa de algum outro motivo).

Por exemplo, pode ser mais difícil encontrar trabalho porque:

- ele(a) não consegue trabalhar tão depressa quanto seus pares;
- ele(a) tem deformidades nas mãos;
- ele(a) precisa descansar mais durante o dia.

2. Você trabalha tanto quanto seus pares (mesmo número de horas, tipo de trabalho etc.)?

Modelo: Você trabalha tantas horas por dia quanto os seus pares? Você faz um trabalho semelhante ao dos seus pares?

Esta é uma comparação entre a quantidade de trabalho que a pessoa é capaz de fazer. Inclui as atividades que a pessoa realiza no dia a dia, mesmo que não remuneradas.

Exclui: Atitude em relação ao trabalho e atividades recreativas ou de lazer.

Por exemplo:

- ele(a) trabalha o mesmo número de horas?
- ele(a) precisa fazer um trabalho mais leve?
- ele(a) faz outro tipo de trabalho?
- ele(a) tem mais faltas no trabalho por ano por causa da doença?

3. Você contribui economicamente com a sua casa de maneira semelhante à de seus pares?

Modelo: As outras pessoas (os seus pares) ganham dinheiro, produzem bens para a família? Você faz o mesmo?

Observação: A pergunta é se a pessoa é capaz, ou seja, se tem condições de contribuir financeiramente. Contribuir significa dar meios para as finanças/recursos domésticos.

Exclui: Contribuições que não sejam financeiras.

Por exemplo:

- uma pessoa pode contribuir com uma parte ou com todo o pagamento para alimentos e outras necessidades do consumo doméstico;
- a pessoa pode não estar trabalhando ou não ser economicamente produtiva e, portanto, não pode contribuir.

4. Você viaja para fora de sua cidade com tanta frequência quanto seus pares (exceto para tratamento), p. ex., feiras, encontros, festas?

Modelo: Você sai para vender ou comprar alimentos ou para visitar amigos/parentes em outras cidades/bairros?

Exclui: Viagens fora da cidade para tratamento médico.

Por exemplo:

- sua falta de mobilidade pode impedi-lo(a) de empreender longas jornadas;
- talvez a pessoa não visite família ou parentes e, portanto, não precise viajar tanto quanto seus pares;
- talvez a pessoa prefira enviar seu cônjuge ou filhos para a feira por razão de constrangimento.

5. **Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p.ex., casamentos, batizados, velórios etc.)?**

Modelo: Você está tão envolvido quanto os outros nos principais festivais e rituais?

Participar de alguma coisa é estar envolvido. Nesse caso, um festival é uma celebração comunitária. Um ritual é uma cerimônia ou observância religiosa. Quando há festas ou rituais como casamentos e funerais, a pessoa comparece e participa?

Por exemplo:

- talvez pode não ser convidado(a) ou não tenha permissão para vir;
- pode preferir ficar em casa por receio que outros o(a) façam sentir "vergonha".

6. **Você participa de atividades recreativas/sociais com a mesma frequência que seus pares (p. ex., esportes, conversas, reuniões)?**

Modelo: Você tem tantas atividades recreativas quanto as outras pessoas?

Observação: A pergunta é se a pessoa está tão envolvida e ativa socialmente em sua cidade/comunidade quanto os seus pares são envolvidos.

Uma atividade recreativa é uma atividade social/sociorreligiosa/casual/de lazer, para relaxar e se divertir. Essa atividade pode ser jogar cartas, tomar café com os amigos, ir a reuniões da comunidade, participar de festas, celebrações ou visitar parentes, assistir filmes, cantar, dançar, participar de algum jogo de bola etc. no seu grupo de pares.

Por exemplo:

- pode ser que a pessoa não saia por causa de sua mobilidade limitada;
- ele(a) pode não ser capaz de jogar cartas em razão da deformidade em suas mãos;
- talvez ele(a) tenha menos amigos por causa de sua doença/deficiência.

7. **Você é tão ativo socialmente quanto seus pares (ex.: em atividades religiosas/comunitárias)?**

Modelo: Você é socialmente ativo(a)? E em atividades religiosas/comunitárias?

Observação: A pergunta é o quanto a pessoa é socialmente ativa em sua comunidade. Ser socialmente ativo(a) é estar envolvido(a) ou ocupado(a) trabalhando em negócios da comunidade. Implica comparecimento regular, às vezes, em ser membro ou se associar.

Por exemplo:

- isso pode envolver frequentar reuniões da comunidade;
- estar envolvido(a) nos assuntos religiosos na cidade ou comunidade, por exemplo, participando de um grupo ou procissão religiosa, ou sendo membro ativo da igreja local;
- participar de uma marcha política; ser membro de um partido político.

8. **Você recebe o mesmo respeito na comunidade quanto os seus pares?**

Modelo: Você acha que está perdendo o respeito em sua comunidade?

Observação: A pergunta é se a pessoa recebe o mesmo respeito dos membros da comunidade quanto os seus pares. O respeito refere-se à posição ou importância e autoridade de alguém na comunidade ou sociedade.

Por exemplo:

- algumas pessoas ou famílias perderam respeito ou importância numa comunidade porque alguém da casa tem uma deficiência ou uma doença.

9. **Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)?**

Modelo: Você tem oportunidade de se lavar sempre que deseja? Você tem oportunidade de comer frutas ou beber leite?

Observação: A pergunta pede que a pessoa verifique o quanto ela é capaz de cuidar de si mesma em comparação com seus pares ou companheiros.

'Oportunidade' significa que uma pessoa pode, por exemplo, lavar seu cabelo sempre que deseja. Isso implica que não existe nenhuma barreira ambiental, socioeconômica ou física que impeça alguém de fazer o que deseja. Inclui: arrumar/cortar o cabelo, *body piercing*, manicure/pedicure, comer adequadamente, cuidar de sua aparência, ter uma atitude pró-ativa em relação à saúde.

Por exemplo:

- a higiene da pessoa pode não ser tão boa quanto a dos seus pares se:
  - ela não tem permissão ou chance de usar a torneira comunitária, a menos que esteja escuro e que não haja mais ninguém ali;
  - ela também pode não ter dinheiro para pagar por tratamento médico, sabão ou artigos de higiene.

10. **Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma frequência que seus pares?**

Modelo: Você visita pessoas em sua comunidade? Você faz visitas com a mesma frequência que as outras pessoas?

Observação: A pergunta é apenas se a pessoa visita outros, e não se ela come e bebe com eles. A pessoa visita outras casas ou famílias na comunidade tanto quanto os seus pares?
Faça um círculo em torno do '0' no quadro 'SIM' se ela visita outros, mas não come ou bebe com eles, mas assinale 'SIM' também se ela faz visitas e come e bebe com os outros.

Por exemplo:

- a pessoa pode ter perdido amigos por causa de sua doença, e tem menos pessoas para visitar;
- a mobilidade da pessoa pode restringi-la de fazer visitas com frequência.

11. **Você se locomove dentro e fora de casa e pela vizinhança/cidade do mesmo jeito que seus pares?**

Modelo: Você se desloca dentro e fora de casa, pela comunidade e viaja para fora da cidade exatamente como os seus pares?

Observação: Mobilidade também inclui a capacidade de se deslocar, por exemplo, da cadeira de rodas/cama para a cadeira, com ou sem o uso de auxílios como uma cadeira de rodas, muletas etc.

Por exemplo:

- ele(a) pode achar difícil subir/descer escadas, morros, passar portões ou outras barreiras físicas por causa de sua mobilidade;
- a atitude das pessoas pode impedi-lo(a) de se deslocar da mesma maneira que os seus pares, por exemplo, talvez ele/ela se sinta constrangido(a).

12. Em sua cidade/vizinhança, você frequenta todos os locais públicos (incluindo escolas, lojas, escritórios, mercados, bares e restaurantes)?

Modelo: Você se assenta na praça (local de encontro)? Você entra em bares ou lanchonetes para beber alguma coisa? Você entra em edifícios públicos, como escolas ou escritórios?

Por exemplo:

- talvez a pessoa possa ser incapaz de entrar num bar ou lanchonete, porque sua cadeira de rodas não passa pela porta;
- ela pode ser restringida pela atitude das pessoas;
- ela pode preferir não ir a certos locais públicos porque se sente envergonhada ou constrangida.

13. Em sua casa, você faz o serviço de casa?

Modelo: Você participa das tarefas domésticas diárias, como limpar o chão, os objetos, a roupa, cuidar dos animais, ajudar a cozinhar, comprar material de uso doméstico ou vegetais etc.?

Observação: A ênfase está sobre o fato da pessoa participar das atividades domésticas de rotina, juntamente com as pessoas que vivem com ela.
Alguns itens nesta pergunta podem ser específicos de um dos sexos. A resposta esperada é se a pessoa pode participar das atividades aceitáveis para o seu sexo naquela cultura.

Por exemplo:

- talvez outros não queiram que ela participe porque pensam que ficarão contaminados ou impuros.

14. Nas discussões familiares, a sua opinião é importante?

Modelo: Os outros pedem sua opinião ou você dá a sua opinião, quando se discutem assuntos de família, na mesma proporção que os seus pares o fariam?

Observação: A pergunta é se a pessoa fala, manifesta sua opinião, compartilha ideias e de modo geral participa, quando sua família está discutindo alguma coisa. A pergunta inclui se a pessoa sente que sua opinião é levada em conta, mesmo que seja em forma de (des)aprovação tácita, como talvez seja adequado em algumas culturas.

Discussões familiares podem ser sobre qualquer coisa, mas podem incluir:

- planejar o casamento de uma filha;
- comprar animais (imóveis, eletrodomésticos etc.);
- dinheiro.

15. Em sua casa, os utensílios que você usa para comer são guardados junto com os do resto da família?

Modelo: Você compartilha os mesmos utensílios para comer com as outras pessoas da casa?

Observação: A pergunta é se o entrevistado e os outros membros da família têm alguma objeção quanto ao fato de comerem juntos e ao uso comum de utensílios, o que em outras circunstâncias seria culturalmente aceitável. Exclui: aqueles que vivem sós.

Por exemplo:

- nas famílias em que o uso de utensílios comuns é culturalmente aceito:
  - o prato e o copo do entrevistado podem ser usados por alguns outros membros da família;
  - o(a) entrevistado(a) pode usar utensílios que normalmente são usados por outros membros da família.

16. Você ajuda outras pessoas (p.ex., vizinhos, amigos ou parentes)?

Modelo: Você ajuda outras pessoas em suas atividades econômicas e sociais, como lavoura, pastoreio, reparos domésticos etc.?

Observação: A pergunta se refere à ajuda não remunerada. Ajudar é oferecer assistência, muitas vezes de maneira prática. A pergunta é se a pessoa ajuda outras pessoas/famílias conhecidas.

Exclui: Trabalho pago/remunerado ou emprego.

Por exemplo:

- buscar água para outros, quando estes não são capazes de ir;
- cuidar dos seus animais em sua ausência;
- acompanhar a pessoa ou levar seus filhos ao hospital, quando eles estão doentes;
- arranjar casamentos;
- cuidar dos seus filhos.

17. Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas?

Modelo: Você procura ficar fora do caminho de alguém que você não conhece?

Observação: A pergunta é se a pessoa procura evitar falar com pessoas que ela não conhece ou nunca encontrou antes. Evitar alguém é quando você tenta não ver ou não encontrar alguém, por exemplo, indo para casa por caminho diferente. Pessoas novas são aquelas que você não conhecia, não viu antes ou com quem não falou antes.

Por exemplo:

- talvez a pessoa se sinta constrangida por sua aparência, ou tema ser rejeitada, ou seja precavida com estranhos.

18. Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?

Modelo: Se alguém sugerisse que você tentasse novas ocupações, habilidades ou nova profissão, como bordado, costura, conserto de motocicletas ou bicicletas, fazer envelopes, criar coelhos ou galinhas, você acha que conseguiria aprender ou desempenhar o novo trabalho?

Observação: A pergunta é se ele(a) iria TENTAR aprender coisas novas, e não se ele(a) já as faz. O objetivo desta pergunta é descobrir qual é o grau de esperança desse(a) entrevistado(a) e como ele(a) se sente em relação a mudanças. Ela também avalia como a pessoa se sente em relação a si mesma e suas habilidades, em razão de sua deficiência/doença.
Alguém pode aprender um novo ofício, de modo que pode aumentar a receita de sua família. A pergunta é como a pessoa se sente ao aprender algo novo.

Por exemplo:

- talvez alguém se sinta muito temeroso(a) e inseguro(a) para aprender alguma coisa nova por causa de sua deficiência/doença.

FORMULÁRIO DA ESCALA DE PARTICIPAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Prontuário: _____ Entrevistador: _____ Data: ____ / ____ / ____

Número	Escala de participação	Não especificado, não respondeu	Sim	Às vezes	Não	Irrelevante, eu não quero, eu não preciso	Não é problema	Pequeno	Médio	Grande	PONTUAÇÃO
1	Você tem a mesma oportunidade que seus pares para encontrar trabalho?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
2	Você trabalha tanto quanto seus pares (mesmo número de horas, tipo de trabalho etc.)?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
3	Você contribui economicamente com a sua casa de maneira semelhante à de seus pares?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
4	Você viaja para fora de sua cidade com tanta frequência quanto seus pares (exceto para tratamento), p. ex., feiras, encontros, festas?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
5	Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p. ex., casamentos, batizados, velórios etc.)?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
6	Você participa de atividades recreativas/sociais com a mesma frequência que seus pares (p. ex., esportes, conversas, reuniões)?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
7	Você é tão ativo socialmente quanto seus pares (p. ex., em atividades religiosas/comunitárias)?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
8	Você recebe o mesmo respeito na comunidade que seus pares?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
9	Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	

Número	Escala de participação	Não especificado, não respondeu	Sim	Às vezes	Não	Irrelevante, eu não quero, eu não preciso	Não é problema	Pequeno	Médio	Grande	PONTUAÇÃO
10	Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma frequência que seus pares?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
11	Você se locomove dentro e fora de casa e pela vizinhança/cidade do mesmo jeito que seus pares?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
12	Em sua cidade/vizinhança, você frequenta todos os locais públicos (incluindo escolas, lojas, escritórios, mercados, bares e restaurantes)?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
13	Em sua casa, você faz o serviço de casa?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?					0	1	2	3	5	
14	Nas discussões familiares, a sua opinião é importante?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
15	Em sua casa, os utensílios que você usa para comer são guardados junto com os do resto da família?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
16	Você ajuda outras pessoas (p. ex., vizinhos, amigos ou parentes)?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
17	Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
18	Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?		0			0					
	[Se às vezes ou não] até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
										TOTAL	

Comentário: _____

_____

_____

Graus de restrição de participação				
Sem restrição significativa	Leve restrição	Restrição moderada	Restrição grave	Restrição extrema
0 – 12	13 – 22	23 – 32	33 – 52	53 – 90

Anatomia

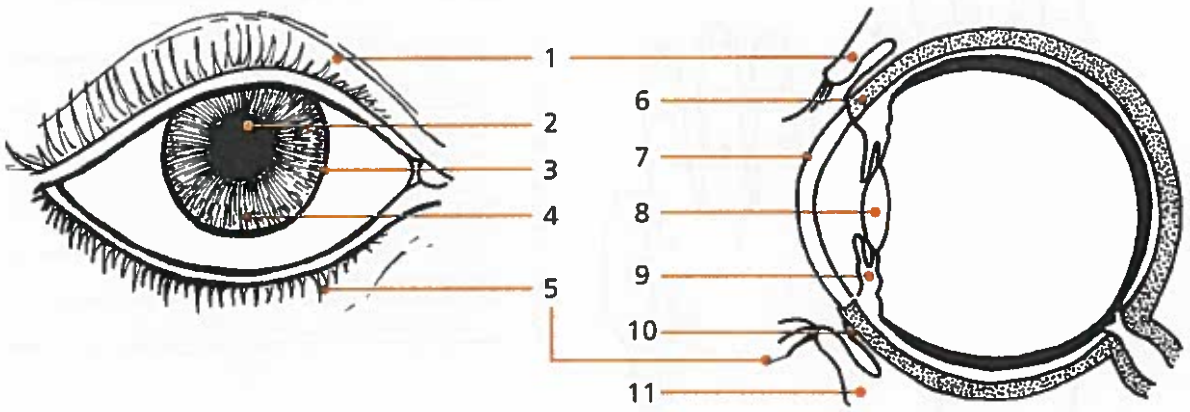
Em prevenção de incapacidades (PI), é fundamental que você conheça a anatomia das estruturas com que você vai trabalhar. Assim, você precisa aprender a utilizar os manuais e materiais de consulta e identificar:

- as estruturas básicas dos olhos, nariz, mãos e pés;
- os principais nervos acometidos em hanseníase, conhecer qual é a função principal de cada um e as deformidades e/ou incapacidades causadas quando houver dano neural.

Na sequência, você tem à sua disposição os desenhos de anatomia e os respectivos campos para preenchimento.

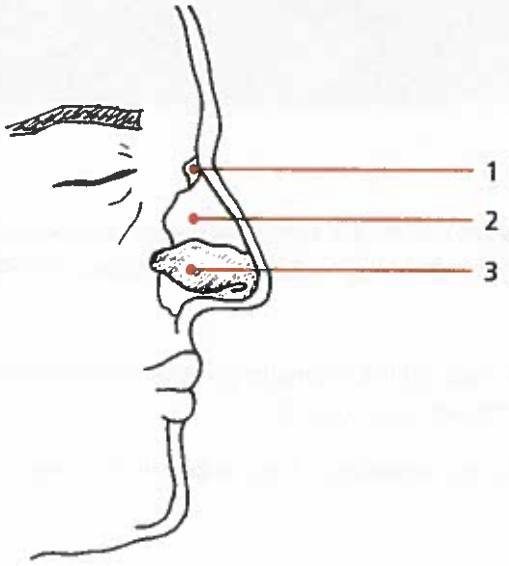
Desenhos de anatomia: identificando estruturas

Identificar as estruturas indicadas:



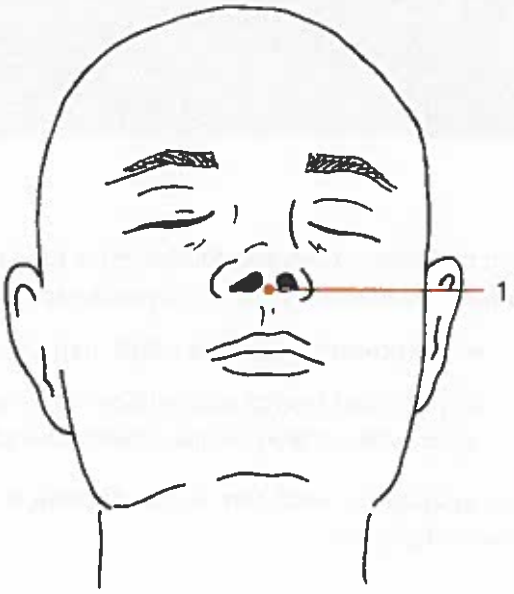
1. Pálpebra superior
2. Pupila
3. Córnea ou Limbo
4. Íris
5. Cílios
6. Esclera
7. Córnea
8. Cristalino
9. Íris
10. Conjuntiva
11. Pálpebra inferior

Diferenciar a estrutura óssea das estruturas de cartilagem:

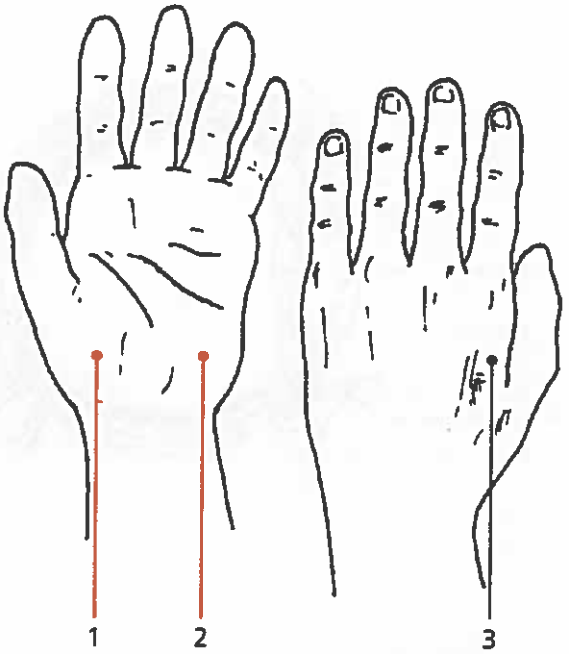


1. Osso
2. Cartilagem
3. Cartilagem

Identificar a estrutura indicada:

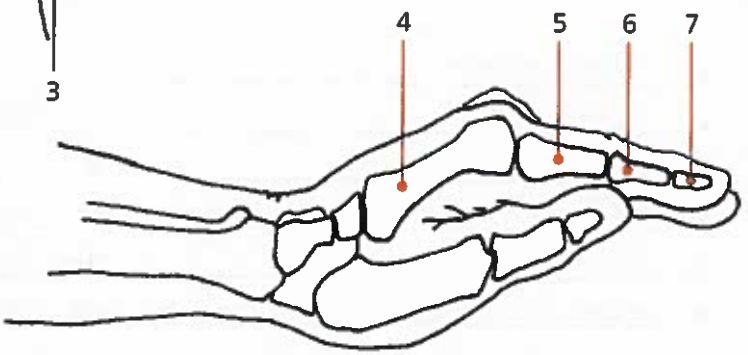


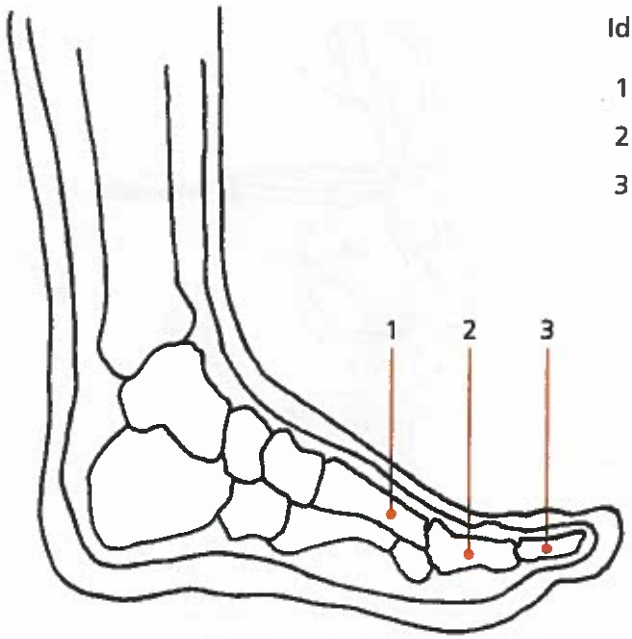
1. Septo nasal



Identificar as áreas e estruturas indicadas:

1. (Área) Eminência tenar
2. (Área) Eminência hipotenar
3. 1º espaço interósseo
4. Metacarpo
5. Falange proximal
6. Falange média
7. Falange distal



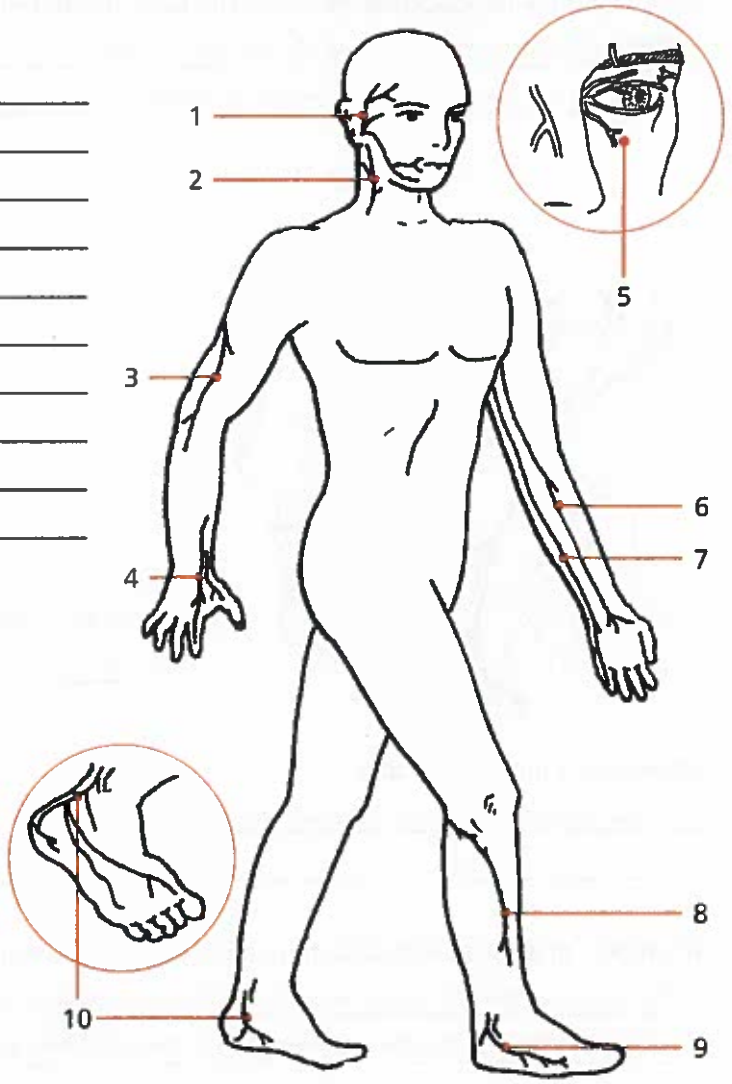


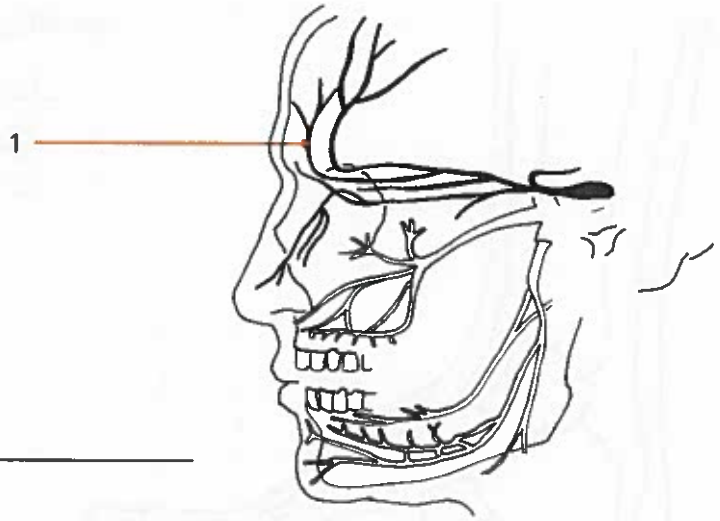
Identificar as estruturas indicadas:

1. Metatarso
2. Falange proximal
3. Falange distal

Identificar os nervos indicados:

1. Nervo facial
2. Nervo auricular
3. Nervo radial
4. Radial cutâneo
5. Nervo trigêmio
6. Nervo mediano
7. Nervo ulnar
8. Nervo fibular
9. Nervo sural
10. Tibial





Identificar o nervo indicado:

1. Nervo trigêmeo

Identificar a função principal:

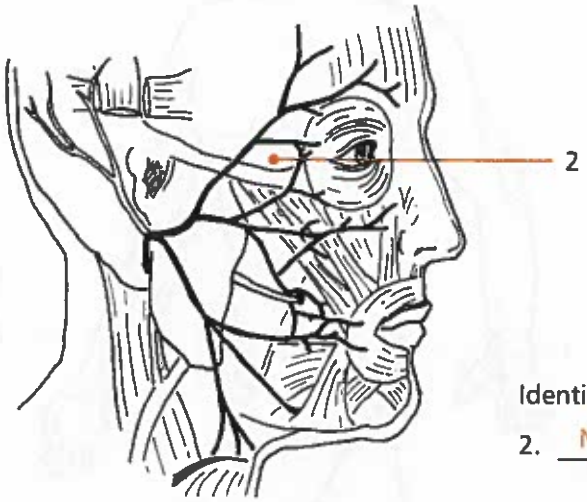
Principalmente sensitivo.

Responsável pela dor, tato e temperatura dos olhos, nariz, boca, dentes e língua.

Identificar qual incapacidade/deformidade pode resultar no dano deste nervo:

Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea,

podendo resultar em ressecamento da córnea.



Identificar o nervo indicado:

2. Nervo facial

Identificar a função principal:

A mais importante é a inervação motora da musculatura facial.

Identificar qual incapacidade/deformidade pode resultar no dano deste nervo:

Principalmente paresia (diminuição da força muscular) ou paralisia

(perda da força muscular), podendo resultar em fenda palpebral (lagoftalmo).

Identificar os nervos indicados:

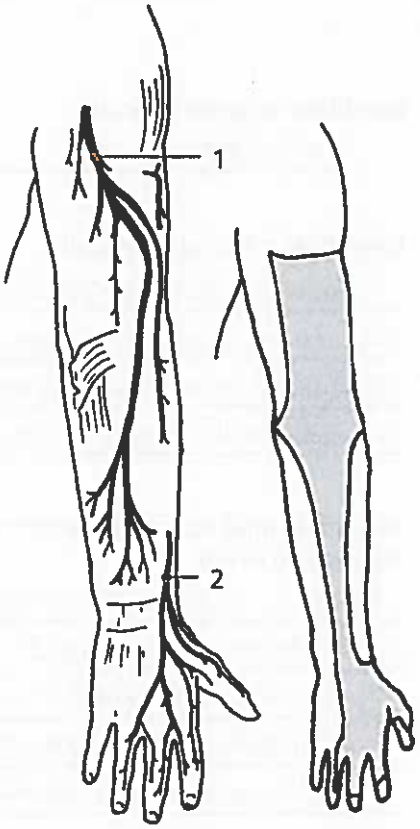
1. Nervo radial
2. Nervo radial cutâneo

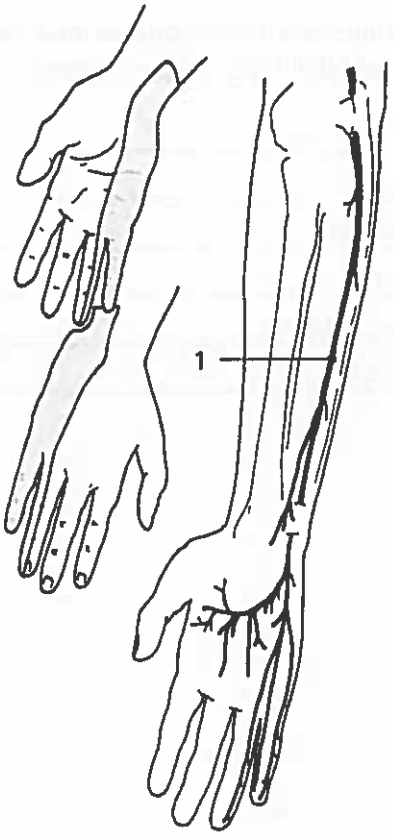
Identificar a função principal:

Responsável pela função autonômica (suor e produção de óleo) e sensibilidade da parte do dorso do antebraço e parte do dorso da mão, dedos e polegar. Responsável também pela inervação de parte da musculatura do braço e da musculatura dorsal do antebraço.

Identificar qual incapacidade/deformidade pode resultar do dano deste nervo:

Diminuição ou ausência de sensibilidade no dorso da mão. Paresia ou paralisia da musculatura responsável pelos movimentos de extensão dos dedos, polegar e punho, podendo levar à mão caída. Atrofia da região dorsal do antebraço.





Identificar o nervo indicado:

1. Nervo ulnar

Identificar a função principal:

Responsável pela função autonômica e sensibilidade da parte medial do antebraço, mão, 5º dedo e metade do 4º dedo. Responsável também pela inervação de parte da musculatura do antebraço e dos intrínsecos da mão.

Identificar qual incapacidade/deformidade pode resultar do dano deste nervo:

Diminuição ou perda da sensibilidade na parte medial do antebraço, mão, 5º dedo e metade do 4º dedo. Paresia ou paralisia da musculatura intrínseca da mão, podendo levar à garra do 4º e 5º dedos, no início, e do 2º ao 5º dedos, em fase mais avançada; e à diminuição da força de pinça. Atrofia do 1º espaço interósseo e da região hipotenar.

Identificar o nervo indicado:

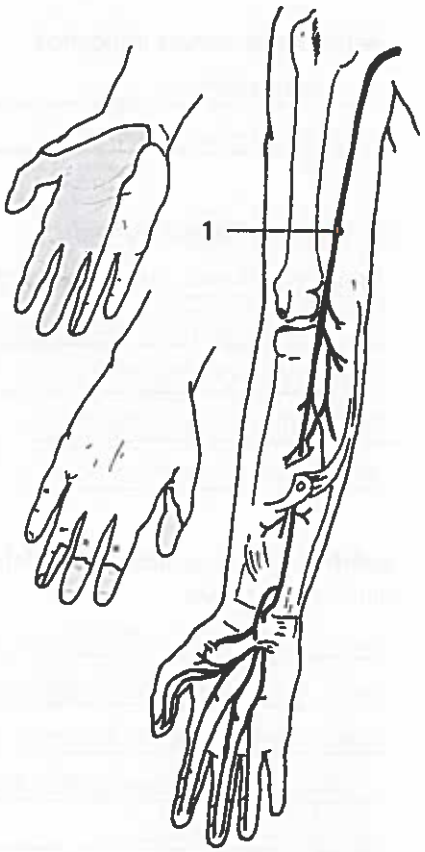
1. Nervo mediano

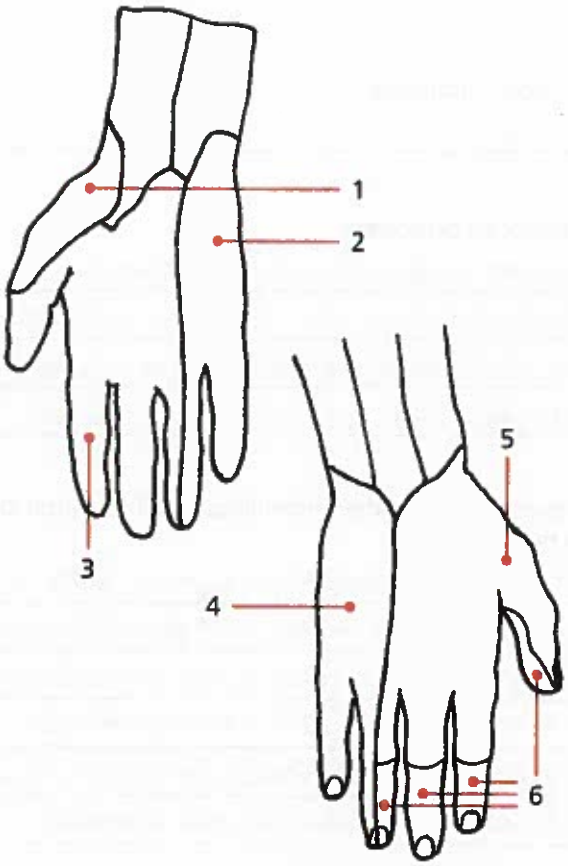
Identificar a função principal:

Responsável pela função autonômica e sensibilidade da parte lateral do antebraço, mão, polegar, 2º, 3º e metade do 4º dedo. Responsável também pela inervação da musculatura do antebraço e dos intrínsecos da mão.

Identificar qual incapacidade/deformidade pode resultar do dano deste nervo:

Diminuição ou perda da sensibilidade na parte lateral do antebraço, mão, polegar, 2º, 3º e metade do 4º dedo. Paresia ou paralisia da musculatura intrínseca da mão, podendo levar à garra do polegar e dificuldade da oponência e abdução. Atrofia da região tenar.



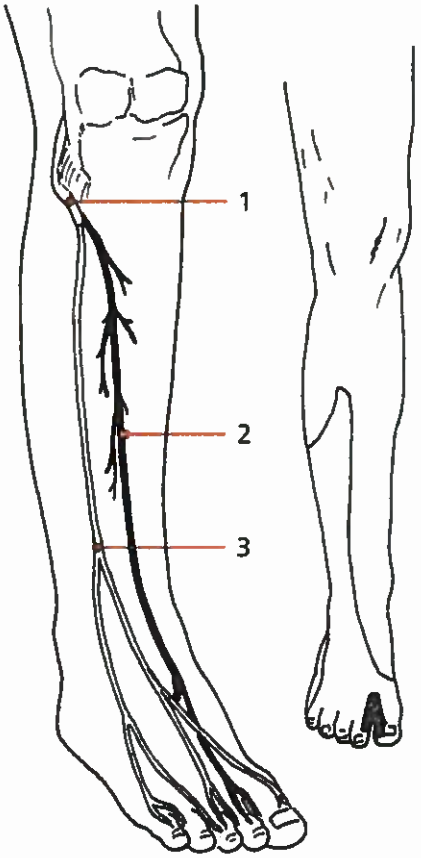


Identificar os nomes dos nervos correspondentes a cada área de sensibilidade, respectivamente:

1. Nervo radial cutâneo
2. Nervo ulnar
3. Nervo mediano
4. Nervo ulnar
5. Nervo radial cutâneo
6. Nervo mediano

Identificar os nervos indicados:

1. Nervo fibular comum
2. Nervo fibular profundo
3. Nervo fibular superficial

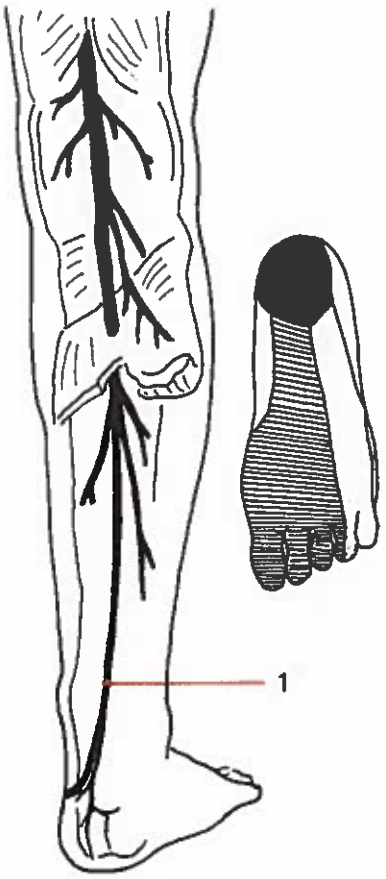


Identificar a função principal:

Responsável pela função autonômica e sensibilidade da parte lateral da perna e dorso do pé. Responsável também pela inervação de parte da musculatura da perna.

Identificar qual incapacidade/deformidade pode resultar do dano deste nervo:

Diminuição ou perda da sensibilidade na parte lateral da perna e dorso do pé. Paresia ou paralisia da musculatura responsável pelos movimentos de dorsiflexão e eversão do pé e extensão do hálux e dos artelhos, podendo levar ao pé caído. Atrofia da parte lateral e anterior da perna.



Identificar o nervo indicado:

1. Nervo tibial

Identificar a função principal:

Responsável pela função autonômica e sensibilidade da planta do pé. Responsável também pela inervação da musculatura intrínseca do pé.

Identificar qual incapacidade/deformidade pode resultar do dano deste nervo:

Diminuição ou ausência da sensibilidade na região plantar. Paresia ou paralisia da musculatura intrínseca do pé, podendo levar à garra dos artelhos. Atrofia da musculatura intrínseca do pé.

Avaliando o paciente – Deficiências

Avaliação neurológica simplificada

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO

Cada folha foi elaborada para registrar 3 avaliações.

Registrar

- Identificação do paciente (nome, data de nascimento, ocupação, sexo).
- Município e unidade federada.
- Assinalar com X na casela classificação operacional.
- Preencher as datas de início e alta da PQT.

Nariz

- Anotar as datas das 3 avaliações.
- Anotar queixa principal (quando e onde).
- Anotar "S" para sim e "N" para não no resultado do exame: ressecamento, ferida e perfuração do septo.

Olhos

- Anotar queixa principal (quando e onde).
- Anotar em mm o tamanho da fenda encontrada. Em caso de ausência de fenda, anotar zero ou (-).
- Anotar "S" para sim e "N" para não no resultado do exame: triquíase, ectrópio, diminuição da sensibilidade da córnea, opacidade da córnea e catarata.
- Anotar o resultado da acuidade visual, conforme Tabela de Snellen. Se o paciente usa óculos para longe, fazer o teste com os óculos e registrar c/c (com correção).

Mãos

- Anotar as datas das 3 avaliações.
- Anotar queixa principal (quando e onde).
- Anotar o resultado da palpação dos troncos nervosos: "N" normal; "E" espessado e "D" dor.
- Anotar o resultado da avaliação da força muscular: "F" ou 5 forte; "D" ou 4, 3 e 2 diminuída; "P" ou 1 e 0 paralisado.
- Anotar o resultado da inspeção:

- garra móvel: "M" (quando existe perda menor que 25% da amplitude do movimento passivo da articulação interfalangeana proximal);
- garra rígida: "R" (quando existe perda maior que 25% da amplitude do movimento passivo da articulação interfalangeana proximal);
- reabsorção: ( ); ferida: ( ).

- Anotar o resultado da avaliação sensitiva: caneta/filamento lilás (2 g): Sente: (✓); Não sente: (✗); ou no uso dos monofilamentos: seguir cores conforme legenda.

Pés

- Anotar as datas das 3 avaliações.
- Anotar queixa principal (quando e onde).
- Anotar o resultado da palpação dos troncos nervosos: "N" normal; "E" espessado e "D" dor.
- Anotar o resultado da avaliação da força muscular: "F" ou 5 forte; "D" ou 4, 3 e 2 diminuída; "P" ou 1 e 0 paralisado.
- Anotar o resultado da inspeção:
  - garra móvel: "M" (quando existe perda menor que 25% da amplitude do movimento passivo da articulação interfalangeana proximal);
  - garra rígida: "R" (quando existe perda maior que 25% da amplitude do movimento passivo da articulação interfalangeana proximal);
  - reabsorção: ( ); ferida: ( ).
- Anotar o resultado da avaliação sensitiva: caneta/filamento lilás (2 g): Sente: (✓); Não sente: (✗); ou no uso dos monofilamentos: seguir cores conforme legenda.

Classificação do grau de incapacidade

- Anotar data da avaliação.
- Anotar classificação do grau de incapacidade para o lado direito (letra D) e esquerdo (letra E), dos olhos, mãos e pés.
- Anotar o maior grau encontrado nas caselas correspondentes.
- Assinar.

FICHA DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA (AVALIAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS)

Nome: _____ Data: ___/___/___

Nasc.: ___/___/___ Ocupação: _____ Sexo: _____

Município: _____ Unidade federada: _____

Classificação operacional: PB ___ MB ___ Data início PQT ___/___/___ Data alta PQT ___/___/___

Face	1ª ___/___/___		2ª ___/___/___		3ª ___/___/___	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos sem força (mm)						
Fecha olhos com força (mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade da 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: N = Normal; E = Espessado; D = Dor; C = Choque.

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

Legenda: (F = Forte / D = Diminuída / P = Paralisado) ou
(5 = Forte / 4 = Resistência parcial / 3 = Movimento completo / 2 = Movimento parcial / 1 = Contração / 0 = Paralisado).

Inspeção e avaliação sensitiva					
1ª ___/___/___		2ª ___/___/___		3ª ___/___/___	
D	E	D	E	D	E

Legenda: Caneta/filamento lilás (2 g): Sente: (✓); Não sente: (✗) ou Monofilamentos: seguir cores.
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						

Legenda: N = Normal; E = Espessado; D = Dor; C = Choque.

Avaliação da força		1ª ___/___/___		2ª ___/___/___		3ª ___/___/___	
		D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux. Extensão de hálux (nervo fibular).							
Elevar o pé. Dorsiflexão de pé (nervo fibular).							

Legenda: (F = Forte / D = Diminuída / P = Paralisado) ou
(5 = Forte / 4 = Resistência parcial / 3 = Movimento completo / 2 = Movimento parcial / 1 = Contração / 0 = Paralisado).

Inspeção e avaliação sensitiva					
1ª ___/___/___		2ª ___/___/___		3ª ___/___/___	
D	E	D	E	D	E

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

Classificação do grau de incapacidade (OMS)

Data da avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior grau	Assinatura
	D	E	D	E	D	E		
Aval. diagnóstico ___/___/___								
Aval. de alta ___/___/___								

Legenda para preenchimento do grau de incapacidade	
Grau	**Características**
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
I	• Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. • Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés (não sente 2 g ou toque da caneta).
	Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m.
II	**Mãos:** lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída.
	Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Monofilamentos		
Cor		**Gramas**
Verde	●	0,05
Azul	●	0,2
Violeta/Lilás	●	2,0
Verm. fechado	●	4,0
Verm. cruzado	⊗	10,0
Verm. aberto	○	300,0
Preto	●	sem resposta

Bula sobre o estesiômetro (monofilamento)

KIT PARA TESTES DE SENSIBILIDADE (SEMMES-WEINSTEIN MONOFILAMENTS)

O kit consiste em um jogo de cinco ou sete tubos, cada um dos quais protege um par de filamentos de náilon especial. O código de cores indica com precisão a força axial necessária para envergar o filamento. Os tubos têm um furo transversal onde se encaixa o suporte de um dos seus filamentos durante o uso. O outro fio é fornecido como reserva. O kit de sete tubos inclui um tubo adicional de filamentos de 10 g (laranja), principalmente para uso no pé. Contém, também, um segundo tubo dos filamentos mais delicados (verde), e os múltiplos furos deste tubo servem também como suporte para os demais tubos.

INSTRUÇÕES PARA USO DOS FILAMENTOS

- A validade de um teste de sensibilidade depende de sua aplicação seguir rigorosamente um método padrão.
- É recomendado um lugar calmo, sem barulho e distrações, para fazer os testes. Anotações cuidadosas ajudam a análise do caso. Por isso é aconselhável juntar, antecipadamente, canetas coloridas e formulários de mapeamento, que facilitam a interpretação das observações.
- O seguinte procedimento deve ser previamente demonstrado em uma área do corpo do paciente onde há boa sensibilidade, de modo que tanto o paciente quanto o examinador se sintam confiantes nos procedimentos do teste.

METODOLOGIA

1) Montagem

- Retire um filamento do seu tubo e encaixe-o cuidadosamente no furo lateral do aparelho (fig. 1).
- Apoiando este conjunto num suporte (fig. 2), repita o processo para montar os demais filamentos a serem usados.

2) Método

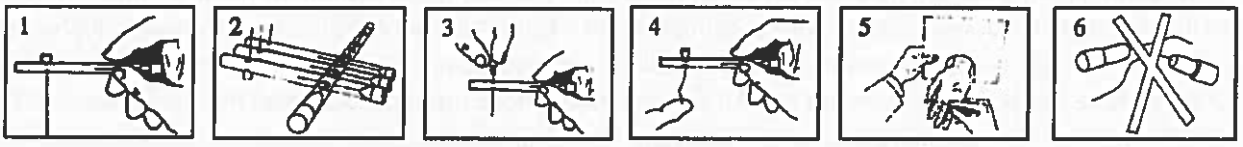
- Segure no cabo do aparelho de modo que o filamento de náilon fique perpendicular à superfície da pele do paciente (fig. 3) e pressione levemente até atingir a força suficiente para curvar o filamento (fig. 4), retirando-o suavemente em seguida.
- O contato entre o filamento e a pele deve ser feito lentamente e mantido durante aproximadamente um segundo e meio sem permitir que o filamento deslize sobre a pele.

3) Procedimento

- O teste começa com o monofilamento mais leve (verde). Evitando que o local do teste seja observado visualmente pelo paciente (fig. 5), peça ao mesmo que responda "sim" quando sentir o toque do filamento. Na ausência de resposta, prossiga com o próximo filamento mais pesado (azul) e assim progressivamente.
- Aplique os filamentos de 0.05 e 0.2 gramas (verdes ou azuis) até 3 vezes em cada local de teste, sendo que uma única resposta é suficiente para confirmar a sensibilidade no nível indicado.
- Dentro da área a ser testada, selecione aleatoriamente a sequência de posições de contato com a pele. O intervalo de tempo entre cada contato deve ser variado aleatoriamente também (deixando tempo suficiente para o paciente responder). Isso reduz a probabilidade de o paciente adivinhar o momento do contato.
- Na presença de úlcera, calos, cicatriz ou tecido necrosado, realize o teste em área próxima dentro do mesmo território específico.

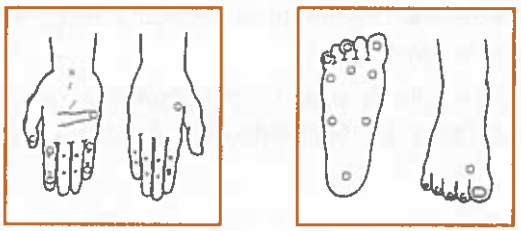
4) Cuidados especiais

Para evitar danos, guardar cuidadosamente os filamentos após uso. Filamentos danificados, enrugados ou descalibrados devem ser descartados (fig. 6), sendo que unidades de reposição podem ser adquiridas na SORRI. Caso haja necessidade, os filamentos podem ser cuidadosamente limpos com água, sabão e álcool.



A primeira resposta é ao filamento da cor	Interpretação	Código para mapeamento	
Verde (0.05 g)	Sensibilidade "normal" para mão e pé.	Bolinha verde	●
Azul (0.2 g)	Sensibilidade diminuída na mão, com dificuldades quanto à discriminação fina (dentro do "normal" para o pé).	Bolinha azul	●
Violeta/Lilás (2.0 g)	• Sensibilidade protetora diminuída na mão, permanecendo o suficiente para prevenir lesões. • Dificuldades com a discriminação de forma e temperatura.	Bolinha violeta/ lilás	●
Vermelho escuro (4.0 g)	• Perda de sensação protetora para a mão e, às vezes, para o pé. • Vulnerável a lesões. • Perda de discriminação quente/frio.	Bolinha vermelha	●
Laranja (10.0 g)*	Perda de sensação protetora para o pé, ainda podendo sentir pressão profunda e dor.	Vermelho "X"	⊗
Vermelho magenta (300.0 g)	Sensibilidade à pressão, podendo ainda sentir dor.	Círculo vermelho	○
Nenhuma ( )	Perda de sensibilidade à pressão profunda, normalmente não podendo sentir dor.	Bolinha preta	●

*O filamento de 10g é ausente no kit de 5 tubos. Adaptado de instruções preparadas por Judy Bell-Krotoski. OTR, FAOTA e Linda Lehman. MPH, OTR.



Este "kit para testes de sensibilidade" foi desenvolvido com o apoio da ALM International e produzido na SORRI-Bauru, entidade filantrópica que visa à integração da pessoa portadora de deficiência. Patente INPI 7102115.

Referências bibliográficas

BELL - KROTOSKI JA "Pocket Filaments and Specifications for the Semmes-Weinstein Monofilament" *In Journal of Hand Therapy,* Hanley and Bellus Inc., 1990.

BELL - KROTOSKI JA "Light touch-deep pressure testing using the Semmes-Weinstein Monofilament" In Hunter J Metal (eds): *Rehabilitation of Hand* 3rd ed St Louis CV Mosbv Co 43 1989.

LEVIN SPEARSALL G RUDERMAN RJ "Von Fres Method" *In Journal of Hand Surgery*. Vol 33 Nº 3 CV Mosby Co 1976 4. Birke, Já E SIMS. Os. Plantar sensory threshold in the ulcerative foot: In Lep Rev 57 261 267. 1986.

Prática com o teste de sensibilidade: utilizando o estesiômetro

Nome: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Problemas: _____

Direita	Esquerda

Nome: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Problemas: _____

Direita	Esquerda

Força muscular e indicação dos exercícios

Força		Descrição	Orientação
Forte	5	Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência máxima	• Não necessita exercícios
Fraca ou diminuindo	4	Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial	• Exercícios ativos com resistência
	3	Realiza o movimento completo contra gravidade	• Exercícios ativos sem ou com pouca resistência
	2	Realiza o movimento parcial	• Alongamento e exercícios passivos • Exercícios com ajuda da outra mão • Exercícios ativos
Nenhuma paralisia	1	Contração muscular sem movimento	• Alongamento e exercícios passivos • Exercício com ajuda da outra mão
	0	Paralisia (nenhum movimento)	• Alongamento e exercícios passivos

Texto teórico 3

PERGUNTAS E RESPOSTAS SOBRE O TESTE DE SENSIBILIDADE[1]

LINDA FAYE LEHMAN, MPH, OTR/L
LÚCIA HELENA S. CAMARGO MARCIANO, TO
MARIA BEATRIZ PENNA ORSINI, TO
ROSEMARI BACCARELLI, FT

I Apresentação

Desde 1983, o uso dos monofilamentos de Semmes-Weinstein (S-W) está sendo difundido no Brasil, para avaliar a função do nervo periférico.

Ao longo desses anos, durante treinamentos e supervisões na área da hanseníase, recebemos inúmeras questões, que consideramos oportuno responder, no momento em que a Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária, incluiu os monofilamentos S-W como um dos recursos para avaliar a sensibilidade.

Para melhor organização e compreensão do texto, as questões foram agrupadas em três tópicos principais:

- questões gerais;
- questões sobre o método de aplicação;
- questões sobre seguimento, documentação e interpretação.

Segue-se referência bibliográfica.

[1] Nota do Editor: este texto está reproduzido conforme o original, de acordo com o documento de cessão de direitos para esta publicação.

II Questões gerais

1. O que são os monofilamentos S-W?

É um conjunto de náilons nº 612, de 38 mm de comprimento e diâmetros diferentes. Cada monofilamento está fixado a uma haste, em ângulo de 90°. No Brasil, tem sido utilizado um conjunto de 6 monofilamentos: 0,05 g; 0,2 g; 2,0 g; 4,0 g; 10,0 g e 300,0 g.

Referências bibliográficas: (1, 2, 3, 4)

2. Qual a origem?

Foram introduzidos por Von Frey, no final do século passado. Em seus trabalhos, utilizava fios de cabelo humano e pelos de cavalo com diâmetro e flexibilidade diferentes, para medir limiares de tato e pressão em pessoas normais. Em 1960, Semmes-Weinstein desenvolveram um conjunto de 20 monofilamentos para medir limiares de força, relativos à variação progressiva de pressão, em pacientes com lesão cerebral. Werner & Omer (1970) constataram clinicamente que é possível utilizar um número reduzido de monofilamentos, para avaliar sensibilidade periférica, sem prejuízo dos resultados.

Referências bibliográficas: (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

3. Qual a finalidade?

Avaliar e quantificar o limiar de percepção do tato e pressão da pele, podendo ser utilizado em todo o corpo.

Referências bibliográficas: (1, 2, 3, 4, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

4. Quando o uso dos monofilamentos está indicado?

Nas doenças que envolvem o sistema nervoso, principalmente o periférico. Por exemplo: hanseníase, diabetes mellitus, alcoolismo e lesões traumáticas.

Referências bibliográficas: (2, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19)

5. Os monofilamentos podem ser usados para avaliar a sensibilidade da pele em áreas com manchas?

Os monofilamentos podem ser utilizados para identificar alterações da sensibilidade tátil em lesões cutâneas. Jamison, em 1971, referiu este uso em pacientes com hanseníase.

Referências bibliográficas: (1, 4, 19, 20, 21, 22)

6. Como se utilizam os monofilamentos?

O uso dos monofilamentos está referido no Guia de Controle da Hanseníase, editado pelo Ministério da Saúde, em 1993, e em outras publicações.

Referências bibliográficas: (2, 4, 9, 12, 13, 14, 15, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28)

7. Há correspondência entre os resultados obtidos através do uso dos monofilamentos e de outros testes?

Sim. Von Prince & Butler, em 1967, realizaram, em pacientes com neuropatia periférica, estudos comparativos entre os monofilamentos S-W e outros testes (temperatura, discriminação de 2 pontos, propriocepção, estereognosia, dor e grafestesia). Esta comparação permitiu estabelecer os seguintes níveis funcionais:

- sensibilidade normal;
- sensibilidade diminuída;
- sensibilidade protetora diminuída;
- perda da sensibilidade protetora;
- sensação de pressão profunda conservada;
- perda da sensação de pressão profunda.

Por exemplo, com o nível de sensibilidade diminuída da mão, o paciente tem diminuição da sensibilidade tátil: não percebe o monofilamento de 0,05 g (verde) mas percebe o monofilamento de 0,2 g (azul). Apresenta dificuldade para discriminar texturas mais finas, porém, ainda conserva a capacidade para discriminar temperatura e dor. Neste nível funcional, a capacidade de proteger as mãos está preservada.

Referências bibliográficas: (4, 11, 13, 14, 18, 21, 23,25, 29)

8. O teste com os monofilamentos substitui os demais?

Na hanseníase, o uso dos monofilamentos substitui com vantagem os demais testes. É um teste quantitativo, que permite identificar e monitorar a sensibilidade, e, por isso, é considerado um dos melhores para uso no trabalho de campo.

Por ser um teste padronizado, permite estudos clínicos e epidemiológicos.

Ao utilizar água quente e fria, algodão, ponta de lápis, caneta ou agulha, há dificuldade de controlar algumas variáveis (e.g. temperatura da água e pressão exercida durante a aplicação dos instrumentos). Desta forma, o uso destes instrumentos limita a quantificação, comparação e interpretação dos resultados.

Contudo, na ausência do monofilamento, é indispensável usar o recurso disponível, procurando controlar as variáveis o máximo possível.

Referências bibliográficas: (9, 14, 15, 19, 20, 30, 31, 32, 33, 34)

9. A sensibilidade térmica é comprometida antes da sensibilidade tátil?

No trabalho de campo, isso depende do instrumento utilizado. Se compararmos os resultados da avaliação da sensibilidade tátil, através dos monofilamentos, com os resultados da sensibilidade térmica, utilizando-se água quente e fria, as alterações da sensibilidade tátil serão detectadas com maior frequência do que as alterações da sensibilidade térmica.

A única forma de responder a esta questão é desenvolver estudos em laboratório, onde as variáveis podem ser controladas com rigor.

Referências bibliográficas: (20, 21, 23, 35)

10. Posso confiar nos resultados da avaliação com os monofilamentos?

O teste de sensibilidade através dos monofilamentos é um dos testes mais confiáveis e válidos para ser utilizado no trabalho de campo.

É um teste padronizado, cujos resultados são mais consistentes tanto entre uma avaliação e outra, como de um examinador para outro. Segundo Moberg, a confiabilidade é de 84%. O teste tem validade por medir o que se propõe.

Um dos trabalhos demonstra que a avaliação com este instrumento apresenta 91% de sensitividade e 80% de especificidade.

Referências bibliográficas: (1, 2, 4, 12, 14, 15, 31, 32, 36, 37, 38, 39, 40)

11. As pessoas sem comprometimento neurológico sentem o monofilamento de 0,05 g (verde)?

A maioria das pessoas sente o monofilamento de 0,05 g (verde) em todo o corpo. Em áreas com calosidades e na planta do pé, em geral, as pessoas sentem pelo menos o monofilamento de 0,2 g (azul). Estudos estão sendo feitos em vários países para avaliar que monofilamento indica sensibilidade normal no pé, de acordo com fatores ambientais e culturais.

Referências bibliográficas: (4, 11, 21, 33)

12. O que significa perda da sensibilidade protetora e sensibilidade protetora diminuída?

A perda de sensibilidade protetora é a incapacidade de perceber estímulos que podem causar danos à pele, como, por exemplo, pressões, dependendo da duração ou intensidade, e temperaturas elevadas. O termo diminuição da sensibilidade protetora indica que há dificuldade para discriminar temperatura e tato, porém, ainda permanece a capacidade de proteção.

Referências bibliográficas: (12, 14, 20, 23, 25, 26, 29, 41, 42, 43)

III Questões sobre o instrumento e o método de aplicação

1. Posso iniciar o teste com qualquer monofilamento?

Recomenda-se padronizar a aplicação do teste, iniciando-se pelo monofilamento de 0,05 g (verde). Desta maneira, nos pontos onde o paciente perceber o monofilamento de 0,05 g, não há necessidade de usar os demais.

Referências bibliográficas: (20, 23, 33)

2. O que significa a força relacionada a cada monofilamento?

É a força necessária para curvar o fio de náilon. Quanto maior o diâmetro do fio, maior a força necessária para curvá-lo.

Referências bibliográficas: (1, 2, 4, 20, 33, 37)

3. O que é necessário para cada monofilamento exercer a força específica?

É necessário aplicar uma pressão suficiente para produzir curvatura no fio, sem que a lateral encoste na pele.

Referências bibliográficas: (14, 29, 33)

4. Quais os fatores que podem interferir na força exercida pelos monofilamentos?

- Distância, a partir da qual se inicia o teste.
- Velocidade de deslocamento do instrumento.
- Interrupção da velocidade da aplicação do instrumento, no momento em que o náilon toca a pele.
- Duração do estímulo.
- Ângulo formado entre o náilon e a superfície avaliada.
- Condições estruturais do monofilamento.
- Aumento da superfície estimulada (toque lateral ou deslizamento do fio).
- Falta de estabilização do segmento testado.

Referências bibliográficas: (2, 4, 14, 23, 37)

5. **Por que se recomenda realizar o teste nos territórios específicos de cada nervo?**

Para uniformizar os pontos avaliados, de forma a permitir acompanhar e comparar os resultados. É possível realizar mapeamento detalhado, porém, quando feito nos territórios específicos, reduz o tempo necessário para o exame, sem comprometer sua finalidade.

Referências bibliográficas: (2, 4, 9, 13, 14, 15, 16, 20, 33, 44)

6. **Os monofilamentos podem ser aplicados várias vezes, em seguida, no mesmo ponto?**

Sim, porém, apenas para os monofilamentos de 0,05 g (verde) e 0,2 g (azul) isto é necessário, para garantir a obtenção da força específica destes monofilamentos.

Não existem evidências de que a aplicação repetida do monofilamento sobre o mesmo ponto provoque efeito somatório, ou seja, aumente a probabilidade de perceber o estímulo.

Referências bibliográficas: (1, 16)

7. **Qual a durabilidade dos monofilamentos?**

Observando-se os cuidados de manuseio e armazenamento corretos, o instrumento pode permanecer em condições adequadas para uso por vários anos. Sabe-se que, para danificar o náilon n° 612 é necessária a exposição contínua à temperatura > 100° C durante dias ou meses.

Os monofilamentos mais finos (0,05 g e 0,2 g) são mais susceptíveis à fadiga de material.

Referência bibliográfica: (2)

8. **Quando é necessário substituir o monofilamento?**

Quando estiver danificado, isto é, apresentar ângulo ao longo do comprimento, desprender da base ou perder a memória, de forma a não se retificar (fadiga de material).

Referências bibliográficas: (2, 20)

9. **Como limpar os monofilamentos?**

Os monofilamentos podem ser limpos com álcool, sem danificar as propriedades físicas do náilon n° 612. Outros produtos químicos podem danificá-los.

Referência bibliográfica: (2)

10. **Como reduzir a probabilidade de erros nas respostas do paciente durante o teste?**

- Explicar objetivamente a finalidade do teste e mostrar o instrumento.
- Demonstrar o teste em área com sensibilidade normal, para que o paciente conheça o tipo do estímulo que deverá perceber.
- Confirmar se o paciente entendeu o teste ou necessita de mais esclarecimentos, realizando um pré-teste, com a visão ocluída em área com sensibilidade normal.
- Estimular a área de referência para sensibilidade normal, quando o paciente não reconhecer uma sequência de estímulos, para verificar se o paciente está atento.
- Checar a consistência dos resultados, retornando algumas vezes aos pontos examinados.
- Variar o ritmo de aplicação dos estímulos e a sequência dos pontos examinados.

- Adiar o teste ou adaptar a metodologia de aplicação, quando identificar: sono; dificuldade para compreender o teste; instabilidade emocional; falta de atenção, concentração e cooperação, ou qualquer outro fator que possa comprometer o resultado do teste.

Referências bibliográficas: (26, 30)

11. É necessário ocluir a visão do paciente durante o teste?

Sim. Para isso, recomenda-se colocar um anteparo para impedir que o paciente visualize o segmento testado. Alguns pacientes se sentem incomodados ao usar vendas sobre os olhos, podendo comprometer os resultados do teste.

Referência bibliográfica: (33)

12. É necessário que o paciente localize o ponto estimulado?

Não. O teste de sensibilidade com localização do ponto estimulado requer interpretação cortical, ao contrário da simples percepção do estímulo tátil.

A incapacidade de localizar não significa, necessariamente, alteração da função do nervo. Há pessoas que, apesar de terem sensibilidade normal, têm dificuldade para localizar o ponto estimulado. Portanto, a localização do estímulo não é necessária.

Referências bibliográficas: (1, 14, 26, 33)

IV Questões sobre seguimento, documentação e interpretação

1. Com que frequência se deve realizar as avaliações?

- No momento do diagnóstico.
- Na presença de sinais e sintomas de neurites e reações ou queixas relacionadas a estas condições, durante ou após o tratamento medicamentoso.
- Quinzenal ou mensalmente, durante o tratamento das neurites e reações.
- Quinzenal ou mensalmente, em casos suspeitos de neurites e reações.
- Semestralmente, em todos os casos em registro ativo.
- No momento da alta.

A frequência das avaliações poderá variar de acordo com as condições de cada serviço. O ideal é avaliar os pacientes, em registro ativo, mensalmente.

Referências bibliográficas: (15, 45, 46, 47, 48, 49, 50)

2. Em que situação o paciente deve ser encaminhado para a avaliação médica?

- Os resultados da monitoração da sensibilidade, através dos monofilamentos, auxiliam a conduta médica. O paciente deve ser encaminhado quando:
  - o monofilamento percebido pelo paciente for de maior diâmetro que na avaliação anterior, em 2 ou mais territórios específicos de um mesmo nervo;
  - o paciente deixar de perceber o monofilamento registrado na avaliação anterior e o seguinte a ele, mesmo que em um único território específico;

- por exemplo: um paciente sentia o monofilamento de 0,2 g (azul). Na avaliação seguinte deixa de sentir o monofilamento de 0,2 g (azul) e o próximo, 2,0 g (roxo), passando a sentir o monofilamento seguinte, de 4,0 g (vermelho).
- A melhora da sensibilidade também deve ser comunicada ao médico.

Referências bibliográficas: (4, 29, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51)

3. Por que a documentação dos resultados deve ser feita em cores e símbolos padronizados?

Para facilitar a interpretação e a comparação dos resultados.

Em todo relato, verbal ou escrito, o valor em gramas, correspondente aos monofilamentos percebidos, devem ser relacionados.

Na impossibilidade de utilizar cores, registrar o valor em gramas correspondente ao monofilamento percebido.

Referências bibliográficas: (4, 44, 45, 46, 49)

4. Por que utilizar o conjunto de 6 monofilamentos?

- Porque os 6 monofilamentos possibilitam graduar a sensibilidade em vários níveis, de normal até à perda da sensibilidade profunda, passando por níveis intermediários.
- Pelo fato de provocar estímulos de diferentes intensidades, que permitem quantificar e monitorar a melhora, piora ou estabilidade da função neural.

Referências bibliográficas: (3, 17, 20, 47)

5. É possível utilizar um único monofilamento? Qual?

Sabemos que, no trabalho de campo, existem vários problemas operacionais que podem dificultar a utilização do conjunto de 6 monofilamentos.

A utilização de um único monofilamento tem limitações. Porém, se isto for necessário, recomendamos o uso do monofilamento de 2,0 g (roxo). A percepção deste monofilamento não significa que a sensibilidade esteja normal. Indica apenas que o comprometimento neural, se houver, não é muito grave e a proteção está preservada.

Para fins de monitoração, se o paciente deixar de sentir o monofilamento de 2,0 g (roxo), considera-se que houve piora da função do nervo. Nesta condição, o paciente está mais vulnerável a traumas e requer cuidados especiais.

Referências bibliográficas: (14, 20, 29)

6. A partir de qual monofilamento considera-se que há insensibilidade (grau I), para fins de preenchimento da ficha do grau de incapacidade?

A percepção dos monofilamentos de 0,05 g (verde), 0,2 g (azul) e 2,0 g (roxo) indica grau 0 de incapacidade.

Considera-se grau I de incapacidade a não percepção do monofilamento de 2,0 g (roxo) e a percepção ou não dos demais monofilamentos (4,0 g; 10,0 g; 300,0 g).

Referências bibliográficas: (15, 45, 46, 47, 48, 49, 50)

7. **Qual a importância dos monofilamentos nas ações de controle da hanseníase?**

O uso do monofilamento na prevenção e controle das incapacidades auxilia a:

- identificação e monitoração da função neural;
- atribuição do grau I de incapacidade, com maior confiabilidade;
- identificação de pessoas que necessitem cuidados especiais, devido à perda da sensibilidade protetora;
- planejamento de recursos;
- padronização de estudos comparativos.

Referências bibliográficas: (3, 42, 43, 44, 47, 52)

Referências bibliográficas

1. Weinstein S. Fifty years of somatosensory research: From the Semmes-Weinstein monofilaments to the Weinstein enhanced sensory test. *J Hand Ther*. January-March 1993; 11-22.
2. Bell-Krotoski JA. Pocket Filaments and specifications for the Semmes-Weinstein monofilaments. *J Hand Ther* 1990; 3: 26-31.
3. Lehman LF, Orsini MBP, and Nicholl ARJ. The development and adaptation of the Semmes-Weinstein monofilaments in Brazil. *J Hand Ther*. Oct-Dec 1993; 290-297.
4. Brandsma JW. *Intrinsic Minus Hand*. Amsterdam, Netherlands: Stichting voor Leprablestrijding, 1993.
5. Frey M von. Beitrage zur Physiologie des Schmerzsinns. *Ber Sach Gesell der Wissenschaften* 1894; 46: 185-196.
6. Frey M von. Verspatete Schmerzempfindungen. *A Gesamte Neurol Psychiat* 1922; 79: 324-333.
7. Frey M von. Zur Physiologie der Juckempfindumg. *Arch Neurol Physiol* 1922; 7: 142-145.
8. Frey M von. Gibt es tiefe Druckempfindungen? *Deutsche Med Wochenschrift* 1925; 51: 423-424.
9. Waylett-Rendall J. Sensibility evaluation and rehabilitation. In *Orthopedic Clinics of North America*. 1988, Vol 19; 1: 43-56.
10. Levin S, Pearsall G, and Ruderman RJ. Von Frey's method of measuring pressure sensibility in the hand: An engineering analysis of the Weinstein-Semmes pressure aesthesiometer. *J of Hand Surgery*. May 1978, Vol. 3; Nº. 3: 211-216.
11. Semmes J. Weinstein S, Ghent L, et al. *Somatosensory changes after penetrating brain wounds in man*. Cambridge Harvard University Press, 1960.
12. Kumar S, Fernando DJS, Veves A, Knowles, EA, Young, and Boulton AFM. Semmes-Weinstein monofilaments: a simple, effective and inexpensive screening device for identifying diabetic patients at risk of foot ulceration. *DIABET*. 1991; 63-67.
13. Werner IL and Omer GE. Evaluating cutaneous pressure sensitivity of the hand. *Am. J. Occup Ther*. 1970; 24: 347-356.
14. Bell-Krotoski JA, Weinstein S, and Weinstein C. Testing sensibility, including touch-pressure, two-point discrimination, point localization, and vibration. *J Hand Ther*. April-June 1993, 114-123.
15. Naafs G and Dagne T. Sensory testing: A sensitive method in the follow up of nerve involvement. *Int J Lepr* 1978; 45: 364-368.
16. Bell-Krotoski JA. Semmes-Weinstein monofilament testing for determining cutaneous light touch/pressure sensation. *The Star*. November/December 1984, 8-16.
17. Bell-Krotoski JA. A study of peripheral nerve involvement underlying physical disability of the hand in Hansen's disease. *J. Hand Ther*. 1992; 5: 133-142.

18. Prince K von and Butler B. Measuring sensory function of the hand in peripheral nerve injuries. *Am J. Occup Ther.* 1967; 21: 385-395.

19. Jamison DG. Sensitivity testing as a means of differentiating the various forms of leprosy found in Nigeria. *Int J Lepr.* 1971; 39: 504-507.

20. Bell-Krotoski JA. Handscreen for early detection and monitoring of peripheral neuropathy- Part II. *The Star.* January/February 1992; 3-7.

21. Lehman LF and Berenhoff J. Comparison of sensory results of the Thermal Tester and the Semmes-Weinstein Light Touch/Pressure in persons with Hansen's disease and without known disease. Abstracts XIV International Leprosy Congress Papers and Posters. *Int J of Leprosy*. December 1993; Vol. 61, Nº. 4 (Supplement): 145A.

22. Lyon S, Gonçalves S, Fonseca C, Grossi A, and Lehman L. The evolution of sensory loss in skin patches of Hansen's disease at the time of diagnosis and during treatment using the Semmes-Weinstein monofilaments. Abstracts of XIV International Leprosy Congress Papers and Posters. *Int J of Leprosy.* December 1993; Vol. 61, Nº. 4 (Supplement): 158A.

23. Bell-Krotoski JA. Sensibility testing. State of the art. In: *Rehabailitation of the Hand*, 3rd. ed. Hunter JM, Schneider LH, Mackin EJ, Callahan AD, eds., CV Mosby, St Louis, Baltimore, Philadelphia, Toronto, 1990; 557-584.

24. Bell-Krotoski JA. Light touch-deep pressure testing using Semmes-Weinstein monofilaments. In: *Rehabilitation of the Hand*, 3rd. ed. Hunter JM, Schneider LH, Mackin EF, Callahan AD, eds., CV Mosby, St Louis, Baltimore, Philadelphia, Toronto, 1990; 585-593.

25. Birk JA and Sims DS. Plantar sensory threshold in the ulcerative foot. *Lepr Rev* 1986; 57: 261-267.

26. Callahan AD. Sensibility testing: clinical methods. In *Rehabilitation of the Hand*, 3rd. ed. Hunter JM, Schneider LH, Mackin EF, Callahan AD, eds., CV Mosby, St Louis, Baltimore, Philadelphia, Toronto, 1990; 594-610.

27. Dellon AL. Patient evaluation and managent cosiderations in nerve compression. In *Hand Clincs-Nerve Compression Syndromes*. WB Saunders Co., Philadelphia May 1992; Vol 8; 2: 229-239.

28. Gelberman RH, Szabo RM, Williamson RV, et al. Sensibility testing in peripheral nerve compression syndromes. An experimental study in humans. *J Bone Joint Surg* 1983; 65A: 632-638.

29. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária – Brasília. *Guia de Controle da Hanseníase*. 1993; 24-26.

30. Peripheral Neuropathy Association. Quantitative Sensory testing: A consensus report from the Peripheral Neuropathy Association. *Neurology* May 1993; 1050-1052.

31. Fess E. Evaluation of the hand by objective measures. In Hunter JM, Schneider LH, Mackin EJ, Bell JA (eds): Rehabilitation of the Hand. St. Louis, C.V. Mosby, 1978; 5.

32. Fess E. The need for reliability and validity in hand assessment instruments. *J of Hand Surg* Seprtember 1986; Vol. 11A, Nº. 5: 621-623.

33. Bell-Krotoski JA. Advances in sensibility evaluation. In: *Hand Clinics* 1991; 7: 527-546.

34. Gellman H, Gellman RH, Tan AM et al. Carpal tunnel syndrome. An evaluation of the provocative diagnostic tests. *J Bone Joint Surg* 1983; 68: 735-737.

35. Skacel, Michael. *Estudo de avaliação neurológica e comparação de alterações sensitivas em Hanseníase. FIOCRUZ,* Rio de Janeiro 1991. (Bibliografia ainda não localizada)

36. Bell-Krotoski JA and Tomancik E. The repeatability of testing with Semmes-Weinstein monofilaments. *J Hand Surg* 1987; 12A: 155-161.

37. Bell-Krotoski JA and Buford WL. The force-time relationship of clinically used sensory testing instruments. *J Hand Ther* 1988; 1: 76-85.

38. Breger DE. Correlating Weinstein-Semmes monofilament mappings with sensory nerve conduction parameters in Hansen's disease patients: An update. *J Hand Ther* 1987; 1: 33-37.

39. Kaplan M and Gelber RH. Nerve damage evaluation. *Int J Lepr* Other Mycobact Dis 1984; 455-461.

40. Moberg E. Two-point discrimination test. *Scand J Rehab Med* 1990; 20: 127-134.

41. Sosenko JM, Kato M, Soto R, and Bild DE. Comparison of quantitative sensory-threshold measures for their association with foot ulceration in diabetic patients. *Diabetes Care*, Oct. 1990; Vol. 13: 10, 1057-1061.

42. Sims DS, Cavanaugh PR, and Ulbrecht JS. Risk factors in the diabetic foot; recognition and management. *Phys Ther* 1988; 68: 1887-1902.

43. Fritschi EP. *Surgical Reconstruction and Rehabilitation in Leprosy*. The Director for Southern Asia. The Leprosy Mission, New Delhi, 1984.

44. Lehman L, Orsini B, and Ferreira A. Identification of peripheral nerve damage in Hansen's disease and its implications for control program management. Abstracts of XIV International Leprosy Congress Papers and Posters. *Int J of Leprosy*. December 1993; Vol. 61, Nº. 4 (Supplement): 147A.

45. Brandsma JW. Terminology in leprosy rehabilitation and guidelines for nerve function assessment. *Tropical and Geographical Medicine* 1994; Vol. 46, Nº. 2: 89-92.

46. Becx-Bleumink M and Berhe D. Occurence of reactions, their diagnosis and management in leprosy patients treated with multidrug therapy; Experience in the leprosy contol program of the All Africa Leprosy and Rehabilitation Training Center(ALERT) in Ethiopia. *Int J Lepr* 1992; Vol 60, Nº. 2: 173-184.

47. Naafs B, Chairman. Workshop 4 - Reaction and Nerve Damage. Report of the Pre-Congress Workshop at the XIV International Leprosy Congress in Orlando, Florida. *Int J of Lepr* December 1993; Vol. 61, Nº. 4 (Supplement): 731, 732.

48. Rose P Reversal reactions in leprosy and their management. *Lepr Review* 1991; 62: 113-121.

49. ILEP Medical Commission. *Prevention of Disability-Buidelines for Leprosy Control Programmes*. ILEP, London, March 1993.

50. Srinivasan H. *Prevention of Disabilities in Patients with Leprosy – A pratical guide*. World Health Organization, Geneva 1993.

51. Job CK. Nerve damage in leprosy. XII Leprosy Dongress State of the Art Lectures. *Int J Lepr* 1989; Vol. 57, Nº. 2: 532-539.

52. Malhotra SK and Bharti R. Nerve damage and its management in Hansen's disease. *The Star May*/June 1993; Vol. 52, Nº. 5: 15,16.

Registrando o grau de incapacidade

Grau de incapacidade (OMS)

MATERIAL NECESSÁRIO

- Formulário próprio.
- Caneta esferográfica ou monofilamento lilás (2 g).
- Fio dental, macio, fino ou extrafino, sem sabor.
- Régua.
- Escala de Snellen.
- Cartão oclusor.
- Fita métrica.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Registrar

- Identificação do paciente (nome, data de nascimento, ocupação, sexo).
- Forma clínica, número da ficha, município e unidade federada.
- Assinalar com X na casela classificação operacional.
- Preencher as datas de início e alta PQT.
- Assinalar com X, nas caselas do formulário, os resultados dos exames realizados, separadamente, para o lado direito (letra D) e esquerdo (letra E), nos olhos, nas mãos e nos pés.

Preencher o formulário observando as seguintes condições

Caselas de Grau 0

- Assinalar quando nenhum problema com olhos, mãos e pés decorrentes da hanseníase for encontrado.

Caselas de Grau 1

- Assinalar quando houver diminuição ou perda da sensibilidade na córnea, regiões palmar e plantar. Nos casos da pesquisa nas regiões palmar e plantar, considerar como diminuição ou perda da sensibilidade quando não sentir o monofilamento de 2 g ou o toque leve da caneta esferográfica.

Caselas de Grau 2

- Assinalar quando houver:

- **Olhos:** lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade da córnea central, acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros.
- **Mãos:** úlceras tróficas e lesões traumáticas na diminuição ou na perda da sensibilidade, garras, reabsorção e mão caída.
- **Pés:** úlceras tróficas e lesões traumáticas na diminuição ou na perda da sensibilidade, garras, reabsorção, pé caído e contratura do tornozelo.

Grau de incapacidade

Na linha maior "grau atribuído", anotar, em cada coluna, o maior valor atribuído a cada elemento (olho, mão e pé, esquerdo e direito, separadamente).

- **Maior grau atribuído:** considera-se grau de incapacidade o maior desses valores.
- **Escore OMP (olhos, mãos e pés):** considera-se escore OMP a soma desses valores.

Definições

OLHO

Grau 0

Considera-se grau 0 quando não for encontrado nenhum problema com os olhos, devido à hanseníase.

Grau 1

- **Sensibilidade:** considera-se sensibilidade diminuída ou perda da sensibilidade quando a resposta ao teste de sensibilidade da córnea for um piscar demorado ou ausente.

Grau 2

- **Lagoftalmo:** incapacidade parcial ou total de ocluir os olhos, acompanhado de alteração da força muscular das pálpebras, principalmente superior.
- **Ectrópio:** eversão e desabamento da pálpebra inferior.
- **Triquíase:** cílios mal implantados, voltados para dentro, roçando a córnea.
- **Opacidade corneana:** perda da transparência da córnea na área central.
- **Acuidade visual:** realizar o teste da A.V. com a utilização da escala de Snellen; na ausência desta, verificar se a pessoa pode contar dedos da mão do examinador numa distância de 6 metros. Considera-se grau 2 quando o paciente não enxerga a linha 0,1 na escala de Snellen ou não conta dedos a 6 metros.

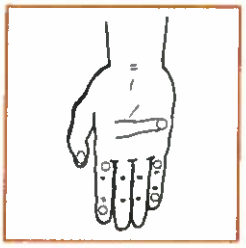
MÃO

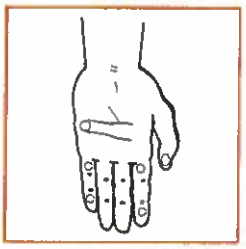
Grau 0

Considera-se grau 0 quando não for encontrado nenhum problema com as mãos, devido à hanseníase.

Grau 1

- **Sensibilidade:** considera-se diminuição ou perda da sensibilidade quando o paciente não sente o monofilamento roxo (2 g) ou a ponta da caneta esferográfica.





Grau 2

- **Úlceras e lesões traumáticas:** solução de continuidade, hematomas, bolhas ou feridas em região palmar com diminuição ou perda da sensibilidade.
- **Garra:** presença de hiperextensão da articulação metacarpofalangeana com flexão da articulação interfalangeana proximal.
- **Reabsorção:** encurtamento das extremidades de um ou mais dedos.
- **Mão caída:** impossibilidade de realizar a extensão ativa do punho.

PÉ

Grau 0

Considera-se grau 0 quando não for encontrado nenhum problema com os pés, devido à hanseníase.

Grau 1

- **Sensibilidade:** considera-se diminuição ou perda da sensibilidade quando o paciente não sente o monofilamento roxo (2 g) ou a ponta da caneta esferográfica.

Grau 2

- **Úlceras e lesões traumáticas:** solução de continuidade, hematomas, bolhas ou feridas em região plantar com diminuição ou perda da sensibilidade.
- **Garra:** presença de hiperextensão da articulação metatarsofalangeana com flexão da articulação interfalangeana proximal.
- **Reabsorção:** encurtamento de um ou mais artelhos ou encurtamento do pé.
- **Pé caído:** impossibilidade de realizar a dorsiflexão ativa do pé.
- **Contratura:** perda da mobilidade articular passiva do tornozelo.

Formulário para registrar o grau de incapacidade

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Ocupação: _____ Sexo: _____ Forma clínica: _____ Nº da ficha: _____

Município: _____ Unidade federada: _____

Classificação operacional: PB ___ MB ___ Data início PQT ___/___/____ Data alta PQT ___/___/____

Graus	Olhos Sinais e/ou sintomas	D	E	Mãos Sinais e/ou sintomas	D	E	Pés 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 corneana			Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)			Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)		
2	Lagoftalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou traumáticas			Lesões tróficas e/ou traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana			Reabsorção			Pé caído		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros			Mão caída			Reabsorção		
							Contratura do tornozelo		
Maior grau				**Maior grau**			**Maior grau**		

Maior grau atribuído início da PQT	___	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: _____	Assinatura:	Data: ___/___/___
Maior grau atribuído final da PQT	___	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: _____	Assinatura:	Data: ___/___/___

Prática com o registro do grau

Utilize essas informações para preencher os quadros do grau de incapacidade nas páginas seguintes.

Local	Caso 1		Caso 2	
Olho	**D**	**E**	**D**	**E**
Diminuição ou perda da sensibilidade corneana	X	X		
Lagoftalmo e/ou ectrópio			X	
Triquíase		X		
Opacidade corneana central				
Acuidade visual menor que 0,1, ou não conta dedos a 6 metros				5m cd
Mãos	**D**	**E**	**D**	**E**
Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)	X	X	X	X
Lesões tróficas e/ou traumáticas				X
Garras	X			
Reabsorção	X			
Mão caída				
Pés	**D**	**E**	**D**	**E**
Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)	X	X	X	
Lesões tróficas e/ou traumáticas			X	
Garra				
Pé caído		X		
Reabsorção	X			
Contratura do tornozelo		X		

PRÁTICA – CASO I

Nome: _____ Data de nascimento: ___ / ___ / ____

Ocupação: _____ Sexo: _____ Forma clínica: ____ Nº da ficha: _____

Município: _____ Unidade federada: _____

Classificação operacional: PB ___ MB ___ Data início PQT ___ / ___ / ___ Data alta PQT ___ / ___ / ___

Graus	Olhos Sinais e/ou sintomas	D	E	Mãos Sinais e/ou sintomas	D	E	Pés 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 corneana			Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)			Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)		
2	Lagoftalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou traumáticas			Lesões tróficas e/ou traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana			Reabsorção			Pé caído		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros			Mão caída			Reabsorção		
							Contratura do tornozelo		
Maior grau				**Maior grau**			**Maior grau**		

Maior grau atribuído início da PQT	___	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: _____	Assinatura:	Data: ___/___/___
Maior grau atribuído final da PQT	___	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: _____	Assinatura:	Data: ___/___/___

PRÁTICA – CASO II

Nome: _____ Data de nascimento: ___/___/_____

Ocupação: _____ Sexo: _____ Forma clínica: _____ N° da ficha: _____

Município: _____ Unidade federada: _____

Classificação operacional: PB ___ MB ___ Data início PQT ___/___/___ Data alta PQT ___/___/___

Graus	Olhos Sinais e/ou sintomas	D	E	Mãos Sinais e/ou sintomas	D	E	Pés 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 corneana			Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)			Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)		
2	Lagoftalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou traumáticas			Lesões tróficas e/ou traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana			Reabsorção			Pé caído		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros			Mão caída			Reabsorção		
							Contratura do tornozelo		
Maior grau				**Maior grau**			**Maior grau**		

Maior grau atribuído início da PQT	___	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: _____	Assinatura:	Data: ___/___/___
Maior grau atribuído final da PQT	___	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: _____	Assinatura:	Data: ___/___/___

IDENTIFICAR O QUE ESTÁ ERRADO E CORRIGIR

Nome: José Maria (*dados fictícios*) Data de nascimento: 15 / 01 / 1985

Ocupação: Pedreiro Sexo: Masculino Forma clínica: V Nº da ficha: 000109

Município: Belo Horizonte Unidade federada: Minas Gerais

Classificação operacional: PB ___ MB X Data início PQT 07/ 05 / 07 Data alta PQT ___ / ___ / ___

Graus	Olhos Sinais e/ou sintomas	D	E	Mãos Sinais e/ou sintomas	D	E	Pés 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 corneana	X	X	Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)	X	X	Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)	X	X
2	Lagoftalmo e/ou ectrópio	X	X	Lesões tróficas e/ou traumáticas		X	Lesões tróficas e/ou traumáticas	X	X
	Triquíase			Garras	X	X	Garras		
	Opacidade corneana		X	Reabsorção		X	Pé caído		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros		X	Mão caída			Reabsorção		X
							Contratura do tornozelo		
Maior grau		1	2	**Maior grau**	2	2	**Maior grau**	2	2

Maior grau atribuído início da PQT	2	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: 11	Assinatura:	Data: 07 / 05 / 07
Maior grau atribuído final da PQT	___	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: ___	Assinatura:	Data: ___/___/___

IDENTIFICAR O QUE ESTÁ ERRADO E CORRIGIR

Nome: José Maria (*dados fictícios*) Data de nascimento: 15 / 01 / 1985

Ocupação: Pedreiro Sexo: Masculino Forma clínica: V N° da ficha: 000109

Município: Belo Horizonte Unidade federada: Minas Gerais

Classificação operacional: PB ___ MB X Data início PQT 07/ 05 / 07 Data alta PQT ___ / ___ / ___

Graus	Olhos Sinais e/ou sintomas	D	E	Mãos Sinais e/ou sintomas	D	E	Pés 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 corneana		X	Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)		X	Diminuição ou perda da sensibilidade (não sente 2 g ou toque da caneta)	X	X
2	Lagoftalmo e/ou ectrópio		X	Lesões tróficas e/ou traumáticas		X	Lesões tróficas e/ou traumáticas	X	X
	Triquíase			Garras		X	Garras		
	Opacidade corneana		X	Reabsorção		X	Pé caído		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros		X	Mão caída			Reabsorção		X
							Contratura do tornozelo		
Maior grau		**0**	**2**	**Maior grau**	**0**	**2**	**Maior grau**	**2**	**2**

Maior grau atribuído início da PQT	2	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: 12	Assinatura:	Data: 07 / 05 / 07
Maior grau atribuído final da PQT	___	Escore OMP (soma dos graus de olhos, mãos e pés) Total: 8	Assinatura:	Data: 02 / 05 / 08

Diferença entre avaliação neurológica, grau de incapacidade e escore OMP

	Avaliação neurológica simplificada (avaliação das deficiências)	Grau de incapacidade	Escore OMP
O que é	Avaliação do estado do nervo e da função neural (autonômica, sensitiva, motora).	Medida que indica a existência de perda da sensibilidade protetora e/ou deformidades visíveis em consequência de lesão neural e/ou cegueira.	Soma dos graus de incapacidades atribuídos a cada segmento direito e esquerdo (olhos, mãos e pés).
Valores	-------	0,1 ou 2.	0 a 12.
Para que	• Monitorar (acompanhar) mudanças no estado do nervo e da função neural. • Identificar neurites precocemente. • Determinar o tratamento necessário. • Monitorar a resposta ao tratamento das neurites. • Determinar a necessidade de intervenção cirúrgica.	• É um indicador epidemiológico que pode ser utilizado nos estudos transversais e de coorte. • Pode ser utilizado para planejamento e avaliação de programas. • No individuo, é uma medida grosseira da melhora ou piora nas deficiências durante o tratamento e após a alta. Piora no grau de incapacidade pode indicar problemas no acompanhamento da pessoa no serviço, falta da prática de autocuidados e/ou outros. • Pode indicar precocidade do diagnóstico (a existência de deformidades visíveis indica diagnóstico tardio). • Pode indicar maior risco de desenvolvimento de reações e de novas incapacidades durante o tratamento e após a alta (pessoas com graus 1 ou 2 no diagnóstico têm pior prognóstico).	• É um indicador epidemiológico que pode ser utilizado nos estudos transversais e de coorte. • Pode ser utilizado para avaliar os resultados das ações de prevenção de incapacidades. • Tanto no programa quanto no indivíduo, é uma medida mais sensível do que o grau máximo de incapacidades para a detecção de melhora ou piora nas deficiências durante o tratamento e após a alta. Piora no escore OMP pode indicar problemas no acompanhamento da pessoa no serviço, falta da prática de autocuidados e/ou outros.

	Avaliação neurológica simplificada (avaliação das deficiências)	Grau de incapacidade	Escore OMP
Como fazer	• Ouvir as queixas. • Fazer a inspeção. • Palpar os nervos. • Pesquisar a sensibilidade. • Avaliar a força muscular. • Avaliar a acuidade visual. • Avaliar a mobilidade articular.	• Fazer a inspeção. • Pesquisar a sensibilidade. • Avaliar a acuidade visual. • Avaliar a mobilidade articular. • Registrar o maior grau encontrado.	• Fazer a inspeção. • Pesquisar a sensibilidade. • Avaliar a acuidade visual. • Avaliar a mobilidade articular. • Registrar o somatório dos graus dos olhos, mãos e pés (OMP) direitos e esquerdos.
Quando	• Início do tratamento. • De 3 em 3 meses (ou mensalmente, quando possível). • Com maior frequência durante neurites e reações, ou quando houver suspeita dessas, durante ou após o tratamento. • Na alta. • Antes e depois de intervenções como cirurgias, prescrição de exercícios, autocuidados etc.	• Início do tratamento. • Na alta.	• Início do tratamento. • Na alta. • Antes e depois de intervenções como cirurgias, grupos de autocuidados, adaptações (órteses) etc.

Função neural – Reações

Funções e lesões das fibras neurais

Fibras sensoriais	Fibras autônomas	Fibras motoras	
Ações do bacilo e dos processos inflamatórios			Evitar ou prevenir danos neurais
Diminuição ou perda da sensibilidade **Dormência**	Diminuição ou perda de sudorese e lubrificação da pele **Ressecamento**	Diminuição ou perda da força muscular **Fraqueza**	
Consequências da lesão neural			Evitar ou prevenir complicações
Queimaduras Ferimentos Úlceras **Infecção**	Fissuras **Infecção**	Atrofia Contraturas e articulações rígidas Desequilíbrio muscular (deformidades: garra, pé caído, lagoftalmo) Aumento de pressão em áreas específicas nas atividades diárias **Ferimentos/infecção**	
Destruição de estruturas (pele, tendão, ligamento, osso, músculo)			
Deformidades			

Critérios para suspeitar e/ou confirmar alterações na função neural

	Olhos	Mãos e pés
No diagnóstico	• Diminuição ou perda da força muscular. • Sensibilidade diminuída, ou ausente, observar e acompanhar a cada 15 dias ou mensalmente, por um período de 2 meses, antes do uso de corticóide.	• A presença de dor no trajeto do nervo e/ou história de alteração de sensibilidade e/ou força muscular, num período menor ou igual a 12 meses, comprovados no momento da avaliação, deverão ser tratados como caso de neurite. • Quando não sentir o toque do monofilamento igual ou maior do que 2,0 g (monof. lilás), em 2 pontos do trajeto de um mesmo nervo. Quando não sentir o toque leve da ponta da caneta, em 2 pontos do trajeto de um mesmo nervo.
Em tratamento	• Diminuição e/ou perda da sensibilidade e/ou perda ou diminuição da força muscular, em comparação à avaliação anterior.	• Dor aguda no trajeto do nervo e/ou diminuição, ou perda da sensibilidade, e/ou força muscular em comparação à última avaliação. • É considerada alteração da sensibilidade, tanto com o estesiômetro quanto com a caneta, a alteração de 2 pontos do trajeto de um mesmo nervo, em comparação à avaliação anterior. Em nervos com apenas 1 ponto de teste (radial cutâneo e fibular), a alteração é considerada 'problema'.
Após alta	• Diminuição e/ou perda da sensibilidade e/ou perda, ou diminuição da força muscular em comparação à avaliação anterior.	• Dor aguda no trajeto do nervo e/ou diminuição, ou perda, da sensibilidade e/ou força muscular em comparação à última avaliação. • É considerada alteração da sensibilidade, tanto com o estesiômetro quanto com a caneta, a alteração de 2 pontos do trajeto de um mesmo nervo em comparação à avaliação anterior. Em nervos com apenas 1 ponto de teste (radial cutâneo e fibular) a alteração é considerada 'problema'.

Neurites

Sinais e sintomas mais importantes	Neurite aguda	Neurite silenciosa
Queixa do paciente	• Dor aguda • Dormência (alteração da sensibilidade) • Hipersensibilidade • Fraqueza	• Ausente
Dor	• Sim	• Não
Espessamento do nervo*	• Sim/Não	• Sim/Não
Alteração da sensibilidade	• Sim/Não	• Sim/Não
Alteração da força muscular	• Sim/Não	• Sim/Não
Como identificar	• Dor espontânea ou dor à palpação do nervo e/ou • Piora da sensibilidade ao exame e/ou • Piora da força muscular ao exame	• Piora da sensibilidade ao exame e/ou • Piora da força muscular ao exame

*Observação: o espessamento neural não pode ser menosprezado, porém, isoladamente, não significa lesão neural.

FREQUÊNCIA DO EXAME NEURAL

- Todos os pacientes devem ser avaliados, pelo menos, no momento do diagnóstico, mensalmente, ou, quando não for possível, no mínimo de 3 em 3 meses, durante o tratamento, e na alta.
- Na presença de neurites e/ou reações, ou, quando há suspeita das mesmas, durante o tratamento, ou após a alta, o paciente deve ser avaliado de 15 em 15 dias, ou mensalmente.

Reações

Características	Reação tipo I (reação reversa)	Reação tipo II (Eritema Nodoso Hansênico – ENH)
Forma clínica	• Tuberculoide. • Dimorfa.	• Virchowiana. • Dimorfa (às vezes).
Classificação operacional	• Paucibacilar. • Multibacilar.	• Multibacilar.
Envolvimento ocular	• Piora da capacidade de oclusão palpebral.	• Inflamação ocular (irite, iridociclite, esclerite).
Área envolvida	• Localizada.	• Generalizada/sistêmica.
Pele	• Eritema e edema das lesões preexistentes. • Aparecimento de "novas lesões".	• Lesões papulosas, em placas, ou nodulares, eritematosas ou necrotizantes. • Dor nas lesões.
Edema	• Nervos. • Lesões.	• Pés. • Mãos. • Testículos e outros órgãos.
Envolvimento neural	• Frequente.	• Menos frequente.
Outras observações	• Febre e mal-estar, ocasionais.	• Febre e mal-estar frequentes. • Enfartamento ganglionar (íngua). • Inflamação de órgãos e outras estruturas (nervos, olhos, rins, testículos, vasos, articulações, tendões etc.).
Tratamento	• Caderno de Atenção Básica Nº 21 PNCH/DEVEP/SVS/MS, 2002. p. 87. • Como reconhecer e tratar reações hansênicas. Adaptado da ILEP, 2002 por SES/MG e NLR, 2005.	• Caderno de Atenção Básica Nº 21 PNCH/DEVEP/SVS/MS, 2002. p. 87. • Como reconhecer e tratar reações hansênicas. Adaptado da ILEP, 2002 por SES/MG e NLR, 2005.

Reações e neurites: alterações e condutas

Alterações	Condutas
Dor neural aguda	• Encaminhamento imediato para consulta médica. • Imobilização até remissão do sintoma. • Orientação quanto à redução da sobrecarga no nervo, durante a realização das atividades. • Orientação quanto a autocuidados.
Dor à palpação e/ou ao esforço	• Orientação quanto à redução da sobrecarga no nervo durante a realização das atividades. • Orientação quanto a autocuidados. • Encaminhamento para consulta médica, caso a dor persista.
Piora da sensibilidade (olhos, mãos e pés)	• Encaminhamento imediato para consulta médica. • Acompanhamento da sensibilidade. • Orientação quanto a autocuidados. • Orientação quanto à redução da sobrecarga no nervo durante a realização das atividades.
Piora da força muscular (olhos, mãos e pés)	• Encaminhamento imediato para consulta médica. • Acompanhamento da força muscular. • Orientação quanto a autocuidados. • Orientação quanto à redução da sobrecarga no nervo durante a realização das atividades. • Exercícios após remissão dos sinais/sintomas agudos.
Mão e pé reacionais	• Encaminhamento imediato para consulta médica. • Repouso na posição funcional (abdução do polegar, flexão de metacarpofalangeanas e extensão de interfalangeanas).
Irite/iridociclite/esclerite (dor ocular, fotofobia, hiperemia conjuntival associadas ou não à piora da acuidade visual e alterações da forma e do tamanho pupilar)	• Encaminhamento imediato ao oftalmologista.
Orquiepididimite, nefrite, vasculite etc. (inflamação dos testículos, rins, vasos etc.)	• Encaminhamento imediato para consulta médica.

Texto teórico 4

O COMPROMETIMENTO NEURAL NA HANSENÍASE[1]

CHARLES K. JOB, M.D.
F.R.C. PATH., F.A.M.S.[2]

A hanseníase nos seres humanos é essencialmente uma doença dos nervos periféricos. O diagnóstico clínico da hanseníase depende muito do reconhecimento das consequências do dano neural no paciente. O encontro de nervos periféricos espessados, de áreas anestésicas na pele, e, de músculos paralisados nas mãos, pernas ou face, levam ao diagnóstico de hanseníase. A demonstração histopatológica da invasão dos nervos pelo *Mycobacterium leprae* ou a presença de um granuloma inflamatório dentro ou ao redor do nervo é mandatório, para confirmar o diagnóstico de hanseníase.

Mesmo em 1988, apesar de muitos progressos no conhecimento da hanseníase e no seu tratamento, a hanseníase evoca medo no homem comum e nos profissionais também. Em inquérito recente em um país ocidental, foi surpreendente verificar que quando questionadas as pessoas preferiam contrair AIDS do que hanseníase. Não há dúvida de que a ignorância a respeito da hanseníase é o principal fator responsável por esta reação do público. Contudo, é importante salientar que são as deformidades causadas pelo comprometimento neural as grandes responsáveis por esse horror e medo da doença; um horror e medo que parece ser quase universal.

Estima-se que mais de 1/4 de todos os pacientes com hanseníase registrados têm incapacidades, e destes, aproximadamente a metade está gravemente incapacitada. Com cerca de 12 milhões de pacientes com hanseníase estimados no mundo, a neurite hansênica representa um ônus enorme para a comunidade. Os efeitos sociais e psicológicos das deformidades não podem ser medidos.

Nesta apresentação, eu assinalarei brevemente a patologia e a patogênese do dano neural, sua apresentação clínica e seu tratamento.

A estrutura do nervo

O nervo periférico consiste de fibras nervosas mielinizadas e não mielinizadas de vários tamanhos. Os axônios mielinizados são circundados por uma bainha de mielina multilaminada. As células de Schwann cobrem as fibras nervosas e cada célula de Schwann contém uma fibra mielinizada ou várias fibras não mielinizadas. As células de Schwann são envolvidas por tecido conjuntivo frouxo denominado endonervo. As fibras motoras e sensitivas estão situadas lado a lado e são estruturalmente indistinguíveis. As fibras nervosas estão agrupadas e justapostas por tecido conjuntivo denso e vasos sanguíneos para formar fascículos nervosos chamados de perinervo. O perinervo e os vasos sanguíneos oferecem uma barreira entre o parênquima nervoso e o sangue circulante e os fluídos tissulares e esta barreira é comprometida durante traumatismos e infecções. Vários fascículos são mantidos juntos pelo epinervo composto por tecido conjuntivo frouxo, vasos sanguíneos e linfáticos para formar um tronco nervoso.

[1] Texto apresentado no 13º Congresso Internacional sobre Hanseníase, e aqui reproduzida a versão em português de Nerve Damage in Leprosy. Int. J. Lepr. 57(2): 532-539, Printed in USA, 1989.

[2] Chief Pathology Research Department. GWL Hansen's Disease Center, Carville, Lousiana 70721, USA.

O número de fascículos em um nervo, tal como o nervo ulnar, varia enquanto ele se estende ao longo do braço. Os feixes de fibras nervosas que formam os fascículos se ramificam e se rearranjam. As fibras estão distribuídas nos fascículos de tal maneira que 1/3 de um tronco nervoso pode ser cortado sem causar uma perda motora ou sensitiva demonstrável[1].

Definição de neurite

A neurite ou inflamação do nervo é o aspecto mais importante da hanseníase e a invasão do nervo é uma característica única do *M. leprae*. Contudo, a resposta do tecido à invasão intraneural pelo *M. leprae* varia grandemente. Pode ser mínima, com poucos bacilos ácidos resistentes intraneurais e uma nítida proliferação de células de Schwann com nenhuma alteração funcional do nervo, ou ela pode ser muito extensa, com infiltração granulomatosa de todo o parênquima nervoso resultando em uma total destruição estrutural e completa perda de função do nervo. Clinicamente, a neurite pode ser silenciosa, sem sinais ou sintomas, ou ela pode ser evidente e aguda, acompanhada de dor intensa, hipersensibilidade, edema, perda de sensibilidade e paralisia dos músculos. Nos estágios iniciais da doença, a neurite hansênica está presente sem um dano neural demonstrável. Contudo, frequentemente torna-se crônica e progride para evidenciar o dano nervoso, tipicamente começando com perda de sudorese e depois perda das sensibilidades e finalmente paralisia muscular.

Neurite e dano neural não são sinônimos. Pode haver neurite com pouca ou nenhuma evidência de dano neural. O dano neural pode também ocorrer devido a algumas outras causas. Na prática, o diagnóstico clínico de neurite é feito somente quando há dor ou hipersensibilidade ou espessamento de um nervo, ou uma sensação de agulhadas ou formigamento localizados naquela parte da pele suprida pelo nervo. É importante lembrar que em hanseníase, como nós definimos a doença agora, há sempre neurite. Eu gostaria de reenfatizar este fato para que vocês nunca esqueçam isto em sua prática clínica. Na maior parte das vezes é silenciosa e a equipe de saúde deve procurar evidências de dano nervoso mesmo que o paciente não se queixe disso.

Modo de entrada do *M. leprae* no nervo

O *M. leprae* pode penetrar no nervo por quatro diferentes vias. Foi sugerido que o *M. leprae* entra no corpo através dos filetes nervosos nus na epiderme e se dissemina centripetamente ao longo do axônio. O movimento para cima dos bacilos seguindo o fluxo axonal foi comparado a peixes nadando contra a corrente[2,3]. Os bacilos intra-axonais foram demonstrados por vários pesquisadores em estudos com a microscopia eletrônica, mas é uma ocorrência rara.

A segunda sugestão era que os *M. leprae* entrando na pele são fagocitados pelas células de Schwann na derme superior. Protegidos desta maneira das células do sistema imune, eles se multiplicam no interior das células de Schwann e movimentam-se ao longo do nervo de uma célula de Schwann para outra por contiguidade. Muitos autores consideram que o *M. leprae* tem uma predileção especial pelas células de Schwann e elas permanecem como uma importante célula hospedeira do *M. leprae*[4].

A terceira possibilidade é que os macrófagos na derme superior inicialmente captam os bacilos e estas células forradas de bacilos agregam-se ao redor das estruturas anexiais da pele, inclusive os filamentos nervosos. Os bacilos liberados desses macrófagos são ingeridos pelas células perineurais que os repassa

[1] Sherren, J. *Injuries of Nerves and Their Treatment*. New York: William Wood and Co. As quoted by Sunderland, S. Intraneural tomography of radial, median and ulnar nerves. Brain 68 (1945) 243-299.

[2] Khanolkar,V. R. Studies in the histology of early lesions in leprosy. New Delhi: Indian Council of Medical Research, 1951, p. 180. Special Report Series N°. 19.

[3] Khanolkar, V. R. Perspectives in pathology of leprosy. Indian J.Med. Sci. 9 (1955) 1-44.

[4] Weddell, G., Jamison, D. and Palmer, E. Recent investigations into sensory and neurohistological changes in leprosy. In: *Leprosy in Theory and Practice*. R. G. Cochrane, ed. Bristol: John Wright & Sons, Ltd., 1959, pp. 96-113.

para as células de Schwann ou os macrófagos contendo os bacilos infiltram o perinervo, e invadem o nervo. Em camundongos irradiados e timectomizados, ou em camundongos desnudos atímicos infectados com *M. leprae*, o comprometimento neural segue a formação de granulomas virchowianos dérmicos que crescem até um tamanho razoável ante a evidência de invasão nervosa pelos bacilos. Os macrófagos com os bacilos no seu interior invadem o perinervo e então penetram no parênquima neural[5].

A quarta possibilidade, uma que é talvez a rota mais frequente de entrada no nervo, é aquela através da corrente sanguínea via capilares intraneurais. Evidência de bacilemia é vista em todas as formas de hanseníase. Por isso, os microrganismos podem facilmente ser transportados para o nervo através da corrente sanguínea. Uma injúria mínima a um nervo pode aumentar a aderência das células endoteliais dos capilares intraneurais e também pode comprometer a barreira neurosanguínea. As células de Schwann fagocitarão ativamente o *M. leprae* trazido para o nervo pela circulação sanguínea. O granuloma intraneural perivascular não é um achado incomum na neurite tuberculoide (observação pessoal não publicada).

Local e extensão do comprometimento do nervo

Os nervos comprometidos na hanseníase são de dois tipos: primeiro os nervos autonômicos e sensitivos nas lesões cutâneas que suprem as estruturas na derme e tecido subcutâneo e segundo as porções dos troncos nervosos, tais como o ulnar, mediano, radial, peroneiro comum, tibial posterior e facial, que estão localizados subcutaneamente e que suprem áreas específicas da pele e certos grupos musculares.

A extensão e grau da perda de sensibilidade e paralisia variam consideravelmente dependendo da classificação da doença, sua extensão, sua duração, e os episódios reacionais. Nos grupos tuberculoides, as lesões são localizadas em áreas, e nas áreas somente as sensibilidades superficiais podem estar perdidas. Quando os troncos nervosos estão envolvidos há comprometimento de um ou alguns deles, mas aí as sensibilidades profundas e as funções musculares supridas por eles estão alteradas. Por outro lado, nos grupos virchowianos a doença é extensa. O comprometimento da pele é generalizado e pode afetar virtualmente toda a pele, com exceção da axila, as regiões inguinais e o períneo. São relativamente poupados o couro cabeludo e a linha média do dorso. Muitos, se não todos os troncos nervosos, estão afetados em maior ou menor grau. Há pacientes dimorfos-virchowianos que apresentam todos os troncos nervosos da face e extremidades paralisados.

É importante saber que na hanseníase durante o estágio inicial da doença, somente os nervos presentes nas lesões cutâneas estão afetados e há perda das sensibilidades superficiais e das funções autonômicas daquela parte localizada da pele. No estágio mais avançado, um ou mais troncos nervosos com fibras nervosas mistas pode tornar-se infectado e danificado, produzindo perda de todas as sensibilidades superficiais e profundas na distribuição do tronco nervoso e paralisia muscular. A perda isolada da função muscular não é relatada na hanseníase; a paralisia dos músculos sempre coexiste com a perda da sensibilidade cutânea.

Patologia das neurites

A resposta do tecido à invasão intraneural pelo *M. leprae* depende em grande parte da imunidade do paciente e da competência da barreira neurosanguínea.

Hanseníase indeterminada. A forma indeterminada da hanseníase é considerada a primeira manifestação da doença. A aparência histológica pode ser de dois tipos. Em uma forma, os bacilos dão entrada no nervo e o paciente não foi sensibilizado aos antígenos do *M. leprae*. É possível que os bacilos tenham entrado no nervo antes que o paciente tivesse uma chance de tornar-se sensibilizado ao *M. leprae*, ou o paciente não conseguiu tornar-se sensibilizado por alguma razão que nós ainda desconhecemos. O nervo parece quase normal e há pouco ou nenhum dano à estrutura e função do nervo. A alteração mais preco-

[5] Job, C. K. and Desikan, K. V. Pathologic changes and their distribution in peripheral nerves in lepromatous leprosy. Int. J. Lepr. 36: (1968) 257-270.

ce é um aumento aparente nos núcleos das células de Schwann[6] e um ou poucos bacilos estão presentes nas células de Schwann. Não há um aumento notável das células inflamatórias.

Na outra forma há evidência de inflamação. O perinervo mostra alguma reação proliferativa e coleções de células mononucleares estão presentes ao redor dos feixes neurovasculares. Em algumas secções o perinervo está também infiltrado. Há evidência de dano à barreira neurosanguínea e liberação de antígeno a partir do nervo. Raramente o parênquima nervoso está também infiltrado por células mononucleares. A mancha cutânea mostra comprometimento da sensibilidade superficial. Há perda da sensibilidade ao tato, perda da sensibilidade à temperatura, perda da sudorese e perda da tríplice resposta de Lewis. Os troncos nervosos não são afetados neste tipo de doença.

Hanseníase tuberculoide. Na doença tuberculoide o paciente tem bastante resistência para localizar a doença mas não bastante resistência para ver-se livre dela. Aparentemente, há considerável hipersensibilidade do tipo retardado aos antígenos do *M. leprae* e esta hipersensibilidade produz intensas reações granulomatosas e às vezes necroses nos sítios onde os antígenos continuam a aparecer. Quase todo o nervo dérmico presente na lesão cutânea tuberculoide localizada mostra inflamação que destrói grandes porções do mesmo. Em lesões avançadas, mesmo o perinervo é destruído[7] e somente a forma do nervo é mantida. Há total perda de sensibilidade nestas áreas. A inflamação é composta de células epitelióides, células gigantes e linfócitos. Bacilos ácido-resistentes são raros. Ocasionalmente, eles podem ser encontrados nas células de Schwann e células dos músculos eretores do pelo.

Na hanseníase tuberculoide podem ser afetados um ou uns poucos troncos nervosos. A porção afetada do nervo mostra um aumento de volume localizado. Pode haver formação de abscesso com tumefação fusiforme ou nodular do nervo. Os nódulos podem até ser múltiplos. Na hanseníase tuberculoide, porções dos troncos nervosos podem apresentar um granuloma perivascular afetando uma pequena porção de um fascículo, ou o fascículo inteiro ou todos os fascículos de um tronco nervoso. Necrose caseosa com formação de abscesso é uma complicação comum da neurite tuberculoide. A cura se dá por fibrose.

Hanseníase virchowiana. Na doença virchowiana as células de Schwann, as células perineurais, axônios e macrófagos intraneurais dos nervos dérmicos contêm bacilos álcool-ácido-resistentes. Pode haver ou não um granuloma macrofágico rodeando o nervo infectado, porque ordinariamente a disseminação do bacilo para o nervo é através da corrente sanguínea e o perinervo está intato. O dano ao parênquima nervoso é mínimo nas fases iniciais, embora as células de Schwann contenham um grande número de bacilos. As funções dos nervos estão intatas. Recentemente, nós vimos uma apresentação rara da doença virchowiana com um nódulo apenas. Nesta lesão, o feixe nervoso está circundado por grandes coleções de macrófagos repletos de bacilos, mas somente uns poucos bacilos estão presentes dentro do feixe nervoso[8]. Nestes exemplos, o granuloma macrofágico pode ser comparado àquele dos coxins plantares de camundongos T900R ou camundongos desnudos atímicos, infectados. Os bacilos entraram no nervo através do perinervo seguindo-se a formação do granuloma ao redor do nervo.

O tronco nervoso mostra um aspecto histopatológico semelhante. Quase todos os troncos nervosos localizados no tecido subcutâneo estão afetados neste tipo de doença. Os troncos nervosos são de tamanho normal ou podem estar levemente aumentados de volume e podem apresentar uma consistência firme. A doença no nervo é frequentemente silenciosa e os bacilos se multiplicam dentro do nervo lentamente e continuamente. A destruição do nervo que ocorre é gradual, lenta, insidiosa e desapercebida até que seja muito tarde. O parênquima do nervo é gradualmente substituído por tecido fibroso.

---

[6] Shetty, V. S., Mehta, L. N., Irani, P. F. and Antia, N. H. Study of the evolution of nerve damage in leprosy. Part I – Lesions of the index branch of the radial cutaneous nerve in early leprosy. Lepr. India 52 (1980) 5-18.

[7] Dastur, D. S. The nervous system in leprosy. In: *Scientific Approaches to Clinical Neurology*. Goldensohn, G. S. and Appel, S., eds. Philadelphia: Lea & Febiger, 1977, p. 1547.

[8] Job, C. K., Kahkonen, M. E., Jacobson, R. R. and Hastings, R. C. Single lesion subpolar lepromatous leprosy and its possible mode of origin. Int. J. Lepr. 57 (1989) (in press).

Hanseníase dimorfa. Na doença dimorfa há vários graus de hipersensibilidade ao *M. leprae* e seus antígenos, e vários graus de capacidade para limitar a doença. Nas lesões cutâneas os nervos dérmicos mostram uma acentuada proliferação celular perineural e uma aparência de casca de cebola. Há infiltração granulomatosa composta de macrófagos e linfócitos dentro e ao redor do nervo. Organismos ácido-resistentes estão presentes nas células de Schwann, células perineurais e macrófagos.

Como na hanseníase virchowiana, a doença é tão generalizada que muitos troncos nervosos são afetados. A inflamação granulomatosa característica de hipersensibilidade está presente em todos os nervos comprometidos. Há destruição extensa de muitos nervos pelo granuloma e os nervos são finalmente substituídos por tecido fibroso. Grandes porções dos troncos nervosos localizados no subcutâneo mostram um espessamento acentuado. Na hanseníase dimorfa as deformidades devidas ao dano neural são as piores.

Reação

Todas as doenças causadas por agentes infecciosos, inclusive a hanseníase, são devidas à resposta do organismo ou à reação do tecido ao agente invasor. A palavra "reação" em hanseníase é usada para descrever somente um episódio na doença principal e por isso não é usada apropriadamente. A hanseníase é uma doença silenciosa na maior parte do tempo. Na hanseníase inicial não somente há poucos sintomas para o paciente se queixar mas também torna-o "silencioso" acerca da doença porque ele tem medo de ser descoberto. Frequentemente, um paciente com hanseníase não se identifica até quando ele não pode mais esconder a doença. A reação é a fase aguda da doença e o paciente está "doente". Durante a reação na hanseníase virchowiana há o eritema nodoso hansênico (ENH); na hanseníase tuberculoide-dimorfa há exacerbação aguda da doença.

O ENH é uma manifestação aguda generalizada e quando ele afeta o nervo há uma inflamação aguda do nervo. A neurite não é mais silenciosa. Há uma tumefação súbita além de dor intensa e aguda, hipersensibilidade localizada na porção subcutânea do tronco nervoso. O local do nervo afetado pode estar difusamente infiltrado por coleções de neutrófilos ou pode haver formação de microabscessos. A infiltração neutrofílica pode estar confinada a um ou poucos fascículos ou pode comprometer o nervo inteiro. Há destruição extensa do nervo nesta fase por enzimas proteolíticas e a paralisia do nervo por ocasião de ENH é muito comum.

Durante a exacerbação aguda na hanseníase dimorfa há eritema e edema das lesões cutâneas. O paciente queixa-se de dor e hipersensibilidade do nervo que mostra um espessamento localizado bem evidente. Ocasionalmente, o processo mórbido no nervo pode ser muito intenso e muito rápido para produzir qualquer tipo de dor ou hipersensibilidade. O início súbito da paralisia pode ser o único sintoma. O nervo está infiltrado com um granuloma de células epitelióides com numerosos linfócitos e é destruído. A necrose caseosa e a formação de abscesso são aspectos comuns da fase reativa. A neurite aguda e a paralisia dos troncos nervosos são complicações comuns da reação na hanseníase dimorfa.

Estágio final da neurite

Seja qual for o tipo de neurite que o nervo sofre, ele finalmente torna-se fibrosado e hialinizado. Há fibrose perineural e o parênquima nervoso é completamente substituído por tecido fibroso hialinizado. Dificilmente são vistas algumas células inflamatórias. Ocasionalmente, um ou uns poucos micro-organismos ácido-resistentes são encontrados encarcerados no "ataúde fibroso". Esses organismos são frequentemente bem corados, parecendo bacilos viáveis. É possível que eles possam originar uma recidiva. Neste ponto, eu gostaria de afirmar que na neurite hansênica os axônios, suas bainhas de mielina e suas células de Schwann são destruídas e substituídas por tecido fibroso. Não há tubos de Schwann deixados para trás para o recrescimento das fibras nervosas se houvesse alguma para crescer no seu interior, e por isso os nervos destruídos pelo granuloma hansênico são destruídos permanentemente.

O estágio final da neurite pode ser comparado com o estágio final das nefrites na maior parte das suas características histopatológicas. Frequentemente, é difícil dizer se "a neurite no estágio final" é devida à hanseníase ou devida a qualquer outra causa.

Mecanismo da destruição do nervo

Há 4 aspectos de dano neural que são comuns a todas as formas de hanseníase.

1. **Presença de *M. leprae* ou seus antígenos em locais mais frios.** O *M. leprae* tem predileção especial pelas partes mais frias do corpo[9]. A hanseníase por isso é uma doença de superfície, afetando a pele, a face anterior do olho, a mucosa do nariz, o trato respiratório superior, os testículos e as porções dos nervos localizados subcutaneamente. A distribuição das lesões nos troncos nervosos tem sido demonstrada ser em áreas onde a temperatura é mais baixa[10]. A localização e o crescimento preferencial dos bacilos nesses locais também tem sido demonstrado[11].
2. **Trauma.** A maior parte dos troncos nervosos que é lesado está frequentemente localizado superficialmente e propenso a sofrer traumatismos, como por exemplo o nervo ulnar logo acima do epicôndilo medial. Também há feixes nervosos em localizações onde eles têm de atravessar um túnel estreito. Um leve edema no nervo devido a uma inflamação mínima produzirá um aumento suficiente do seu tamanho para causar trauma durante sua passagem pelo túnel estreito. Um bom exemplo é o nervo mediano no túnel carpal.
3. **Pressão intraneural aumentada.** Em todos os estados reativos há edema de nervo e infiltração de numerosas células inflamatórias causando aumento de volume acentuado. O perinervo e o epinervo são estruturas rígidas compostas de grandes quantidades de colágeno e tecido fibroso. Eles não se prestam a uma expansão rápida e por isso há considerável desenvolvimento de pressão intraneural resultando em redução localizada ou perda do suprimento sanguíneo. Embora a destruição do tecido nervoso devido à inflamação possa estar limitada a uma pequena área, o aumento da pressão intraneural devido à inflamação produz isquemia do nervo e mesmo os axônios normais remanescentes perdem sua função. Temporariamente, o nervo inteiro está paralisado. Se a pressão intraneural for aliviada logo, o nervo pode se recuperar rapidamente. Se o alívio da compressão demorar, o nervo pode sofrer desmielinização segmentar e pode levar um tempo muito maior para se recuperar. Se houver muita demora no alívio da pressão intraneural, pode ocorrer necrose isquêmica do nervo causando dano irreversível a todo o nervo.
4. **Alterações vasculares.** Estudos com a microscopia eletrônica descreveram alterações nos vasos sanguíneos intraneurais. Ruptura na continuidade do endotélio[12], espessamento e reduplicação da membrana basal dos capilares e edema das paredes vasculares resultará em oclusão de sua luz, causando potencialmente isquemia aos nervos.

   Eu acredito que estes quatro fatores – lugares mais frios do nervo ajudando a localização e multiplicação bacteriana, o trauma, aumento na pressão intraneural e alterações oclusivas dos vasos sanguíneos – desempenham um papel significativo no dano nervoso em todas as formas da hanseníase.

   Em tatus infectados experimentalmente, os nervos cutâneos são infiltrados e destruídos pelo *M. leprae* e os troncos nervosos, tais como os nervos ciáticos, são envolvidos muito menos frequentemente. Mesmo quando eles mostram invasão pelos micro-organismos, granuloma virchowiano re-

[9] Binford, C. H. Comprehensive program for inoculation of human leprosy into laboratory animals. Pub. Health Rep. 71 (1956) 995-966.

[10] Job, C. K., Chacko, C. J. G., Verghese, R. and Padam Singh, S. Leproma of the mouse foot. Lepr. Rev. 46 (1975) 39-49.

[11] Hastings, R. C., Brand, P. W., Mansfield, R. E. and Ebner, J. D. Bacterial density in the skin in lepromatous leprosy as related to temperature. Lepr. Rev. 39 (1968) 71-74.

[12] Boddingius, J., Rees, R. J. W. and Weddell, A. G. M. Defects in blood nerve barrier in mice with leprosy neuropathy. Nature (New Biol.) 237 (1972) 190-191.

sultando em fibrose de porções dos nervos foi visto em somente um animal em várias centenas que foram estudadas. Paralisia de extremidades e úlceras tróficas não foram documentadas. Os troncos nervosos nesses animais estão situados profundamente, não têm locais especiais de predileção, não são expostos a traumas e não são sujeitos a aumentos significativos da pressão intraneural. Por isso, sinais de paralisia dos nervos não foram vistos ainda. A paralisia nervosa na hanseníase virchowiana não complicada é lenta e leva muitos anos para aparecer. Os tatus virchowianos não desenvolvem reação tipo ENH e talvez eles morram da doença virchowiana diferente dos seres humanos, muito antes que eles possam desenvolver destruição virchowiana dos nervos.

5. **Granuloma por hipersensibilidade no nervo.** Muito trabalho tem sido realizado para elucidar a reação de hipersensibilidade na neurite tuberculoide-dimorfa, que é grandemente responsável pelo dano aos nervos. Várias hipóteses têm sido formuladas. Desde que os *M. leprae* são dificilmente vistos nestas lesões, evidência experimental tem sido apresentada para mostrar que a reação de hipersensibilidade pode ser iniciada contra: componentes não mielínicos dos nervos sensitivos[13], antígenos bacterianos persistentes[14] e antígenos citoplasmáticos do *M. leprae* mais do que os componentes da parede celular[15]. Desde que o *M. leprae* é fagocitado pelas células de Schwann, ela pode desempenhar um papel importante no processamento e apresentação dos antígenos do *M. leprae*[16]. Tem sido também enfatizado o papel de autoanticorpos para alguns componentes de mielina e do axônio[17]. É desnecessário dizer que este campo está aberto a mais investigações, principalmente usando como modelos macacos que mostram dano neural semelhante àquele da hanseníase humana (W. H. Meyers, comunicação pessoal).

   Na hanseníase virchowiana, há irrestrita multiplicação de bacilos nas células de Schwann, células perineurais e nos macrófagos dentro e ao redor dos nervos. Contanto que não haja tumefação dos nervos, aumento da pressão intraneural e sem trauma, a paralisia é muito lenta. Nós vimos uma paciente virchowiana recentemente diagnosticada de 72 anos de idade com um índice bacteriano de 5 cruzes que tinha recebido terapêutica corticoesteroide por 8 anos por outras razões que não a hanseníase. Ela não mostrava nenhuma perda da função nervosa, nem motora, nem sensitiva. Não há dúvida que o lento mas contínuo crescimento dos *M. leprae* intracelulares levariam finalmente a uma insidiosa mas certa destruição de seus nervos, mas isso teria levado vários anos mais.

   Tem sido verificado que muito da destruição do nervo ocorre durante a fase reativa de todos os tipos de hanseníase devido ao início agudo da reação, acelerando os efeitos destruidores do trauma, da pressão intraneural aumentada e das extensas alterações vasculares. Além disso, no ENH há formação aguda de abscessos neutrofílicos e na exacerbação na doença tuberculoide-dimorfa há necrose caseosa e formação de um abscesso frio. Nesses casos, dano neural irreversível pode ocorrer muito rapidamente, mesmo antes que medidas preventivas suficientes possam ser tomadas.

Cuidados com as neurites

Neurite silenciosa. Em todos os pacientes com hanseníase ativa a neurite está sempre presente. A maior parte do tempo ela é assintomática ou "silenciosa". Por isso, no manuseio das neurites, uma documentação cuidadosa das funções motoras e sensitivas deveria ser feita em intervalos regulares para avaliar

[13] Crawford, C. L., Hardwicke, P. M., Evans, D. H. and Evans, E. M. Granulomatous hypersensitivity induced by sensory peripheral nerve. Nature 265 (1977) 457-459.

[14] Pearson, J. M. H. and Ross, W. F. Nerve involvement in leprosy – pathology, differential diagnosis and principles of management. Lepr. Rev. 46 (1975) 199-212.

[15] Bjune, G., Barnetson, R. St. C., Ridley, D. S. and Kronwall, G. Lymphocyte transformation test in leprosy: correlation of the response with inflammation in lesions. Clin. Exp. Immunol. 25 (1976) 85-94.

[16] Mshana, N. M., Humber, D. P., Harboe, M. and Belehu, A. Demonstration of mycobacterial antigens in nerve biopsies from leprosy patients using peroxidase, antiperoxidase immunoenzyme technique. Clin. Immunol. Immunopathol. 29 (1983) 359-368.

[17] Wright, D. J. M., Hirst, R. A. and Waters, M. F. R. Neural autoantibodies in leprosy. Lepr. Rev. 46 (1975) 157-169.

os progressos da doença e os benefícios do tratamento[18]. O passo mais importante para evitar dano neural ou para interromper o dano que já ocorreu é verificar se o paciente está recebendo quimioterapia anti-hansênica regular. No grupo virchoviano, onde a destruição do nervo é principalmente devida à presença e multiplicação do *M. leprae*, quanto mais cedo os bacilos intraneurais forem mortos, mais cedo é evitado mais dano neural. Em pacientes de todos os tipos de hanseníase com nervos espessados, se houver evidência de paralisia neural progressiva, apesar da administração de tratamento regular com drogas anti-hansênicas, está indicada uma série terapêutica com corticoesteroide mesmo se não houver sintomas tais como dor ou hipersensibilidade ao nível do nervo.

Neurite aguda. Durante a neurite aguda, os pacientes queixam-se de dor e hipersensibilidade dos troncos nervosos localizados nos locais de predileção. Ela pode provocar hiperestesia, sensações de agulhadas ou formigamento nas áreas da pele supridas pelo nervo. A dor é causada pela súbita tumefação do nervo devido ao edema intraneural e à infiltração celular, produzindo estiramento do perinervo e do epinervo. A neurite aguda pode ser vista durante o curso normal da doença mas é mais frequente durante episódios de ENH e durante reações de exacerbação na doença dimorfa-tuberculoide. Além disso, para tratar os sintomas gerais que acompanham as neurites, o nervo deve ser colocado em repouso com uma férula apropriada ou uma tipoia confortável. Evitando-se o movimento do nervo tumefeito através de passagens estreitas, frequentemente aliviar-se-á a dor. Além disso, deve ser administrada terapia esteroide que suprime o edema e a reação de hipersensibilidade. A prednisona até a dose de 60 mg diariamente em doses divididas pode ser dada no início e pode ser diminuída semanalmente para menos de 10 mg diariamente em 4 a 6 semanas. É necessário aliviar a pressão intraneural pela cirurgia se sucessiva documentação das funções sensitiva e motora feita semanalmente mostrar perda progressiva apesar do tratamento corticosteróide[19]. No local da tumefação, o nervo é exposto e a bainha epineural é incisada longitudinalmente, tomando-se o cuidado de não cortar os vasos sanguíneos. Na dilatação do nervo ulnar, o epicôndilo pode ser excisado ou o nervo pode ser transposto para a frente do epicôndilo e sepultado nos músculos. Na hanseníase tuberculoide, o nervo pode ter um abscesso frio localizado contendo material caseoso que deve ser excisado. É importante continuar a terapêutica anti-hansênica junto com as drogas anti-inflamatórias durante os episódios reacionais.

Em anos recentes tem havido vários exemplos de neurites devido à toxicidade à dapsona (DDS). Por isso, a neurite causada pela DDS deve ser cuidadosamente diferenciada da neurite hansênica. A toxicidade à DDS afeta somente as fibras nervosas motoras. A droga deve ser interrompida em tais pacientes.

Conclusão

O dano neural é uma complicação séria sempre presente em todas as formas de hanseníase. Nós agora conhecemos muito de sua patologia e algo de sua patogênese. Sua patogênese está intimamente ligada à fase reacional da hanseníase acerca da qual nós sabemos muito pouco. Nós devemos explorar a possibilidade de produzir ENH nos modelos animais agora disponíveis, tais como o camundongo desnudo, o tatu e o macaco Mangabey. Na hanseníase experimental do tatu não há evidência de dano neural, enquanto nos modelos em macacos vemos o dano neural característico da hanseníase. Estudos utilizando estes três modelos experimentais em animais para investigar as questões ainda não respondidas sobre o dano neural estão muito atrasados. Terminando, eu gostaria de repetir que em hanseníase há sempre neurite, em alguns casos, mesmo após o paciente ter sido declarado curado.

[18] Pearson, J. M. H. The evaluation of nerve damage in leprosy. Lepr. Rev. 53 (1982) 119-130.

[19] Palande, D. D. Surgical management of acute neuritis in leprosy. Lepr. India 48 Suppl. (1976) 770-773.

Nariz: alterações e condutas

Alterações	Conduta
Ressecamento da mucosa	• Hidratação e lubrificação: » Quando for possível, limpar o nariz com soro fisiológico puro em "spray" (observação: o soro não deve ter mistura com outras substâncias). Repetir o procedimento até que o nariz esteja limpo; » Quando não tiver soro fisiológico, utilizar água limpa, aspirar pequenas porções, da palma da mão ou de algum recipiente. Deve-se manter o líquido dentro do nariz por alguns instantes, e em seguida, deixá-lo escorrer espontaneamente. Repetir o procedimento até que o líquido de retorno se torne límpido; » Repetir 3 vezes por dia, ou quando necessário; » Encaminhamento ao médico se não houver melhora do quadro.
Crostas	• Proceder como na hidratação e lubrificação. Repetir, tantas vezes quantas necessárias, para remover as crostas.
Úlceras	• Proceder como na hidratação e lubrificação. • Encaminhamento a especialista, caso não haja melhora do quadro.
Evitar o uso de	• Aerosol nasal (resseca a mucosa). • Vasoconstritores. • Na remoção de crostas, deve-se tomar cuidado para não lesar a mucosa, portanto, não se deve introduzir qualquer objeto na narina na tentativa de remover as crostas (grampo, cotonete, dedo).

Texto teórico 5

PROPOSTAS PARA AVALIAÇÃO E CUIDADOS NASAIS NA HANSENÍASE[1]

LÚCIA CRISTOFOLINI[2]
ELIANA FONSECA OGUSKU[3]

RESUMO: O comprometimento nasal é muito comum em todas as formas de hanseníase, atingindo de modo especial os pacientes portadores das formas virchowiana e dimorfa. Na mucosa nasal, podem ser encontrados bacilos antes que apareçam outros sintomas da doença. Pacientes sem tratamento eliminam milhões de bacilos pelo muco nasal, sendo esta a principal rota de disseminação da hanseníase. Na mucosa do nariz, o bacilo multiplica-se, resultando em infiltração obstrutiva, abundante secreção viscosa, crostas e ulcerações, podendo atingir as cartilagens laterais e o septo cartilaginoso com perfurações. Como consequência, desaba a pirâmide nasal, produzindo deformação estigmatizante, além de comprometer as funções respiratória e olfativa do nariz. O diagnóstico e tratamento precoces da doença evitam a progressão das lesões. Casos mais avançados exigem cuidados locais diários, com o objetivo de diminuir o acúmulo de secreção e a formação de crostas e úlceras, impedindo a perfuração do septo. Cabe especialmente à enfermagem orientar o paciente nos cuidados com o seu nariz.

Unitermos: hanseníase; nariz; cuidados.

I Introdução

O envolvimento do nariz na hanseníase foi descrito especialmente a partir de 1891, por Gold Schmidt, e a eliminação de bacilos através de muco nasal foi comprovada por Koch, em 1897, e Shaffer, em 1898. Contudo, a comprovação de que a sulfonoterapia faz desaparecer rapidamente o bacilo do nariz diminuiu o interesse dos hansenologistas pelo estudo da mucosa nasal na hanseníase.

Os pesquisadores afirmam que as lesões nasais são comuns em todas as formas da doença. Contudo, é nas formas virchowiana e dimorfa que ocorrem com mais frequência e intensidade. A mucosa pode ser comprometida muito precocemente, sendo que bacilos podem ser nela encontrados antes de qualquer outro sintoma da doença. A descarga nasal de pacientes MHV, sem tratamento, contém milhões de bacilos potencialmente infectantes, sendo esta a principal rota pela qual a hanseníase se propaga, segundo Davey e Barton.

O *M. leprae* aloja-se no nariz e dali propaga-se para o resto do organismo – é o que afirmam os pesquisadores. Na mucosa nasal, o bacilo multiplica-se, resultando em infiltração, abundância de secreção, crostas e ulcerações, podendo atingir o septo com perfurações e conduzindo a deformações evidentes e estigmatizantes.

---

[1] Nota do Editor: este texto está reproduzido conforme o original CRISTOFOLINI, L.; OGUSKU, E. F. Proposta para avaliação e cuidados nasais na hanseníase. Salusvita, Bauru, 7(1): 129-136, 1988.

[2] Professora Adjunta da Universidade Sagrado Coração, Bauru - SP, enfermeira do Hospital Lauro de Souza Lima, Bauru - SP e doutoranda em enfermagem pela USP – SP.

[3] Enfermeira do Hospital Lauro de Souza Lima, Bauru – SP.

Tendo em vista o seu intenso envolvimento em todas as formas de hanseníase, as deformidades que pode sofrer e o fato de ser a fonte principal de transmissão da moléstia, o nariz requer cuidados especiais. Por isso, a verificação das condições nasais deve fazer parte da rotina de avaliação de todo portador de hanseníase.

II Problemas principais

Os comprometimentos nasais na hanseníase são diversos e podem apresentar sintomatologia variada. Podem ser encontrados nas fases iniciais da doença, no decorrer dela e também após a cura clínica. Nas formas bacilíferas virchowiana e dimorfa, as lesões costumam ser mais intensas e precoces. Vários problemas podem apresentar-se, concomitantemente. Contudo, para melhor compreensão, vamos descrevê-los, de forma sucinta, separadamente.

Obstrução nasal

A obstrução nasal deve-se ao estreitamento da via aérea por infiltração granulomatosa da membrana mucosa das cavidades nasais, bem como à presença de secreção e crostas. Apesar desta sintomatologia ser muito frequente, não é referida pelo paciente, pois, em geral, ele não associa os problemas nasais com a hanseníase.

A obstrução nasal pode acometer uma ou ambas as narinas e apresentar-se de forma contínua ou intermitente.

Pacientes com alterações intranasais muito avançadas, do tipo rinite atrófica, podem reclamar de sensação de obstrução, apesar de evidente passagem de ar. Tal sensação está, provavelmente, associada à perda da sensibilidade e à falta de percepção da inspiração normal e da corrente aérea expiratória.

Alteração na descarga nasal

Em casos iniciais com lesões precoces, a descarga nasal é fluida, mucóide e pouco volumosa. Nos casos mais avançados, é abundante, viscosa, amarelo-esverdeada ou francamente purulenta e, muitas vezes, manchada de sangue.

A viscosidade da secreção confere-lhe uma característica de aderência à mucosa, em especial na porção anterior do septo nasal. Segue-se o ressecamento da secreção aderida, formando crostas de difícil remoção. A descarga nasal, no paciente portador de hanseníase virchowiana ou dimorfa, é rica em bacilos de Hansen e outros microrganismos causadores de infecção secundária. Costuma apresentar mau odor, embora o paciente não o perceba, seja por comprometimento do órgão sensor, seja por acomodação à sensação olfativa.

Crostas, úlceras e sangramento

As crostas são achados bastante comuns, facilmente visualizáveis à rinoscopia anterior, e encontradas em quantidade, tamanho, forma, consistência e cores variadas em todas as fases da doença. São constituídas por secreções ressecadas, tecido necrosado, sangue, micro-organismos e partículas de poeira. Aderidas firmemente à mucosa, a tentativa de removê-las provoca sangramento e laceração da mucosa.

O sangramento costuma ser pequeno e raramente ocorre franca epistaxe. Resulta do trauma produzido quer pelo assoar violento, quer pelo uso de dedos ou objetos para extrair as crostas.

As úlceras estão geralmente confinadas à parte anterior do septo nasal e, como já foi dito, estão claramente relacionadas com o trauma direto. Normalmente, as lacerações cicatrizam com facilidade. A persistência dos atos traumáticos e a falta de higiene podem prejudicar a reconstituição dos tecidos, oca-

sionando a formação de úlceras. Independentemente de traumatismo, podem surgir úlceras relacionadas à friabilidade e ao ressecamento da mucosa produzida pelo infiltrado hansênico.

A presença de secreções junto às úlceras e os maus hábitos de higiene permitem o desenvolvimento de infecções secundárias e a instalação de larvas de moscas. Estes fatores são os maiores responsáveis pelo acometimento e destruição das estruturas internas do nariz. Dentre as estruturas mais frequentemente atingidas está o septo cartilaginoso, com sua consequente perfuração.

Rinite atrófica

A agressão à mucosa nasal passa por diversos estágios, podendo evoluir até a fase de rinite atrófica. Nesta condição, a cavidade nasal está sem pelos e a mucosa é seca, atrofiada, com cor violácea ou pálida, sem brilho e, ao toque com o escarificador, experimenta-se uma sensação arenosa. Não apresenta crostas ou mau odor. Comumente, estão atrofiadas as cartilagens laterais e do septo, como também os cornetos, aumentando o espaço da cavidade nasal. Esta condição da mucosa e das cartilagens é irreversível. As estruturas comprometidas tornam-se mais susceptíveis a lesões, traumáticas ou não.

Quando o tratamento específico é iniciado tardiamente, parece não ter ação sobre o processo evolutivo que conduz à atrofia das mucosas e cartilagens.

Deformidade nasal

Vários processos conduzem a deformidades nasais estéticas e/ou funcionais, mais ou menos severas. As mucosas atrofiadas e secas perturbam a nutrição das cartilagens que, ao longo do tempo, se adelgaçam, transformando-se em lâminas finas, mais ou menos desvitalizadas, necrosadas, parcialmente reabsorvidas e incapazes de sustentar a pirâmide nasal.

Secundariamente, podem-se considerar as ações mecânicas nocivas à mucosa que produzem perda de substâncias, expondo a cartilagem, podendo evoluir para reabsorção e necrose.

Ambos os mecanismos descritos podem atingir a porção cartilaginosa anterior ao septo nasal, conduzindo à perfuração. Esta é uma das ocorrências mais encontradas na hanseníase, resultando em colapso do dorso do nariz.

De acordo com a amplitude e profundidade da destruição das estruturas internas, o nariz pode apresentar deformidades conhecidas por nariz em "sela", nariz em "binóculo", nariz em "bico-de-papagaio" ou nariz de "buldogue".

A atrofia ou retração fibrosa dos cornetos amplia a cavidade nasal, dificultando o turbilhão aéreo, tendo como resultado a dificuldade respiratória.

III Avaliação das condições do nariz

Entrevista

Faz-se necessária para verificar as percepções de mudanças no nariz e a relação que o paciente faz delas com a doença. As perguntas devem ser diretas e objetivas, visto que muitos pacientes não associam os problemas nasais com a hanseníase.

Deve-se perguntar sobre a sensação de obstrução nasal e sobre como faz para tentar desobstruir; se houve aumento da excreção nasal e qual o seu aspecto; se diminuiu sua capacidade olfativa; se sente dificuldade para respirar; se tem sensação de secura no nariz; se tem alguma dor.

Exame

Colocar o paciente sentado, com a cabeça inclinada e recostada para trás, de preferência em apoio móvel.

Examinar as partes externas do nariz, as condições da pele, especialmente o rebordo das narinas. Prosseguir no exame das estruturas do interior do nariz. O examinador necessita de espelho frontal e foco luminoso para obter boa iluminação das cavidades e de especulo nasal para abertura das narinas. Tendo boa visão da parte anterior do nariz, observar as condições das mucosas, os cornetos – particularmente os inferiores – e o septo cartilaginoso, em especial.

Verificar a presença de secreção, seu aspecto, volume, consistência e odor, bem como a presença ou não de crostas soltas ou aderentes, pontos sangrantes, ulcerações infectadas e larvas. Aferir a existência de perfuração do septo. Se houver dificuldade de visualização, deslizar um cotonete na parede lateral do septo para descobrir a perfuração.

Boa iluminação e abertura das cavidades nasais são indispensáveis para um bom exame. Na falta de espelho frontal, pode-se utilizar um farolete ou um foco luminoso móvel. Na ausência de especulo, abrir as narinas com pinça ou com os próprios dedos protegidos por luvas.

IV Cuidados nasais

As lesões precoces regridem rapidamente após o início do tratamento medicamentoso específico sistêmico. Contudo, tratamentos locais têm demonstrado eficácia na minimização do desconforto e auxiliam na prevenção de traumas e maiores lesões.

Qualquer que seja a alteração encontrada no nariz do paciente, este requer, em primeiro lugar, orientações quanto aos cuidados que deve tomar. Com certeza, esta orientação surtirá melhor efeito se, juntamente com o ensino dos cuidados, o paciente for instruído quanto às causas das lesões e suas possíveis consequências.

Embora vários problemas nasais possam ocorrer simultaneamente, apresentamos os cuidados individualizados, para facilitar o entendimento.

Prevenção de lesões traumáticas

A remoção da descarga nasal, fluida ou viscosa, solta ou aderente, não deve ser obtida pelo assoar forte e nem pela manipulação digital ou introdução de objetos na cavidade nasal.

A descarga fluida é possível de ser eliminada pelo assoar suave, contudo, para eliminação da secreção viscosa, deverá ser feita a lavagem nasal. O desprendimento das crostas, sem trauma, deverá ser obtido com aplicação de substância emoliente; a remoção delas obter-se-á com a lavagem nasal, como segue.

Lavagem do nariz

A lavagem nasal facilita a remoção da secreção viscosa, evitando seu acúmulo, aderência, ressecamento e consequente formação de crostas.

Para fazer a lavagem, podem ser utilizadas água limpa e morna, solução salina fisiológica comercial ou caseira, água bicarbonatada, água com limão ou vinagre.

A técnica da lavagem do nariz consiste em o paciente aspirar pequenas porções da solução escolhida contida no côncavo da mão ou em algum recipiente. O paciente deve manter o líquido dentro do nariz por alguns instantes e, em seguida, deixá-lo escorrer espontaneamente. Repetir o procedimento até que o líquido de retorno se torne limpo.

Uma vez que a aspiração de líquidos pode provocar um certo grau de desconforto, outras alternativas podem ser usadas na higienização: conta-gotas, seringa, pera de bico longo, cotonete úmido.

O paciente deve incluir a lavagem nasal nos hábitos diários de higiene pessoal.

Lembrando que o muco nasal e as crostas são riquíssimos em bacilos, cuidados especiais devem ser tomados com o líquido das lavagens para evitar a disseminação do *Mycobacterium leprae* no ambiente.

Remoção das crostas

As crostas aderidas, geralmente, não se desprendem com a simples lavagem. Torna-se necessária, após a lavagem inicial, a aplicação de substância emoliente. Nova lavagem, após algumas horas, consegue remover grande parte ou a totalidade das crostas, sem lesar a mucosa. Após esta lavagem, deve-se reaplicar o emoliente, que será renovado várias vezes nos intervalos entre uma lavagem e outra.

O emoliente, em forma de pomada ou unguento, pode ser aplicado com cotonete, ou o paciente pode usar o próprio dedo. Deve-se ter o cuidado de não ferir a mucosa e de espalhar a substância na maior extensão possível.

Devido ao mau odor, associado à presença de crostas, sugere-se preparados emolientes contendo bálsamo do peru, viofórmio, mentol ou outros.

O cuidado deverá ser mantido no mínimo uma vez por dia, enquanto houver secreção viscosa, como recurso para prevenir a formação de crostas.

Tratamento das úlceras

Via de regra, mantendo-se a cavidade nasal limpa e livre de crostas, as pequenas úlceras que porventura ocorram cicatrizam rápida e espontaneamente.

O tratamento local é indicado em úlceras extensas ou recidivas, com risco ou presença de infecção secundária. Após a lavagem da cavidade nasal com solução salina, aplica-se um antisséptico adequado à mucosa (PVPI) e pomada com antibiótico, duas vezes ao dia, até a cicatrização completa. O paciente deve prosseguir com os cuidados de higiene diários.

A presença de larvas requer a remoção mecânica com pinça longa e fina e aplicação de substância antisséptica (calomelano). O éter pode ser utilizado para facilitar a remoção mecânica. Na suspeita de existência de larvas nos seios paranasais e nas grandes infestações, recomenda-se também a administração de vermífugo sistêmico. Após a erradicação das larvas, mantém-se o tratamento já descrito para úlceras.

A ocorrência de pequenos sangramentos não requer qualquer intervenção, pois cedem espontaneamente. Epistaxes podem requerer cuidados específicos.

Hidratação e lubrificação

A hidratação e lubrificação da mucosa nasal são indicadas nas rinites atróficas para reduzir o ressecamento e evitar a laceração. Também são recomendadas na fase de grande secreção como medida para evitar a formação e aderência de crostas.

Para promover a hidratação nasal, utilizam-se os mesmos recursos e procedimentos já descritos na lavagem do nariz.

A lubrificação é feita após a hidratação. Empregam-se substâncias oleosas, como a vaselina pura ou associada à glicerina, ou cremes e óleos cosméticos. Se necessário, quando houver mau odor, pode-se juntar

à vaselina e à glicerina outras substâncias desodorizantes ou com odor agradável, como o bálsamo do peru, viofórmio, mentol ou cânfora.

Recomenda-se repetir a hidratação e a lubrificação várias vezes ao dia, de acordo com as necessidades do paciente.

V Conclusão

Considerando a importância funcional e estética do nariz e a frequência com que é comprometido na hanseníase, cuidados preventivos devem ser precocemente adotados.

A principal e mais eficiente medida preventiva é o diagnóstico e tratamento precoce da doença. Embora nem todos os pacientes apresentem comprometimento nasal, o exame deste órgão deve ser sistematicamente incluído na avaliação geral do portador de hanseníase.

Os cuidados nasais são procedimentos geralmente simples, de baixo custo e que podem ser realizados em ambulatórios, domicílios e hospitais. Todos os profissionais que atuam junto ao hanseniano devem estar atentos aos problemas nasais e aptos a intervirem quando necessário. O próprio paciente deve ser treinado para assumir o autocuidado.

Pele

FUNÇÕES

1. Proteção para evitar ferimentos e infecções.
2. Retenção de líquidos e sangue no corpo.
3. Informação sobre as agressões.
4. Regularização da temperatura do corpo.
5. Transpiração.
6. Proteção dos nervos, músculos e ossos.

Alterações	Cuidados
Ressecamento	1. Hidratar 2. Lubrificar
Rachaduras (fissuras)	1. Hidratar 2. Lixar 3. Lubrificar
Calos	1. Hidratar 2. Lixar 3. Lubrificar 4. Aliviar pressão sobre a área afetada (adaptações)
Encurtamento (retração) de tecidos moles	1. Hidratar 2. Lubrificar 3. Alongar 4. Usar talas

Pés

INDICAÇÕES DE CALÇADOS E OUTRAS MEDIDAS

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 sente o monofilamento verde (0,05 g), azul (0,2 g) ou lilás (2,0 g), ou o toque leve com a caneta.	• Calçado comum.	• Cuidados com a pele. • Observação diária dos pés.
1	• Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar. O paciente não sente o monofilamento lilás (2,0 g) ou o toque leve da caneta.	• Calçado comum. • Palmilha simples. • Adaptações de palmilha e calçados.	• Observação diária e autocuidados. • Cuidados com o modo de andar. • Hidratação e lubrificação diária. • Cuidados com a pele. • Encaminhamento para centros de referência, se necessário.
2	• Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar com outras complicações: » úlceras tróficas; » garras dos artelhos; » pé caído; » reabsorção; » contraturas.	• Calçado comum confortável com adaptações de palmilha. • Sola firme. • Férula de Harris (aparelho dorsiflexor para pé caído). • Calçado especial com palmilha moldada.	• Observação diária e autocuidados. • Cuidados com o modo de andar. • Hidratação e lubrificação diária. • Cuidados com a pele. • Curativo. • Exercícios para manter as articulações móveis e melhorar a força muscular. • Encaminhamento do paciente para centros de referência, se necessário.

ADAPTAÇÕES DE CALÇADOS

Férula de Harris

Objetivos

- Auxiliar ou realizar a dorsiflexão do pé.
- Manter a mobilidade articular.
- Evitar feridas, torções etc.

Indicação

Paresia ou paralisia dos músculos dorsiflexores.

Contraindicação

Pacientes com úlceras ou lesões de pele e transtornos circulatórios.

Observação

Não melhora a força muscular.

Palmilhas simples

Objetivo

Amortecer o impacto durante a marcha.

Indicação

Pés com diminuição ou perda da sensibilidade protetora.

Contraindicação

Não há.

Observação

Não diminui o estresse de cisalhamento.

Palmilhas adaptadas

Objetivo

Melhorar a distribuição da pressão plantar.

Indicação

- Pés com diminuição ou perda da sensibilidade protetora e com alterações biomecânicas.
- As contraindicações e descrições da confecção dessas órteses encontram-se descritas no Manual de Adaptações de Palmilhas e Calçados do PNCH/DEVEP/SVS/MS.

FÉRULA DE HARRIS – COM TIRAS DE COURO

Método com tiras de couro

Material de consumo (1 férula)

- 1 pedaço de couro vagueta 0,8 cm, preto ou marrom (mais ou menos 40 cm x 14 cm).
- 1 pedaço de borracha EVA UL liso nº 14 de espessura 4 mm (mais ou menos 40 cm x 15 cm).
- Tiras de couro:
  - 3 tiras de 15 cm x 1,5 cm;
  - 3 tiras de 6 cm x 1,5 cm;
  - 1 tira de 8 cm x 2,5 cm;
  - 1 tira de 4 cm x 2 cm.
- 1 tira de câmara de pneu (ar) 20 cm x 3 cm.
- 14 rebites 1,5 mm.
- 1 rebite 2,0 mm.
- 3 fivelas de 1,5 cm largura (com rabicho não necessita tiras de couro de 6 cm x 1,5 cm).
- 1 passador 25 mm.
- 1 mosquetão ou gancho.
- 1 abaixador de língua ou palito de picolé.

Material permanente (1 férula)

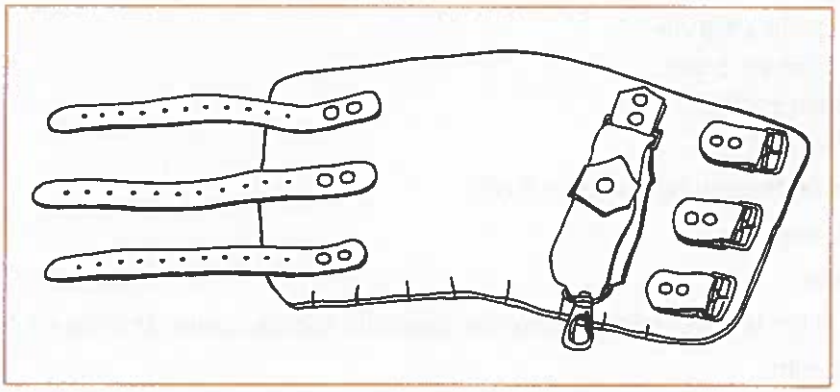
- 1 martelo.
- 1 tesoura grande.
- 1 furador de couro.
- Âncora (pé) de sapateiro.

Confecção da férula

1. Medir a circunferência do tornozelo acima dos maléolos e acrescentar 1,5 cm.
2. Medir a circunferência da perna 10 ou 12 cm acima da primeira medida e acrescentar 1,5 cm.
3. Cortar o couro e a borracha usando essas medidas, de acordo com o molde.
4. Colocar os dois juntos (SEM COLAR) e posicionar na perna. As bordas laterais devem se encontrar. Tirar o excesso, se necessário.
5. Furar o couro, as tiras de 15 cm, e fixá-las na férula com rebites, conforme o desenho.
6. Furar o couro, as tiras de 6 cm e usá-las para fixar as fivelas na férula com rebites, conforme o desenho, alinhadas com as tiras de 15 cm. Se usar a fivela com rabicho, furar o couro e fixar as fivelas direto na férula com rebites.
7. Furar o couro, a tira de 8 cm e usá-la para fixar o passador na férula, conforme o desenho.
8. Colar a borracha (passar cola no couro e na borracha, deixar secar por 15 minutos e só então colar).
9. Posicionar a férula na perna e medir o elástico/câmara de ar.
10. Passar o elástico/câmara de ar no gancho e no passador (2,5 cm) e fixar com a tira de couro de 4 cm e o rebite.
11. Fazer pequenos cortes na borda inferior para moldar melhor a junção entre a perna e o pé.

É importante lembrar

- As fivelas devem ficar na lateral da perna (lado de fora).
- Para medir a tração com o elástico/câmara de ar, o pé deve ser posicionado em 90° ou máximo de dorsiflexão. A tração deve ser firme para permitir dorsiflexão e flexão plantar, mas não forte demais para não causar outras complicações.
- Orientar o paciente como usar a férula e os cuidados.
- Agendar o retorno do paciente para reavaliar a férula.



FÉRULA DE HARRIS – COM TIRAS DE VELCRO

Método com tiras de velcro

Material de consumo (1 férula)

- 1 pedaço de couro vagueta 0,8 cm, preto ou marrom (mais ou menos 40 cm x 14 cm).
- 1 pedaço de borracha EVA UL liso nº 14 de espessura 4 mm (mais ou menos 40 cm x 15 cm).
- Tiras de couro:
  - 3 tiras de 6 cm x 2,5 cm;
  - 1 tira de 8 cm x 2,5 cm;
  - 1 tira de 4 cm x 2 cm.
- 3 tiras de velcro (gancho) de 20 cm x 2 cm.
- 3 tiras de velcro (macio) de 20 cm x 2 cm.
- 1 tira de câmara de pneu (ar) 20 cm x 3 cm.
- 17 rebites 1,5 mm.
- 1 rebite 2,0 mm.
- 1 passador 25 mm.
- 1 mosquetão ou gancho.
- 1 abaixador de língua ou palito de picolé.

Material permanente (1 férula)

- 1 martelo.
- 1 tesoura grande.
- 1 furador de couro.
- Âncora (pé) de sapateiro.

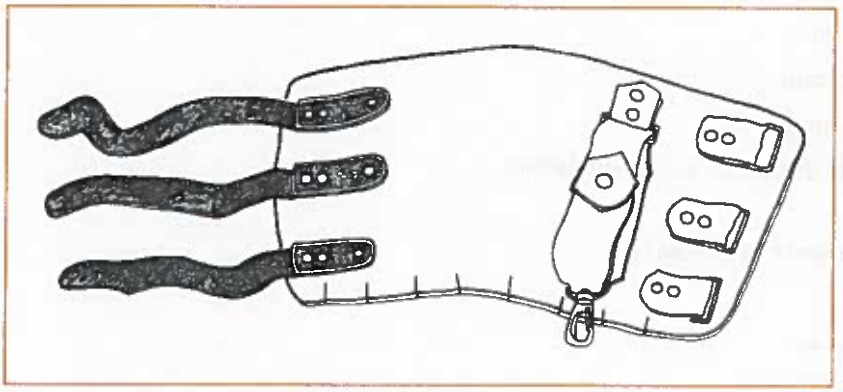
Confecção da férula:

1. Medir a circunferência do tornozelo acima dos maléolos e acrescentar 1,5 cm.
2. Medir a circunferência da perna 10 ou 12 cm acima da primeira medida e acrescentar 1,5 cm.
3. Cortar o couro e a borracha, usando essas medidas, de acordo com o molde.
4. Colocar os dois juntos (SEM COLAR) e posicionar na perna. As bordas laterais devem se encontrar. Tirar o excesso, se necessário.
5. Furar o couro, as tiras de 6 cm e usá-las para fixar os passadores na férula com rebites, conforme o desenho.
6. Furar o couro, a tira de 8 cm, e usá-la para fixar o passador na férula, conforme o desenho.
7. Colocar as tiras de velcro juntas (gancho com macio) e furar 2 buracos em uma das extremidades.
8. Separar o gancho do macio.
9. Furar o couro.
10. Fixar as tiras de velcro no couro com rebites. O gancho deve ficar por cima do macio. As tiras macias devem ficar fora do couro e com o lado macio para cima.
11. Posicionar a férula e a borracha na perna e cortar o excesso das tiras de velcro (gancho), furar e fixar no couro com rebite.
12. Colar a borracha (passar cola no couro e na borracha, deixar secar por 15 minutos e só então colar).

13. Posicionar a férula na perna e medir o elástico/câmara de ar.
14. Passar o elástico/câmara de ar no gancho e no passador (25 cm) e fixar com a tira de couro de 4 cm e o rebite.
15. Fazer pequenos cortes na borda inferior para moldar melhor a junção entre a perna e o pé.

É importante lembrar

- As fivelas devem ficar na lateral da perna (lado de fora).
- Para medir a tração com o elástico/câmara de ar, o pé deve ser posicionado em 90° ou máximo de dorsiflexão.
- A tração deve ser firme para permitir dorsiflexão e flexão plantar, mas não forte demais para não causar outras complicações.
- Orientar o paciente como usar a férula e os cuidados.
- Agendar o retorno do paciente para reavaliar a férula.



Autocuidados – Resumo

- Identificar e acompanhar as melhoras e pioras na função neural e/ou nos processos inflamatórios.
- Identificar onde há perda na sensibilidade protetora (parte anestesiada) e se o paciente sabe conviver com essa alteração.
- Identificar e abordar as melhoras e pioras nos aspectos da visão, pele, articulações, ferimentos, deformidades etc.
- Identificar a necessidade de procurar ajuda quando não houver melhora.

AUTOAVALIAÇÃO

- Da visão.
- Da pele.
- Da dor.
- Da sensibilidade.
- Da força muscular.
- Dos calçados.
- Das atividades diárias.
- Da participação social.

AUTOINSPEÇÃO

- Olho vermelho e/ou com secreção.
- Observar/olhar pele, articulações, deformidades.
- Sentir áreas de calor.
- Apertar as áreas articulares para identificar dor (processo inflamatório).
- Identificar ferimentos.
- Identificar a causa.
- Saber cuidar:
  - lavar;
  - cobrir;
  - fazer repouso;
  - olhar diariamente;
  - saber procurar ajuda, quando não há melhora.
- Identificar infecção (dor, edema, calor, rubor e/ou secreção).

CUIDADOS COM A PELE

- Lavar.
- Hidratar.
- Tirar calos.
- Lubrificar.

EXERCÍCIOS PARA

- Mobilidade (flexibilidade) articular.
- Prevenir contraturas (encurtamento dos tecidos moles).
- Fortalecimento dos músculos.

PROTEÇÃO, IMOBILIZAÇÃO, REPOUSO

- Nervos inflamados e dolorosos.
- Mãos e pés em reação ou inchados.
- Olhos, mãos e pés sem sensibilidade protetora.
- Olhos, mãos e pés com feridas e úlceras.
- Olhos que não se fecham completamente.

CALÇADOS E ADAPTAÇÕES

- Quem precisa? De que tipo precisa? Quando?
- Ver o Manual de adaptações de palmilhas e calçados, CGPNCH/DEVEP/SVS/MS.

Critério para intervenção/encaminhamento

Condição clínica	Objetivo a ser alcançado	Critério para intervenção/encaminhamento
Reações	• Tratar corretamente o quadro agudo. • Prevenir deformidades e incapacidades. • Monitorar a função neural.	Na ausência de profissional médico: • **Tipo I:** paciente que não responde à corticoterapia na dose preconizada por quatro semanas; pacientes que tenham contraindicação para o uso de corticoterapia. • **Tipo II:** paciente que não responde ao tratamento padronizado para reação do tipo II durante quatro semanas; contraindicação para o uso de drogas de 1ª escolha.
Neurite aguda	• Prevenir deformidades e incapacidades. • Tratamento cirúrgico do quadro agudo.	Contraindicação para o uso de corticoterapia: • abcesso de nervo; • presença de neuropatia que não responde ao tratamento clínico para neurite dentro de quatro semanas, verificado através de avaliações neurológicas continuadas; • paciente com neurites subentrantes; • paciente com dor não controlada e/ou crônica.
Neurite crônica (com dor crônica há mais de seis meses)	• Tratar dor. • Prevenir deformidades e incapacidades. • Tratamento cirúrgico do quadro crônico.	Reagudização da neurite após desmame de corticosteróide.
Alteração na acuidade visual aguda e/ou olho vermelho e/ou com dor e/ou com fotofobia	Preservar a visão.	• Acuidade visual menor que 0,6 no adulto. • Acuidade visual menor que 0,8 no escolar. • Perda da visão (comprovada) de duas linhas em até 3 meses, com ou sem alterações: olho vermelho com dor, fotofobia com dor, sensação de corpo estranho com ou sem dor, com ou sem olho vermelho.
Ectrópio	Preservar a visão.	• Paciente pós-alta. • Paciente sem corticosteróide há 12 meses.
Lagoftalmo	Preservar a visão.	Sem melhora com exercícios e tratamento clínico (corticosteróide) durante 2 a 3 meses.
Catarata	Preservar a visão.	Perda da visão que inviabilize a realização das atividades diárias.
Triquíase	Preservar a visão.	• Paciente pós-alta. • Paciente sem corticosteróide há 12 meses. • Paciente com mais de 5 cílios tocando a córnea.
Dacriocistite	Preservar a visão.	Todos os pacientes nesta condição, encaminhar em caráter de urgência.

Condição clínica	Objetivo a ser alcançado	Critério para intervenção/encaminhamento
Opacidade corneana com cegueira	Preservar a visão.	Todos os pacientes nesta condição, encaminhar em caráter de urgência.
• Garras • Atrofia do 1° espaço dorsal • Perda de oponência do polegar	• Melhorar a função de preensão. • Prevenir deformidades e incapacidades. • Melhorar a estética. • Favorecer a participação social.	• Não apresentar úlceras ou lesões secundárias. • Alta do tratamento PQT. • Não apresentar fenômenos inflamatórios reacionais (reação reversa, reação tipo I e tipo II) há pelo menos 1 ano. • Não estar em uso de corticosteróide há pelo menos 1 ano.
Pé com falta de sensibilidade e/ou alteração biomecânica (pé caído, calcanhar evertido ou invertido)	• Prevenir úlcera plantar. • Manter integridade e mobilidade de tecidos moles e articulares. • Indicar e confeccionar órteses ou adaptações. • Indicar cirurgia reparadora. • Manter ou melhorar a força muscular.	Ausência do profissional habilitado para avaliar/confeccionar adaptações.
Úlcera plantar ou feridas infectadas	• Cicatrização da úlcera. • Prevenir osteomielite. • Prevenir deformidades e incapacidades.	Úlcera com piora ou manutenção do quadro clínico, mesmo quando submetida a antibióticos sistêmicos, a curativos adequados e a calçados adequados com palmilha.
• Garras • Pé caído • Pé equino varo	• Melhorar a deambulação. • Prevenir deformidades e incapacidades. • Melhorar a estética. • Favorecer a participação social.	• Não apresentar úlceras ou lesões secundárias. • Alta do tratamento PQT. • Não apresentar fenômenos inflamatórios reacionais (reação reversa, reação tipo I e tipo II) há pelo menos 1 ano. • Não estar em uso de corticosteróide há pelo menos 1 ano.
Dificuldades para fazer as atividades diárias devido à hanseníase	• Manter ou melhorar a independência funcional nas AVDs. • Indicar órteses e adaptações. • Monitorar a função neural.	Ausência de profissional capacitado na Unidade Básica de Saúde para atender às necessidades específicas.
Restrições na participação familiar, social, no trabalho etc. causadas pela hanseníase	Melhorar ou restabelecer vínculos e reduzir estigma.	Transtornos psicossociais que coloquem o paciente em situação de risco.

Úlceras

Tipos e características das úlceras

Tipos	Características das úlceras e áreas envolvidas	Causa	Dor
Neurotrófica	• Borda circular quente e rosada. • Superficial ou profunda. • Infectada ou não. • Áreas de alta pressão e alteração da sensibilidade plantar. • Calosidades. • Pé caído. • Garra de artelhos. • Pele seca e fissuras.	• Microangiopatia, ação direta do bacilo sobre os nervos periféricos. • Alteração nas fibras autônomas, motoras e sensitivas.	• Ausência de dor.
Venosa	• Borda irregular. • Base vermelha. • Pigmentação perilesional. • Edema. • Pulsos presentes. • Eczema. • Estase venosa.	• Estase venosa. • Trombose venosa.	• Moderada.
Arterial	• Borda irregular. • Base pálida e fria. • Multifocal podendo ser necrótica. • Pulsos reduzidos ou ausentes. • Cianose. • Alopécia. • Pele atrófica. • Extremidade fria, escura ou pálida.	• Arteriosclerose. • Aterosclerose.	• Severa. • Aumenta com a elevação das pernas.
Hipertensiva	• Exsudato escasso. • Áreas de isquemia e necrose no terço inferior da perna. • Pouco profunda, descorada e fundo necrótico.	• Hipertensão arterial sistêmica.	• Muito severa.
Por pressão	• Variada com acometimento da epiderme e tecidos mais profundos. • Isquemia e morte celular.	• Pressão contínua. • Umidade, fricção, cisalhamento. • Deficiência nutricional. • Idade avançada.	• Presente ou não.
Ocular	• Lesão do epitélio corneano. • Fotofobia. • Lacrimejamento. • Visão embaçada. • Hiperemia localizada.	• Falta de sensibilidade protetora. • Ressecamento. • Diminuição da força muscular (lagoftalmo, ectrópio). • Corpos estranhos (cílios e outros).	• Acentuada. • Não presente em casos de ausência da sensibilidade da córnea.

Avaliação da úlcera – Características

Ao avaliar a úlcera, é importante realizar também a anamnese do paciente, exame físico, avaliação neurológica simplificada (avaliação das deficiências), avaliação psicossocial e de autocuidados.

Localização	Maléolo lateral, maléolo medial, calcanhar, região metarsiana, mão (palma e dorso) e outros.
Forma	Irregular, arredondada/oval, quadrada/retangular, linear ou alongada, côncava, borboleta, outros.
Bordas	Mal definida/difusa; bem definida; ligada à base do ferimento; solapada, fibrótica, cicatrizada.
Aparência	Tecido desvitalizado, esfacelos, coloração, tecido de granulação, tecido de epitelização e crostas.
Característica do exsudato	Seroso, sanguinolento, purulento, quantidade.
Infecção	Ausente ou presente (dor, rubor, calor, edema, odor e secreção purulenta).
Mensuração	• Área: maior comprimento x maior largura x 0,785 = cm^2. • Decalque: traçar a forma da úlcera em material transparente. • Fotografia.
Profundidade	• Eritema não esbranquiçado em pele intacta. • Perda parcial da espessura da pele, envolvendo epiderme e/ou derme; podendo estender-se até a fáscia subjacente, sem atravessá-la. • Perda total da espessura da pele com destruição extensiva; necrose de tecidos ou danos musculares, ósseos ou de estruturas adjacentes. • Recoberto por necrose.

Observação: Quadro-resumo apresentado pela fisioterapeuta Pamela Unger durante curso de úlceras em Minas Gerais.

Fatores que retardam ou impedem a cicatrização

Fatores intrínsecos	Fatores extrínsecos	Fatores iatrogênicos
1. Má nutrição 2. Idade avançada 3. Doença crônica 4. Doença circulatória 5. Neuropatia	1. Infecção 2. Medicação 3. Necrose do tecido 4. Estresse 5. Imunossupressão 6. Irradiação	1. Isquemias 2. Trauma 3. Manejo inadequado

Cuidados com úlceras

Tipos	Condutas preventivas e curativas
Neurotrófica	• Inspeção diária dos pés e calçados. • Repouso. • Limpeza e secagem dos interdígitos. • Corte reto da unha. • Remoção de calosidades. • Hidratação, lubrificação e massagem. • Exercícios. • Monitoramento da sensibilidade. • Adaptação de instrumentos de trabalho. • Uso de palmilhas e calçados adequados. • Evitar andar descalço.
Venosa	• Repouso com elevação das pernas. • Avaliação clínica periódica. • Terapias compressivas: meias e faixas elásticas, bota de unna (prescrição médica). • Caminhadas. • Exercícios (elevar o calcanhar). • Evitar traumatismos. • Evitar obesidade. • Enfaixamento compressivo. • Observação: em pessoas com comprometimento cardiovascular descompensado não pode ser utilizada a elevação dos MMII.
Arterial	• Acompanhamento clínico (hipertensão, diabetes, problemas vasculares). • Elevar a cabeceira da cama. • Evitar traumatismos. • Não desbridar tecidos desvitalizados das extremidades. • Reduzir uso de cafeína e tabaco. • Enfaixamento frouxo. • Manter membros aquecidos.
Hipertensiva	• Controlar hipertensão, diabetes e obesidade. • Reduzir fumo.
Por pressão	• Identificação do grupo de risco (cadeirantes, acamados, com alteração do nível de consciência). • Alívio periódico da pressão. • Cuidados com a pele (mobilização, protetores). • Uso de dispositivos para redução da pressão.
Ocular	• Autoinspeção. • Autoavaliação da acuidade visual. • Limpeza. • Hidratação. • Lubrificação. • Proteção. • Exercícios. • Retirada de cílios.

Monitoramento e planejamento das atividades de PI

Exercício 1: consolidação da coorte de casos novos em 2006

Nº	Nome	Sexo (M/F)	Idade	1º	Auto cuidados		Adaptações de calçados	SALSA	Escala de participação	Graus nos olhos, mãos e pés						Soma dos graus (OMP)	Grau máximo	Acuidade visual		Número de feridas Mãos		Número de feridas Pés	
										Olhos		Mãos		Pés									
				12 meses	Indiv.	Grupo				D	E	D	E	D	E			D	E	D	E	D	E
1	MJ	F	40	1º	S	S	S			0	0	1	0	1	1	3	1	0,7	0,8	0	0	0	0
			41	12						0	0	0	0	0	0	0	0	0,7	0,8	0	0	0	0
2	JL	M	16	1º	S					1	0	1	1	0	0	3	1	0,5	0,5	0	0	0	0
			17	12						2	0	0	2	0	2	6	2	1	0,5	0	0	0	1
3	JM	M	39	1º	S					1	0	1	1	0	0	3	1	0,6	0,4	0	0	0	0
			40	12						0	0	0	0	0	0	0	0	0,8	0,8	0	0	0	0
4	RG	F	65	1º	S	S	S			2	0	2	2	2	1	9	2	0,1	0,7	2	1	1	0
			66	12						2	0	1	2	1	1	7	2	1	0,7	0	0	0	0
5	LG	F	6	1º	S					0	0	0	0	0	0	0	0	1,0	1,0	0	0	0	0
			7	12						0	0	0	0	0	0	0	0	1,0	1,0	0	0	0	0
6	CA	M	13	1º	S					0	0	0	0	0	0	0	0	0,7	0,6	0	0	0	0
			14	12						0	0	0	1	1	1	3	1	0,9	0,9	0	0	0	0
7	MA	M	22	1º	S					2	0	0	0	0	0	2	2	0,8	0,8	0	0	0	0
			23	12						0	0	0	0	0	0	0	0	0,8	0,8	0	0	0	0
8	GE	M	47	1º	S					0	0	0	0	0	0	0	0	0,8	0,8	0	0	0	0
			48	12						0	0	0	0	0	0	0	0	0,8	0,8	0	0	0	0
9	MR	F	21	1º	S					2	2	1	1	1	1	8	2	0,8	0,8	0	0	0	0
			22	12						1	1	2	2	2	1	9	2	0,8	0,8	1	0	1	0
10	AN	F	27	1º	S					0	0	0	0	0	0	0	0	0,9	1,0	0	0	0	0
			28	12						0	1	0	0	0	1	2	1	0,9	0,8	0	0	0	0

Preencher os quadros com o número de partes (D/E) ou pessoas, de acordo com a legenda abaixo:

(=): Primeira e última avaliações são iguais

(↑): Última avaliação MELHOR que a primeira

(↓): Última avaliação PIOR que a primeira

(↑↓): Resposta mista (melhor em um lado e pior no outro)

Comparação da avaliação no início e com 12 meses Grau de incapacidade de olhos, mãos e pés, soma dos graus (OMP) e o grau máximo											
	Olhos			Mãos			Pés			OMP	Grau máximo
	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	Pessoa	Pessoa
=	6	8	5	5	6	4	6	6	4	2	4
↑	3	1	3	4	1	3	2	1	2	4	3
↓	1	1	2	1	3	2	2	3	4	4	3
↑↓	–	–	0	–	–	1	–	–	0	–	–
Total	**10 pessoas**										

Comparação da avaliação no início e com 12 meses Acuidade visual, mãos e pés com falta de sensibilidade e feridas															
	Acuidade visual por segmento e por pessoa			Mãos por segmento e por pessoa						Pés por segmento e por pessoa					
				Falta de sensibilidade			Feridas			Falta de sensibilidade			Feridas		
	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa
=	6	7	5	5	6	4	8	9	8	6	6	4	8	9	7
↑	2	2	2	4	1	3	1	1	1	2	1	2	1	0	1
↓	2	1	3	1	3	1	1	0	1	2	3	4	1	1	2
↑↓	–	–	0	–	–	2	–	–	0	–	–	0	–	–	0
Total	**10 pessoas**														

Consolidação e análise dos dados

MONITORAMENTO DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE – SITUAÇÃO 1 DA COORTE DE CASOS NOVOS EM 2006

Perguntas

1. Quantos pacientes foram avaliados no início e com 12 meses (número e percentual)?
2. Entre os pacientes avaliados, qual percentual com sexo masculino e feminino; menores e maiores de 15 anos?

Sexo				Idade			
Masculino		Feminino		< 15 anos		15 anos e mais	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%

3. Os casos novos de hanseníase estão sendo diagnosticados precocemente? Comente.
4. Quantos pacientes necessitam de encaminhamento para oftalmologista? Identificar as situações.
5. Quantos pacientes devem ser encaminhados para adaptações de calçados? Qual critério foi utilizado?
6. Que fatores podem estar implicados na piora das situações clínicas analisadas (acuidade visual, mãos e pés insensíveis e feridas)?
7. Que fatores podem estar implicados na melhora das situações clínicas analisadas (acuidade visual, mãos e pés insensíveis e feridas)?
8. Quais critérios você utiliza para determinar a qualidade das ações de prevenção de incapacidades (PI)?
9. Considerando a "Situação 1" apresentada, como você avalia a qualidade das ações de PI desse serviço?
10. Identifique os problemas e as possíveis soluções. Eleja as prioridades.

Exercício 2: dados de pacientes avaliados na capacitação ou dados de prontuários

Local: _____ Ano: _____

Nº	Nome	Sexo (M/F)	Idade	1º	Auto cuidados		Adaptações de calçados	SALSA	Escala de participação	Graus nos olhos, mãos e pés						Soma dos graus (OMP)	Grau máximo	Acuidade visual		Número de feridas Mãos		Número de feridas Pés	
				12 meses	Indiv.	Grupo				Olhos		Mãos		Pés									
										D	E	D	E	D	E			D	E	D	E	D	E

CONSOLIDAÇÃO DOS DADOS DE PACIENTES AVALIADOS NA CAPACITAÇÃO OU DE DADOS DE PRONTUÁRIOS

Local: _____ Ano: _____

Preencher os quadros com o número de partes (D/E) ou pessoas, de acordo com a legenda abaixo:

(=): Primeira e última avaliações são iguais

(↑): Última avaliação MELHOR que a primeira

(↓): Última avaliação PIOR que a primeira

(↑↓): Resposta mista (melhor em um lado e pior no outro)

Comparação da avaliação no início e com 12 meses Grau de incapacidade de olhos, mãos e pés, soma dos graus (OMP) e o grau máximo											
	Olhos			Mãos			Pés			OMP	Grau máximo
	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	Pessoa	Pessoa
=											
↑											
↓											
↑↓											
Total	10 pessoas										

Comparação da avaliação no início e com 12 meses Acuidade visual, mãos e pés com falta da sensibilidade e feridas															
	Acuidade visual por segmento e por pessoa			Mãos por segmento e por pessoa						Pés por segmento e por pessoa					
				Falta de sensibilidade			Feridas			Falta de sensibilidade			Feridas		
	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa	D	E	Pessoa
=															
↑															
↓															
↑↓															
Total	10 pessoas														

COMPARAÇÃO E RESUMO DA PRÁTICA DO MONITORAMENTO DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES

Identificação	Grau máximo	Soma dos graus (OMP)	SALSA	Escala de participação

PACIENTES OBSERVADOS NA CAPACITAÇÃO (PRÁTICA) OU DADOS DE PRONTUÁRIOS

Local: _____ Data: ____/____/____

Perguntas

1. Quantos pacientes foram avaliados no início e com 12 meses (número e percentual)?
2. Entre os pacientes avaliados, qual percentual com sexo masculino e feminino; menores e maiores de 15 anos?

Sexo				Idade			
Masculino		Feminino		< 15 anos		15 anos e mais	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%

3. Os casos novos de hanseníase estão sendo diagnosticados precocemente? Comente.
4. Quantos pacientes necessitam de encaminhamento para oftalmologista? Identificar as situações.
5. Quantos pacientes devem ser encaminhados para adaptações de calçados? Qual critério foi utilizado?
6. Que fatores podem estar implicados na piora das situações clínicas analisadas (acuidade visual, mão e pés insensíveis e feridas)?
7. Que fatores podem estar implicados na melhora das situações clínicas analisadas (acuidade visual, mão e pés insensíveis e feridas)?
8. Quais critérios você utiliza para determinar a qualidade das ações de prevenção de incapacidades (PI)?
9. Considerando a "Situação 1" apresentada, como você avalia a qualidade das ações de PI desse serviço?
10. Identifique os problemas e as possíveis soluções. Eleja as prioridades.

Prevenção de danos

- Verifique:
  - se a comunidade sabe como suspeitar de hanseníase e o local onde se dirigir para confirmar o diagnóstico e se tratar;
  - se os casos novos de hanseníase estão sendo diagnosticados precocemente;
  - as prioridades nas atividades de prevenção de incapacidades (PI), nas ações de controle da hanseníase (ACH).
- Verifique e registre **quantos pacientes** no seu serviço:
  - têm ou tiveram dificuldades com as condições gerais de vida (psicossociais), no autoconceito, na família, nos estudos, no trabalho, na comunidade etc., devido à hanseníase;
  - têm ou tiveram dificuldades nas condições gerais de vida, devido à hanseníase, foram acompanhados, e quantos tiveram as soluções encontradas.
- Verifique e registre **quantos pacientes** no seu serviço:
  - mantiveram ou melhoraram seu grau de incapacidade, durante o tratamento e após a alta, em relação ao que tinham no momento do diagnóstico;
  - têm ou tiveram reações/neurites nos últimos 12 meses (em tratamento e após a alta) e se os que apresentaram ou apresentam reações/neurites foram ou são acompanhados e/ou tratados, adequadamente;
  - apresentam perda da sensibilidade protetora (anestesia) nos olhos, mãos e pés, em tratamento e após a alta; quantos foram ou são orientados e capacitados, em relação a autocuidados e se sabem como conviver com a falta de sensibilidade;
  - têm necessidade de usar adaptações em calçados e/ou calçados especiais e quantos desses pacientes adquiriram e/ou receberam calçados e adaptações adequadas;
  - necessitam de encaminhamento para outros serviços.
- Identifique onde encaminhar as urgências e outras complicações não tratadas no seu serviço.
- Faça um levantamento dos recursos necessários para executar atividades básicas de PI.
- Supervisione e avalie o seu serviço.
- Analise e interprete resultados das atividades básicas de PI.
- Inclua a participação das outras pessoas da área de saúde e da comunidade em geral.

Fazendo isso, você estará prestando
um excelente trabalho, colaborando,
de maneira decisiva, com a área de saúde.

Lista de materiais usados na prevenção de incapacidades

MATERIAL

- Fita crepe
- Fita métrica
- Hidrocor ou lápis de cores:
  verde, azul claro, roxo claro, vermelho, preto
- Ficha de avaliação:
  - Avaliação neurológica simplificada
  - SALSA
  - Escala de participação
- Escala de Snellen (acuidade visual)
- Estesiômetro SORRI-Bauru
  (teste de sensibilidade)
- Tesoura grande para cortar palmilha
- Régua de 20 cm
- Fio dental, fino, sem sabor
- Foco luminoso (lanterninha para olhos)
- Pilhas para foco luminoso
- Pinça de sobrancelha
- Cotonete
- Lenço de papel
- Colher de poliamida para oclusão visual
- Lente de aumento ou lupa binocular
- Lente acrílica, sem grau (óculos)
- Pomada epitelizante (Epitezan)
- Colírio lubrificante
  (Lacrima, Lacrima Plus, Lacril, Filmcel)
- Soro fisiológico, pequeno
- Fita microporo
- Luvas de procedimento
- Esparadrapo
- Gaze (pacotes com 10-16 gazes esterilizadas)
- Bacia 36 cm de diâmetro e 13 cm de altura
  (hidratação de mão)
- Balde (hidratação de pé)
- Toalha de mão, de papel
- Lixa d'água nº 80 e nº 100
- Atadura de crepom de 10 cm largura
  (pacotes de 6 unidades)
- Elástico de dinheiro
- Pregador de roupa
- Óleo mineral ou vegetal
- Abaixador de língua de madeira
- Borracha EVA UL nº 12, branco, liso, 4 mm
  espessura para palmilha*
- Espelho para inspeção
  (mais ou menos 20 x 20 cm)
- Sabonete líquido
- Saco de lixo não tóxico (branco ou azul) de
  50-60 litros (63 x 80 cm) ou o que couber
  dentro das bacias e baldes para hidratação
- Par de muletas ajustáveis (opcional)
- Bengala ajustável, emprestada (opcional)

* EVA UL, liso, branco, ou outra cor, nº 12, espessura 4 mm, é usado para: palmilhas, férula de Harris e outras adaptações.

O "kit para teste de sensibilidade" pode ser encontrado em endereços específicos da área de PI. Os outros materiais podem ser encontrados nas casas de couro, de borracha, casas de material para sapateiros etc.

Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção final)

Autoavaliação final

Nome: _____ Profissão: _____

Local de trabalho: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Local da capacitação: _____ Cidade: _____ Estado: _____

2ª
PERCEPÇÃO FINAL

(Data: _____ / _____ / _____)

- Marque com um X a coluna que responde como está a sua habilidade em relação à técnica listada.
- Coloque um asterisco (*) ao lado de cada técnica, caso queira ser capacitado(a) no assunto.

AVALIAÇÃO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei	ACHEI QUE SABIA mas aprendi nesta capacitação
Você sabe identificar:					
Limitações nas atividades da vida diária (AVD)	1				
Restrições de participação social	2				
Você sabe examinar os olhos:					
Ouvindo o paciente	3				
Fazendo a inspeção	4				
Fazendo a pesquisa da sensibilidade da córnea	5				
Testando a força muscular	6				
Testando a acuidade visual	7				

AVALIAÇÃO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei	ACHEI QUE SABIA mas aprendi nesta capacitação
Registrando dados no prontuário	8				
Preenchendo a ficha do grau de incapacidade (OMS)	9				
Você sabe examinar o nariz:					
Ouvindo o paciente	10				
Fazendo a inspeção	11				
Registrando dados no prontuário	12				
Você sabe examinar os membros superiores:					
Ouvindo o paciente	13				
Fazendo a inspeção	14				
Fazendo a palpação os nervos	15				
Fazendo a pesquisa da sensibilidade	16				
Testando a força muscular	17				
Examinando a mobilidade articular	18				
Registrando dados no prontuário	19				
Preenchendo a ficha do grau de incapacidade (OMS)	20				
Você sabe examinar os membros inferiores:					
Ouvindo o paciente	21				
Fazendo a inspeção	22				
Observando o modo de andar	23				
Fazendo a palpação dos nervos	24				
Fazendo a pesquisa da sensibilidade	25				

AVALIAÇÃO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei	ACHEI QUE SABIA mas aprendi nesta capacitação
Testando a força muscular	26				
Examinando a mobilidade articular	27				
Fazendo a inspeção do calçado	28				
Registrando dados no prontuário	29				
Preenchendo a ficha do grau de incapacidade (OMS)	30				
SUBTOTAL A (30)					

TRATAMENTO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei	ACHEI QUE SABIA mas aprendi nesta capacitação
Você sabe:					
Buscar soluções para as limitações de atividades da vida diária (AVD)	1				
Buscar soluções para as restrições de participação social	2				
Identificar a necessidade de referência e contrarreferência	3				
Fazer o encaminhamento	4				
Registrar procedimentos e agendar o retorno	5				
Fazer o acompanhamento	6				
Você sabe tratar estados reacionais e neurites:					
Fazendo monitoramento da função neural:					
• Fazendo a palpação do nervo	7				
• Fazendo a pesquisa de sensibilidade	8				
• Testando a força muscular	9				

TRATAMENTO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei	ACHEI QUE SABIA mas aprendi nesta capacitação
Fazendo imobilizações	10				
Dando orientações	11				
Encaminhando ao médico	12				
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	13				
Fazendo o encaminhamento	14				
Registrando procedimentos e agendando o retorno	15				
Fazendo acompanhamento do processo inflamatório	16				
Você sabe tratar os olhos:					
Fazendo a limpeza	17				
Fazendo a lubrificação com colírios	18				
Ensinando os exercícios	19				
Orientando o uso de proteção diurna e noturna	20				
Ensinando autocuidados e convivência com olhos insensíveis	21				
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	22				
Fazendo o encaminhamento	23				
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	24				
Fazendo o acompanhamento	25				
Você sabe tratar o nariz:					
Fazendo limpeza com água	26				

TRATAMENTO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei	ACHEI QUE SABIA mas aprendi nesta capacitação
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	27				
Fazendo o encaminhamento	28				
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	29				
Fazendo o acompanhamento	30				
Você sabe tratar as mãos:					
Fazendo a hidratação e lubrificação	31				
Ensinando os exercícios	32				
Ensinando autocuidados e convivência com mãos insensíveis	33				
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	34				
Fazendo o encaminhamento	35				
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	36				
Fazendo o acompanhamento	37				
Você sabe tratar os pés:					
Fazendo a hidratação e lubrificação	38				
Ensinando os exercícios	39				
Ensinando autocuidados e convivência com pés insensíveis	40				
Ensinando a escolher o calçado adequado	41				

TRATAMENTO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei	ACHEI QUE SABIA mas aprendi nesta capacitação
Ensinando o uso de palmilhas	42				
Ensinando o uso do aparelho dorsiflexor para pé caído	43				
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	44				
Fazendo o encaminhamento	45				
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	46				
Fazendo o acompanhamento	47				
Você sabe tratar úlceras:					
Fazendo a limpeza	48				
Fazendo a hidratação	49				
Fazendo desbridamento	50				
Cobrindo o ferimento	51				
Orientando o repouso	52				
Ensinando autocuidados e convivência com pés insensíveis	53				
Ensinando o uso de calçado adequado	54				
Identificando a necessidade de referência e contrarreferência	55				
Fazendo o encaminhamento	56				
Registrando os procedimentos e agendando o retorno	57				
Fazendo o acompanhamento	58				
SUBTOTAL B (58)					

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇO		SIM sei fazê-lo	SIM sei fazê-lo, porém tenho dúvidas ou dificuldades	NÃO não sei	ACHEI QUE SABIA mas aprendi nesta capacitação
Você sabe programar material básico para atividades de prevenção de incapacidades em hanseníase:					
Fazendo o levantamento das necessidades	1				
Planejando e justificando os materiais solicitados	2				
Encaminhando a solicitação do material	3				
Recebendo e armazenando o material	4				
Acompanhando a utilização do material	5				
Fazendo avaliação das habilidades e atividades feitas para prevenir incapacidades em hanseníase	6				
SUBTOTAL C (6)		___ X2	___ X1	___ X0	___ X2

PERCEPÇÃO INICIAL

(Data: _____ / _____ / _____)

Total A+B+C: _____

Porcentagem: $\frac{\text{Nº absoluto (total)}}{188} \times 100 =$ _____

PERCEPÇÃO FINAL

(Data: _____ / _____ / _____)

Total A+B+C: _____

Porcentagem: $\frac{\text{Nº absoluto (total)}}{188} \times 100 =$ _____

Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento final)

Data da capacitação: ____ / ____ / _____ Local: _____

Nome: _____

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Data do último dia da capacitação: ____ / ____ / _____

1. Você deve realizar as avaliações de olho, nariz, mão e pé para identificar, prevenir e acompanhar as incapacidades.

   a) Quais pacientes devem ser avaliados?

   Todos.

   b) Nessas avaliações, quais dados devem ser documentados?

   Olhos: Queixa; inspeção; força muscular; sensibilidade da córnea e acuidade visual.

   Nariz: Queixa e inspeção.

   Mãos (membros superiores): Queixa; inspeção; força muscular; sensibilidade; palpação dos nervos e mobilidade das articulações.

   Pés (membros inferiores): Queixa; inspeção; força muscular; sensibilidade; palpação dos nervos; mobilidade das articulações; avaliação dos calçados e modo de andar.

   c) Com que frequência se deve realizar essas avaliações?

   No início do tratamento.
   Mínimo de 6 em 6 meses durante o tratamento, ou mensalmente, quando possível.
   Na alta.
   Com maior frequência, se houver queixa ou suspeita de neurite, reação ou outro problema.

   d) O que se deve fazer para garantir que você ou outro profissional possa verificar melhora, ou piora, em uma próxima avaliação?

   Documentação.

2. Estamos recebendo D. Juracy em nosso serviço pela primeira vez. Hoje foi confirmado o diagnóstico de hanseníase. Durante a entrevista, D. Juracy relata que algumas vezes os objetos caem de suas mãos facilmente e que os pés estão como se fossem "pesados".

a) Qual a sua suspeita?

Problema com os nervos ou alteração motora e/ou sensitiva ou neurite.

b) Como confirmar ou descartar sua suspeita?

Avaliação ou exame ou testando a sensibilidade e força muscular.

c) Confirmada a suspeita, que conduta você adotará?

Encaminhamento ao médico.

Autocuidados (movimentos repetidos, peso, posicionamento prolongado de flexão e/ou extensão, imobilização).

Reavaliar frequentemente (semanalmente, de 15 em 15 dias ou, no mínimo, mensalmente).

3. No exame, foi observado que D. Juracy tem perda de sensibilidade protetora na área plantar do pé direito, com uma bolha na cabeça do primeiro metatarsiano e uma área com hipertermia na cabeça do quinto metatarsiano.

a) Você verificou a necessidade de ensinar à paciente técnicas de autocuidados. Quais as orientações que você daria à D. Juracy?

Inspeção; limpeza/higiene; cobrir; repouso; uso de calçados adequados; inspeção do calçado e modo de andar.

b) O que você faria para aliviar a pressão sobre o primeiro e quinto metatarsianos?

Repouso e modificação de calçado.

4. Após 30 dias, nossa cliente retornará, para a dose supervisionada com outro profissional.

a) Como você pode garantir que verá D. Juracy nesse mesmo dia?

Agendamento.

b) Como você verifica se D. Juracy assimilou, ou não, as orientações e os cuidados ensinados?

Melhora na inspeção ou avaliação.

Paciente mostra como está realizando os cuidados em casa.

5. Qual será a sua atitude diante da queixa de diminuição da visão apresentada por D. Juracy?

Verificar a acuidade visual.

Se estiver igual, tranquilizá-la.

Se não estiver igual, repetir a avaliação completa e decidir se é necessário encaminhar ao oftalmologista.

6. D. Juracy evoluiu bem. Os pés estão sem lesões, mas ainda há falta de sensibilidade protetora nos pés (os pés poderão ter úlceras, feridas). Inicia-se um feriado prolongado e D. Juracy observa que há um ferimento, provocado por uma tampinha de garrafa que estava dentro de seu sapato.

a) O que você espera que D. Juracy faça?

Lavar; cobrir; fazer repouso; inspeção diária para ver se está melhor ou pior e inspeção do calçado.

b) Nesse caso, quando D. Juracy deve procurar o posto de saúde?

Procurar o posto de saúde/médico somente se não houver melhoras.

7. Neste momento, a instituição solicita de você um planejamento, com o objetivo de conseguir recursos. Os recursos da prefeitura são limitados. Você terá que priorizar suas atividades, justificar a seleção de materiais, bem como apresentar os resultados, ao final do ano. Esses resultados serão utilizados para determinar a continuidade, ou não, do fornecimento de recursos.

a) Que dados você utilizará para determinar suas prioridades nas atividades de PI e no pedido de materiais?

Grau de incapacidade (OMS).

Resultados das avaliações do nariz/olho, mão e pé.

8. Você sabe que é importante determinar o grau de incapacidade (OMS), bem como realizar avaliações periódicas e sistemáticas de olhos, nariz, mãos e pés. Para que cada um desses dados é utilizado?

a) Para que o grau de incapacidade (OMS) é utilizado?

Diagnóstico precoce; qualidade das ações de controle da hanseníase (ACH); pesquisa e estudos e planejamento.

b) Para que os resultados do conjunto de avaliações, olho, nariz, mão e pé são utilizados?

Detecção de alterações/problemas precoces; determinação do tratamento a ser administrado; acompanhamento das melhoras e pioras; qualidade das atividades de PI; pesquisa e estudos e planejamento.

9. No programa de ações de controle da hanseníase, quais são as ações prioritárias para prevenir incapacidades? Cite as cinco que você considera mais importantes.

Educação em saúde.

Diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT e aplicação de BCG em contatos.

Detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites.

Apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais).

Realização de autocuidados.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde*. 2. ed. rev. Brasília, 2008. 200 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Hanseníase e direitos humanos*: direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília, 2008. 72 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de prevenção de incapacidades*. 3. ed. rev. e ampl. Brasília, 2008. 140 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2008. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2008. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2008. 148 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de adaptações de palmilhas e calçados*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília, 2008. 100 p.

Anexo A – Organização da capacitação em PI

Descrição da capacitação

Título	Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase
Objetivo geral da capacitação	Capacitar profissionais para implantação, ou implementação e monitoramento das atividades básicas de PI, devidamente padronizadas pela CGPNCH/DEVEP/SVS/MS/SVS/MS.
Pré-requisitos do local	• **Teoria:** uma sala com cadeiras móveis. • **Prática:** um consultório para cada dois participantes, disponibilidade de pacientes.
Duração	48 horas.
Participante-alvo	Profissionais de nível superior, de nível local, atuantes no Programa de ações de controle da hanseníase (ACH).
Pré-requisitos para selecionar os participantes	1. Obrigatoriamente trabalhar com as ações de controle da hanseníase (ACH). 2. Ter o compromisso de envolver o restante da equipe nas ações de prevenção de incapacidades. 3. Priorizar participantes das unidades com alta taxa de detecção.
Número de participantes e categoria profissional	10 participantes por curso. MULTIPROFISSIONAL (médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta).
Número de monitores	2 monitores para 10 participantes.

Agendamento de pacientes

Agendamento de pacientes						
Hora	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
8h	Teoria	5 pacientes	5 pacientes	5 pacientes	5 pacientes	
10h	Teoria	5 pacientes	5 pacientes	5 pacientes	5 pacientes	
12h	Intervalo					
14h às 18h	Teoria	Teoria	Teoria	Teoria	Teoria	

*Proposta para o Programa de Capacitação em PI. Pode ser modificado de acordo com a necessidade.

Observar os seguintes critérios de escolha na seleção dos pacientes:

- 80% com graus 0 e 1: Pacientes com reação e/ou neurite em tratamento e após alta;
- 20% com graus 2 e 3: Pacientes em início de tratamento ou durante o mesmo.

Cronograma de Capacitação em PI

Dia	Atividades	
	Manhã (8h – 12h)	Tarde (13h30 – 17h30)
Segunda	• Inscrições • Abertura • Apresentação • Pré-curso • Dúvidas • Objetivos • Definições • Dados epidemiológicos	• SALSA e escala de participação (apresentação e demonstração) • Prática entre participantes • Avaliação olho/nariz: » Demonstração » Prática participantes • Avaliação do dia
Terça	• Prática com pacientes: » SALSA » Escala de participação » Olhos » Nariz • Apresentação e discussão de procedimentos	• Estrutura e função da pele • Avaliação MMSS: » Demonstração » Prática participantes • Avaliação do dia
Quarta	• Prática com pacientes: » SALSA » Escala de participação » MMSS • Apresentação e discussão de procedimentos	• Avaliação MMII: » Demonstração » Prática participantes • Função do nervo periférico • Reações e neurites • Avaliação do dia
Quinta	• Prática com pacientes: » SALSA » Escala de participação » MMII • Apresentação e discussão de procedimentos	• Grau de incapacidade • Calçados e confecção de palmilha simples • Autocuidados • Estigma • Avaliação do dia
Sexta	• Prática com pacientes: » SALSA » Escala de participação » Olhos » Nariz » MMSS » MMII • Apresentação e discussão de procedimentos	• Monitoramento e planejamento das atividades de PI • Avaliação do dia
Sábado	• Monitoramento e planejamento das atividades de PI	• Pós-curso • Avaliação final

Lista de materiais usados para a capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase

Material para grupo de 10 participantes + 2 monitores

Quantidade	Material
12	Pasta polionda de 6 cm de altura
12	Etiqueta
12	Crachá
12	Caderno
12	Lápis preto com ponteira de borracha
2	Apontador
12	Caneta esferográfica, azul ou preta
10 folhas	Papel Kraft (branco ou bege)
4	Pincel atômico (cores diferentes)
1 caixa	Giz ou canetas para quadro branco
1 rolo	Fita crepe (3M)
1	Fita métrica
5 conjuntos	Hidrocor ou lápis de cores: verde, azul claro, roxo claro, vermelho, preto
12	Certificado
20	Papel sulfite (rascunho)
60	Ficha de avaliação (avaliação neurológica simplificada, SALSA, escala de participação)
12	Manual de Prevenção de Incapacidades PNCH/DEVEP/SVS/MS
12	Cuidados para evitar complicações
12	Para vida melhor, vamos fazer exercícios
12	Guia de prevenção ocular em hanseníase
12	Caderno de Atenção Básica nº 21
5	Escala de Snellen (acuidade visual)
5 jogos	Estesiômetro SORRI-Bauru (teste de sensibilidade)
5	Tesoura grande para cortar palmilha
5	Régua de 20 cm
5	Fio dental, fino, sem sabor
5	Foco luminoso (lanterninha para olhos)
10	Pilhas para foco luminoso
2	Pinça de sobrancelha

Quantidade	Material
1 caixa	Cotonete
6 caixas	Lenço de papel
5	Colher de poliamida para oclusão visual
5	Lente de aumento ou lupa binocular
5	Lente acrílica, sem grau (óculos)
1	Pomada epitelizante (Epitezan)
5 vidros	Colírio lubrificante (Lácrima, Lácrima Plus, Lacril, Filmcel)
5 vidros	Soro fisiológico, pequeno
1 rolo	Fita micropore
1 rolo	Esparadrapo
20 pacotes	Gaze (pacotes com 10-16 gazes esterilizadas)
5	Bacia 36 cm de diâmetro e 13 cm de altura (hidratação de mão)
5	Balde (hidratação de pé)
3 pacotes	Toalha de mão, de papel
5 folhas	Lixa d'água nº 100
5 folhas	Lixa d'água nº 80
3 pacotes	Atadura de crepom de 10 cm largura (pacotes de 6 unidades)
1 pacote	Elástico de dinheiro (Mercur-art 372 nº 18)
10	Pregador de roupa
1 litro	Vaselina ou óleo mineral
2 caixas	Luvas de procedimento
1 pacote de 100 unidades	Abaixador de língua de madeira
2 placas 2,20 x 1,20	Borracha EVA UL nº 12, branco, liso, 4 mm espessura para palmilha
1	Férula de Harris (modelo)
5	Espelho para inspeção (mais ou menos 20 x 20 cm)
5	Sabonete líquido
20 unidades	Saco de lixo não tóxico (branco ou azul) de 50-60 litros (63 x 80 cm) ou o que couber dentro das bacias e baldes para hidratação
2	Par de muleta ajustável, emprestado (opcional)
2	Bengala ajustável, emprestada (opcional)
1 conjunto (12 carinhas)	Sentimentos ao final do dia (anexo)

Relação dos textos que podem ser reproduzidos por fotocópia e distribuídos para os participantes durante a capacitação

Caro monitor,

muitos dos exercícios contidos no manual dos participantes necessitam que você tire fotocópia deles, a fim de que os participantes possam respondê-los e entregá-los para correção. Assim, foi elaborada uma relação das páginas em que se encontram os referidos exercícios.

Textos	Páginas
Dinâmica "Quem é você?"	13
Habilidades básicas em PI – Autoavaliação inicial	15 a 20
Estudo de caso – D. Juracy (inicial)	21 a 24
Formulário da escala de participação	55 e 56
Ficha de avaliação neurológica	67 e 68
Prática com o teste de sensibilidade	71
Prática com o registro do grau	87
Caso I	88
Caso II	89
Identificar o que está errado e corrigir	90 e 91
Exercícios – Dados de pacientes avaliados na capacitação ou prontuário	127 a 133
Habilidades básicas em PI (percepção final)	137 a 143
Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento final)	144 a 147
Avaliação dos sentimentos do dia	157 e 158
Situações problematizadoras das dinâmicas – Cartela Estigma	161
Situações problematizadoras das dinâmicas – Cartela Exercícios e procedimentos	162
Situações problematizadoras das dinâmicas – Cartela Autocuidados 1	163
Situações problematizadoras das dinâmicas – Cartela Autocuidados 2	164
Avaliação final da capacitação pelo participante	165 e 166
Ficha de inscrição do participante	167

Anexo B – Material de apoio para a capacitação em PI

Avaliação dos sentimentos no final do dia

Data da capacitação: _____ / _____ / _____ Local: _____

MARQUE DOIS SENTIMENTOS COM UM "X" AO FINAL DE CADA DIA:

Sentimentos	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	Total
Surpresa							
Confusão							
Indecisão							
Irritação							
Felicidade							

Sentimentos	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	Total
Angústia							
Cansaço							
Preocupação							
Cheio de dúvidas							
Sonolência							
Satisfação							
Indiferença							
Outros (citar)							

Dinâmicas

DINÂMICA "ESTIGMA"

Objetivos

- Sensibilizar os participantes para a questão do estigma ligado à hanseníase.
- Refletir, com os participantes, a relação entre a prevenção de incapacidades (PI) e o estigma.
- Refletir, com os participantes, sobre as incapacidades geradas pelo estigma (no autoconceito, na comunidade, escola, trabalho, família).

Metodologia

- Fazer 1 xerox da cartela da dinâmica "Estigma" e recortar as situações problematizadoras para a dramatização [página 161].
- Dividir o grupo em 3 ou 4 subgrupos.
- Distribuir uma das situações para cada subgrupo.
- Solicitar que programem uma apresentação (mais ou menos 10 minutos).
- Apresentar a dramatização (no máximo 5 minutos).
- Discutir as diversas situações dramatizadas, com todo o grupo.
- Ao final de todas as apresentações, levantar com o grupo os principais fatores que aumentam ou diminuam o estigma.

DINÂMICA "CAMINHO DAS PEDRAS"

Objetivos

- Refletir sobre formas de ajuda e suas implicações.
- Sensibilizar o grupo para fatores que facilitam, ou dificultam, a capacidade de aprendizagem.
- Sensibilizar o grupo para a importância do paciente se responsabilizar pelo seu tratamento e cuidados.

Metodologia

- Escolher 3 pessoas e levá-las para fora da sala.
- Orientar o restante do grupo a confeccionar o cenário: 1 rio com 1 ilha no meio e pedras que levam de uma margem à outra, passando perto da ilha.
- Explicar a história e o objetivo da dinâmica às 3 pessoas que devem demonstrar a história ao grupo:
  - Duas pessoas moram de um lado do rio e a cidade fica do lado oposto, ligados por uma ponte. A terceira pessoa é um pescador. A história se desenvolverá da seguinte forma: as 2 pessoas vão à cidade fazer compras, mas, na volta, a ponte caiu. O pescador vai chegar no momento da travessia e vai ajudá-las a chegar até o outro lado. A primeira pessoa será carregada pelo pescador, que a larga na pedra que está no meio do caminho (rio). À outra ele ensinará como atravessar.
- Discutir com o grupo a moral da história.
- Fazer perguntas para estimular a reflexão, por exemplo:
  - Como a pessoa sentiu-se ao ser carregada?
  - Como a pessoa sentiu-se ao ser ensinada a superar o obstáculo?
  - Como o pescador sentiu-se nas duas situações?

DINÂMICA "ABACAXI OU RABO DE BURRO"

Objetivo

- Sensibilizar o grupo para fatores que facilitam ou dificultam a comunicação.

Metodologia

- Dividir a turma em 2 grupos e colocá-los atrás de uma linha marcada no chão a mais ou menos 5 metros da parede.
- Escolher uma pessoa em cada grupo e vendar seus olhos.
- Colocar a figura de 2 abacaxis/burros na parede da sala.
- Entregar a coroa/rabo com fita adesiva à pessoa de olhos vendados que deve pregá-los no local correto no abacaxi/burro.
- Girar a pessoa de olhos vendados em torno de seu próprio eixo.
- O grupo orienta, verbalmente, seu representante a caminhar até a parede e colocar a coroa/rabo no local correto.
- Após a dinâmica, discutir com os 2 representantes e com os grupos como se sentiram durante a atividade, os problemas encontrados e sugestões para facilitar a comunicação.
- Estimular o grupo a refletir sobre a comunicação entre os membros da equipe e com os pacientes, identificando fatores que facilitam ou dificultam a comunicação.

DINÂMICA "EXERCÍCIOS E PROCEDIMENTOS"

Objetivos

- Praticar os conhecimentos e técnicas de exercícios e procedimentos.
- Verificar a compreensão dos participantes quanto à indicação e realização de exercícios e procedimentos.

Metodologia

- Fazer xerox do impresso "exercícios e procedimentos" e recortar as situações [página 162].
- Distribuir para cada participante uma situação.
- Solicitar que cada um demonstre o exercício e/ou conduta indicados para cada situação, utilizando as publicações: Vamos Fazer Exercícios, Guia de Prevenção Ocular, e os conhecimentos do participante.

DINÂMICA "AUTOCUIDADOS"

Objetivos

- Praticar os conhecimentos e técnicas de autocuidados.
- Verificar a compreensão dos participantes quanto à indicação e técnica dos autocuidados.
- Sensibilizar o grupo para a importância do paciente se responsabilizar pelo seu tratamento e cuidados.

Metodologia

- Fazer xerox do impresso "Autocuidados" I e II e recortar as situações [páginas 163 e 164].
- Dividir em grupos de 3 e distribuir as situações.
- O grupo deve simular a situação (terapeuta/paciente), apresentá-la e a resolução que foi indicada.
- Fazer a discussão com todo o grupo.

SITUAÇÕES PROBLEMATIZADORAS DAS DINÂMICAS

Cartela da dinâmica "Estigma"

1

Casal com filho de 2 anos. O marido recebe o diagnóstico de hanseníase.

2

Casal com neném descobre que a babá tem hanseníase.

3

Em um Centro de Saúde, um funcionário procura outros 2 colegas do setor de hanseníase, com uma queixa de uma mancha no corpo.

4

Filha adolescente apresenta novo namorado à família. Mãe trabalha no Centro de Saúde e conhece esta pessoa que faz tratamento de hanseníase. A filha não sabe da doença do namorado.

5

Um casal de noivos. Hoje, a noiva foi diagnosticada com hanseníase forma V. O casamento será daqui a 1 mês.

6

Num restaurante, a cozinheira já faz tratamento de hanseníase há mais de 1 ano. A cozinheira começa com uma reação. O patrão nota que ela não está se sentindo bem. Após alguns dias de licença, ela retorna ao serviço e o patrão pergunta o que aconteceu.

Cartela da dinâmica "Exercícios e procedimentos"

1. Paciente apresenta força muscular grau 2 no movimento de abdução do 2° e 5° dedos e garra no 4° e 5° dedos. Qual seria sua conduta?

2. Paciente apresenta o polegar da mão direita com força muscular grau 3. O que você faria?

3. Paciente apresenta pé direito com força muscular grau 0 para os movimentos de dorsiflexão, eversão (pé caído) e garra dos artelhos. O que você faria?

4. Paciente apresenta mão direita com força muscular grau 0 em todos os movimentos, com garra em todos os dedos e mão caída. O que você faria?

5. Paciente apresenta, na mão esquerda, abdução dos dedos com grau 3 de força muscular. O que você faria?

6. Paciente apresenta, na mão direita, abdução do 2° e 5° dedos, abdução do polegar com grau 4 de força muscular. O que você faria?

7. Paciente apresenta lagoftalmo bilateral. O que você faria?

8. Paciente apresenta uma úlcera de nariz e falta de sensibilidade na córnea esquerda. O que você faria?

9. Paciente apresenta uma úlcera na córnea esquerda sem outras alterações. Quais os cuidados a serem feitos?

10. Paciente apresenta uma úlcera na córnea direita juntamente com um lagoftalmo. Quais os cuidados a serem feitos?

11. Paciente apresenta ressecamento da pele sem alterações da sensibilidade, sem dor ou espessamento nos nervos, e com uma ligeira fraqueza no abdutor do 5° dedo. O que você faria?

12. Paciente apresenta uma mancha vermelha com bordas elevadas no rosto, além de outras manchas no corpo. A avaliação ocular não revela nenhuma alteração. O que você faria?

Cartela da dinâmica "Autocuidados 1"

1

O Sr. José chegou, hoje, com queixas de dores no corpo, mal-estar geral, febre e alguns nódulos. O que você faria?

2

Dona Cleusa veio com queixas de pele muito ressecada e foi observado um intenso ressecamento nos membros superiores e inferiores, com o início de uma pequena ferida na perna direita. O que você faria?

3

O Sr. Paulo chegou para a dose supervisionada. Ao ser atendido, relatou que não está dando conta de virar a chave da porta, escrever e reclama aumento de dormência na mesma mão. O que você faria?

4

O Sr. Alfredo, já de alta, com garra há mais de 10 anos, retorna ao serviço. O que você faria?

5

Cláudia compareceu ao serviço com a mão edemaciada, sentindo-se mal. O que você faria?

6

Paulo chegou relatando que teve uma piora na visão. Ao exame, foi observado que os olhos não fechavam bem. O que você faria?

Cartela da dinâmica "Autocuidados 2"

1

João tem 39 anos e trabalha como garçom. Terminou o PQT há um ano e continua com grau de incapacidade "I" no pé direito. Quais os autocuidados que ele deve saber praticar?

2

D. Efigênia, 45 anos, dona de casa, 6 filhos, faz todo o serviço de casa e é costureira. Está no 12º mês de tratamento. As reações e neurites já foram tratadas, porém, permanece com garra móvel de ulnar à direita, força muscular (FM grau II). A força muscular e a sensibilidade estão apresentando melhora, porém, mantém área lateral do 5º dedo com perda da sensibilidade protetora. Que autocuidados ela deve saber praticar?

3

D. Joana, 55 anos, aposentada, recebendo alta hoje, foi avaliada e as alterações encontradas são: diminuição das lágrimas e a sensibilidade diminuída nos dois olhos. No nariz, foi encontrado ressecamento da mucosa com hiperemia e crostas na narina esquerda. Que autocuidados ela deve praticar?

4

Rafael, com 16 anos, estudante, faz musculação 3 vezes por semana, está no 6º mês de tratamento. Foi avaliado no 1º mês e, nesta época, tinha grau de incapacidade igual a zero, sem comprometimento neural. Hoje, ao ser reavaliado, foi detectada diminuição da sensibilidade na região ulnar esquerda. Conseguiu sentir 2,0 g (lilás) na falange distal e 0,2 g (azul) nos outros dois pontos. A musculatura inervada pelo ulnar apresentou diminuição da força muscular (grau 4). À palpação, não sente dor e não tem espessamento. Que autocuidados ele deve saber praticar?

Avaliação final da capacitação pelo participante

Capacitação: _____

Local : _____ Cidade: _____ Estado: _____

Profissão: _____ Data: _____/_____/_____

1. A capacitação correspondeu às suas expectativas? ☐ sim ☐ não ☐ parcialmente

Porque: _____

_____

_____

_____

2. O que você achou do material didático utilizado nesta capacitação? ☐ bom ☐ regular ☐ fraco

Porque: _____

_____

_____

_____

3. O que você achou da metodologia utilizada durante a capacitação? ☐ boa ☐ regular ☐ fraca

Porque: _____

_____

_____

_____

4. Como se deu a relação participante/monitor? ☐ boa ☐ regular ☐ fraca

Porque: _____

_____

_____

_____

5. O que você achou das atividades práticas oferecidas pela capacitação? ☐ boa ☐ regular ☐ fraca

Porque: _____

_____

_____

_____

6. Como você avalia a capacitação para executar, no seu local de trabalho, as atividades de prevenção de incapacidades? ☐ suficiente ☐ insuficiente ☐ não sei

Porque: _____

_____

_____

_____

7. Como você avalia a logística da capacitação (hospedagem, transporte, alimentação, local etc.)?
☐ boa ☐ regular ☐ fraca

Porque: _____

_____

_____

8. Outras observações

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

9. Sugestões

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Ficha de inscrição do participante

Capacitação: _____

Local da capacitação (cidade/estado): _____ / _____

Período (dd/mm/aa): de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___

Nome: _____

Aniversário (dia/mês): ___ / ___ Categoria profissional: _____

Pós-graduação (especificar a área): _____

Cursos na área de hanseníase (especificar): _____

_____

_____

_____

Vínculo: ☐ SES ☐ FNS ☐ Prefeitura

☐ Outra instituição federal: _____

☐ Outra instituição estadual: _____

☐ Organização não governamental: _____

Endereço do trabalho

Rua: _____

Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

E-mail: _____

Endereço residencial

Rua: _____

Bairro: _____

CEP: _____ Município: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

E-mail: _____

Dados bancários

CPF: _____ . _____ . _____ – _____ RG: _____

Banco: _____ Município: _____

N° da agência: _____ – _____ N° da conta: _____ – _____

Nome da agência: _____

Anexo C – Consolidação dos resultados da capacitação

Habilidades básicas: resumo final

OBJETIVOS

- Comparar a percepção pessoal dos participantes em relação à suas habilidades em PI, no início e no final do treinamento.

METODOLOGIA:

- Utilizar os impressos em branco Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção inicial [páginas 15 a 20] e percepção final [páginas 137 a 143]).
- Somar os itens da letra A (1 ao 30) e anotar o resultado no subtotal (A).
- Somar os itens da letra B (1 ao 58) e anotar o resultado no subtotal (B).
- Somar os itens da letra C (1 ao 6) e anotar o resultado no subtotal (C).
- Somar os resultados dos subtotais equivalentes a cada coluna e multiplicar pelos números indicados no final das colunas (pesos) e anotar na linha Total.
- A pontuação máxima poderá ser de 188 pontos no início e 188 no final.
- Somar os valores dos totais do impresso do pré-curso e anotar no quadro 1 (pré-curso) em números absolutos e em porcentagem = $\frac{\text{N° absoluto (total)}}{188} \times 100$.
- Somar os valores dos totais do impresso do pré-curso e anotar no quadro 2 (pré-curso) em números absolutos e em porcentagem = $\frac{\text{N° absoluto (total)}}{188} \times 100$.
- Calcular a média do grupo somando as porcentagens no início e as porcentagens no final e dividindo cada soma pelo número de participantes.

Estudo de caso – D. Juracy (resumo final)

OBJETIVOS

- Comparar a percepção pessoal dos participantes em relação à suas habilidades em PI no início e no final do treinamento.

METODOLOGIA

- Utilizar os impressos em branco "Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento inicial)" [páginas 21 a 24] e conhecimento final [páginas 144 a 147].
- Comparar as respostas de cada participante no início, e no final, do curso com as respostas do impresso "Estudo de caso – D. Juracy" e marcar com um "X" no item correspondente, caso a resposta esteja correta.

- Somar os "X" na coluna início, e na coluna final, de cada participante e preencher o total. A pontuação máxima poderá ser de 70 pontos no início e 70 no final.
- Calcular a porcentagem = $\frac{\text{Nº absoluto (total)}}{70} \times 100$.
- Calcular a média do grupo somando as porcentagens no início e as porcentagens no final e dividir cada soma pelo número de participantes.

Item	Respostas abreviadas	Os resultados dos participantes: I: Início / F: Final																			
Participante		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
1-A.1	1) Todos																				
1-B.1	1) Queixas																				
	2) Inspeção																				
	3) Força muscular																				
	4) Sensibilidade																				
	5) Acuidade visual																				
1-B.2	1) Queixas																				
	2) Inspeção																				
1-B.3	1) Queixas																				
	2) Inspeção																				
	3) Força muscular																				
	4) Sensibilidade																				
	5) Palpação dos nervos																				
	6) Mobilidade articular																				
1-B.4	1) Queixas																				
	2) Inspeção																				
	3) Força muscular																				
	4) Sensibilidade																				
	5) Palpação dos nervos																				
	6) Mobilidade articular																				
	7) Avaliação dos calçados																				
	8) Modo de andar																				

Item	Respostas abreviadas	Os resultados dos participantes: I: Início / F: Final																			
Participante		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
1-C.1	1) No início do tratamento																				
	2) Mínimo de 6 em 6 meses durante o tratamento ou mensalmente, quando for possível																				
	3) Na alta																				
	4) Com maior frequência se houver queixa ou suspeita de neurite, reação ou outro problema																				
1-D.1	1) Documentação																				
2-A.1	1) Problema com os nervos ou alteração motora e/ou sensitiva ou neurite																				
2-B.1	1) Avaliação ou exame ou testando a sensibilidade e força muscular																				
2-C.1	1) Encaminhamento ao médico																				
	2) Autocuidados (movimentos repetidos, peso, posicionamento prolongado de flexão e/ou extensão, imobilização)																				
	3) Reavaliar frequentemente: semanalmente, 15 em 15 dias ou, no mínimo, mensalmente																				
3-A.1	1) Inspeção																				
	2) Limpeza/higiene																				
	3) Cobrir																				
	4) Repouso																				
	5) Uso de calçado adequado																				
	6) Inspeção de calçado																				
	7) Modo de andar																				

Item	Respostas abreviadas	Os resultados dos participantes: I: Início / F: Final																			
Participante		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
3-B.1	1) Repouso																				
	2) Modificação de calçado																				
4-A.1	1) Agendamento																				
4-B.1	1) Melhora na inspeção ou avaliação																				
	2) Paciente mostra como está realizando os cuidados em casa																				
5-A.1	1) Verificar a acuidade visual																				
	2) Se estiver igual, tranquilizá-la																				
	3) Se não estiver igual, repetir a avaliação completa e decidir se é necessário o encaminhamento ao oftalmologista																				
6-A.1	1) Lavar																				
	2) Cobrir																				
	3) Fazer repouso																				
	4) Inspeção diária para ver se está melhor ou pior																				
	5) Inspeção do calçado																				
6-B.1	1) Se não houver melhora, procurar o posto de saúde/médico após o feriado																				
7-A.1	1) Grau de incapacidade (OMS)																				
	2) Resultado das avaliações nariz/olho/mão/pé																				

Item	Respostas abreviadas	Os resultados dos participantes: I: Início / F: Final																			
Participante		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
		I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F	I	F
8-A.1	1) Diagnóstico precoce																				
	2) Qualidade das ações de controle da hanseníase (ACH)																				
	3) Pesquisas e estudos																				
	4) Planejamento																				
8-B.1	1) Detecção de alterações/problemas precoces																				
	2) Determinação do tratamento a ser administrado																				
	3) Acompanhamento das melhoras e pioras																				
	4) Qualidade das atividades de PI																				
	5) Pesquisas e estudos																				
	6) Planejamento																				
9-A.1	1) Diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT e aplicação de BCG em contatos																				
	2) Detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites																				
	3) Apoio à manutenção da condição emocional e integração social (família, estudo, trabalho, grupos sociais)																				
	4) Realização de autocuidados																				
	5) Educação em saúde																				
TOTAL																					
Porcentagem = $\frac{\text{Nº} \times 100}{70}$																					

Sentimentos: resumo final (total e porcentagem)

OBJETIVOS

- Conhecer os sentimentos expressos pelos participantes em relação ao treinamento, a cada dia.

METODOLOGIA

- Utilizar o quadro abaixo (sentimentos no final do dia).
- Somar as respostas de todos os participantes em cada categoria, a cada dia do curso e ir preenchendo o quadro.
- Calcular a porcentagem dividindo o número de respostas em cada categoria pelo número total das respostas do dia:

$$\text{Porcentagem} = \frac{\text{N° absoluto (total)}}{\text{Total de respostas}} \times 100$$

SENTIMENTOS NO FINAL DO DIA

Número total de participantes: _____

Data da capacitação: _____ / _____ / _____ Local: _____

Sentimentos	1° dia		2° dia		3° dia		4° dia		5° dia		6° dia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Surpresa														
Confusão														
Indecisão														
Irritação														
Felicidade														
Angústia														
Cansaço														
Preocupação														
Cheio de dúvidas														
Sonolência														
Satisfação														
Indiferença														
Outros (citar)														
TOTAL														

Relatório final da capacitação pelos monitores

Município: _____ Estado: _____

Unidade de saúde: _____

Período (dd/mm/aa): de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____ Carga horária: _____

Monitores: _____

_____

_____

Assessor técnico: _____

_____

_____

Participantes		
Nome	Categoria profissional	Local de trabalho (Unidade de Saúde/Município)
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		
8)		
9)		
10)		
11)		
12)		

Objetivo

Análise da capacitação

Conteúdo:

Material:

Metodologia:

Prática:

Relação participante/monitor/assessor:

Avaliações dos participantes

Autoavaliação dos participantes quanto às habilidades básicas em PI no pré e pós-capacitação (média do grupo em percentagem)			Conhecimento técnico dos participantes sobre PI no pré e pós-capacitação (média do grupo em percentagem)		
Pré-capacitação	Pós-capacitação	Variação	Pré-capacitação	Pós-capacitação	Variação

Desempenho do grupo

	Nº	%	Classifique os participantes conforme a legenda, número absoluto e percentagem
1			= profissional com conhecimento, habilidade e atitude adequados, sendo seu desempenho considerado satisfatório.
2			= profissional com dificuldade em uma das três áreas (conhecimento, habilidade e/ou atitude), necessitando capacitação em serviço.
3			= profissional com dificuldade em duas ou mais das três áreas (conhecimento, habilidade e/ou atitude), sendo seu desempenho considerado insatisfatório.

Avaliação da capacitação pelos participantes				
Item	Classificação			
1. Expectativas correspondidas	Sim	Não	Parcial	Total
2. Material didático	Bom	Regular	Fraco	Total
3. Metodologia	Boa	Regular	Fraca	Total
4. Relação Participante/Monitor	Boa	Regular	Fraca	Total
5. Prática	Boa	Regular	Fraca	Total
6. Aptidão para executar atividades de PI pós-capacitação	Suficiente	Insuficiente	Não sei	Total
7. Logística	Boa	Regular	Fraca	Total
Número absoluto e porcentagem da média total				

Recursos financeiros				
Item	Município	Estado	CNDS/MS	ONG
Transporte participantes				
Transporte monitores				
Transporte assessor				
Diárias participantes				
Diárias monitores				
Diárias assessor				
Ajuda de custo				
Material				
Lanche				
Outros				

Conclusões/recomendações

Assinatura _____

Relatório final

Município: _____ Estado: _____

Unidade de saúde: _____

Período (dd/mm/aa): de ___ / ___ / ___ a ___ / ___ / ___ Carga horária: _____

Monitores: _____

_____

_____

Assessor técnico: _____

_____

_____

Clientela
Número de participantes, seleção etc.:

Análise da capacitação
Organização geral (local, material de apoio, horário, agendamento, certificado):
Conteúdo (o quê?):
Metodologia (como?):

Análise da capacitação (continuação)

Material didático – teórico/prática (com quê?):

_____

_____

_____

Prática:

_____

_____

_____

Relação participante/monitor/assessor:

_____

_____

_____

Impressão sobre PI no estado

Conclusão/recomendações

Anexo D – Orientações sobre como trabalhar a capacitação em PI

Participantes: descobrindo-se por meio de uma dinâmica quebra-gelo

DINÂMICA "QUEM É VOCÊ?"

Objetivo

- Quebra-gelo (fazer com que as pessoas interajam e se conheçam).

Observação: outras dinâmicas podem ser utilizadas com este mesmo objetivo.

Metodologia

- Reunir os participantes.
- Solicitar aos participantes que abram o caderno na dinâmica "Quem é você?" [página 13].
- Solicitar aos participantes que identifiquem pessoas no grupo que tenham uma das características listadas na tabela e que escrevam ao lado dela o nome da pessoa.
- Informar que o nome de cada pessoa só pode ser utilizado uma vez.
- Informar que a duração do exercício é de 5 minutos.
- Informar aos participantes que o desafio é: quantas pessoas cada um conseguirá em 5 minutos?

Após a aplicação da dinâmica de grupo, verificar quem conseguiu localizar o maior número de pessoas com características diferentes dentro do tempo determinado (5 minutos). Ler com o grupo cada característica e cada nome relacionado a ela, de forma que as pessoas possam se conhecer mais.

Habilidades básicas em PI (percepção inicial)

AUTOAVALIAÇÃO INICIAL

Objetivos

- Conhecer a percepção individual dos participantes em relação às suas habilidades em PI no início do curso.
- Identificar habilidades que precisem ser mais enfocadas durante o curso.
- Adequar o conteúdo do curso conforme as respostas dos participantes.

Metodologia

- Solicitar aos participantes que abram o caderno no texto Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção inicial) [página 15].

- Tranquilizar os participantes, esclarecendo que a avaliação não é uma prova, mas sim um instrumento que lhes permitirá se aperceber de seu progresso e suas necessidades no início, durante e no final do curso.
- Orientar os participantes para que preencham todos os itens: cabeçalho, data e as respostas da lista de tarefas.
- Certificar-se de que todos os itens e respostas foram preenchidos.
- Ler as respostas para se ter conhecimento do perfil do grupo.
- Fazer a pontuação de cada participante no texto Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção final) [páginas 137 a 143].
- Fazer o resumo final em "Habilidades básicas: resumo final" [página 169].

ESTUDO DE CASO – D. JURACY (CONHECIMENTO INICIAL)

Objetivos

- Avaliar o conhecimento dos participantes em relação às atividades de PI no início do curso.
- Identificar os conhecimentos que precisam ser mais enfocados durante o curso.
- Adequar o conteúdo do curso conforme respostas dos participantes.

Metodologia

- Solicitar aos participantes que abram o texto "Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento inicial)" [página 21].
- Tranquilizar os participantes, esclarecendo que a avaliação não é uma prova, mas sim um instrumento que lhes permitirá se aperceber de seu progresso e suas necessidades no início, durante e no final do curso.
- Orientar os participantes para que preencham todos os itens: cabeçalho, data e as respostas.
- Orientá-los a escrever "não sei" quando não souberem responder a uma questão.
- Certificar-se de que todos os itens e respostas foram preenchidos.
- Ler as respostas para se ter conhecimento do perfil do grupo.
- Fazer a pontuação de cada participante nos textos Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento inicial [páginas 21 a 24] e conhecimento final [páginas 144 a 147]).
- Fazer o resumo final [páginas 169 a 173].

Terminologias e conceitos

DÚVIDAS E DEFINIÇÕES EM PI

A prevenção de incapacidades em hanseníase inclui um conjunto de medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais, espirituais e socioeconômicos. No caso de danos já existentes, a prevenção significa medidas, visando evitar as complicações. Há uma série de dúvidas em PI que precisam ser discutidas com os participantes. As definições em PI precisam ser bem compreendidas para que as medidas de prevenção sejam aplicadas corretamente.

Objetivos

- Conhecer as dúvidas dos participantes com relação às atividades de PI, no início do curso.
- Conhecer as expectativas e interesses dos participantes, no início do curso.
- Conhecer os conceitos dos participantes com relação à prevenção e reabilitação e as pessoas responsáveis por estas ações.

Metodologia

Dúvidas, expectativas e interesses

- Dividir a turma em 2 ou 3 grupos.
- Solicitar que cada grupo escreva suas dúvidas, expectativas e interesses da maneira mais clara e específica possível, em forma de tarjeta, o que facilitará o agrupamento dos assuntos semelhantes.
- Apresentar as suas tarjetas para os demais, colando-as num quadro.
- Agrupar as tarjetas de acordo com os assuntos.
- Ler estas tarjetas junto com os participantes durante a capacitação e/ou no final e ir retirando-as à medida que os assuntos forem sendo esclarecidos.
- Acrescentar tarjetas com novas dúvidas, caso apareçam, durante a capacitação.

Conceitos

- Dividir a turma em 2 ou 3 grupos.
- Solicitar que cada grupo defina o seu conceito de prevenção e reabilitação de um modo geral, não só na hanseníase, e quem são as pessoas responsáveis por estas ações.
- Apresentar para os demais.
- Refletir com o grupo:
  - a diferença entre prevenção e reabilitação;
  - que a prevenção e a reabilitação não são uma questão física e que é preciso lembrar-se das outras áreas (social, emocional, espiritual etc.);
  - que a prevenção e a reabilitação são de responsabilidade do paciente, de todos os profissionais de saúde, da família e da comunidade;
  - que o objetivo da capacitação será o de prevenção e não de reabilitação.

Dados epidemiológicos em hanseníase

TABELAS DE EPIDEMIOLOGIA

Objetivos

- Definir o que é prevalência, detecção de casos, taxa de prevalência, taxa de detecção, casos de grau 2 de incapacidades.
- Compreender a finalidade destes dados.
- Compreender a importância da qualidade destes dados.
- Estimular uma reflexão sobre os diferentes dados.
- Estimular uma reflexão sobre se os dados colhidos em suas unidades de saúde refletem a situação real.
- Estimular uma melhora na qualidade de coleta dos dados nas unidades de saúde dos participantes.

Metodologia

Dados mundiais

- Solicitar aos participantes que abram o capítulo Dados epidemiológicos em hanseníase [página 29].
- Trabalhar as seguintes questões:
  - que país apresenta o maior número de casos novos? Em que lugar o Brasil se encontra em relação aos outros países;
  - que país apresenta o maior percentual com menores de 15 anos;
  - que país apresenta o maior percentual de grau 2 de incapacidade.

Dados nacionais (Brasil/2008)

- Solicitar aos participantes que abram o caderno [páginas 30 e 31] e discuta com eles a detecção da hanseníase e o percentual de casos novos avaliados quanto ao grau de incapacidade, segundo unidade federada por regiões político-administrativas.
- Perguntar ao grupo se sabe qual a porcentagem de não avaliados em seus serviços e discutir o porquê.
- Estimular o grupo a comparar a porcentagem de pacientes graus 0, 1 e 2.
- Verificar se é necessário explicar ao grupo o que é grau 0, 1 e 2.
- Apresentar: quais estados apresentam maior porcentagem de pacientes com grau 2? Por quê?
- Fazer o grupo refletir sobre o uso dos indicadores grau 1 e 2. Quando se observa grau 2 no início do tratamento, pode-se avaliar se o diagnóstico foi precoce ou tardio. O que o grupo pensa?
- O grau de incapacidade deve ser preenchido e avaliado no início, e no fim do tratamento. Estimular o grupo a refletir sobre a possibilidade de um paciente iniciar o tratamento com grau 0 ou 1 e terminar com grau 2. Refletir sobre a possibilidade de um paciente iniciar o tratamento com grau 0 ou 1 e terminar com grau 0.

Exemplo comparativo: casos novos x GI 2

- Solicitar aos participantes que abram o caderno [página 32].
- Discutir o coeficiente de detecção dos casos novos de hanseníase e o percentual do grau 2 de incapacidade avaliados no diagnóstico, segundo UF de residência, Brasil, 2008.
- Localizar onde há muito diagnóstico e pouco grau 2 de incapacidades (deformidades).
- Localizar onde há pouco diagnóstico e muito grau 2 de incapacidades (deformidades).
- Estimular o grupo a tirar conclusões.

Mapa dos *clusters* de hanseníase no Brasil

- Interpretar o mapa [página 32] e comentar onde há o maior risco de adoecimento por hanseníase no Brasil, considerando de 1 a 10 a proporção de risco.

Estigma

Objetivos

- Sensibilizar os participantes para a questão do estigma ligado à hanseníase.
- Refletir, com os participantes, a relação entre a prevenção de incapacidades (PI) e o estigma.
- Refletir, com os participantes, sobre as incapacidades geradas pelo estigma (no autoconceito, na comunidade, escola, trabalho, família).

Metodologia

- Aplicar, por meio de dramatização, a dinâmica "Estigma" [página 161].
- Após a aplicação da dinâmica de grupo, solicitar aos participantes que, como leitura complementar, leiam os "Textos teóricos 1 e 2" [páginas 33 a 37].

SALSA e escala de participação

AVALIANDO O PACIENTE

Objetivos

- Desenvolver nos participantes:
  - habilidades técnicas, padronizadas pela CGPNCH/DEVEP/SVS/MS, para avaliação do paciente;
  - a capacidade de identificar problemas e necessidades do paciente, determinando prioridades.
- Dar oportunidade aos participantes de perceber como é ser submetido à avaliação.

AVALIANDO A SITUAÇÃO PSICOSSOCIAL

Objetivos

- Desenvolver, com os participantes, a capacidade de conhecer a situação psicossocial dos pacientes (limitação de atividades da vida diária e as restrições na participação social).
- Identificar problemas relacionados com a hanseníase e/ou com o tratamento.
- Desenvolver, com os participantes, a capacidade de colaborar com o paciente na preservação ou melhora da situação psicossocial que se apresente no início e durante o tratamento.

Metodologia

- Solicitar aos participantes que abram o capítulo "SALSA e escala de participação" [página 39].
- Apresentar a SALSA e a escala de participação.
- Discutir a forma de coleta das informações.
- Discutir o preenchimento dos formulários.
- Praticar a avaliação com os pacientes e registrar os achados.

Anatomia

Objetivos

- Identificar as estruturas básicas de olhos, nariz, mãos e pés.
- Identificar os principais nervos acometidos em hanseníase, conhecer qual é a função principal de cada um e as deformidades e/ou incapacidades causadas quando houver dano neural.
- Aprender a utilizar os manuais e materiais de consulta.

Metodologia

- Utilizar os desenhos de anatomia.

- Solicitar que abram o capítulo "Anatomia", onde estão os desenhos, logo após a discussão teórica e demonstração da avaliação de cada tema (olhos, nariz, mãos e pés) [página 57].
- Distribuir os impressos:
  - "Guia de prevenção ocular";
  - "Manual de prevenção de incapacidades, CGPNCH/DEVEP/SVS/MS".
- Solicitar que abram o capítulo Avaliando o paciente – Deficências [página 65].
- Solicitar que preencham os desenhos em casa, utilizando os manuais e materiais de consulta.
- Discutir as respostas com o grupo, no dia seguinte.

Avaliando o paciente – Deficências

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Objetivos

- Capacitar os participantes a realizarem as avaliações de nariz, olho, membros superiores (braços e mãos) e membros inferiores (pernas e pés) de acordo com as técnicas padronizadas.

Metodologia

- Distribuir os impressos:
  - "Guia de prevenção ocular";
  - "Prevenção ocular na hanseníase – Testes";
  - "Manual de prevenção de incapacidades, CGPNCH/DEVEP/SVS/MS".
- Solicitar que abram no caderno a "Ficha de avaliação neurológica simplificada" [página 67].
- Fazer a leitura de cada um dos itens da avaliação, seguida da demonstração da técnica padronizada de avaliação e registro.
- Dividir os participantes em duplas para praticar a avaliação.
- Praticar com o paciente.

INSPEÇÃO

Objetivos

Capacitar os participantes a:

- identificar alterações na hidratação e lubrificação da pele, presença de úlceras e de deformidades visíveis;
- identificar alterações visíveis nos olhos e em seus anexos.

Metodologia

- Demonstrar a técnica de avaliação e registro.
- Dividir os participantes em duplas para praticarem a execução e o registro.

TESTE DE SENSIBILIDADE

Objetivos

Capacitar os participantes a:

- conhecer os locais a serem testados para avaliar a função dos nervos mais comumente afetados na hanseníase;
- conhecer as vantagens e desvantagens do uso do conjunto de monofilamentos, de um único monofilamento (2 g), e da caneta para testar a sensibilidade em mãos e pés;
- realizar o teste de sensibilidade em mãos e pés utilizando os monofilamentos e a caneta, de acordo com as técnicas padronizadas;
- realizar o teste de sensibilidade da córnea utilizando o fio dental de acordo com as técnicas padronizadas;
- interpretar os resultados da avaliação, identificando:
  - sensibilidade normal, sensibilidade alterada, avaliação não confiável;
  - melhora, ou piora, da sensibilidade em relação à última avaliação;
  - o paciente que apresenta neurite;
  - o paciente que apresenta perda da sensibilidade protetora.

Metodologia

- Apresentar o instrumento.
- Solicitar que os participantes abram o texto "Bula sobre o estesiômetro e prática com o teste de sensibilidade utilizando os monofilamentos" [páginas 69 a 71].
- Demonstrar a técnica de avaliação e registro.
- Dividir os participantes em duplas para praticarem a execução e o registro do teste de sensibilidade com os monofilamentos e a caneta (mãos e pés) e com o fio dental na córnea.
- Praticar com o paciente.
- Se necessário, consultar os livros "Avaliação neurológica simplificada" e o "Manual de prevenção de incapacidades CGPNCH/DEVEP/SVS/MS".

TESTE DA FORÇA MUSCULAR

Objetivos

Capacitar os participantes a:

- conhecer os movimentos a serem testados para avaliar a função dos nervos mais comumente afetados na hanseníase;
- realizar o teste de força muscular usando técnicas padronizadas;
- graduar a força muscular;
- registrar os achados em local próprio;
- interpretar os resultados da avaliação, identificando:
  - força muscular normal, alterada ou avaliação não confiável;
  - melhora ou piora da força muscular em relação à última avaliação;
  - o paciente que apresenta neurite;
  - o paciente que apresenta perda da força muscular e necessita de exercícios.

Metodologia

- Solicitar que os participantes abram o texto Força muscular e indicação dos exercícios [página 72].
- Demonstrar a execução, graduação e registro de cada teste de força muscular.

- Dividir os participantes em duplas para praticarem a execução, graduação e o registro do teste de força muscular.
- Praticar com o paciente.
- Se necessário, consultar o livro "Avaliação neurológica simplificada (Avaliação das deficiências)".

Registrando o grau de incapacidade

GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

Objetivos

- Capacitar os participantes a preencherem a ficha corretamente, de acordo com os dados da avaliação do paciente, segundo critérios pré-determinados pela CGPNCH/DEVEP.
- Esclarecer a finalidade desta ficha e a frequência com que deve ser preenchida.
- Esclarecer e comparar a utilização do maior grau e do escore OMP (soma dos valores dos olhos, mãos e pés).

Metodologia

- Utilizar o formulário para registrar o grau de incapacidade e a Prática com o Registro do Grau [páginas 86 e 87].
- Ler as instruções para o preenchimento do formulário, juntamente com os participantes, de acordo com o assunto que está sendo discutido (olho/mão/pé).
- Praticar cada técnica descrita.
- Entregar os textos "Prática – Casos I e II" [páginas 88 e 89] para os participantes praticarem o registro nos formulários após já ter discutido e praticado toda a avaliação de olho/mão/pé.
- Determinar e/ou confirmar, durante a prática, o grau de incapacidade de cada paciente avaliado.
- Discutir e esclarecer as dúvidas com o grupo.

Função neural – Reações

Objetivos

Capacitar os participantes a:

- conhecer a função dos nervos periféricos;
- conhecer os principais nervos acometidos na hanseníase;
- definir e identificar neurite e dano neural;
- diferenciar e identificar neurites agudas e silenciosas e saber a importância delas para a prevenção de incapacidades (PI);
- saber tratar/encaminhar adequadamente os pacientes com neurites e/ou reações.

Metodologia

- Solicitar que os participantes abram o capítulo Função neural – Reações [páginas 95 a 98]:
  - "Funções e lesões das fibras neurais";

- "Critérios para suspeitar de e/ou confirmar alterações na função neural";
- "Neurites";
- "Reações";
- "Reações e neurites: alterações e condutas".

- Indicar a leitura posterior do Texto teórico 4 – O comprometimento neural na hanseníase [página 99].
- Fazer a leitura de cada texto em grupo, em voz alta.
- Promover debate, esclarecendo as dúvidas existentes e reforçando os pontos principais de cada texto, de acordo com os objetivos.

Procedimentos e cuidados

Objetivos

Capacitar os participantes a:

- determinar os problemas identificados na avaliação passíveis de serem tratados a nível local e aqueles que necessitem encaminhamentos;
- conhecer os regimes padronizados para o tratamento das reações e neurites;
- tratar/encaminhar para tratamento, e acompanhar as reações, neurites e danos neurais baseados nos sinais, sintomas clínicos e avaliação neurológica;
- conhecer os problemas de nariz, olhos, mãos e pés mais comuns na hanseníase;
- prescrever tratamento adequado para cada um desses problemas;
- conhecer a importância do uso das palmilhas simples e/ou adaptadas;
- conhecer a importância do uso de calçados adequados;
- conhecer e indicar a férula de Harris;
- conhecer, executar, indicar e ensinar exercícios simples de acordo com o resultado do teste de força muscular e a situação neural.

Metodologia

- Solicitar aos participantes que abram o capítulo Procedimentos e cuidados [página 107]:
  - "Nariz: alterações e condutas";
  - "Pele";
  - "Indicações de calçados e outras medidas";
  - "Férula de Harris, com tiras de couro e com velcro";
  - "Autocuidados: resumo";
  - "Critério para intervenção/encaminhamento";
- Indicar a leitura posterior do Texto teórico 5 – Proposta para avaliação e cuidados nasais na hanseníase.
- Distribuir os impressos avulsos:
  - "Guia de prevenção ocular";
  - "Prevenção ocular na hanseníase – Técnicas simples";
  - "Para uma vida melhor – Vamos fazer exercícios".
- Demonstrar as técnicas padronizadas de autocuidados com nariz, olhos, mãos e pés.
- Praticar as técnicas entre os participantes e com os pacientes de acordo com o resultado das avaliações.
- Trabalhar, como atividade complementar, as cartelas:
  - "Dinâmica: Exercícios e procedimentos" [página 162];
  - "Dinâmica: Autocuidados I e II" [página 163 e 164].

Úlceras e feridas

Objetivos

Capacitar os participantes a:

- identificar pacientes que não tenham sensibilidade protetora e que corram risco de desenvolver úlceras e/ou feridas;
- saber ensinar ao paciente autocuidados para prevenir úlceras e feridas;
- identificar as úlceras causadas pela falta de sensibilidade;
- saber que as úlceras de pernas e pés têm várias causas;
- conhecer a necessidade de avaliar e acompanhar a evolução das úlceras.

Metodologia

- Solicitar aos participantes que abram caderno no capítulo Úlceras [páginas 123 a 125]:
  - "Tipos e características das úlceras";
  - "Avaliação da úlcera";
  - "Fatores que retardam ou impedem a cicatrização";
  - "Cuidados com as úlceras".
- Abordar o assunto a cada vez que houver paciente(s) que apresente(m) úlceras ou risco de úlcera.
- Solicitar aos participantes que utilizem como leitura complementar o Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes, CGPNCH/DEVEP/SVS/MS.

Monitoramento e planejamento das atividades de PI

EXERCÍCIO 1: CONSOLIDAÇÃO DA COORTE DE CASOS NOVOS EM 2006

Objetivos

- Sensibilizar os participantes para a importância da coleta e registro correto dos dados.
- Sensibilizar os participantes para a utilização dos dados no acompanhamento ao paciente; na avaliação dos serviços e no planejamento do serviço (recursos humanos e recursos materiais).

Metodologia

- Dividir a turma em 2 grupos e, no dia anterior à aula, pedir aos participantes que leiam as tabelas [páginas 127 a 129].
- Orientar os participantes que façam previamente as seguintes tarefas:
  - identificar as situações de melhora (círculo verde) e piora (triângulo vermelho) no texto " Exercício 1: consolidação da coorte de casos novos em 2006" [página 127];
  - consolidar os dados e registrar na tabela "Consolidação dos dados de pacientes avaliados na capacitação ou com dados de prontuários" [página 131];
  - responder às perguntas;
  - cada grupo deverá preparar uma apresentação baseada nas respostas.
- No dia seguinte, os dois grupos devem apresentar os resultados.
- Fazer uma reflexão com os participantes sobre a importância da qualidade dos dados, tanto para o acompanhamento do paciente quanto para avaliação e planejamento do serviço.

Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção final)

AUTOAVALIAÇÃO FINAL

Objetivos

- Conhecer a percepção individual dos participantes em relação às suas habilidades em PI após o treinamento.
- Identificar atividades que necessitem maior atenção e apoio técnico na supervisão.
- Levar o participante a perceber as mudanças ocorridas consigo mesmo durante o curso.

Metodologia

- Solicitar aos participantes que abram o texto [página 137 a 143].
- Orientar os participantes para que preencham todos os itens: cabeçalho, data e as respostas da lista de tarefas.
- Lembrar-lhes de que há uma nova coluna: "Achei que sabia, mas aprendi neste curso". Quando marcarem essa coluna, não devem marcar "Sim, sei fazê-lo".
- Certificar-se de que todos os itens e respostas foram preenchidos.
- Ler as respostas para se ter conhecimento do perfil do grupo.
- Fazer a pontuação de cada participante [página 143].
- Devolver a pontuação das "Habilidades básicas (percepção incial)" e "Habilidades básicas (percepção final)" de cada participante, para que possam ver o seu desenvolvimento durante o curso.
- Fazer o resumo final [página 169].

ESTUDO DE CASO – D. JURACY (CONHECIMENTO FINAL)

Objetivos

- Avaliar o conhecimento dos participantes em relação às atividades de PI após a capacitação.
- Identificar atividades que necessitem maior atenção e apoio técnico na supervisão.
- Levar o participante a perceber as mudanças ocorridas consigo mesmo durante o curso.
- Concluir o curso com o grupo, retomando os pontos principais.

Metodologia

- Abrir o caderno no texto "Estudo de caso – D. Juracy (conhecimento final)" [páginas 144].
- Orientar os participantes para que preencham todos os itens: cabeçalho, data e as respostas.
- Certificar-se de que todos os itens e respostas foram preenchidos, quando da devolução do impresso.
- Discutir as respostas com o grupo.
- Passar as respostas do estudo de caso do caderno do monitor [páginas 144 a 147].
- Ler as respostas para se ter conhecimento do perfil do grupo.
- Fazer a pontuação de cada participante no "Estudo de caso – D. Juracy (resumo final)" [página 170].
- Fazer o resumo final do texto "Estudo de caso – D. Juracy (resumo final)" [página 173].

Avaliação dos sentimentos no final do dia

Objetivos

- Oferecer aos participantes a oportunidade de expressarem seus sentimentos em relação ao treinamento a cada dia.
- Identificar dificuldades ou problemas no grupo que exijam a atenção ou a intervenção do monitor.

Metodologia

- Afixar na parede as páginas referentes à "Avaliação dos sentimentos no final do dia" [caderno do monitor: páginas 157 e 158; caderno do participante: páginas 151 e 152].
- Solicitar que os participantes marquem dois sentimentos.
- Fazer o resumo do grupo [página 174].
- Apresentar, no dia seguinte, os 2 ou 3 sentimentos predominantes no grupo.
- Repetir ao final de cada dia.
- Fazer o resumo final [página 174].

Avaliação final da capacitação pelo participante

Objetivos

- Oferecer aos participantes a oportunidade de dar sugestões e avaliar o curso quanto à metodologia, material didático, prática, relação com outros participantes e com o monitor.
- Oferecer aos monitores um retorno (*feedback*) em relação ao treinamento.

Metodologia

- Distribuir o impresso "Avaliação final da capacitação pelo participante" [caderno do monitor: página 165; caderno do participante: página 153].
- Lembrar aos participantes de que não é necessária a identificação.
- Solicitar-lhes que marquem as respostas e façam comentários.
- Analisar as respostas dos participantes e transportar os resultados para a página 177.

Tiragem: 3.000 exemplares
Impresso na Supernova Gráfica Editora Ltda.
SIG Sul - Quadra 8 Lote 2.336
Brasília/DF, agosto de 2010

ISBN 978-85-334-1691-8

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Secretaria de Vigilância em Saúde
www.saude.gov.br/svs

SUS

Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde | Governo Federal