

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Manual de prevenção de incapacidades

Distribuído na Reunião do Programa
Nacional Contra a Hanseníase

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de prevenção e reabilitação
em hanseníase; n. 1

Distribuído na Reunião do Programa Nacional Contra a Hanseníase

Série A. Normas e Manuais Técnicos
Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1.

Tiragem: 50 exemplares

Elaboração, edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Organização: Programa Nacional de Controle da Hanseníase
Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 1º andar, sala 134
CEP: 70058-900, Brasília-DF
E-mail: svs@saude.gov.br
Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial

Coordenação Geral: Maria Leide W. de Oliveira e Danusa Fernandes Benjamim
Coordenação de texto: Maria Rita Coelho Dantas
Revisão e ampliação do conteúdo da 3ª edição:
Claudia Maria Escarabel, fisioterapeuta, PNCH/MS
Elcylene Maria de Araújo Leocádio, médica sanitária, PNCH/MS
Hannelore Vieth, enfermeira, DAHW/MA
Linda Faye Lehman, terapeuta ocupacional, American Leprosy Mission
Maria Bernadete Rocha Moreira, enfermeira, Fiocruz-Brasília
Maria Madalena, enfermeira, Secretaria de Estado da Saúde-DF
Priscila Leiko Fuzikawa, terapeuta ocupacional, Secretaria Municipal de Saúde de Betim-MG
Rosemari Baccarelli, fisioterapeuta, Instituto Lauro Souza Lima/Bauru-SP
Sílvio César Leite Parente, fisioterapeuta, Secretaria de Estado da Saúde-DF
Demóstenes Moreira, fisioterapeuta, Secretaria de Estado da Saúde-DF

Coordenação editorial: Fabiano Camilo

Projeto gráfico, diagramação e fotos do início dos capítulos: Ct. Comunicação

Capa: Eduardo Trindade

Revisão de texto: Yana Palankof

SUMÁRIO

Apresentação 6

Introdução 8

Acolhimento em prevenção de incapacidades 12

Como acontecem as deformidades e as incapacidades 18

Face 22

Membros superiores 25

Membros inferiores 30

Como identificar problemas, indicar condutas e acompanhar o tratamento 36

Face 38

Nariz 39

Olhos 40

Membros superiores 53

Membros inferiores 69

Como identificar dificuldades nas atividades da vida diária e na inserção social 88

SALSA – Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco 94

Escala de participação 95

Encaminhamentos 98

Como abordar o autocuidado 100

Formulários 106

Avaliação do grau de incapacidade 109

Avaliação neurológica simplificada 112

SALSA – Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco 116

Escala de Participação 120

Referências 132

APRESENTAÇÃO

A hanseníase é endêmica no Brasil. Registram-se em média, a cada ano, 47.000 novos casos, dos quais 23,3% com graus de incapacidade I e II. Esta situação afeta a vida de milhares de pessoas, porque a doença compromete mecanismos de defesa, como a capacidade de sentir dor, a visão e o tato, 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 bloquear a transmissão da doença, reduzir incapacidades e deformidades, assim como para desconstruir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, a seus familiares e à sociedade.

Essas ações dependem da qualificação de todos os profissionais de saúde para identificar sinais e sintomas suspeitos, conversar com o paciente e encaminhá-lo para realização de exames, tratamento adequado e reabilitação, quando necessária. Elas dependem ainda da gestão em rede dos serviços necessários à assistência integral e igualitária à saúde das pessoas acometidas pela doença.

Com o propósito de subsidiar estados e municípios nesse processo, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Hanseníase, está publicando um conjunto de manuais revistos e atualizados: Prevenção de incapacidades; Condutas para úlceras em hanseníase e diabetes; Condutas para alterações oculares em hanseníase; Reabilitação e cirurgia em hanseníase; e Adaptações de palmilhas e calçados.

Esses manuais, além de informações técnicas, trazem depoimentos de pessoas que tiveram a doença e estão curadas e de pessoas em tratamento. Eles foram colhidos em oficinas e entrevistas realizadas entre fevereiro e março deste ano, com o propósito de subsidiar o texto sobre acolhimento e dar vida, nome e sentimentos a alguns dos 47.000 casos registrados pelo sistema de informação em saúde. Trazem também depoimentos de profissionais de saúde que lidam com a hanseníase no seu cotidiano de trabalho. São vozes de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos que problematizam as questões que interferem na vida dessas pessoas e dificultam ou facilitam sua prevenção e reabilitação.

O Ministério da Saúde agradece a inestimável colaboração dos especialistas que participaram da revisão técnica e, em especial, às pessoas que falaram de suas experiências.

Maria Leide W. de Oliveira
Coordenadora do Programa Nacional de Controle da Hanseníase

Gerson Penna
Secretário de Vigilância em Saúde

A hanseníase representa ainda um grave problema de saúde pública no Brasil. Além de ser uma doença com agravantes inerentes às doenças de origem socioeconômica e cultural, é também marcada pela repercussão psicológica gerada pelas deformidades e incapacidades físicas decorrentes do processo de adoecimento. São essas deformidades e incapacidades físicas uma das causas do estigma e do isolamento da pessoa na sociedade. Assim, ao lado da ênfase no tratamento quimioterápico, faz-se necessário ressaltar a importância das técnicas de prevenção, de controle e de tratamento das incapacidades e deformidades, como atenção integral à pessoa com hanseníase.

A avaliação neurológica, a classificação do grau de incapacidade e a aplicação de técnicas básicas de prevenção, controle e tratamento são procedimentos que precisam ser realizados nas unidades de saúde, espaços onde o paciente encontra uma equipe que o acolhe e é responsável pela assistência integral a sua saúde. As dificuldades que não puderem ser resolvidas na unidade básica de saúde deverão ser encaminhadas à unidade de referência com contra-referência para a unidade de origem.

A ilustração do trevo (Fig. 1) que precede os capítulos objetiva visualizar as atividades básicas que podem evitar e/ou minimizar deformidades e incapacidades em hanseníase.

Com base na ilustração, a educação em saúde é entendida como suporte para a compreensão do processo de adoecimento, da doença em si, sua aceitação e suas conseqüências na vida de cada paciente e como atividade informativa e comunicativa voltada para o público em geral, pacientes e profissionais de saúde, chamando a atenção para os primeiros sintomas e sinais da doença, para o tratamento que pode ser feito em qualquer unidade básica de saúde e a necessidade de os contatos serem examinados e receber a vacina BCG.

O diagnóstico precoce da doença é um fator importante no tratamento e na interrupção do contágio. Mas antes, durante e após o diagnóstico podem ocorrer processos inflamatórios que necessitem de outros tratamentos e acompanhamentos para evitar deformidades e incapacidades (folha 1 da Fig. 1). Nesses casos, a identificação e o tratamento adequado das reações e das neurites são fundamentais. O tratamento adequado (quimioterapia específica, corticoterapia, cirurgia, etc.) com um monitoramento regular pode preservar a acuidade visual e a função neural (folha 2 da Fig. 1).

Todos os pacientes precisam conhecer sua doença e saber como tratá-la corretamente. O direito à informação é fundamental no processo de prevenção de deformidades e incapacidades. As pessoas com história de reação e neurites ou com grau de incapacidade 1 e/ou 2 no diagnóstico apresentam maior risco de desenvolver incapacidades e deformidades. Esses grupos necessitam aprender a realizar práticas diárias de autocuidados individualmente ou em grupos de ajuda mútua, como sua parcela de comprometimento no processo de prevenção (folha 3 da Fig. 1).

É importante que durante e após o tratamento os profissionais estimulem e encorajem a inclusão social dos pacientes. A abertura para o envolvimento de movimentos sociais específicos, aí incluídos os movimentos especializados em direitos humanos, deve ser uma preocupação dos profissionais que lidam com esses pacientes, pois eles se constituem em suportes que potencializam sua inclusão em todos os campos da sociedade (folha 4 da Fig. 1).

As dificuldades que os pacientes enfrentam podem ser identificadas mediante o uso das fichas de avaliação de incapacidade, avaliação neurológica simplificada e triagem, baseada em perguntas diretas, usando-se a Escala de Participação e SALSA na unidade básica de saúde. Recomenda-se a aplicação dos questionários no início do tratamento, na alta da PQT e no acompanhamento pós-alta, quando necessário.

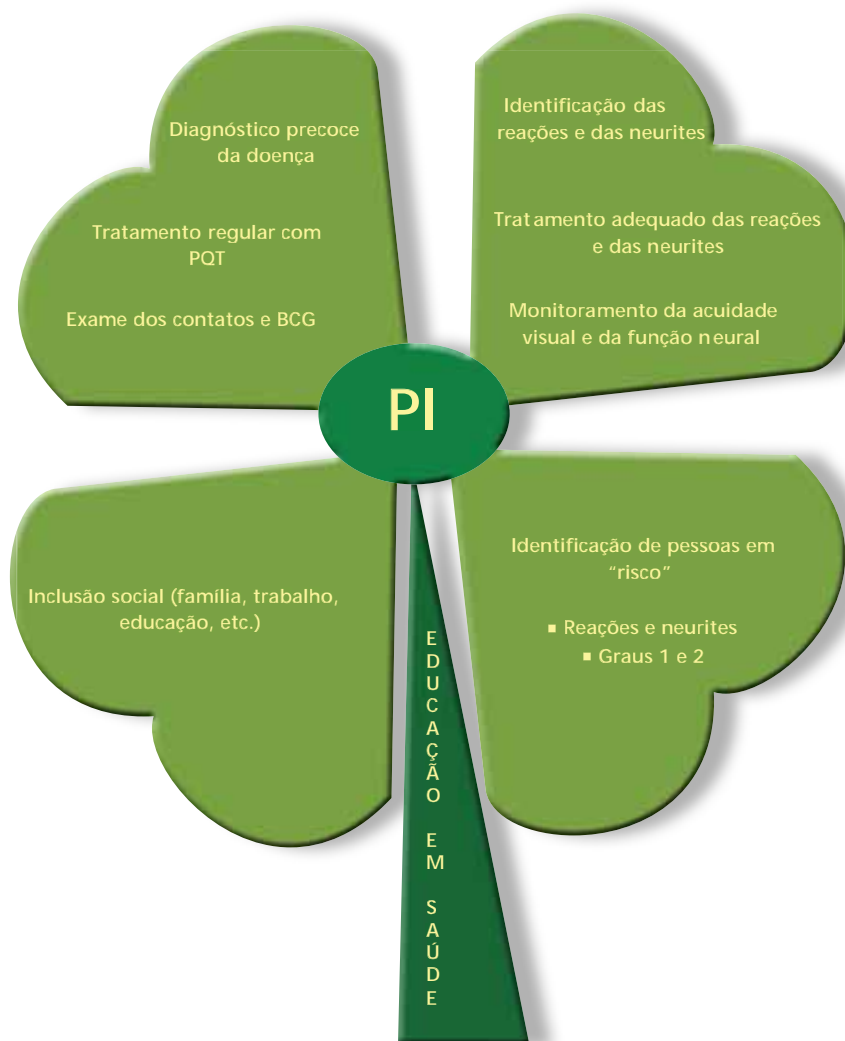


Figura 1- Atividades básicas para evitar incapacidades e deformidades

ACOLHIMENTO EM PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES

*No centro da sala, diante da mesa,
No fundo do prato, comida e tristeza.
A gente se olha, se toca e se cala,
E se desentende no instante em que fala.
Medo, medo, medo, medo, medo, medo.
Cada um guarda mais o seu segredo,
A sua mão fechada, a sua boca aberta
O seu peito deserto, a sua mão parada,
Lacrada, selada, e molhada de medo.
[...]*

*E eu ainda sou bem moço pra tanta tristeza.
Deixemos de coisas, cuidemos da vida,
senão chega a morte (ou coisa parecida)
e nos arrasta moço sem ter visto a vida.
(ou coisa parecida)*

Na hora do almoço, Belchior

ACOLHIMENTO À PESSOA COM HANSENÍASE

Francisco teve hanseníase. Morou numa colônia durante muitos anos, onde conheceu Maria Rodrigues, com quem casou e teve filhos. Hoje, passados quase cinquenta anos, com as mãos deformadas pelos quadros reacionais ele afirma:

Essa doença é como qualquer outra. Pra mim, é como qualquer outra. Tem que ter o remédio certo, na hora certa, e a pessoa certa pra tratar, como qualquer outra.

Hanseníase é uma coisa que já deu muito uma idéia de medo. Hoje em dia não é não. O tratamento certinho, não faltando, não tem problema nenhum. Sara! Naquele tempo não sarava. Não tinha remédio, mas hoje em dia tem. É só a pessoa doente ir lá procurar. Não pode esconder. Não pode se esconder. Tem que ser forte pra se sarar.

Naquele tempo em que eu peguei era um medo maluco mesmo. Eu mesmo tinha medo de mim. Achava que ia morrer logo. Todo mundo tinha medo. Eu me sinto curado. Desde 1961 deu negativo e nunca mais senti nada.

Francisco da Rocha

Meio século depois de Francisco adoecer e superar o medo a ponto de afirmar que a hanseníase é uma doença como outra qualquer, as pessoas ainda se sentem ameaçadas e enfrentam muitos conflitos quando recebem este diagnóstico. Acolher temores e dúvidas, possibilitar sua expressão e garantir suporte ao enfrentamento desses conflitos é fundamental para que cada pessoa tenha a segurança devida à condução do seu processo de tratamento, cura, autocuidado e reabilitação, quando necessária.

ACOLHER SIGNIFICA FACILITAR O ACESSO E GARANTIR ASSISTÊNCIA ADEQUADA

O bom acolhimento não tem receita, mas se constrói com reflexão coletiva, participação de funcionários e profissionais de saúde e trabalho cotidiano. O tema deve ser objeto de discussão de todas as equipes de saúde, em particular da atenção básica, que deve ser a primeira porta de entrada dos pacientes com hanseníase.

São temas pertinentes a essa discussão

- o medo, o preconceito e a discriminação em relação à doença;
- assistência e cuidado dos pacientes; treinamento para o autocuidado;
- estratégias para fortalecer vínculos do paciente com o serviço e sua adesão aos tratamentos;
- humanização da assistência – olhar a pessoa no seu contexto de vida, como ser integral;
- identificação de necessidades da comunidade;
- avaliação de comunicantes, busca ativa e ações educativas;
- fortalecimento das redes e qualidade da atenção.

Sobre o medo e o preconceito

Por que tantas pessoas passam a “não ouvir mais nada” depois da “notícia” e precisam de tempo para aceitar, compreender, “metabolizar” o que acabaram de saber? A doença tem cura e ampliaram-se os recursos para prevenção de incapacidades. Mas o diagnóstico tardio, o grande número de pessoas com seqüelas, a falta de esclarecimento da população e as dificuldades de acesso à atenção integral, desde a prevenção à reabilitação, fazem com que a sociedade reaja negativamente e discrimine. Ela já não manda ao leprosário, mas se afasta do convívio, porque sente medo.

Tem-se medo de quê?

Com a hanseníase temem-se mudanças radicais na família, na relação amorosa, no trabalho, separações, não conseguir um novo namorado, não mais receber um beijo na boca, um carinho, um abraço. Teme-se a perda do emprego, a discriminação entre os amigos, não poder fazer o que se gosta. Teme-se mudar a aparência, sentir dor...

A sensação que eu tive na hora... Sabe que tudo o que eu sabia sumiu? Foi me dando um medo tão grande de um dia eu me olhar no espelho e não ver o meu rosto do jeito que ele é. Saí do posto lutando com o meu sentimento e a minha razão, o meu saber.

Zilda, pedagoga e psicóloga

Esse **grande medo, esse pânico**, está apoiado em razões concretas que grande parte da população conhece: além da discriminação social, o tratamento é longo e por vezes penoso; os tratamentos dos quadros reacionais podem ter efeitos colaterais graves; a doença ainda causa deficiências e deformidades permanentes e severas a um grande número de pessoas, sobretudo àquelas que têm um diagnóstico tardio e às mais pobres.

Damião foi abandonado pela mulher porque ela pensava que ia pegar a doença. Ele tem seqüelas nas mãos que o impedem de trabalhar.

Marly recebeu uma solicitação para vender seu apartamento e mudar-se do prédio, porque a vizinha não queria conviver com leprosa; seu colega do setor de hanseníase afastou-se quando soube do seu diagnóstico.

Um perito do INSS disse a uma paciente durante uma perícia: tire o braço da minha

mesa! Ela tentou falar e ele completou: cale a boca!
 Maria das Graças tem manchas no rosto e nódulos subcutâneos. Quando está no ônibus, ninguém senta junto dela, mesmo com ônibus cheio.

Informar a população, acolher e cuidar das pessoas com hanseníase, ajudá-las a lidar com o preconceito e treiná-las na prática do autocuidado são caminhos que podem mudar o curso da doença no país.

SUORTE ÀS PESSOAS PARA ENFRENTAR A DOENÇA

Há maneiras mais, ou menos, saudáveis de adoecer. É mais saudável não se deixar invadir pelas metáforas das doenças, por suas representações negativas e pelo preconceito que elas geram. O medo fragiliza e é preciso ter força para conduzir ou apoiar um longo processo de tratamento. Se as doenças são encaradas somente como doenças e não como sentenças de exclusão ou morte social é mais fácil lidar com elas.

O bom acolhimento pode demandar para algumas pessoas apoio psicológico ou psiquiátrico. Os grupos de apoio comunitário também podem oferecer um bom suporte.

Quando a gente descobre a doença fica traumatizado, entra em depressão. Nada pra você tá bom. O impacto é muito grande mesmo. Se você não tiver um acompanhamento legal você faz até besteira. Basta uma pessoa olhar pra você e você já acha que está na estaca zero. Eu agradeço o pessoal do Hospital Universitário, que arrumou psicólogo pra mim, até hoje eu tenho psicólogo. Já faz três anos. Se não fosse isso, já tinha feito besteira, loucura.

Francisco de Souza

Hoje eu já consigo viver em paz comigo. Mas um dia no hospital eu estava com vontade de realmente acabar com a minha vida. Ai eu cheguei lá e encontrei Marly. Conversando comigo, ela falou do grupo de mulheres e eu vim pra cá. Hoje não sinto mais isso, já até dei entrevista na televisão, no jornal, falei sobre mim. Minha família foi contra mim e afastou-se.

Wanda

O apoio psicológico e os grupos de auto-ajuda contribuem para a pessoa recuperar a auto-estima, descobrir novos modos de viver e enfrentar a doença e os preconceitos. Os grupos comunitários também são fundamentais na crítica à fragmentação e falhas da assistência e na ação política de combate ao estigma. No plano individual eles reforçam a cidadania e a capacidade de interferir e modificar a realidade de cada sujeito.

Questionamentos sobre a cura

A cura da hanseníase é a morte do bacilo, e o início do tratamento interrompe a transmissão. É confortante para os doentes saber que não há mais risco de contágio para a família, amigos e colegas, assim como ter certeza da cura após o término do tratamento. No entanto, os quadros reacionais apresentados por um percentual significativo de pessoas acometidas pela doença, cujo tratamento não garante o completo restabelecimento da condição de saúde anterior, podem resultar em doenças e incapacidades que são percebidos como a manutenção da doença.

Quando tive reação, eu entrei num processo que os pacientes vivem de duvidar da cura. Eu só ouvia que eu não estava curada. Era minha família que não conseguia entender que aquilo ali não era a hanseníase de volta. Eram os meus amigos que perguntavam: você não tomou o remédio? Você não estava curada? Mas gente, eu estou curada e até explicar o que era a reação para eles... Se até o profissional de saúde tem dificuldade de entender o que é a reação, imagine um leigo!”

Paula Brandão, enfermeira

Muitos pacientes com seqüelas graves ou definitivas consideram-se doentes, pois necessitam de cuidados e tratamentos, não podem trabalhar e precisam do benefício da previdência social, onde são considerados inaptos ou incapazes. Como acreditar que estão curados? Entender a diferença entre doença e reação não é simples, principalmente para as classes sociais mais pobres e menos escolarizadas. Para que as dúvidas não levem ao abandono do tratamento é preciso confiança na equipe e portas abertas nas unidades de saúde; é preciso “gastar” tempo na consulta, escutar, orientar, garantir exames, medicamentos e uma rede integrada de atenção à saúde.

Diagnóstico precoce => controle da doença => eliminação do estigma

Muitos pacientes passam anos com sinais e sintomas, consultam médicos, por vezes dermatologistas, e não são diagnosticados. Outros pacientes recebem o diagnóstico já com seqüelas permanentes e perdem um tempo precioso de tratamento e prevenção de incapacidades. Por que é importante saber reconhecer os sinais e os sintomas da doença, fazer o diagnóstico precoce e o tratamento? Por várias razões:

- 1- em benefício do doente, que recebe tratamentos mais curtos, tem menor risco de efeitos colaterais de medicamentos, de reações e de seqüelas graves ou permanentes;
- 2- para interromper a cadeia de transmissão do bacilo e, conseqüentemente, reduzir o aparecimento de novos casos;
- 3- para reduzir o número de pessoas com seqüelas e deformidades que causam medo, preconceito e estigmatizam as pessoas acometidas pela doença;
- 4- para reduzir o gasto em saúde e em previdência social com pessoas produtivas que poderiam estar contribuindo para o desenvolvimento do país e vivendo plenamente de acordo com suas potencialidades.

Informações importantes para a pessoa doente e seus familiares

Profissionais de saúde e pacientes estão de acordo sobre um conjunto de informações básicas a serem repassadas às pessoas com hanseníase e aos seus familiares. Nem sempre elas podem ser dadas na primeira consulta, mas não podem ser esquecidas durante o acompanhamento ou nas visitas domiciliares. Entre elas destacam-se:

- o que é a doença, como é o contágio, a cura, o sentido da cura;
- os tratamentos, possíveis efeitos adversos, benefícios para a pessoa e sua comunidade;
- o que é a reação, suas características, como identificá-las, como agir;
- reabilitação, o que está disponível, necessidade de avaliação;
- efeitos colaterais dos medicamentos e como agir se isso acontecer;
- quem procurar quando necessário: endereços, telefones e horários dos serviços e das equipes de referência para suporte às necessidades e às urgências;
- prevenção de incapacidades; cuidados gerais de saúde e cuidados específicos.

A pessoa com hanseníase precisa ter certeza de encontrar ajuda sempre que precisar, mesmo fora da consulta, e isso depende da disponibilidade da equipe de saúde e da organização do serviço centrada no paciente.

Autocuidado, autonomia e independência

A orientação do autocuidado começa logo após o diagnóstico, quando você explica como tomar o remédio, a importância da tomada contínua, da dose supervisionada, que não é aconselhável beber pela sobrecarga para o fígado. Se ele é alcoolista, sugere-se que procure apoio dos Alcoólicos Anônimos. Com as orientações para a inspeção do corpo, observação de alguma coisa que lhe chame atenção. Mas tudo isso com cuidado, pois dependendo de como o paciente recebeu a notícia da doença, muitas informações sobre efeitos colaterais e reações podem assustá-lo. Por isso orienta-se que ele volte se sentir necessidade, mesmo antes do dia marcado, e na segunda consulta acrescentamos novas informações. Algumas temos que repetir, porque muitas vezes ele não se lembra do que ouviu depois do diagnóstico.

Geisa, terapeuta ocupacional

O autocuidado depende do paciente e de sua relação com a equipe de saúde, que é de fato um suporte para que ele possa conduzir com autonomia seu tratamento. Sobretudo nos casos de doenças crônicas, como sujeitos – autores – de suas vidas, as pessoas devem ser estimuladas a conviver com a nova realidade, sobretudo no caso das incapacidades permanentes, sem serem subjugadas por elas. Nesse sentido, os profissionais de saúde têm uma importância singular no repasse de orientações sobre o autocuidado, na motivação dos pacientes para introduzi-los no seu dia-a-dia, na valorização da autoconfiança e do aprendizado de cada um, por mais lento que seja.

Mesmo quando eu vejo que o paciente não conseguiu fazer quase nada, eu lhe dou parabéns, mostro como foi importante o que ele fez, valorizo seu trabalho. Eles ficam mais contentes e mais motivados para continuar.

Carmen, enfermeira

É importante que as pessoas aprendam a reconhecer seus próprios resultados, e os profissionais de saúde podem ajudá-las, repassando alguns indicadores de avaliação que mostrem os benefícios que cada um pode obter quando cuida de si com dedicação.

COMO ACONTECEM AS DEFORMIDADES E AS INCAPACIDADES

“

A VIDA VEM EM ONDAS...

Eu fico muito feliz que o controle da hanseníase seja pensado também com prioridade para o acompanhamento e o cuidado com a prevenção de incapacidades. Mas não é fácil fazer funcionar a política na ponta. É preciso um grupo muito dedicado, mas também é preciso renovar, ampliar constantemente este grupo, porque quem trabalha há muitos anos com isso se cansa, tem direito de ter férias. É preciso permitir a outros entrarem, mesmo que no início não tenham o mesmo conhecimento, mas podem ter interesse, como a gente teve para aprender. No começo a gente não sabia tudo que sabe hoje. Precisamos aceitar que o outro também pode fazer tão bem como a gente, que eles podem fazer até melhor. E mesmo que não façam melhor, precisam aprender. É um prazer receber convites para participar das coisas, mas chega uma hora em que precisamos dizer: não, obrigada, eu gostaria de indicar outra pessoa. Isso não é fácil, mas precisamos aprender a passar o bastão adiante.”

Linda (terapeuta ocupacional)

”





Foto: Renato Mendes

Os bacilos de Hansen têm um tropismo especial pelas fibras nervosas, atingindo desde as terminações da derme aos troncos nervosos. A neuropatia da hanseníase é clinicamente uma neuropatia mista, que compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A sensibilidade cutânea é alterada em suas modalidades térmica e tátil, como sensibilidade profunda, na modalidade dolorosa. Sua distribuição anatômica se classifica como mononeurite múltipla, isto é, instala-se em um ou vários nervos.

A resposta do tecido em presença do bacilo pode ser muito variada, desde uma mínima resposta sem alterações funcionais, até uma resposta intensa com infiltração granulomatosa de todo o parênquima neural, resultando em destruição importante dos nervos periféricos com nítidas alterações de sua função.

Essas manifestações podem ser acompanhadas por dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. No entanto, os fenômenos da neurite podem se desenvolver sem dor: são as chamadas neurites silenciosas. Basicamente nelas não temos os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, mas alterações de sensibilidade e/ou de força motora. Estas são identificadas por meio de exame de sensibilidade e força motora, o que torna de suma importância avaliações periódicas, mesmo na ausência de qualquer queixa da pessoa.

Os nervos envolvidos com maior frequência são: nervo facial (VII par craniano), nervo trigêmeo (V par craniano), nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial (Fig. 2).

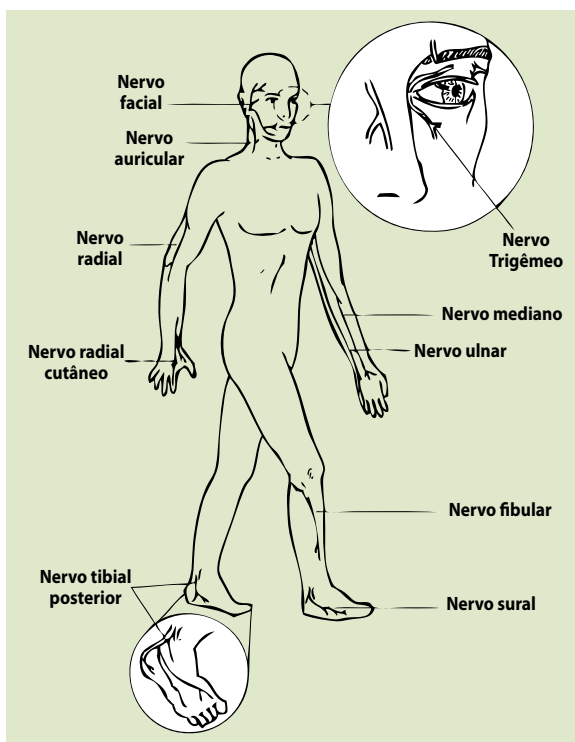
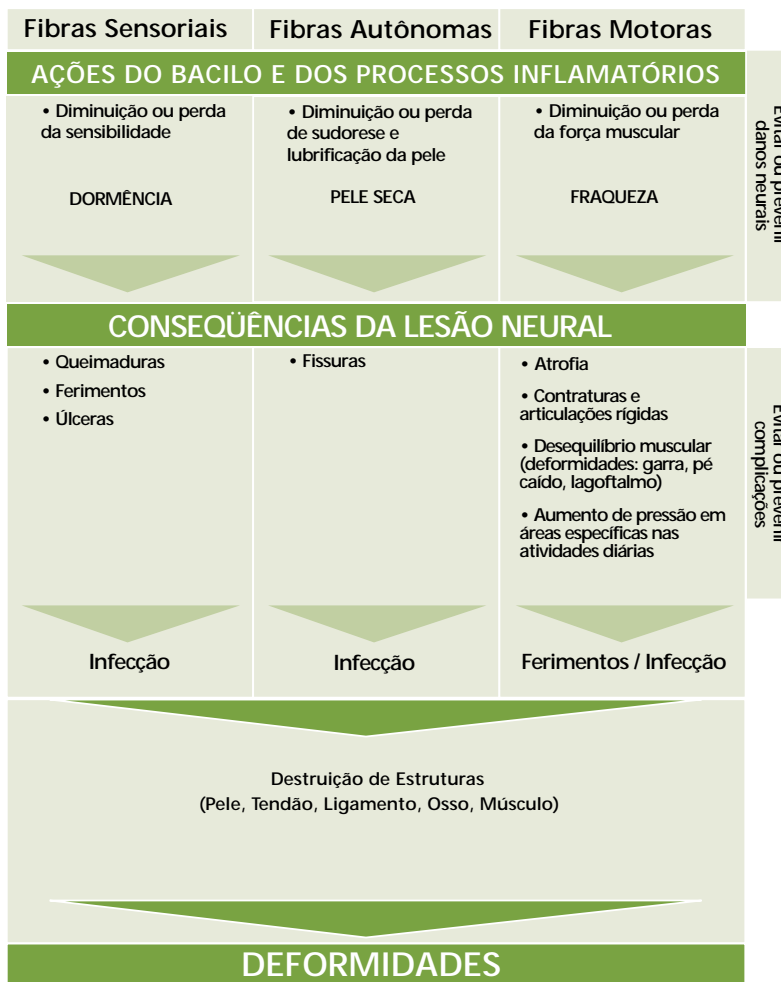


Figura 2 – Principais nervos acometidos

Em hanseníase, as deficiências primárias (orquite, uveíte, neuropatia, etc.) são devidas ao processo inflamatório do organismo na tentativa de destruir o bacilo diretamente ou as células parasitadas por ele. As deficiências secundárias são aquelas decorrentes da não-realização de cuidados preventivos após o processo primário (garra rígida, mal-perfurante plantar, reabsorção óssea, etc.) (Quadro 1).



Quadro 1- Lesões dos nervos periféricos

Todas essas manifestações em nervos e vísceras poderiam ser evitadas se o diagnóstico e o tratamento fossem feitos precocemente, ou seja, enquanto o bacilo estivesse restrito às terminações nervosas superficiais.

O termo mais usado para se referir ao comprometimento neural em hanseníase é neurite, que significa inflamação do tecido nervoso (processo agudo). Todavia, nem todo comprometimento neural é consequência de inflamação ou infecção. Por essa razão, dá-se preferência ao uso do termo neuropatia.

Os mecanismos causadores das deformidades e das incapacidades são, portanto, neurogênicos e inflamatórios. Entre as causas neurogênicas consideramos primárias: déficits sensitivos, motores e autonômicos; e secundárias: retrações, lesões traumáticas e infecções pós-traumáticas.

Face

A despeito dos conceitos de beleza, a face, os olhos, o nariz e as sobrancelhas constituem elementos fundamentais para a aceitação social e a realização profissional do indivíduo.

Sendo a face a “vitrine da alma”, qualquer alteração na sua harmonia pode desencadear dificuldades no relacionamento com seu próprio eu, com seu núcleo familiar, no ambiente de trabalho e na comunidade.

Na hanseníase, o acometimento da face é muito freqüente, principalmente nas formas multibacilares. Nesse sentido, qualquer esforço para a prevenção e o tratamento das incapacidades e das deformidades físicas tem importante papel na manutenção, na inserção e na reabilitação social da pessoa.

A maioria das deformidades e das incapacidades que ocorrem na face é decorrente da ação direta do bacilo sobre as estruturas desta região, com exceção do lagofalmo e da alteração da sensibilidade da córnea, decorrentes de uma lesão de nervo.

O nariz é uma estrutura que pode ser acometida na hanseníase. Sabemos que um dos locais prediletos do bacilo é a mucosa nasal, na qual podem ser encontrados hansenomas e infiltrações. O paciente tem obstrução, podendo ocorrer um aumento da secreção nasal, que se torna viscosa, com mau odor e aderente à mucosa em forma de crostas.

A tentativa de desobstruir ou remover secreções e crostas, pela manipulação com o dedo, cotonete ou outro instrumento, produz traumatismos que freqüentemente sangram. Nesses pontos de erosão podem originar-se úlceras que facilmente infectam, aprofundam-se e atingem a cartilagem septal, que necrosa e perfura. A perfuração da cartilagem septal é uma das causas do desabamento da pirâmide nasal.

O comprometimento das fibras do sistema nervoso autônomo pode provocar diminuição ou ausência de produção de muco nasal, com conseqüente ressecamento da mucosa (rinite atrófica). Também o fornecimento sanguíneo fica comprometido. A mucosa torna-se acinzentada e frágil. As cartilagens adelgaçam-se, atrofiam e, muitas vezes, não suportando o peso das partes moles, desabam, produzindo deformidades diversas no septo e nas asas do nariz (pinçamento das narinas). A perda da espinha do maxilar torna agudo o ângulo entre o lábio superior e a columela do nariz, com conseqüente afundamento desta região. As úlceras causam perda de substância da mucosa nasal que, ao cicatrizar, se retrai e eleva a ponta do nariz. Muitas dessas alterações podem ser corrigidas cirurgicamente.

O processo inflamatório pode acometer também a pele da orelha e, até mesmo, atingir sua cartilagem. Temos, em conseqüência, o chamado megalóbulo ou orelha em “figo seco”. Nos casos em que ocorre acometimento da cartilagem, isto é, uma condrite, pode haver um aumento do tamanho da orelha por proliferação de estruturas da cartilagem. Todas essas alterações podem ser corrigidas cirurgicamente.

Aparelho visual

O bulbo ocular apresenta estruturas anexas que têm como função manter saudável sua superfície em contato com o meio externo. Esses anexos são as pálpebras, os cílios, os supercílios, as glândulas e as vias lacrimais.

Os anexos e as lágrimas protegem os olhos contra traumas e ressecamento durante a vigília e o sono.

O envolvimento ocular e dos anexos pode ocorrer pelos mesmos mecanismos referidos anteriormente: inflamatório e neurogênico.

A madarose superciliar é a queda dos pêlos da sobrancelha por lesão dos bulbos pilosos. Nor-

malmente inicia-se pela parte lateral, podendo acometer toda a sobrancelha. Trata-se de alteração muito visível, pois a falta desta dá ao rosto um aspecto inexpressivo.

A madarose ciliar corresponde à queda dos cílios das bordas das pálpebras. Dá-se, como no caso anterior, por ataque dos bacilos a esses bulbos. Às vezes, como conseqüência do processo inflamatório, ocorre uma alteração da posição desses bulbos, permitindo que os cílios cresçam em direção à córnea (triquíase), o que pode causar úlceras. Estas são agravadas quando há perda da sensibilidade da córnea (Foto 1).



Foto 1 – Triquíase

A blefarocalase é o excesso de pele na pálpebra superior decorrente da regressão de quadros inflamatórios que acometem esta região. Além de dar uma aparência envelhecida à face, pode conduzir a outros problemas como triquíase e dificuldade de visão, causada por esse excesso de pele, que tende a cair sobre os olhos, como se fosse uma cortina.

De modo geral, essa frouxidão também pode ocorrer com toda a pele da face. O infiltrado inflamatório, que causa edema, tende a regredir com o tratamento e deixa o que poderíamos chamar de uma “sobra” de pele por toda a face, salientando os sulcos naturais da pessoa e deixando rugas precoces.

Anexos

O ramo zigomático do nervo facial inerva os músculos orbiculares responsáveis pelo fechamento palpebral. Quando esse nervo é atingido, há alteração no piscamento em vários graus de intensidade, e em sua forma mais severa há grande redução ou ausência do fechamento das pálpebras (lagoftalmo) (Fotos 2 e 3). Muitas vezes o paciente não percebe isso porque ocorre o chamado fenômeno de Bell, isto é, ao tentar fechar os olhos o globo ocular gira para cima e para fora, escondendo a córnea, fazendo crer ao paciente que ele realmente fechou os olhos.



Foto 2 – Lagoftalmo inicial sem ectrópio



Foto 3 – Lagoftalmo avançado com ectrópio

A falha do piscamento prejudica a formação do filme lacrimal. A dificuldade na drenagem da lágrima para o saco lacrimal e seu bombeamento para o ducto lacrimo-nasal causam epífora. Com isso, há evaporação rápida da lágrima com conseqüente ressecamento da córnea e da conjuntiva e desidratação das células do epitélio corneano, provocando sua decomposição e o aparecimento de ulcerações, cujos sintomas são: queimação, fotofobia, lacrimejamento e hiperemia conjuntival.

A presença de paralisia dos músculos orbiculares, que auxiliam no esvaziamento do ducto, e o desabamento nasal podem ocasionar obstrução do ducto. Essa obstrução prejudica a drenagem da lágrima para a fossa nasal, causando infecção (dacriocistite).

As pálpebras podem ser o local de instalação de paralisia muscular, hansenomas e nódulos de eritema nodoso hansênico (Foto 4).



Foto 4 – Nódulos hansênicos

A presença de intercorrências pode alterar a posição da margem palpebral, invertendo-a (entrópico) ou evertendo-a (ectrópio) (Fotos 5 e 6).



Foto 5 – Entrópico



Foto 6 – Ectrópio

O entrópico posiciona os cílios contra a conjuntiva e a córnea, podendo gerar traumas repetitivos (ulceração) (Foto 7) sobre essas estruturas, levando a infecções secundárias. Com a eversão da pálpebra inferior, o ponto lacrimal perde o contato com o globo ocular, e a drenagem da lágrima se faz sobre a face (epífora).



Foto 7 – Úlcera de córnea

Bulbo ocular

O nervo trigêmeo inerva a córnea. Quando este nervo é alterado, há uma diminuição ou perda da sensibilidade corneana. A partir da presença de bacilos no limbo pode ocorrer a invasão nos nervos corneanos, formando pequenos hansenomas. Os hansenomas miliares ou “pérolas” e os hansenomas nodulares são visíveis geralmente à lâmpada de fenda.

A córnea se opacifica em vários graus, constituindo assim os sinais de ceratite por hanseníase. O processo inflamatório pode atingir também a esclera (esclerite) e outras importantes estruturas internas do olho, como a íris e o corpo ciliar.

Na hanseníase virchowiana e dimorfa pode-se ter iridociclites agudas e crônicas. O paciente refere dor, déficit visual e apresenta hiperemia. Este quadro pode apresentar-se com sinéquias anteriores e posteriores, produzindo irregularidades pupilares (iridociclite plástica crônica), podendo aumentar a pressão intra-ocular (glaucoma) e opacificação do cristalino (catarata).

Membros superiores

As mãos, desde o nascimento, recolhem informações e executam funções necessárias à sobrevivência. São os principais instrumentos de interação do homem com seu meio físico e social. Com elas se produz, se expressa, se afaga e se aprova, inclusive por meio do aplauso.

Se as pessoas não reconhecem as próprias mãos elas não podem tocar. Se não as encontram quando mais precisam, não as usam. Se não as têm, nunca as acham. Se as perdem, continuarão procurando-as, mesmo que seja uma busca sem fim.

As alterações advindas da hanseníase, além de estigmatizantes, interferem grandemente na estabilidade emocional, social e produtiva. Assim, todas as ações de prevenção e tratamento das incapacidades e das deformidades são fundamentais no acompanhamento da pessoa, mantendo sua independência, proteção e integridade física e social.

Essas incapacidades e deformidades surgem de lesões nos três principais nervos



IMPLANTANDO UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES

Os dados relativos à detecção aqui na capital variam muito ano a ano. Eles não mostram uma progressão, para lá na frente cair de vez, porque não há uma prática contínua de busca ativa. Com a demanda espontânea, o paciente já vem com a doença adiantada, por isso eu digo que a sociedade precisa estar capacitada, para impedir pelo menos a transmissão dentro de casa.

A comunidade tem que se perceber. Aqui, nós estamos implantando o Programa de Prevenção de Incapacidades, que tem quatro frentes: a primeira, avaliação de capacidade dos pacientes e registro, para a gente fazer uma política de reabilitação desses pacientes; segunda, educação em saúde para os profissionais e principalmente nas escolas e na comunidade; a terceira, relacionado à formação de um núcleo comunitário de apoio e vigilância em hanseníase, porque a partir do momento em que a comunidade percebe essa necessidade conhece a quantidade de casos, o desconhecimento que faz a professora mandar o aluno embora (mesmo em tratamento) porque ela não tem conhecimento sobre a doença; e a quarta, práticas de busca ativa, principalmente em áreas descobertas.



Ricardo (fisioterapeuta)

do membro superior: o ulnar, o mediano e o radial. Em geral o comprometimento inicia-se pelo nervo ulnar, seguido pelo nervo mediano e pelo nervo radial (Fig. 2).

Muitas teorias tentam explicar por que esses nervos são acometidos especificamente em determinados pontos de seu trajeto. A presença de uma estrutura anatômica restritiva ao nervo é apontada como uma das causas. De fato, o nervo ulnar é mais acometido na goteira epitrocleo-olecraniana, no cotovelo, que realmente é um túnel ósseo fechado por um forte ligamento. O mesmo ocorre com o nervo mediano no túnel do carpo, no punho, lugar de seu maior acometimento. O nervo radial, mais raro de ser atingido, tem seu ponto de maior comprometimento no canal de torção do úmero, exatamente no ponto onde o nervo repousa diretamente sobre este osso. Outra hipótese levantada é de que os nervos são mais acometidos quando se encontram em situação mais superficial, quando a temperatura é menor, sendo mais facilmente traumatizados.

Como esses nervos são mistos, isto é, possuem fibras sensitivas, motoras e autonômicas, teremos alterações em todos esses aspectos.

Alterações motoras

Quando os nervos ulnar, mediano e radial estão alterados, pode haver uma diminuição ou perda da força muscular.

Nervo ulnar

A lesão do nervo ulnar provoca a paresia e/ou paralisia da musculatura intrínseca (interósseos, lumbricais e outros) da mão, que leva à hiperextensão das articulações metacarpo-falangianas do segundo ao quinto dedos, com flexão das interfalangianas. Na lesão inicial, a garra se apresenta nos quarto e quinto dedos; na lesão avançada, atingem também os segundo e terceiro dedos. O esgotamento do poder de tração dos tendões extensores, no nível dessas articulações, impede que as articulações mais distais se estendam, quadro denominado de garra ulnar (Fotos 8 e 9).



Foto 8 – Garra inicial



Foto 9 – Garra avançada

O sinal de Froment também é típico das lesões do nervo ulnar e se caracteriza por uma instabilidade da pinça do polegar com o segundo dedo. Ao tentar pinçar um objeto contra resistência, por exemplo, uma folha de papel que o examinador traciona, a falange distal do polegar entra em flexão acentuada. Isso ocorre porque o músculo adutor do polegar e parte do músculo flexor curto são inervados pelo nervo ulnar, que se encontra acometido, e assim determina essa instabilidade no nível do polegar (Foto 10).



Foto 10 – Sinal de Froment

A atrofia do primeiro espaço interósseo é um dos sinais de comprometimento motor do nervo ulnar. Os demais espaços interósseos, com a evolução da doença, também atrofiam. Esses achados correspondem a uma diminuição da força muscular e conseqüente redução no volume das fibras dos músculos interósseos dorsais.

Na região hipotenar, isto é, na borda ulnar da mão, ocorre perda funcional dos músculos abductor do quinto dedo, oponente do quinto dedo e flexor curto do quinto dedo, podendo chegar à paralisia e à atrofia muscular, levando a um achatamento da região hipotenar. Na região tenar, ocorre perda funcional do músculo adutor e parte do flexor curto do polegar, levando a uma discreta atrofia dessa região (Fotos 11 e 12).



Foto 11 – Atrofias das regiões hipotenar e tenar



Foto 12 – Atrofia do primeiro interósseo

Nervo mediano

A principal expressão funcional da lesão do nervo mediano é a perda da oponência do polegar. Esse movimento corresponde à capacidade de se colocar o polegar de encontro aos demais dedos da mão. Isso é fundamental para a atividade humana, pois a maioria das formas de preensão da mão está baseada nessa capacidade. A lesão do nervo mediano causa paralisia dos músculos abductor curto do polegar, do flexor curto e do oponente do polegar, determinando, assim, a impossibilidade de se opor aos demais dedos. A atrofia desses músculos leva ao achatamento da região tenar (Foto 13).



Foto 13 – Garra ulnar-mediana

Nervo radial

O nervo radial raramente é atingido, talvez por ser um nervo mais protegido. Geralmente ele só é acometido após haver comprometimento dos nervos ulnar e mediano (paralisia tríplice). Sendo ele responsável pela inervação de todos os músculos extensores do punho e dos dedos, fica fácil compreender que seu acometimento leva a uma impossibilidade de estender esses segmentos, fazendo com que os dedos e o punho fiquem fletidos, o que é chamado de “mão caída”.

Como vimos nesses três casos de paralisia, vários segmentos da mão ficam imóveis por falta da inervação que aciona os músculos.

Alterações sensitivas

A presença da sensibilidade é fundamental para a preservação e para a função da mão. Na presença de alterações sensitivas mínimas, a conduta oportuna pode reduzir riscos de perda da sensibilidade protetora (Fig. 3).

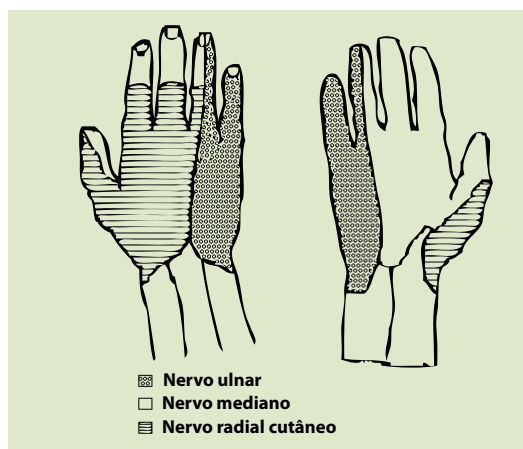


Figura 3 – Distribuição sensitiva da mão

O indivíduo com sensibilidade protetora preservada cuida naturalmente da área lesada, pois a dor serve como alerta para proteger o local. A pessoa com acometimento da parte sensitiva perde essa capacidade. Nesses casos, a visão se torna imprescindível para guiar e proteger as suas mãos nas atividades da vida diária (AVD).

Ao sofrer uma queimadura ou um ferimento cortante na mão, por não sentir dor, ele continuará a utilizar a mão, produzindo mais trauma na lesão já existente, não dando tempo para que ocorra a cicatrização. Esse processo permite que bactérias patogênicas atinjam planos mais profundos. No momento em que elas atingem os tendões, as bainhas e os ossos temos tenossinovites purulentas e osteomielites, que, seguindo seu curso normal, promoverão a destruição óssea, com o conseqüente seqüestro das partes necróticas. Uma vez expulsa essa porção necrosada, espontaneamente ou por intervenção cirúrgica, teremos uma diminuição do comprimento do dedo. A repetição desse processo pode provocar a perda total dos dedos.

Alterações autonômicas

As fibras autônomas que inervam, além de outras estruturas, as glândulas sebáceas e sudoríparas também são alteradas. Portanto, temos diminuição de produção de suas secreções que auxiliam em muito a manutenção da flexibilidade e a textura da pele. A pele torna-se seca, inelástica e facilmente ocorrem fissuras que, se não tratadas, poderão aprofundar-se e comprometer as estruturas profundas da mão (Foto 14).



Foto 14 – Fissura por ressecamento

Mão reacional

Mão reacional é um processo inflamatório localizado na vigência de um estado reacional. Este estado ocorre pela resposta imunológica do indivíduo ante o bacilo. Salientamos que este tipo de acometimento é generalizado, apenas chamamos de mão reacional para melhor entender este acometimento em relação à mão e para salientar a importância deste quadro (Foto 15).

O processo inflamatório que se instala pode levar a diferentes acometimentos, e praticamente todas as estruturas da mão se ressentem deste quadro: úlceras, tenossinovites, artrites, miosites, que podem deixar seqüelas retráteis. As miosites podem gerar retração dos músculos intrínsecos e, por conseqüência, levar a deformidades tipo “pescoço de cisne”.



Foto 15 – Mão reacional

Membros inferiores

Alterações motoras

Quando se fala em liberdade, fala-se em movimento. As pernas e os pés são meios que possibilitam esse estado de direito do homem. Na falta dos pés, perde-se o chão, o caminho.

Os membros inferiores são freqüentemente acometidos pela hanseníase, causando danos que interferem na vida social, na família e no trabalho. Todas as tentativas de ações de prevenção e tratamento das incapacidades e das deformidades são fundamentais no acompanhamento da pessoa, para que ela possa manter sua independência, proteção e integridade física e social.

Nervo fibular comum

O nervo fibular comum pode ser comprometido em seus ramos profundo e superficial, em geral na altura do joelho. Quando só o ramo profundo está alterado, temos déficits nos músculos tibial anterior, extensor longo do hálux e extensor longo dos dedos. A perda da força de contração desses músculos reduz ou impede a dorsiflexão do pé e a extensão dos dedos. Quando o comprometimento é também do ramo superficial aparecem déficits motores nos músculos fibulares longo e curto (evertores). As retrações das estruturas posteriores do tornozelo (tendão de Aquiles) limitam mecanicamente a dorsiflexão e, lentamente, vão posicionando o pé em flexão plantar até a rigidez do tornozelo nesta posição, denominado pé equino (Foto 16).

Existindo o comprometimento dos músculos evertores, ocorrem retrações nas estruturas mediais do tornozelo, com predomínio da ação dos inversores, principalmente o músculo tibial posterior. O pé se posicionará em inversão, podendo tornar-se rígido, em varo. Quando a lesão atinge os dois ramos, ocorrem as deformidades de pé equino-varo móvel, podendo tornar-se rígido, aumentando a pressão na borda lateral e no quinto metatarsiano.



Foto 16 – Pé eqüino-varo

Nervo tibial

O nervo tibial é com freqüência acometido na região retromaleolar medial ainda como tronco ou nos seus ramos plantar lateral e plantar medial. A lesão deste nervo leva ao comprometimento de toda a musculatura intrínseca do pé, como os músculos lumbricais e interósseos, que exercem papel fundamental na ação sinérgica entre os músculos flexores e extensores dos dedos, adquirindo a postura em “garra” em graus distintos, conforme as perdas motoras. As “garras” caracterizam-se pela extensão discreta até a hiperextensão das articulações metatarso-falangianas e flexão das articulações interfalangianas proximais e distais. Inicialmente, quando as articulações mantêm seus movimentos passivamente, denominam-se de “garras móveis” (Foto 17).



Foto 17 – Garra de artelho

Nas articulações metatarso-falangianas, as retrações desenvolvem-se nas estruturas do dorso, limitando sua flexão, chegando até a subluxá-las. As estruturas plantares, ao contrário, estiram-se, e o coxim adiposo sob a cabeça dos metatar-



COMO PODE DENTRO DE MINHA RELIGIÃO ACONTECER ISSO? O PESSOAL NÃO TEM AMOR?

Quando a doença começou a lesar seus nervos ela ficou bem deprimida, bem triste. Ela foi se acuando de um jeito... Ela tinha algumas atividades na igreja e começaram a discriminá-la. Ela perguntava: como é que pode, dentro de minha religião, acontecer isso? O pessoal não tem amor? Depois disso, algumas pessoas próximas dela: o marido, os filhos, os vizinhos, o agente de saúde chamaram eles e começaram a conversar. Explicaram o que era a doença e que depois de 15 dias de tratamento não tinha mais risco nenhum para os demais membros da igreja. Eles aceitaram e até passaram isso para o corpo da igreja e o pessoal começou a se aproximar novamente. Mas ela já tinha sofrido um bocado.



Márcio (ACS)

sianos se anterioriza, deixando-as desprotegidas com a área mais vulnerável. Nas articulações interfalângicas desenvolvem-se retrações das estruturas plantares. Com o passar do tempo, sem a execução das amplitudes de movimentos completos, esses dedos evoluem para a rigidez de suas articulações (garras rígidas).

Alterações sensitivas

As lesões ou comprometimentos dos nervos fibular comum e tibial acarretam perdas sensitivas em todo o pé. A mais grave é a da região plantar, pois esta região recebe todas as forças resultantes do peso corporal (Fig. 4). Na postura estática, a pressão recai sobre ambos os pés: no calcanhar, base do quinto metatarsiano, cabeça dos metatarsianos e base do hálux. Dinamicamente, na marcha ou na corrida, temos os mesmos pontos de suporte de pressão com os seguintes agravamentos: 1) na marcha, cada pé suporta o peso todo durante a fase de passagem do outro membro; 2) o calcanhar sofre a tensão da desaceleração na fase do impacto do calcanhar no solo; 3) o ante-pé sofre todas as tensões na fase de impulsão.



Figura 4 – Distribuição sensitiva do pé

A marcha é uma atividade de grande exigência mecânica para os membros inferiores. Para tal, os pés contam com pele e tecido subcutâneo com estrutura apropriada, com sensibilidade superficial e profunda, que geram reflexos vasomotores e neuromusculares de acomodação e proteção.

Com o comprometimento do nervo tibial, ocorre diminuição, ou mesmo perda, da sensibilidade da região plantar, além de alterações dos músculos intrínsecos do pé. Os reflexos de acomodação também se alteram, e o pé, como um todo, fica mais sujeito aos traumas decorrentes da marcha.

Alterações autonômicas

A ruptura do arco reflexo vascular leva a uma anoxia tecidual relativa, pois a circulação não se acomoda às necessidades de momento dos tecidos.

A anidrose decorrente da disfunção das glândulas sudoríparas torna a planta do pé seca, e sua camada córnea, dura e espessa, tende a se quebrar. As “rachaduras” plantares ou fissuras são muito comuns e, freqüentemente, são portas de entrada de agentes infecciosos (Foto 18).

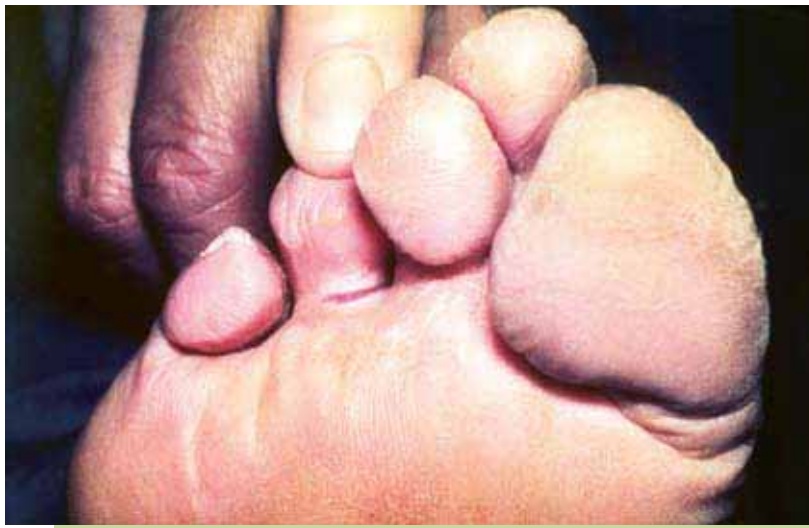


Foto 18 – Fissuras: pé seco

As calosidades são espessamentos da queratina em resposta à fricção e às tensões existentes nas áreas que suportam essas pressões. Quando pouco espessos e pouco localizados são até protetores. Mas quando sua espessura é grande e localizada, associada a uma diminuição ou perda da sensibilidade, são perigosos fatores predisponentes de úlcera plantar. Os calos se comportam como mecanismos de acentuação das pressões ou das tensões. São comuns nas bordas das úlceras plantares, formando calosidades elevadas ao redor da escara.

Úlcera plantar

A causa básica da úlcera plantar é a perda de sensibilidade protetora ou anestesia na região plantar por lesão do nervo tibial. Outros fatores aumentam o risco do seu surgimento, tais como: paralisia e perda do volume dos músculos intrínsecos do pé, perda do coxim normal sob a cabeça dos metatarsianos, pele anidrótica, alterações biomecânicas e/ou deformidades (garras, pé caído e alterações de estruturas ósseas). Longas caminhadas, passos longos e/ou corridas também contribuem para o desenvolvimento de úlceras.

O indivíduo com sensibilidade protetora preservada deverá estar atento aos primeiros sinais (dor) de uma lesão, levando ao repouso e à proteção. A pessoa com acometimento da parte sensitiva pode perder essa capacidade. Nesses casos, a visão se torna imprescindível para identificar os primeiros sinais de uma lesão e tomar os cuidados necessários.

A úlcera pode se iniciar por um hematoma subdérmico e edema (fase de pré-úlcera). Mantendo-se a repetição do trauma sobre a mesma área, haverá um maior comprometimento dos tecidos, aumento do edema e progressão para um abscesso com ulceração. A úlcera pode ser dividida em vários graus de acordo com o comprometimento dos tecidos, desde uma lesão mais superficial até lesões mais profundas, com comprometimento de articulação, tendões e ossos, levando muitas vezes à osteomielite, com posterior necrose e perda de segmentos ósseos. São estas lesões mais graves que levam a deformidades e alterações da forma do pé (Foto 19).

Diante desses fatores, fica clara a importância da educação da pessoa para a prevenção das úlceras plantares, particularmente no que se refere ao exame diário do pé e dos sapatos e aos cuidados quanto à marcha.



Foto 19 - Úlcera plantar

Pé reacional

Trata-se do envolvimento agudo do pé durante os estados reacionais tipo eritema nodoso hansênico (ENH), ocorrendo em casos virchowianos e dimorfos.

O pé apresenta-se com edema, aumento de temperatura e há presença de lesões específicas do ENH. Os tecidos profundos também são acometidos, podendo ocorrer miosites dos músculos intrínsecos, artrites, tenossinovites e osteítes. Esses comprometimentos, se não controlados pelo tratamento, podem levar a deformidades no pé, ainda que isso não seja tão evidente, como ocorre na mão reacional.

Desintegração do tarso (Charcot)

O pé com anestesia na região plantar que também apresente comprometimento da sensibilidade articular pode desenvolver artropatia neurogênica (Charcot). Trata-se de fraturas trabeculares e justarticulares desencadeadas por traumas repetidos. É mais comum em pés com osteoporose e já com deformidades em sua arquitetura. O fator precipitante mais importante é a repetição do trauma, isto é, o paciente sofre uma fratura inicial e continua a caminhar, causando maior dano às estruturas ósseas, sem dar tempo para regeneração. A região do tarso é a mais acometida, apresentando-se edemaciada e com importante aumento de temperatura. Usualmente o paciente não se queixa de dor. Há importante destruição e desarranjo da estrutura óssea que, quando consolidada, pode deixar o pé com severas deformidades.



Por meio de exames regulares é possível identificar os problemas precocemente e tratá-los adequadamente. A avaliação sistemática permite ainda acompanhar o tratamento, evitando-se danos maiores.

O resultado da avaliação neurológica deve ser registrado em formulário próprio, e a classificação do grau de incapacidades, no modelo adotado pelo Ministério da Saúde (conforme formulários no Capítulo formulários). A classificação do grau de incapacidade deverá ser feita no diagnóstico e na alta do paciente.

A avaliação neurológica deverá ser feita:

- no diagnóstico da hanseníase;
- no decorrer do tratamento, em intervalos de três meses;
- mensalmente, durante neurites e reações, ou quando houver suspeita destas, durante e após o tratamento;
- na apresentação de queixas (ficar alerta às neuropatias silenciosas, quando não há queixas);
- na alta.

A valorização da queixa é importante na avaliação como subsídio para o diagnóstico e a conduta. A avaliação completa de um paciente compreende: face, nariz, olho, membros superiores e inferiores.

Face

Inspeção

Verifica-se a presença ou não de deformidades ou outras alterações que podem traduzir uma paralisia facial, como, por exemplo, a abolição do sulco naso-labial e das rugas frontais, bochecha em saco e outros.

É importante comparar as hemifaces direita e esquerda (Foto 20)



Foto 20 – Exame dos olhos: inspeção

Exploração da força muscular

O exame dos músculos da face deve ser realizado em ambiente calmo, com o paciente relaxado, a fim de que o técnico possa observar sua expressão.

Os músculos devem ser testados e graduados em:

- Normal: quando o paciente realiza o movimento completo, com força máxima.

- Parético: quando o paciente realiza movimento incompleto, com força diminuída.
- Paralisado: quando o paciente não consegue realizar o movimento solicitado.

Prevenção e tratamento

É necessário que o paciente fique em frente a um espelho a fim de que possa observar o movimento e a melhoria do quadro clínico obtido pelos exercícios.

Nariz

Avaliação

Identificar sintomas subjetivos por meio de perguntas simples, como por exemplo:

- Sente o nariz seco?
- Sente o nariz entupido?
- O nariz sangra?

Registrar problemas nasais anteriores e procedimentos cirúrgicos.

- Inspeccionar a parte externa do nariz e o interior das narinas, utilizando boa iluminação. Na parte externa, verificar as condições da pele, a presença de hansenomas, infiltrações, hiperemia, ulceração e cicatrizes. Observar se há deformidades da pirâmide nasal ou pinçamento de narina.
- Examinar o interior do nariz, posicionando o paciente com o pescoço estendido. Fazer abertura das narinas com o auxílio de um foco luminoso, observando:
 - condições da mucosa (cor, umidade, atrofia, presença de úlceras);
 - o septo cartilaginoso (integridade, perfuração, atrofia);
 - a quantidade e as características da secreção nasal (ausência, hipersecreção mucopurulenta, sanguinolenta, com odor fétido).

Prevenção e tratamento

- Ressecamento da mucosa

O paciente deve ser orientado a hidratar e a lubrificar a mucosa nasal várias vezes ao dia, colocando água limpa no côncavo da mão ou recipiente, aspirando a água e deixando-a escorrer. Colocar vaselina ou outra substância emoliente na entrada das narinas e massagear levemente na parte externa (Foto 21).



Foto 21 – Higiene do nariz

■ **Hipersecreção**

Ver a conduta do ressecamento da mucosa. Recomendar que não assoe o nariz com força.

■ **Crostas**

Ver a conduta do ressecamento da mucosa. Recomendar para não retirar crostas com o dedo, cotonete ou outros objetos.

■ **Úlceras:**

As úlceras cicatrizam com certa facilidade, desde que sejam limpas e não se repitam os traumas. Fazer lavagem, remover as crostas. Aplicar pomada antibiótica (prescrição médica). Repetir o procedimento até a cicatrização. O Quadro 2 apresenta um resumo dos cuidados nasais.

Quadro 2 – Resumo dos cuidados nasais

Resumo dos cuidados nasais	
Achados	Condutas
Ressecamento da mucosa	Hidratação e lubrificação
Hipersecreção	Hidratação e lubrificação Recomendação: não assoar o nariz com força
Crostas	Hidratação e lubrificação Recomendação: não retirar crostas com o dedo, cotonete ou outros objetos
Úlceras	Limpeza, remoção das crostas, aplicação de pomada de antibiótico Recomendação: repetir até a cicatrização
Quadros que não melhoraram ou pioram	Encaminhamento: otorrinolaringologista.
Desabamento nasal	Encaminhamento: cirurgia plástica.

Olhos

Avaliação

Identificar sintomas subjetivos por meio de perguntas simples, como por exemplo:

- O olho arde? Quando?
- Tem dor? Quando?
- Fica vermelho? Quando?
- Coça? Quando?

Registrar problemas oculares anteriores e procedimentos cirúrgicos.

Exame ocular

Em ambiente com boa iluminação (de preferência natural) inicia-se o exame do segmento anterior:

- **Vias lacrimais:** avalia-se a produção lacrimal através do Teste de Schirmer com uma pequena fita de papel filtro de laboratório nº 40 ou 50 de 35 x 5 mm (mais a parte da ponta) com a

ponta dobrada, encaixada no fundo do saco palpebral inferior na porção temporal. Após 5 minutos, retira-se a fita, mede-se a extensão da parte umedecida, registra-se e compara-se com o normal (igual ou maior que 10 mm). Um resultado igual ou menor que 5 mm indica uma patologia de ressecamento de córnea (Foto 22).

Verificar se há obstrução dos canais lacrimais fazendo suave compressão no canto interno do olho para constatar a presença e o refluxo de secreção purulenta (dacriocistite). Observar a posição e a abertura do ponto lacrimal que, se alterado, pode levar à epífora.



Foto 22 - Teste de Schirmer

- **Área superciliar e ciliar:** verifica-se a presença de infiltrações, nódulos, manchas, madarose, etc.
- **Pálpebras:** verifica-se a presença de infiltrações, inversão da margem palpebral (entrópio), eversão da margem palpebral (ectrópio), pregueamento da pele (blefarocalase), má implantação dos cílios, roçando a córnea (triquíase) (Foto 23).



Foto 23 - Inspeção da pálpebra superior

- **Músculos orbiculares:** observa-se o piscamento espontâneo e completo.
- **Avalia-se o tônus muscular:** pede-se ao paciente para fechar os olhos suavemente e com o dedo mínimo tenta-se elevar a pálpebra superior, observando e sentindo sua resistência, e ao soltar, observando seu retorno à posição anterior. A diminuição da resistência e/ou pregueamento assimétrico significa parestesia. A presença de fenda junto com o quadro anterior significa lagofalmo. A fenda deve ser medida, e o resultado, anotado em milímetros (mm).

Para essa avaliação o examinador deverá posicionar-se de frente para o paciente, olhando para as pálpebras de baixo para cima, pois os cílios podem dificultar a visualização de uma fenda pequena.

- Pede-se ao paciente para fechar os olhos com toda força e observam-se as pálpebras, o pregueamento assimétrico. A presença de fenda significa lagofalmo. A fenda deve ser medida, e o resultado, anotado em milímetros (mm).
- **Conjuntiva:** observa-se a presença de hiperemia, tecido fibrovascular temporal e/ou nasal (ptérgio), de secreção, cicatrizes, nódulos, úlceras e folículos (pode ser tracoma). Para examinar a conjuntiva inferior, traciona-se a pálpebra inferior para baixo e pede-se ao paciente para olhar para cima. Para a pálpebra superior, utiliza-se um cotonete e everte-se a pálpebra, com o paciente olhando para baixo.
- **Córnea:** observam-se brilho, transparência, homogeneidade (reflexo da janela); verifica-se a presença de cicatrizes, corpos estranhos, úlceras, vascularização, pontos esbranquiçados (leucoma).

Avalia-se a sensibilidade com um fio dental fino ou extrafino, sem sabor, medindo 5 cm de comprimento livre, tocando-se na periferia temporal da córnea, observando o piscar imediato, demorado ou ausente (Fotos 24 e 25).

Recomenda-se que o paciente fique sentado e o examinador se posicione na frente, pedindo que o paciente olhe para a testa ou para o dedo do examinador.



Foto 24 – Pesquisa de sensibilidade da córnea
Técnica 1 – Dedo do examinador



Foto 25 – Pesquisa de sensibilidade da córnea
Técnica 2 – Mão apoiando a face

- **Pupila:** observam-se posição, tamanho, contorno, regularidade e reação fotomotora.
- **Cristalino:** observa-se através da pupila e verifica-se se esta está preta ou esbranquiçada. Quando esbranquiçada, pode ser sinal de catarata.
- **Pressão intra-ocular (PIO):** estando o paciente com os olhos entreabertos, olhando para baixo, pressiona-se alternadamente com os dois dedos indicadores cada globo ocular, separadamente. Avalia-se a resistência em ambos os olhos, se é igual ou diferente. Uma maior resistência acompanhada ou não de dor pode indicar um aumento da pressão intra-ocular, isto é, glaucoma (Foto 26).



Foto 26 – Avaliação da pressão intra-ocular (PIO)

- **Acuidade visual (AV):** avalia-se através da Tabela de Snellen colocada na distância indicada nela (5 ou 6 m). A linha 0,8 deve ficar na altura dos olhos da pessoa. Após explicar o procedimento ao paciente, aponta-se com um lápis preto cada optotipo, começando com o maior. Considera-se como válida a última linha na qual o paciente consegue ler corretamente pelo menos 2/3 dos optotipos (Foto 27).

Se o paciente não consegue ler o maior (0,05 ou 0,1), faz-se a contagem de dedos (CD), começando a 6 metros. Aproximar-se de passo em passo. Registrar a distância em que o paciente consegue dar duas a três respostas corretas (e.g, CD a 3 m).

Se o paciente não consegue contar os dedos a 1 metro, verifica-se se ele percebe a movimentação da mão nesta distância. Em caso negativo usar uma lanterna para verificar se ele percebe a presença do foco luminoso.

Cada olho deve ser avaliado separadamente (Foto 28).



EU ME SENTI COMO SE ESTIVESSE NA MÃO DE UMA PESSOA BEM COMPETENTE

Quando eu tive hanseníase, eu não tive manchas. Em mim já veio logo seqüela, a mão em garra. Fiquei mais ou menos um ano de hospital em hospital, somente chorando. Ninguém dava o diagnóstico [...] quando cheguei ao posto, uma enfermeira me viu, olhou pra mim e eu senti que ela sabia o que eu tinha. Ela olhou os pedidos de exame, colocou na mesa e falou assim: não, você não precisa fazer nada disso aqui não. Vá falar com a enfermeira Marta, que lá você vai fazer o tratamento. Ela falou com tanta certeza que eu me senti como se estivesse na mão de uma pessoa bem competente. Uma enfermeira que já tinha muito conhecimento mesmo, só de olhar, ela já sabia o que eu tinha. Eu falei pra ela: você sabe o que eu tenho. O que é que eu tenho? Ela disse: você tem hanseníase. Eu nunca tinha ouvido falar. Na minha família não tem nenhum caso. Aí eu perguntei o que era e ela disse que era uma doença comum, que eu ia tratar durante um ano e ficaria curado. Mas eu já tinha seqüelas e hoje não posso mais trabalhar com as mãos.



Damião

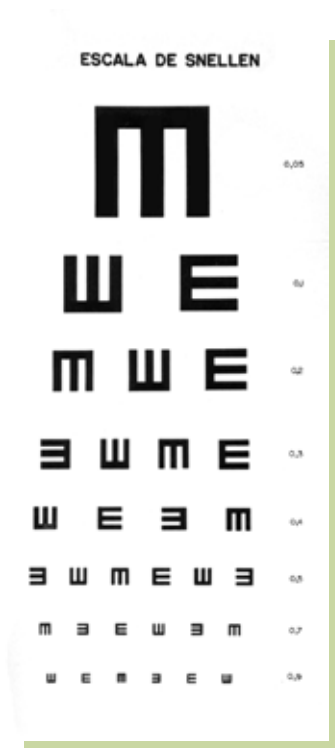


Foto 27 – Avaliação da acuidade visual (Tabela de Snellen)



Foto 28 - Avaliação da acuidade visual

Prevenção e tratamento

- Blefarocalase

Conceito: excesso de pele na pálpebra superior.

Tratamento: cirúrgico.

- Catarata

Conceito: opacificação do cristalino.

Sinais e sintomas: pupila esbranquiçada ou branca, diminuição da acuidade visual.

Tratamento: cirúrgico.

- Conjuntivite

Conceito: infecção da conjuntiva.

Sinais e sintomas: hiperemia conjuntival, lacrimejamento, fotofobia, prurido ocular, ardor e às vezes secreção.

Tratamento: higiene ocular com soro fisiológico ou água limpa fria; evitar infecções secundárias pelas mãos, por toalhas e lenços; colírio antibiótico a critério médico.

- Dacriocistite

Conceito: infecção do saco lacrimal.

Sinais e sintomas: hiperemia conjuntival, edema e hiperemia na área do ponto lacrimal, refluxo de secreção purulenta do ponto lacrimal.

Tratamento: colírio de antibiótico e antibiótico sistêmico a critério médico; cirúrgico.

■ Ectrópio

Conceito: eversão da pálpebra inferior.

Sinais e Sintomas: ardor, sensação de corpo estranho, lacrimejamento.

Tratamento: lubrificação artificial, proteção diurna e noturna; cirúrgico.

■ Entrópio

Conceito: inversão da margem palpebral superior e/ou inferior.

Sinais e Sintomas: ardor, sensação de corpo estranho ou areia.

Tratamento: cirúrgico.

■ Esclerite

Conceito: processo inflamatório da esclera.

Sinais e Sintomas: hiperemia nodular localizada, dor ao movimentar o olho e às vezes fotofobia e diminuição da acuidade visual.

Tratamento: higiene ocular;

Colírio antibiótico e corticosteróide a critério médico.

Controle da pressão intra-ocular no uso do corticosteróide.

■ Glaucoma

Conceito: aumento da pressão intra-ocular.

Sinais e Sintomas: globo ocular endurecido à palpação, presença ou não de dor ocular, pupila dilatada sem fotorreação, hiperemia, diminuição da acuidade visual.

Tratamento: encaminhamento URGENTE ao médico oftalmologista.

■ Iridociclite

Conceito: processo inflamatório grave que atinge a íris e o corpo ciliar, comum nos processos reacionais.

Sinais e sintomas: dor ocular intensa, diminuição brusca da acuidade visual, miose, pupila irregular (sinéquias posteriores), hiperemia pericorneana, fotofobia, lacrimejamento, às vezes aumento da pressão intra-ocular.

Obs.: em alguns casos pode ocorrer a iridociclite assintomática = silenciosa.

Tratamento: encaminhamento URGENTE ao médico oftalmologista; colírio corticosteróide, colírio midriático, compressas mornas, analgésicos, controle da pressão intra-ocular (PIO).

■ Lagoftalmo inicial

Conceito: incapacidade parcial de ocluir os olhos pela diminuição da força do músculo orbicular.

Sinais e sintomas: diminuição da força muscular (paresia) ou fenda palpebral de 1 a 2 mm ao fechar o olho suavemente, o que leva ao ressecamento da conjuntiva inferior, com ardor, lacrimejamento, prurido pela manhã (se não apresentar anestesia de córnea).

Tratamento: lubrificação artificial com colírio e pomada, proteção diurna (óculos de sol) e noturna (óculos de pano); exercícios, piscar frequente.

■ Lagofalmo avançado

Conceito: incapacidade total de ocluir os olhos pela paralisia dos músculos orbiculares.

Sinais e sintomas: fenda palpebral igual ou maior que 3 mm, mesmo fechando o olho com força, hiperemia conjuntival inferior, córnea esbranquiçada na margem inferior, ceratite superficial, ardor, lacrimejamento, sensação de corpo estranho, às vezes dor (se não apresentar anestesia de córnea).

Tratamento: lubrificação artificial com colírio e pomada, proteção diurna e noturna; exercícios, piscar frequente; cirúrgico.

■ Madarose

Conceito: queda dos cílios da região superciliar e/ou ciliar.

Tratamento: maquiagem permanente; cirúrgico.

■ Pterígio

Conceito: tecido fibrovascular em forma triangular, temporal e/ou nasal.

Sinais e sintomas: hiperemia conjuntival localizada, às vezes ardor e lacrimejamento.

Tratamento: lubrificação artificial; proteção diurna; colírio a critério médico; cirúrgico.

■ Ressecamento da córnea

Conceito: falha na lubrificação da córnea causada por lagofalmo, ectrópio, triquíase e/ou baixa produção lacrimal, diminuição da sensibilidade da córnea.

Sinais e sintomas: ardor, sensação de corpo estranho (areia), prurido, lacrimejamento, hiperemia conjuntival, teste de Schirmer menor que 10 mm, ceratite superficial, diminuição da acuidade visual.

Tratamento: lubrificação artificial com colírio e pomada; piscar frequente.

■ Triquíase

Conceito: cílios voltados para dentro, roçando o globo ocular.

Sinais e sintomas: ardor, sensação de corpo estranho, hiperemia conjuntival, lacrimejamento, erosão da córnea, ceratite superficial.

Tratamento: retirada manual dos cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessário; lubrificação artificial; cirúrgico.

■ Úlcera de córnea

Conceito: lesão do epitélio corneano causada por ressecamento, triquíase, traumatismos diversos, corpo estranho, queimaduras químicas e outros.

Sinais e sintomas: dor ocular, fotofobia, lacrimejamento, visão embaçada, hiperemia localizada, córnea opaca localizada.

Tratamento: encaminhamento URGENTE ao médico oftalmologista.

Limpeza ocular, curativo com lubrificante artificial e pomada epitelizante ou antibiótico. Em casos de lagofalmo e ectrópio é indispensável o uso de lente no curativo oclusivo; não ocluir em casos de queimaduras químicas e lavar com uma grande quantidade de água, no mínimo 15 a 30 minutos.

Além dos achados citados podem haver nódulos (hansenomas) na área de superfícios, pálpebras e esclera. Os sinais e os sintomas são hiperemia nodular, dor ao movimentar o olho, se for na esclera. O tratamento consiste na medicação sistêmica específica da hanseníase e às vezes necessita de retirada cirúrgica.

Procedimentos

Limpeza ocular

Material

- água limpa ou soro fisiológico;
- cuba ou outro recipiente;
- papel macio (lenço de papel, papel higiênico, tecido limpo).

Técnica

- paciente sentado ou deitado;
- cabeça inclinada para trás e para o lado;
- jogar a água ou soro sempre do lado nasal para o temporal (Foto 29);
- enxugar a área externa do olho.



Foto 29 – Limpeza ocular



*EU TRANSFORMAVA
A REJEIÇÃO EM
OPORTUNIDADE*

Eu não falava espontaneamente, mas não negava se me perguntassem o que eu tinha, pois como eu fiquei mal com os efeitos dos remédios, as pessoas notavam que eu estava doente. Se quando eu dizia o que eu tinha ela dava três passos para trás, eu dava três pra frente e conversava, explicava que não havia risco de contágio. Em geral elas mudavam de atitude a partir da troca de informações. Eu transformava a rejeição em oportunidade de discutir e não me afastava delas. E na maior parte das vezes eu tive apoio das pessoas e não rejeição.



*Zilda
(pedagoga e psicóloga)*

Aplicação de colírio

Material

- frasco de colírio;
- papel macio.

Técnica

- paciente sentado, olhando para cima;
- afastar a pálpebra inferior na porção temporal;
- aplicar uma gota no saco palpebral, sem encostar o frasco (Foto 30);
- paciente fecha os olhos suavemente e permanece assim mais ou menos 30 segundos;
- enxugar levemente a parte externa, se for necessário.



Foto 30 – Técnica de aplicação de colírio

Aplicação de pomada

Material

- cotonete;
- papel macio;
- tubo de pomada.

Técnica

- paciente sentado;
- aplicar mais ou menos 1 cm de pomada na ponta do cotonete, formando uma bolinha;
- afastar a pálpebra inferior na porção temporal;
- encostar o cotonete na margem palpebral, girar o cotonete e a pomada no fundo do saco palpebral;
- enxugar levemente a parte externa, se for necessário.

Retirada de cílios

Material

- pinça de sobrancelhas;
- papel macio;
- foco luminoso;
- lente de aumento ou lupa binocular;
- lubrificante ocular.

Técnica

- paciente sentado;
- paciente olhando para baixo (retirada de cílios superiores) (Foto 31);
- paciente olhando para cima (retirada de cílios inferiores);
- retirar cada cílio encostado no globo ocular;
- aplicar uma gota de lubrificante artificial ao terminar.

Recomendação:

Pacientes sem alterações da sensibilidade corneana, retirar sempre que tiver queixas.
Pacientes com baixa sensibilidade corneana, retirar pelo menos uma vez por mês.

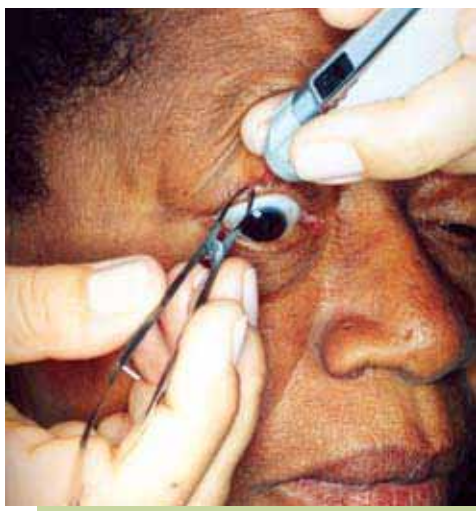


Foto 31 – Retirada manual de cílios

Curativo com lente

Material

- colírio;
- pomada;
- lente de óculos;
- gaze (7 x 7);
- micropore, esparadrapo ou fita adesiva.

Técnica

- realizar limpeza ocular;
- aplicar colírio e pomada;
- fixar a lente (Foto 32);
- cobrir com gaze e fixar;
- trocar de 24/24 horas até a cicatrização da lesão.

Recomendação:

Utilizar esta técnica nos casos de lagoftalmo e ectrópio.



Foto 32 – Curativo oclusivo com lente

Curativo sem lente

Material

- colírio;
- pomada;
- gaze (5 x 3 e 7 x 7);
- micropore, esparadrapo ou fita adesiva.

Técnica

- realizar limpeza ocular;
- aplicar colírio e pomada;
- pedir ao paciente para fechar os olhos;
- colocar e fixar a primeira gaze (5 x 3) no sentido transversal, fazendo uma leve pressão para baixo;
- repetir com uma segunda gaze (5 x 3);
- cobrir com a terceira gaze (7 x 7) fazendo de novo leve pressão para baixo;
- fixar bem a última gaze;

Frequência

- trocar de 24/24 horas até a cicatrização da lesão.

Recomendação:

Utilizar este procedimento sempre que o paciente necessitar repouso e proteção ocular.

Exercícios

Técnica

- pedir ao paciente que feche os olhos suavemente;
- pedir que ele agora feche com força máxima;
- permanecer assim por 5 segundos (contar lentamente de um a cinco);
- pedir para abrir os olhos, relaxar.

Frequência

- repetir dez vezes os exercícios;
- realizar três sessões diárias.

Procedimento indispensável em casos de paresia e lagofalmo.

Proteção diurna (Foto 33)

Material

- óculos de sol com hastes laterais largas;
- chapéu ou boné.

Proteção noturna (Foto 34)

Material

- óculos de pano forrado de espuma ou EVA.

Procedimento indicado em casos de lagofalmo avançado e ectrópio.



Foto 33 – Proteção diurna
(Pessoa com óculos de sol com hastes laterais largas com chapéu ou boné)



Foto 34 – Proteção noturna
(Óculos de proteção feito de pano, óculos de proteção feito de EVA)

Encaminhamentos

Urgentes

- hiperemia com dor;
- hiperemia com brusca diminuição da visão;
- hiperemia com secreção;
- pressão intra-ocular aumentada.

Eletivos não urgentes

- acuidade visual abaixo de 0,6 ou diferença de duas ou mais linhas entre os olhos (Tabela de Snellen);
- pálpebra desabada, evertida;
- olho fechado com permanência de fenda;
- pupila branca;
- córnea opaca e/ou com vasos;
- cílios invertidos, roçando a córnea.



Fique de olho

Os encaminhamentos poderão ser modificados de acordo com as condições de cada unidade.

O Quadro 3 apresenta um resumo dos cuidados oculares.

Quadro 3 – Cuidados oculares

Resumo dos cuidados oculares	
Achados	Condutas
Blefarocalase	Cirurgia
Catarata	Cirurgia
Conjuntivite	Higiene ocular com água limpa fria ou soro fisiológico Evitar infecções secundárias pelas mãos, toalhas e lenços Colírio antibiótico a critério médico
Dacriocistite	Colírio antibiótico e antibiótico sistêmico a critério médico Cirurgia
Ectrópio	Lubrificação artificial, proteção diurna e noturna Cirurgia
Entrópio	Cirurgia
Esclerite	Higiene ocular Colírio antibiótico e corticosteróide a critério médico Controle da pressão intra-ocular no uso do corticosteróide
Glaucoma	Encaminhamento URGENTE ao médico oftalmologista
Iridociclite	Encaminhamento URGENTE ao médico oftalmologista Colírio corticosteróide, colírio midriático, compressas mornas, analgésicos Controle da pressão intra-ocular (PIO)
Lagoftalmo inicial	Lubrificação artificial



Resumo dos cuidados oculares	
Lagoftalmo avançado	Lubrificação artificial com colírio e pomada, proteção diurna e noturna Exercícios, piscar freqüente
Madarose	Maquiagem permanente Cirurgia
Pterígio	Lubrificação artificial Proteção diurna Colírio a critério médico Cirurgia
Ressecamento da córnea	Lubrificação artificial com colírio e pomada Piscar freqüente
Triquíase	Retirada manual dos cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessária Lubrificação artificial Cirurgia
Úlcera de córnea	Encaminhamento URGENTE ao médico oftalmologista Limpeza ocular, curativo com lubrificante artificial e pomada epitelizante ou antibiótica Em casos de lagoftalmo e ectrópio, é indispensável o uso de lente no curativo oclusivo Não ocluir em casos de queimaduras químicas e lavar com uma grande quantidade de água, no mínimo por 15 a 30 minutos

Membros superiores

Avaliação

Identificar sintomas subjetivos por meio de perguntas simples, como por exemplo:

- Sente dor?
- Sente formigamento?
- Sente fraqueza?
- Sente diferença entre as duas mãos?

Inspeccionar mãos e braços em suas faces dorsal e palmar, estando o paciente com os membros superiores relaxados.

■ Pele e anexos

Edemas, calosidades, cicatrizes, fissuras, infiltrações, macerações, lesões traumáticas ou dermatológicas, condições dos espaços interdigitais, queda de pelos (alopécia), ressecamento da pele (anidrose), cor, condições das unhas.

■ Músculos

Volume muscular das regiões tenar, hipotenar, espaços interósseos, com destaque para o primeiro interósseo dorsal e o antebraço.

■ Dedos

Desvios das falanges em relação aos metacarpos, reabsorções, retrações, garras e outras deformidades.

HANSENÍASE, UMA DOENÇA NORMAL... NÃO TIVE NADA, BRONCA NENHUMA

Eu já tinha ouvido falar porque minha mãe teve a doença, ela tratou-se durante um ano. Eu tinha um sopro no coração e umas dores nos ossos e uma médica pensou que eu tivesse febre reumática e passou benzetacil. Mas quando o tratamento de minha mãe acabou apareceu uma mancha no meu braço, parecida com uma impinge. A da minha mãe era esbranquiçada, por isso ela não imaginava que a minha fosse hanseníase também. Quando ela viu um vizinho, que tinha hanseníase, com essas manchas parecendo impinge, ela ficou assustada e me trouxe no posto de saúde, aí a médica me examinou e disse que eu também tava com a doença. Eu fiz o tratamento, terminei em janeiro de 2007. Disseram que eu ia ter enjôos, mas eu não tive nada. Bronca nenhuma. Só quando eu tomava a dose aqui no posto mudava a cor da urina. Mas não tive mais nada, nenhuma reação. Eu sou acompanhado pelo médico aqui do posto de seis em seis meses. Quando me perguntavam o que eram as manchas, eu dizia: é hanseníase, uma doença normal. Não tive nenhuma rejeição dos meus irmãos e dos amigos porque a gente sempre procura ajudar uns aos outros.



Paulo Ricardo (18 anos)

Palpar os troncos nervosos perguntando se há dor e/ou choque. Fazer a palpação com manobras suaves para não causar desconforto ao paciente, usando a polpa do segundo e do terceiro dedos. Seguir o trajeto do nervo. Perceber a espessura, a forma, as aderências nos planos profundos e a existência de nódulos. Comparar com o lado oposto.

■ Nervo ulnar (cubital)

Palpar o nervo ao nível da goteira epitrocleeana ou acima desta com o cotovelo em flexão de 90° a 120°, com a mão da pessoa apoiada na do examinador (Foto 35).

■ Mediano

Palpar o nervo entre os tendões dos músculos palmar longo e flexor radial do carpo com o punho em ligeira flexão, apoiado pelo examinador. Normalmente este nervo não é palpável. Neste caso pode-se fazer percussão com as polpas dos dedos na face anterior do antebraço, ao longo do trajeto do nervo mediano (Foto 36).

■ Nervo radial

Palpar o nervo ao nível do canal de torção do úmero, no terço médio do braço com o cotovelo em flexão e a mão apoiada na do examinador (Foto 37).



Foto 35 – Palpação do nervo ulnar



Foto 36 – Palpação do nervo mediano



Foto 37 – Palpação do nervo radial

Explorar a mobilidade articular ativa e passiva das articulações a fim de observar se existem limitações na amplitude do movimento. As articulações serão classificadas como normais, móveis ou rígidas:

- Articulação normal, quando há amplitude completa de movimento ativo das articulações.
- Articulação móvel, quando há uma boa amplitude de movimento passivo, mesmo que não atinja 100%.
- Articulação rígida, quando há perda de 25% ou mais de sua mobilidade passiva.

■ Rádio-ulnar

Paciente sentado, o examinador segura sua mão e executa amplo movimento de pronação e supinação.

■ Rádio-carpiana

Paciente sentado, o examinador fixa o antebraço e com a outra mão segura a mão do paciente, fazendo movimento de desvio ulnar, desvio radial, extensão e flexão do punho.

■ Carpo-metacarpiana

Na mesma posição anterior, o examinador estabiliza a mão do paciente, segura o primeiro metacarpo na sua posição distal, executando movimento de flexão, extensão, rotação, abdução e adução. Esta avaliação é praticamente limitada ao polegar.

■ Metacarpo-falangiana

O examinador estabiliza a mão do paciente pelos metacarpos, priorizando os movimentos de flexão e extensão das articulações metacarpo-falangianas.

■ Interfalangianas

O examinador estabiliza o punho do paciente em posição neutra, fixando a articulação mais proximal e aplicando o movimento de extensão e flexão nas articulações interfalangianas proximal e distal.

Avaliar o grau de força muscular e registrá-lo corretamente auxiliam na detecção precoce e no monitoramento das lesões nervosas periféricas. A graduação correta é indispensável para indicar exercícios adequados (Quadro 4).

Quadro 4 – Graduação da força muscular

Grau de força muscular	Observação clínica	Condição funcional
5	Amplitude de movimento completo contra a gravidade e resistência máxima	Forte
4	Amplitude de movimento completa contra a gravidade e resistência manual moderada	Diminuída
3	Amplitude de movimento completa contra a gravidade	Diminuída
2	Amplitude de movimento incompleta	Diminuída
1	Evidência de contração muscular, sem movimento articular	Paralisado
0	Sem evidência de contração muscular	Paralisado

Informações sobre nervos, músculos, funções e provas musculares (Quadro 5).

Quadro 5 – Noções de anatomia funcional e provas musculares – membros superiores

Nervos	Músculos	Funções	Provas musculares
Ulnar	Abdutor do quinto dedo (avaliação mínima exigida)	Abdução do quinto dedo (abertura)	Palma da mão para baixo. Segurar do segundo ao quarto dedos. O paciente abre o quinto dedo enquanto se aplica força contrária, de fora para dentro, na altura da falange proximal (Foto 38)
Ulnar	primeiro interósseo dorsal	Abdução do segundo dedo (abertura)	Palma da mão para baixo. Segurar do terceiro ao quinto dedos. O paciente abre o segundo dedo enquanto se aplica força contrária, de fora para dentro, na altura da falange proximal (Foto 39)
Ulnar/ mediano	Lumbricais e interósseos	Flexão das metacarpo-falangianas do segundo ao quinto dedos e extensão das interfalangianas (posição intrínseca)	Apoiar o dorso da mão e o antebraço. O paciente levanta os dedos, flexionando as metacarpo-falangianas e estendendo as falanges enquanto se aplica força contrária na face palmar da falange proximal da cada dedo (Foto 40)
Mediano	Abdutor curto do polegar (avaliação mínima exigida)	Abdução do polegar (mastro do navio)	Apoiar o dorso da mão e o antebraço. O paciente eleva o polegar em plano perpendicular à mão, enquanto se aplica força contrária, para baixo, na borda lateral da base da falange proximal (Foto 41)
Radial	Extensores do punho (avaliação mínima exigida)	Extensão do punho (punho para cima)	Apoiar o antebraço, deixando o punho relaxado. O paciente estende o punho, deixando os dedos relaxados, enquanto a força contrária, para baixo, é aplicada no dorso da mão (Foto 42)



Foto 38 – Prova da força muscular do abdutor do quinto dedo



Foto 39 – Prova da força muscular do primeiro interósseo dorsal



Foto 40 - Prova da força muscular dos lumbricais



Foto 41 - Prova da força muscular do abductor curto do polegar



Foto 42 - Prova da força muscular dos extensores do punho

Pesquisa de sensibilidade: a presença de sensibilidade cutânea normal depende da integridade do sistema nervoso central e periférico (truncos nervosos e finas terminações nervosas na pele). Sem ela o paciente perde a capacidade de perceber as sensações de calor, frio, dor, tato e pressão. Para a realização da pesquisa de sensibilidade são necessários alguns cuidados:

- Explicar ao paciente o exame a ser realizado, certificando-se de sua compreensão, para obter maior colaboração.
- Manter a concentração do examinador e do paciente.
- Ocluir campo de visão do paciente.
- Selecionar aleatoriamente a seqüência de pontos a serem testados. Tocar a pele deixando tempo suficiente (contar de um a dois) para o paciente responder. Repetir o teste para confirmar os resultados em cada ponto, se necessário.
- Realizar o teste em área próxima, dentro do mesmo território específico, quando na presença de calosidades, cicatrizes ou úlceras.

■ Técnica de avaliação da sensibilidade com estesiômetro

Antes de iniciar o teste, retire os monofilamentos do tubo e encaixe-os cuidadosamente no furo lateral do cabo. Disponha-os em ordem crescente, do mais fino para o mais grosso (Foto 43).

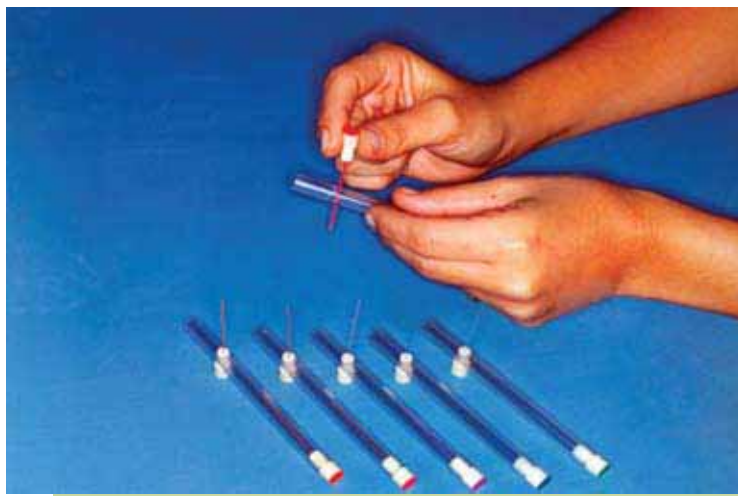


Foto 43 – Estesiômetro

Segurar o cabo do instrumento de modo que o filamento de nylon fique perpendicular à superfície da pele, a uma distância de 2 cm. A pressão na pele deve ser feita por 1 a 2 segundos, até obter a curvatura do filamento, sem permitir que este deslize sobre a pele (Foto 44).

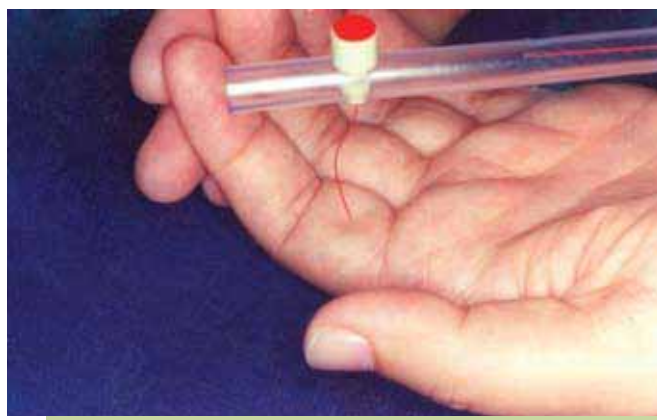


Foto 44 – Teste com estesiômetro

Iniciar o teste com o monofilamento mais fino 0,05 g (verde). Na ausência de resposta, utilizar o monofilamento 0,2 g (azul) e assim sucessivamente.



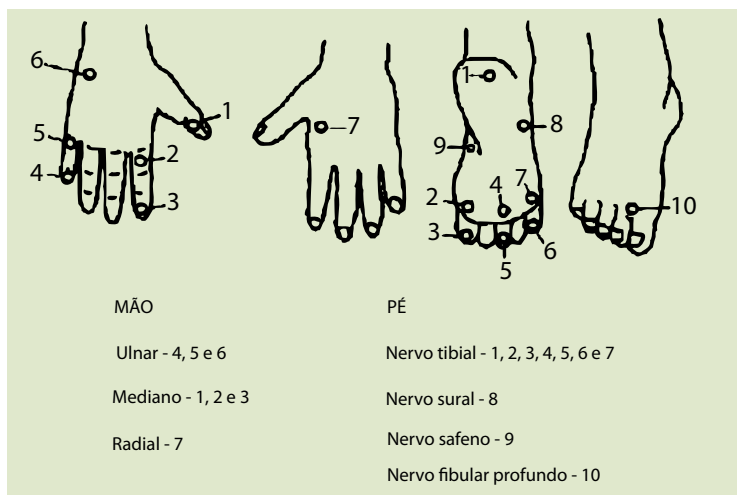
Aplicar os monofilamentos de 0,05 g (verde) e 0,2 (azul) em cada ponto específico por três vezes, e para os demais filamentos aplicar apenas uma vez.

Repetir o teste, em caso de dúvida.

Aplicar o teste nos pontos específicos dos nervos, conforme esquema a seguir (Fig. 5).

Registrar o teste, colorindo os pontos específicos com a cor correspondente ao primeiro monofilamento que o paciente sente.

Figura 5 – Pontos que devem ser testados



E QUANDO ALGUÉM QUE MORA COM VOCE É QUEM ADOECE?

Eu fiquei assustada, mas em nenhum momento pensei em sair de perto do meu marido. Depois ele me disse que não sabia como teria sido enfrentar a doença se eu não estivesse por perto. Fui com ele a quase todas as consultas. Cuidava para ele não beber no fim de semana. Comprava cerveja sem álcool. Li muito, perguntava tudo nas consultas, reclamava, era até chata. Mas nunca tinha as respostas satisfatórias. Não sei se a gente fica muito ansiosa ou se a doença é tão caprichosa que ninguém pode afirmar nada sobre o que vai acontecer. Achei o atendimento do serviço de saúde muito frio, impessoal. Os mais simpáticos e seguros do que diziam eram os auxiliares de enfermagem que estavam ali há anos. Outra coisa chata era passar horas na fila porque eles não marcavam hora. Era uma manhã inteira perdida. Meu marido não contou no trabalho. Como ele não teve nenhuma reação aos medicamentos nem reação da doença, ficou mais fácil não falar. Mas sempre tinha que inventar uma desculpa para ir tomar a dose supervisionada.



Nadeje

LEGENDA		CADA FILAMENTO CORRESPONDE A UM NÍVEL FUNCIONAL REPRESENTADO POR UMA COR
Verde	●	0,05 g - sensibilidade normal na mão e no pé
Azul	●	0,2 g - sensibilidade diminuída na mão e normal no pé - dificuldade para discriminar textura (tato leve)
Violeta	●	2,0 g - sensibilidade protetora diminuída na mão - incapacidade de discriminar textura - dificuldade para discriminar formas e temperatura
Vermelho (fechado)	●	4,0 g - perda da sensibilidade protetora na mão e às vezes no pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (marcar com x)	⊗	10 g - perda da sensibilidade protetora no pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (circular)	○	300 g - permanece apenas a sensação de pressão profunda na mão e no pé
Preto	●	- sem resposta - perda da sensação de pressão profunda na mão e no pé

Considera-se grau zero de incapacidade a presença de resposta positiva aos monofilamentos 0,05 g (cor verde) ou 0,2 g (cor azul), ou ainda 2,0 g (cor violeta) ou ao toque leve da caneta esferográfica.

Considera-se grau 1 de incapacidade a ausência de resposta positiva aos monofilamentos de 2,0 g (violeta) ou ao toque leve da caneta esferográfica.

■ **Técnica de avaliação com caneta esferográfica**

Esta técnica poderá ser realizada quando não houver a disponibilidade do monofilamento.

- manter as mãos do paciente e do examinador apoiadas;
- tocar cada um dos pontos da mão com a ponta da caneta esferográfica;
- tocar a pele levemente, causando apenas um discreto movimento, sem forçar e sem causar depressão ou isquemia local;
- solicitar ao paciente que responda sim quando sentir o toque ou aponte o local tocado;
- repetir o toque no mesmo local e com a mesma força se o paciente não sentir na primeira vez.
- registrar o resultado no prontuário ou em formulário próprio, adotando a seguinte codificação.

√ – se o paciente sentir a ponta da caneta esferográfica naquele ponto.

x – se o paciente não sentir a ponta da caneta esferográfica naquele ponto (anestesia).

Prevenção e tratamento

Hidratação, lubrificação e massagem da pele

A hidratação e a lubrificação da pele são usadas em pele seca e hiperqueratósica, compensando as funções sudoríparas e sebáceas acometidas, melhorando as condições da pele e preparando para os exercícios.

Na hidratação, utiliza-se água na temperatura ambiente. Para lubrificar, podem ser utilizados vaselina, glicerina, óleo mineral ou vegetal e creme. Deve-se evitar o uso de gorduras que atraiam insetos e roedores.

As contra-indicações são feridas e ulcerações, sinais de infecção profunda e micoses nos espaços interdigitais.

■ **Procedimento**

- mergulhar mão e antebraço na água por 10 a 15 minutos (Foto 45);
- retirar o excesso de água e enxugar entre os dedos;
- aplicar a substância emoliente;
- massagear as mãos.



Foto 45 – Hidratação das mãos

Exercício

É a mobilização passiva ou ativa, assistida ou não, de um segmento do corpo, indicada nas paresias e nas paralisias, com o objetivo de evitar ou diminuir retrações dos tecidos moles, manter ou recuperar a mobilidade articular, evitar deformidades, manter o tônus e melhorar a força muscular (Quadro 6).

Os **exercícios passivos** são indicados para retração de tecidos moles (dedos em garra, diminuição do espaço da primeira comissura e outros) e paresias e paralisias.

Os **exercícios ativos** são indicados para fraqueza muscular (paresia).

Os **exercícios ativos assistidos** são indicados para dedos em garra e fraqueza muscular (paresia).

Quadro 6 – Descritivo para orientação de exercícios

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

As contra-indicações dos exercícios ativos são: neurite aguda, mão reacional, traumatismo, úlceras e outros processos infecciosos. Passada a fase aguda, introduzir ou reiniciar os exercícios.

Exercícios (passos)

- 1º Posição inicial: acomodar o segmento em posição.
- 2º Contração progressiva lenta e gradual da musculatura até alcançar o grau máximo.
- 3º Contração máxima mantida por mais ou menos 5 segundos (contar lentamente de um a cinco).
- 4º Relaxamento progressivo lento da musculatura até a posição inicial.
- 5º Relaxamento completo por 5 segundos, para reiniciar o exercício (contar lentamente de um a cinco).

Recomendações importantes

- hidratar e lubrificar o segmento antes dos exercícios;
- ensinar um ou dois exercícios de cada vez;
- solicitar ao paciente que repita a técnica;
- repetir oito a dez vezes cada movimento ou de acordo com a capacidade do músculo;
- fazer duas a três vezes ao dia;
- diminuir ou suspender o exercício quando o paciente apresentar dor ou fadiga;
- verificar periodicamente a execução correta e ensinar novos exercícios, se for o caso;
- todas as formas de aplicação de resistência ao movimento, descritas nas provas musculares, podem ser utilizadas como exercícios de fortalecimento muscular;
- só aplicar resistência quando a musculatura tiver força suficiente para fazer o movimento completo;
- adaptar os exercícios de acordo com as necessidades de cada paciente.

Nos casos de paralisia com mais de um ano e meio de evolução, a finalidade dos exercícios é somente a de manter ou recuperar a amplitude articular.

Exercícios ativos e ativos assistidos

Músculos	Posição	Movimento
Interósseos dorsais e palmares, abductor do quinto dedo e adutor do polegar	Antebraço e mão em pronação	Afastar e aproximar todos os dedos simultaneamente em relação à linha média da mão. Pode-se usar um elástico de borracha do segundo ao quinto dedos para fazer resistência (Fig. 6).

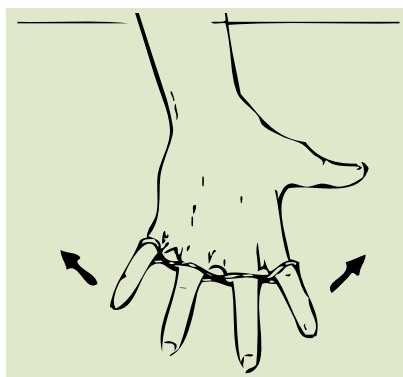


Figura 6 – Exercício ativo para os músculos interósseos

Músculos	Posição	Movimento
Lumbricais, interósseos, abdutor curto do polegar e oponente do polegar	Antebraço e mão em supinação	Elevar os dedos a 90°, estando estes estendidos. Pode ser realizado dedo a dedo ou em grupo, assim como pegar objetos de tamanhos variados com a polpa dos dedos, formando pinça ou então formar um cone com o polegar e os dedos (segundo ao quinto) (Fig. 7)

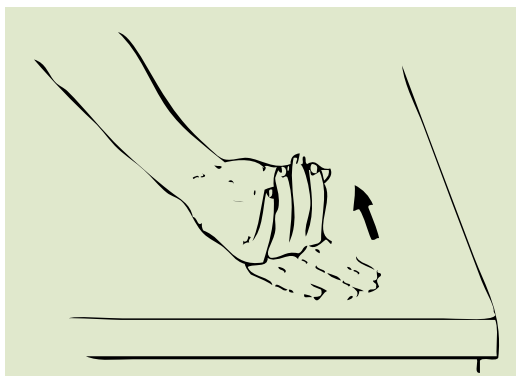


Figura 7 – Exercício ativo para os músculos lumbricais

Músculos	Posição	Movimento
Abdutor curto do polegar	Antebraço e mão em supinação	Elevar o polegar perpendicularmente à palma da mão. Pode-se colocar um elástico ao redor da falange proximal do segundo e terceiro dedos e falange distal do polegar para obter resistência ao movimento (Fig. 8)

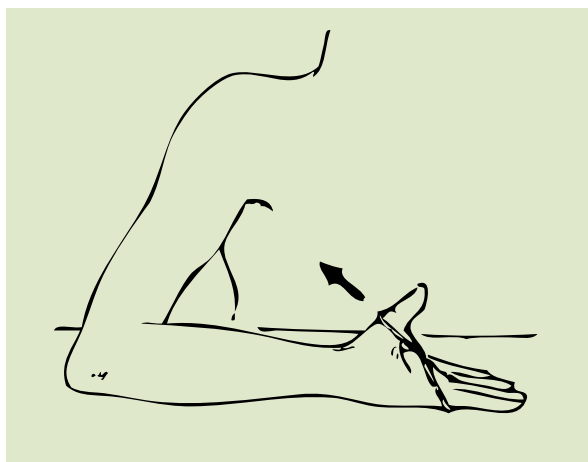


Figura 8 – Exercício ativo para abdutor curto do polegar

Músculos	Posição	Movimento
Extensores do punho e dos dedos	Antebraço e mão em pronação	Estender o punho, o polegar e os dedos simultaneamente (Fig. 9)

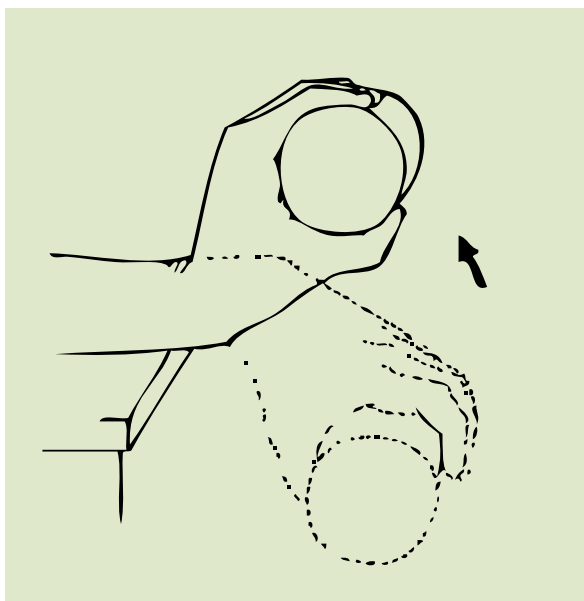


Figura 9 – Exercício ativo para os músculos extensores do punho e dos dedos

Exercícios passivos

Indicação	Posição	Movimento
Para a primeira comissura	Mão em pronação	Manter a articulação metacarpo-falangiana imobilizada. Segurar o primeiro metacarpo e afastar o polegar perpendicularmente em relação à palma da mão (Fig. 10)



Figura 10 – Exercício passivo para a primeira comissura



Indicação	Posição	Movimento
Para articulações interfalângicas (com ou sem garra)	Mão em supinação	Fixar a falange proximal, estender e flexionar a falange média. Repetir a manobra com a articulação distal, fixando a falange média. Repetir em todos os dedos
Para articulações metacarpo-falângicas	Mão em supinação	Fixar os metacarpianos, flexionar e estender as falanges proximais do primeiro ao quinto dedos
Para a articulação rádio-cárpica	Antebraço em pronação, apoiado na borda da mesa	Flexionar, estender e fazer desvio radial e ulnar do punho

Órteses (férulas)

São dispositivos feitos para apoiar ou corrigir a função. São confeccionados em gesso, madeira, metal, couro e outros, destinados a imobilizar os membros ou segmentos destes, com a finalidade de auxiliar no tratamento das reações e das neuropatias, evitando trauma sobre os nervos. Também são utilizadas para prevenir e corrigir deformidades, auxiliando na cicatrização de ferimentos, corrigindo retrações dos tecidos moles e facilitando a execução de movimentos funcionais.

Recomendações importantes

- proteger o trajeto do nervo e as proeminências ósseas;
- orientar o paciente quanto ao uso de tipóia e enfaixamento correto;
- usar de acordo com a indicação, retirando apenas para exercícios, dor, ferimentos, etc.;
- o processo reacional é de evolução rápida e deve ser atendido com a máxima urgência, tanto com o tratamento clínico à base de corticosteróides como pela imobilização adequada da mão em posição funcional (posição intrínseca).

Indicação	Técnica
Órteses para neurite do ulnar	Imobilizar o cotovelo em 120° de extensão, antebraço e punho em posição neutra, os dedos em posição intrínseca e o polegar livre Colocar o gesso do terço proximal do braço até os dedos (Foto 46)



Foto 46 – Órtese para neurite do ulnar

RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA E PORTAS ABERTAS PARA A PESSOA COM HANSENIASE

A responsabilidade com o tratamento é uma coisa de certo equilíbrio. De um lado estão as pessoas que fazem o diagnóstico, o tratamento e o atendimento. Elas têm obrigações e deveres. Mas, do outro lado tem o paciente, e ele tem que entender que o mais importante é a parte dele e que o pessoal de saúde só pode ser um apoio. No primeiro atendimento eu demoro muito. Explico o que é a hanseníase, a forma contagiosa. Reforço que após iniciar a tomada dos remédios não há mais contágio, mesmo que antes tivesse e que é preciso tomar o remédio para ficar curado. Falo que ele tem que se observar, pois podem aparecer coisas que no momento ele não sente, como um formigamento ou uma área do corpo meio adormecida. A cada mês eu peço que ele me conte tudo o que aconteceu no intervalo, e percebo se ele contou pra família, se houve algum problema no emprego, e repito as orientações. Desde a primeira consulta eu deixo claro que se ele sentir alguma coisa pode vir antes do dia marcado. É muito importante deixar a porta aberta porque só depois de alguns dias é que a "ficha cai," como a gente diz.



Hannelore (enfermeira)

Indicação	Técnica
Órteses para neurite do mediano	Imobilizar o punho em posição neutra, dedos em posição intrínseca e polegar em abdução. Colocar o gesso na face anterior do terço proximal do antebraço até as pontas dos dedos (Foto 47)



Foto 47 – Órtese para neurite do mediano

Indicação	Técnica
Órteses para neurite do radial	Imobilizar o punho em dorsiflexão de 40° e cotovelo em 100° de extensão. Colocar o gesso na face anterior do terço proximal do braço até as pontas dos dedos, estando o polegar em abdução, metacarpo-falangiana em flexão e interfalanganias em extensão (Foto 48)

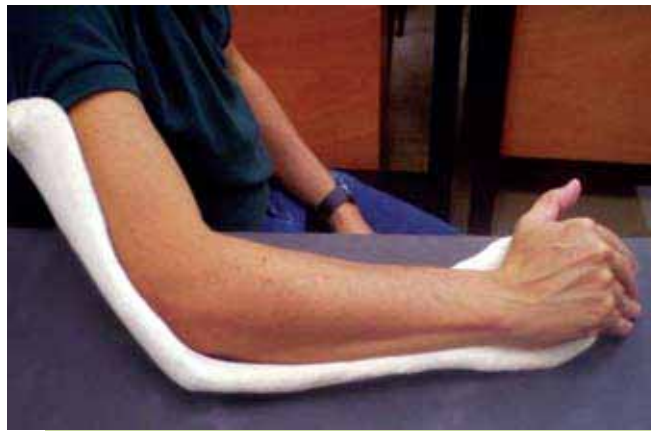


Foto 48 – Órtese para neurite radial

Indicação	Técnica
Órteses para mão reacional	Dorsiflexão do punho em 30°, flexão das articulações metacarpo-falangianas e extensão das interfalangianas, separação discreta dos dedos e abdução do polegar. É importante manter as articulações metacarpo-falangianas em flexão máxima. Colocar o gesso na face anterior do terço proximal do antebraço até as pontas dos dedos (Foto 49)



Foto 49 – Órtese para mão reacional

Indicação	Técnica
Órteses digitais	Aplicar uma tala de tamanho compatível com o dedo a ser imobilizado. Fixar com atadura ou velcro. Considerações: na falta de gesso, pode-se utilizar outros materiais, como recortes de recipientes plásticos, etc. Utilizadas na imobilização do dedo para obter-se a cicatrização de ferimentos e fissuras (Foto 50)



Foto 50 – Órteses digitais

Adaptação de instrumentos de trabalho e da vida diária

O portador de lesão neurológica periférica pode apresentar diminuição ou perda da sensibilidade protetora nos membros, ou seja, pode perder a noção de força e pressão, além da sensação de calor, dor ou tato. Desprovido desta função, o indivíduo queima-se ao manusear utensílios quentes e fere-se ao pegar no cabo de uma enxada ou na maçaneta de uma porta para abri-la. A falta da sensibilidade protetora o impede de controlar a força aplicada, podendo realizá-la numa intensidade cerca de quarenta vezes maior do que a que seria necessária.

Por isso é importante conhecer a ocupação e o modo de vida da pessoa para ajudá-la na identificação da necessidade de uso das adaptações dos instrumentos de trabalho e da vida diária como também da sua relação, aceitação e maneira de como utilizá-los.

Existem muitas complicações e danos causados não pela doença em si, mas em consequência de acidentes pela diminuição ou perda da sensibilidade protetora. São em geral incapacidades irreversíveis e mutilantes, mas facilmente preveníveis se a pessoa receber e realizar precocemente os cuidados necessários. Portanto, essas adaptações são importantes não só para a proteção mas também para facilitar a função do segmento afetado.

A colocação de cabos longos de madeira nas panelas, nos garfos e nas colheres; o uso de luvas ou pegadores para panelas e tampas, de cabos grossos e lisos com cobertura antiderrapante para enxadas, de piteiras para fumantes e muitas outras adaptações são formas de evitar acidentes e prevenir deformidades (Fotos 51, 52, 53 e 54).



Foto 51 – Adaptação de instrumentos de trabalho

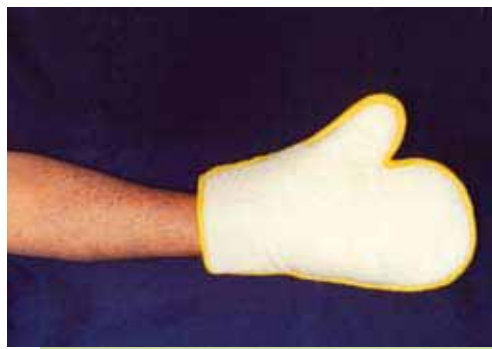


Foto 52 – Adaptação de instrumentos de trabalho



Foto 53 – Adaptação de atividades para a vida diária



Foto 54 – Adaptação de instrumentos de trabalho

Membros inferiores

Quando se fala em liberdade, fala-se em movimento. As pernas e os pés são meios que possibilitam este estado de direito do homem. Na falta dos pés perde-se o chão, ou seja, o caminho.

Os membros inferiores são frequentemente acometidos pela hanseníase, causando danos que interferem na vida social, na família e no trabalho. Todas as tentativas de ações de prevenção e tratamento das incapacidades e deformidades são fundamentais no acompanhamento da pessoa, para que ela possa manter sua independência, proteção e integridade física e social.

Avaliação

Identificar sintomas subjetivos por meio de perguntas simples, como por exemplo:

- Sente dor?
- Sente formigamento?
- Sente fraqueza?
- Perde chinelo?
- Tem ferimentos?

Observar a marcha, verificando a seqüência correta das fases. Quando o paciente inverte as fases, usando o antepé para o impacto, possivelmente há paralisia dos músculos dorsiflexores por lesão do nervo fibular comum (ciático poplíteo externo - CPE).

Seqüência correta das fases

- 1ª fase do impacto do calcanhar;
- 2ª fase plantar;
- 3ª fase metatarsiana;
- 4ª fase do antepé;
- 5ª fase do impulso.

Inspecionar pernas e pés em suas faces dorsal e plantar

■ Em pé

Simetria e volume das massas musculares da perna, principalmente da musculatura ântero-lateral. A depressão desta região pode revelar lesão do nervo fibular comum (CPE). Simetria dos tornozelos e forma e posição dos dedos. Normalmente os dedos mantêm-se estendidos e alinhados em relação aos metatarsianos. Verificar se os dedos tocam o chão com a polpa ou a ponta.

■ Sentado

Pele e anexos da perna, regiões dorsal e plantar, umidade, cicatrizes, fissuras, hematoma, reabsorções, deformidades, úlcera de perna e de pé, hiperqueratose, bolha necrótica, calo de sangue, arcos plantares, calosidades, ressecamentos, edema, macerações, lesões traumáticas ou dermatológicas, condições dos espaços interdigitais, queda de pelos (alopécia), ressecamento da pele (anidrose), cor, condições das unhas.

Palpar as áreas de pressão na região plantar procurando sinais de hiperqueratose, aderências (diminuição da camada protetora), cicatrizes com aderências, lesões fechadas, sinais de pré-úlceras (dor, rubor e calor).

Palpar os troncos nervosos perguntando se há dor e/ou choque. Fazer a palpação com manobras suaves para não causar desconforto ao paciente, usando a polpa do segundo e do terceiro dedos. Seguir o trajeto do nervo. Perceber a espessura, a forma, as aderências nos planos profundos e a existência de nódulos. Comparar com o lado oposto.

■ Fibular comum (CPE)

Sentar o paciente com as pernas pendentes; palpar o nervo na face posterior da fíbula na junção entre sua cabeça e o corpo (Foto 55).

■ Tibial

Paciente sentado; estender a perna ou deixar pendente; fazer inversão e flexão plantar, passivamente; palpar o nervo atrás e logo abaixo do maléolo medial (Foto 56).



Foto 55 – Palpação do nervo fibular comum (CPE)



Foto 56 - Palpação do nervo tibial

Explorar a mobilidade articular ativa e passiva das articulações a fim de observar se existem limitações na amplitude do movimento. As articulações serão classificadas como normais, móveis ou rígidas:

- Articulação normal – quando há amplitude completa de movimento ativo das articulações.
- Articulação móvel – quando há uma boa amplitude de movimento passivo, mesmo que não atinja 100%.
- Articulação rígida – quando há perda de 25% ou mais de sua mobilidade passiva.



■ **Articulação tibio-astragalina (tornozelo)**

Paciente sentado com as pernas pendentes, o examinador com uma mão segura o calcanhar e com a outra a região metatarsiana e faz os movimentos de dorsiflexão e flexão plantar.

■ **Articulação astrágalo-calcânea (tornozelo)**

Paciente sentado com as pernas pendentes, o examinador com uma mão segura o calcanhar e com a outra a face posterior da perna, fazendo os movimentos de inversão e eversão.

■ **Articulação metatarso-falangiana**

Paciente sentado com as pernas pendentes, o examinador com uma mão segura a cabeça do metatarso e com a outra a falange proximal, fazendo os movimentos de flexão e extensão do dedo.

■ **Articulação interfalangiana (proximal e distal)**

Paciente sentado com as pernas pendentes, o examinador com uma mão segura a falange proximal e com a outra faz os movimentos de flexão e extensão das falanges. Para a articulação distal, segurar a falange mediana.

Avaliar o grau de força muscular e registrar corretamente auxiliam na detecção precoce e no monitoramento das lesões nervosas periféricas. A graduação correta é indispensável para indicar exercícios adequados (Quadro 8).

Quadro 7– Grau de força muscular

Grau de força muscular	Observação clínica	Condição funcional
5	Amplitude de movimento completo contra a gravidade e a resistência máxima	Forte
4	Amplitude de movimento completa contra a gravidade e a resistência manual moderada	Diminuída
3	Amplitude de movimento completa contra a gravidade	Diminuída
2	Amplitude de movimento incompleta	Diminuída
1	Evidência de contração muscular, sem movimento articular	Paralisado
0	Sem evidência de contração muscular	Paralisado

TEMPO, TEMPO,
TEMPO, TEMPO...

As pessoas precisam de tempo e apoio para aceitar e tratar a doença. Quando eu atendo logo após o diagnóstico o paciente vem com várias interrogações, porque ele não escutou mais nada a partir do momento em que o médico anunciou que ele tinha hanseníase. Ali ele já associa o diagnóstico à seqüela, à visão do leproso isolado da sociedade, incapaz, uma pessoa que acabou a vida. Ele pergunta: vou ficar curado? Poder trabalhar, estudar? Vou terminar meu casamento? Alguém vai gostar de mim? Vou transmitir a doença? Alguns pedem para ficar internados, para não contaminar ninguém, e isso mostra a falta de esclarecimento da sociedade. Por que se ela fosse bem esclarecida, se a doença fosse desmistificada, se o conceito fosse desconstruído, ele conseguiria ouvir o que o médico falou depois de dizer você tem hanseníase. Mas ele chega aqui e pergunta: eu vou tomar que remédio? O médico disse que eu vou tomar um remédio aí que eu venho pegar todo mês. Eles não lembram mais nada, é um choque. Alguns chegam aos prantos, tentam suicídio, escondem da família.



Eliane (psicóloga)

Quadro 8 – Noções de anatomia funcional e provas musculares - membros

Inferiores

Nervos	Músculos	Funções	Provas musculares
Fibular comum (ramo profundo)	Tibial anterior (avaliação mínima exigida)	Dorsiflexão/extensão do pé (puxar para cima)	Paciente sentado com joelho em ligeira flexão ou em extensão (neste caso há diminuição do movimento pela tensão do músculo da panturrilha). O examinador estabiliza a perna da pessoa, segurando acima da articulação do tornozelo, solicita ao paciente para dorsiflexionar o pé com força máxima e aplica força contrária no dorso do pé. Verificar a contração muscular (Foto 57)
Fibular Comum (ramo profundo)	Extensor do hálux (avaliação mínima exigida)	Extensão metatarso-falangiana do hálux	Paciente sentado, joelho em extensão. O examinador estabiliza o pé e o tornozelo em posição neutra e solicita ao paciente que faça extensão máxima do hálux, aplicando força contrária no dorso da falange proximal deste dedo. Verificar a contração muscular (Foto 58)
Fibular Comum (ramo profundo)	Extensor longo dos dedos	Extensão metatarso-falangianas do segundo ao quinto dedos	Paciente sentado, joelho em extensão. O examinador estabiliza o pé e o tornozelo em posição neutra e solicita ao paciente para fazer extensão máxima dos dedos. O examinador aplica força contrária no dorso das falanges proximais, do segundo ao quinto dedos. Verificar a contração muscular (Foto 59)
Fibular comum (ramo superficial)	Fibulares longo e curto	Eversão do pé (para o lado de fora)	Paciente sentado, joelhos estendidos com o extensor longo dos dedos relaxados. O examinador estabiliza a articulação do tornozelo em posição neutra e solicita ao paciente para everter o pé aplicando força contrária na borda lateral do quinto metatarsiano, no sentido de empurrá-lo para dentro. Verificar a contração muscular (Foto 60)
Tibial	Abdutor do hálux	Abdução do hálux e flexão metatarso-falangiana	Em razão da dificuldade de realização da prova da musculatura intrínseca do pé, devem ser recomendados exercícios quando há alteração da sensibilidade na região innervada pelo tibial posterior



Foto 57 – Prova da força muscular do tibial anterior



Foto 58 – Prova da força muscular do hálux



Foto 59 – Prova da força muscular



Foto 60 – Prova da força muscular dos fibulares do extensor longo dos dedos

Pesquisa de sensibilidade: a presença de sensibilidade cutânea normal depende da integridade do sistema nervoso central e periférico (truncos nervosos e finas terminações nervosas na pele), sem ela o paciente perde a capacidade de perceber as sensações de calor, frio, dor, tato e pressão. Para a realização da pesquisa de sensibilidade são necessários alguns cuidados, assim como a metodologia da pesquisa de sensibilidade por meio do estesiômetro e da caneta esferográfica, citados na avaliação de sensibilidade dos membros superiores.

Realizar o teste em área próxima, dentro do mesmo território específico, quando na presença de calosidades, cicatrizes ou úlceras.

Prevenção e tratamento

Hidratação, lubrificação e massagem da pele

A hidratação e a lubrificação da pele são usadas em pele seca e hiperqueratósica, compensando as funções sudoríparas e sebáceas acometidas, melhorando as condições da pele e preparando para os exercícios (Fotos 61 e 62).

Na hidratação utiliza-se água na temperatura ambiente. Para lubrificar, podem ser utilizados vaselina, glicerina, óleo mineral ou vegetal e creme. Deve-se evitar o uso de gorduras que atraiam insetos e roedores.

As contra-indicações são feridas e ulcerações, sinais de infecção profunda e micoses nos espaços interdigitais.

Procedimento

- Mergulhar pé e perna na água por 10 a 15 minutos.
- Retirar o excesso de água e enxugar entre os dedos.
- Aplicar a substância emoliente.
- Massagear os pés.



Foto 61 – Hidratação dos pés



Foto 62 – Lubrificação dos membros inferiores

Exercício

É a mobilização passiva ou ativa, assistida ou não, de um segmento do corpo, indicada nas paresias e nas paralisias, com os objetivos de evitar ou diminuir retrações dos tecidos moles, manter ou recuperar a mobilidade articular, evitar deformidades, manter o tônus e melhorar a força muscular.

Os **exercícios passivos** são indicados para retração de tecidos moles e paresias e paralisias.

Os **exercícios ativos** são indicados para fraqueza muscular (paresia).

Os **exercícios ativos assistidos** são indicados para dedos em garra e fraqueza muscular (paresia).

Quadro 9 – Descritivo para orientação de exercícios

Força		Descrição	Orientação
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade e com resistência máxima	Não necessita de exercícios
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade e com resistência parcial	Exercícios ativos com resistência
Diminuída	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade	Exercícios ativos com pouca ou sem resistência.
Diminuída	2	Realiza o movimento parcial	Alongamento, exercícios passivos Exercícios com ajuda da outra mão Exercícios ativos sem resistência
Paralisado	1	Contração muscular sem movimento	Alongamento, exercícios passivos Exercício com ajuda da outra mão
Paralisado	0	Paralisia (nenhum movimento)	Alongamento, exercícios passivos



As contra-indicações dos exercícios ativos são neurite aguda, pé reacional, traumatismo, úlceras e outros processos infecciosos. Passada a fase aguda, introduzir ou reiniciar os exercícios.

As fases dos exercícios e as recomendações importantes foram citadas no capítulo referente à prevenção de incapacidades nos membros superiores.

Exercícios ativos

Músculos	Posição	Movimento
Fibulares	Paciente sentado, perna cruzada, apoiando o pé a ser trabalhado no joelho da perna oposta	Fazer a eversão completa, com força máxima, aplicando força no bordo lateral do pé (Foto 63)



Foto 63 – Exercício ativo para os músculos fibulares

Músculos	Posição	Movimento
Tibial anterior (para força 1)	Paciente deitado em decúbito ventral, joelho em flexão de 90°	Dorsiflexão do pé (sem gravidade) (Foto 64)



Foto 64 – Exercício ativo para o músculo tibial anterior – força 1

PARA ENFRENTAR O MEDO DA DOENÇA É PRECISO CONFIANÇA NA EQUIPE DE SAÚDE

As pessoas dizem: eu tô com medo e eu pergunto, de quê? Em geral elas já ouviram muitas histórias complicadas sobre a doença. Eu procuro saber o que elas pensam e em cima disso eu explico como é de fato a doença, o que pode acontecer, tiro dúvidas, falo do tratamento. As vezes a pessoa não acredita, mas o contato com outras ajuda. Se ela aceita, eu chamo um paciente mais antigo para relatar sua experiência. Ela precisa ter confiança na equipe, no apoio para enfrentar a doença. As pessoas curadas que não tiveram problema tornam-se referência, elas dizem: tratei, sarei e estou muito bem. Além disso, como algumas situações podem precipitar a reação (depressão, focos dentários, sinusite, gravidez, etc.), a equipe precisa estar preparada para evitá-las e orientar a pessoa.



*Getúlio
(médico,
vice-presidente
do Morhan)*

Músculos	Posição	Movimento
Tibial anterior (para força 2)	Paciente sentado, com o calcanhar apoiado em um objeto com altura correspondente a um tijolo, deixando o antepé livre	Fazer a dorsiflexão completa (com gravidade) (Foto 65)



Foto 65 A, B e C – Exercício ativo para o músculo tibial anterior – força 2

Músculos	Posição	Movimento
Tibial anterior (para força 3)	Paciente sentado, com o calcanhar apoiado em um objeto com altura correspondente a um tijolo, deixando o antepé livre	Fazer a dorsiflexão completa, adicionando um saquinho de 1/2 kg de areia no antepé (com gravidade e resistência) (Foto 66)



Foto 66 – Exercício ativo, com resistência, para o músculo tibial anterior

Músculos	Posição	Movimento
Intrínsecos do pé	Paciente sentado com os pés descalços sobre um tecido	Fazer flexão e extensão dos dedos tentando enruguar e esticar o tecido (Foto 67)



Foto 67 – Exercício para musculatura intrínseca do pé

Exercícios ativos assistidos

Músculos	Posição	Movimento
Tibial anterior (tendão de Aquiles)	Paciente sentado, perna cruzada, apoiando o pé a ser trabalhado no joelho da perna oposta	Fazer o movimento ativo de dorsiflexão com força máxima, completar o movimento com o auxílio de uma das mãos, empurrando o pé para cima (Foto 68)



Foto 68 – Exercício ativo, com resistência, para o músculo tibial anterior

Exercícios para manutenção da mobilidade articular

Indicação	Posição	Movimento
Garras	Paciente sentado, perna cruzada, apoiando o pé a ser trabalhado no joelho da perna oposta	Apoiar a cabeça dos metatarsianos, fazer flexão e extensão passivas das articulações metatarso-falangiana e das interfalangianas (Foto 69)



Foto 69 A e B – Exercício para os artelhos em garra

Indicação	Posição	Movimento
Tendão de Aquiles (pé caído)	Paciente em pé e descalço, braços estendidos à frente do corpo com as mãos espalmadas na parede, à altura dos ombros. Perna a ser tratada estendida e a outra à frente do corpo com joelho em flexão	Levar o corpo à frente, fletindo os cotovelos, sem tirar os calcanhares do chão, mantendo a perna a ser tratada em extensão (Foto 70)



Foto 70 – Exercício para o tendão de Aquiles

Órteses (férulas)

São dispositivos confeccionados em gesso, madeira, metal, couro e outros destinados a imobilizar os membros ou os segmentos destes, com a finalidade de auxiliar no tratamento das reações e das neuropatias, evitando trauma sobre os nervos. Também são utilizadas para prevenir e corrigir deformidades, auxiliando na cicatrização de ferimentos, corrigindo retrações dos tecidos moles e facilitando a execução de movimentos funcionais. As recomendações importantes foram citadas no capítulo de órteses para os membros superiores.

Indicação	Técnica
Órtese para neurite do nervo fibular comum (CPE)	Posicionar o paciente em decúbito ventral, com o joelho em flexão de 20° a 30° e o tornozelo em 90°. Aplicar o gesso na parte posterior do membro inferior, aproximadamente quatro dedos abaixo da prega glútea, até as pontas dos dedos (Foto 71)



Foto 71 – Órtese para neurite fibular

Indicação	Técnica
Órtese para neurite do nervo tibial	Posicionar o paciente em decúbito ventral e o tornozelo em 90°. Aplicar o gesso na parte posterior da perna, aproximadamente quatro dedos abaixo do joelho até a ponta dos dedos (Foto 72)



Foto 72 – Órtese para neurite do nervo tibial

Indicação	Técnica
Órtese para pé reacional	O tratamento medicamentoso adequado do estado reacional estará também tratando o pé reacional. Deve-se colocar uma tala com o pé em dorsiflexão. Indicar elevação da perna e repouso. Quando necessário, aplicar a técnica utilizada na confecção de órtese para neurite do tibial (Foto 73)



Foto 73 – Órtese para pé reacional

Indicação	Técnica
Féculas de Harris	Auxiliar ou realizar a dorsiflexão; manter o movimento articular; proteger de feridas, torções, etc. Indicados para parestesia ou paralisia dos músculos dorsiflexores (pé caído). Contra-indicado para pacientes com úlceras ou lesões de perna e transtornos circulatórios. A confecção está descrita no capítulo de modificações de calçados e no <i>Manual de adaptações de palmilhas e calçados</i> do Ministério da Saúde (Foto 74)



Foto 74 – Órtese para pé caído – fécula de Harris



Indicação	Técnica
<p>Palmilha simples</p>	<p>Melhorar a distribuição da pressão plantar, indicada para pés com diminuição ou perda da sensibilidade protetora. A confecção está descrita no capítulo de modificações de calçados e no <i>Manual de adaptações de palmilhas e calçados</i>, do Ministério da Saúde (Foto 75)</p>



Foto 75 – Órtese palmilha simples

Indicação	Técnica
<p>Palmita adaptada</p>	<p>Melhorar a distribuição da pressão plantar, indicada para pés com diminuição ou perda da sensibilidade protetora e com alterações biomecânicas do pé. A confecção está descrita no <i>Manual de adaptações de palmilhas e calçados</i> do Ministério da Saúde (Foto 76).</p>



Foto 76 – Órtese palmilha adaptada

CONHECER OS SINAIS E OS SINTOMAS DA DOENÇA FOI O MELHOR QUE ACONTECEU

Conhecer os sinais e os sintomas da doença foi o melhor que aconteceu, porque eu não tinha dormência nas mãos, não sentia nada e comecei a deixar os objetos caírem. Desde criança eu era desastrada, eu sempre esbarrei nos móveis, então não esquentei a cabeça, até que eu deixei uma garrafa térmica cair da mão sem notar. Ai eu fiquei preocupada, e no dia seguinte fui à terapeuta ocupacional e pedi: Fernanda, me avalie porque eu estou deixando as coisas caírem e não consigo avaliar a minha força muscular. Ela me avaliou e realmente eu estava com diminuição da força e tive que começar a fazer medicação para a reação. Eu não fiquei com seqüelas.



*Paula Brandão
(enfermeira)*

Calçados adequados

Um paciente com um pé insensível, ao caminhar, tem chance de formar úlceras plantares. Além desses fatores predisponentes, fraquezas musculares levam a uma distribuição inadequada do peso do corpo na área plantar, aumentando o risco do aparecimento de úlceras.

Ao tempo em que se faz educação em saúde, com ênfase nos cuidados com os pés e na marcha, deve-se também ter a preocupação de examinar os calçados da pessoa, tentando adequá-los com o uso de palmilhas, além de verificar a existência de objetos traumatizantes (pregos, costuras e outros).

O paciente que apresenta uma lesão do nervo tibial e, conseqüentemente, com anestesia plantar deve ter muito cuidado com os pés e andar sempre calçado. Porém, os calçados têm de ser adaptados ao seu pé para evitar bolhas e isquemias. Sua confecção deve ser à base de cola e costuras, evitando o uso de pregos. Também é importante o uso de palmilhas simples, de borracha microporosa, que diminuem o impacto do peso, distribuindo melhor a pressão sobre a região plantar.

A avaliação do calçado deve ser feita com a pessoa em pé, considerando-se:

- **Comprimento:** 1 cm maior do que a medida que começa do calcanhar até a ponta do maior dedo.
- **Largura:** o peito do pé (antepé) não deve estar apertado; os dedos devem ser acomodados com conforto, evitando bico fino; o calcanhar ajustado.
- **Profundidade:** espaço para acomodar órteses para não apertar o dorso do pé e dos dedos.
- **Solado:** firme com pouca flexibilidade e antiderrapante; espessura e densidade do material adequadas para evitar que objetos pontiagudos penetrem no pé. Solados de resina são difíceis de adaptar.
- **Salto:** deve ser baixo. À medida que o salto for aumentando, maior será a pressão anterior, favorecendo o risco de aparecimento de úlceras.

As indicações para modificação de calçados e outras medidas de cuidados com os pés acham-se no Quadro 10.

Quadro 10 – Indicações de calçados/órteses/orientações

Avaliação do pé	Tipo de calçado/órteses e adaptação	Outras medidas
Ausência de incapacidade funcional Sensibilidade protetora presente em toda a superfície plantar	Calçado comum	Cuidados com a pele Observação diária dos pés
Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar	Calçado comum Palmilha simples	Observação diária e autocuidados Cuidados com o modo de andar: passos curtos e lentos Hidratação e lubrificação diária Cuidados com a pele Exercícios para manter as articulações móveis e melhorar a força muscular Encaminhamento para centros de referência, se necessário

Avaliação do pé	Tipo de calçado/órteses e adaptação	Outras medidas
Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar com outras complicações: úlceras tróficas; garras dos artelhos; pé caído; reabsorção discreta	Calçado comum com palmilha adaptada Sola firme Férula de Harris (aparelho dorsiflexor para pé caído)	Observação diária e autocuidados Usar duas meias: diminui o atrito entre a pele do pé e a parte interna do sapato, aliviando as áreas de hiperpressão Cuidados com o modo de andar: passos curtos e lentos Hidratação e lubrificação diária Cuidados com a pele Exercícios para manter as articulações móveis e melhorar a força muscular Encaminhamento para centros de referência, se necessário Acompanhamento regular do paciente
Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar com outras complicações mais severas: contratatura (deformidade fixa dos dedos e/ou do tornozelo); reabsorção intensa (perda de mais de 1/5 dos tecidos do pé)	Calçado especial com palmilha moldada	Observação diária e autocuidados Usar duas meias: diminui o atrito entre a pele do pé e a parte interna do sapato, aliviando as áreas de hiperpressão Cuidados com o modo de andar: passos curtos e lentos Hidratação e lubrificação diária Cuidados com a pele Exercícios para manter as articulações móveis e melhorar a força muscular Encaminhamento para centros de referência, se necessário Acompanhamento regular do paciente

Confecção de órteses

Serão descritas a seguir as confecções das órteses que poderão ser feitas nas unidades básicas de saúde. As demais devem ser confeccionadas em unidades de referência por profissionais especializados. Maiores informações encontram-se no *Manual de adaptações de palmilhas e calçados*, do Ministério da Saúde.

Palmilha Simples (Foto 75)

- Riscar o contorno do sapato na folha de papel.
- Recortar a folha obtendo o modelo.
- Colocar o modelo dentro do sapato e cortar o excesso, de maneira que o modelo ocupe exatamente a área interna do sapato que fica em contato com a planta do pé.
- Recortar a palmilha (EVA 3 a 4 mm) pelo modelo.

Férula de Harris

- Medir a circunferência do tornozelo acima dos maléolos e acrescentar 1,5 cm.
- Medir a circunferência da perna, 10 ou 12 cm acima da primeira medida e acrescentar 1,5 cm.
- Cortar o couro e a borracha, usando essas medidas, de acordo com o molde.
- Colocar os dois juntos (SEM COLAR) e posicionar na perna. As bordas laterais devem se encontrar. Tirar o excesso, se necessário.
- Furar o couro e as tiras de 15 cm e fixá-las na férula com rebites, conforme o desenho.
- Furar o couro e 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 fêrula com rebites.

- Furar o couro e a tira de 8 cm e usá-la para fixar o passador na fêrula, conforme o desenho.
- Colar a borracha (passar cola no couro e na borracha, deixar secar por 15 minutos e só então colar).
- Posicionar a fêrula na perna e medir o elástico/câmara de ar.
- 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.
- Fazer pequenos cortes na borda inferior para moldar melhor a junção entre a perna e o pé.

Recomendações

- 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 sobre como usar a fêrula e os cuidados.
- Agendar o retorno do paciente para reavaliar a fêrula (Fig. 11)

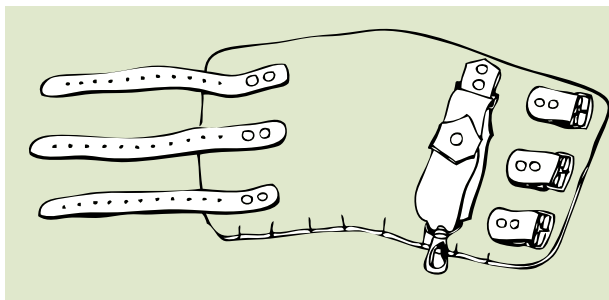


Figura 11 – Modelo da fêrula de Harris

Cuidados com os pés

Marcha

Deve-se orientar a diminuição do tamanho dos passos e a velocidade da marcha, diminuindo, assim, a fase de impulsão e as áreas de hiperpressão. Orientar o paciente a:

- não andar descalço;
- dar passos curtos e lentos;
- procurar caminhar apenas o essencial;
- não fazer longas caminhadas sem período de descanso. Caso seja necessário, usar bengalas ou muletas;
- manter constantemente o uso de calçados adaptados, quando necessário;
- não usar um calçado novo por um período de tempo muito grande sem periodicamente observar os pés;
- quando estiver parado, manter a distribuição do peso corporal nos dois pés.
- repousar o pé que tenha sinais de bolhas, lesões ou úlceras plantares;



Cuidados gerais

- higiene dos pés: limpeza e secagem dos espaços interdigitais, corte de unhas, etc.;
- hidratação, lubrificação;
- remoção dos calos: amolecendo-os e removendo-os com lixas (Fotos 77, 78, 79);
- exame diário dos pés: buscar sinais de pré-úlceras (bolhas, aumento de temperatura, hematomas, calosidades, fissuras, pontos hiperemiados, edema localizado e pontos dolorosos à palpação);
- exame diário do interior dos calçados: procurar pontos endurecidos, pregueamento da palmilha, presença de objetos estranhos, etc. (Foto 80);
- cuidados na marcha;
- cuidados com os pés no lazer: danças, futebol, etc.;
- quando possível, usar outros meios de locomoção: bicicleta, cavalos, ônibus, etc.

Cuidados com a úlcera plantar

- repouso;
- curativo (evitar curativos volumosos para evitar pressão);
- modificação de calçados;
- desbridamento;
- observação diária (em caso de piora, procurar a unidade de saúde);
- encaminhamento para unidade de referência, se necessário.



Foto 77 - Paciente cuidando dos pés: remoção de calos

**PESSOAS QUE MAL
SABEM LER NÃO
DECIFRAM AS RECEITAS**

Aconteceu no Centro 01, com relação ao corticóide [...] a paciente era analfabeta e não entendeu a receita. Ela chegou aqui tremendo, dizendo que a médica tinha passado quatro comprimidos de 8 em 8 horas. Eu estranhei e dei o dinheiro do ônibus para ela ir ao posto falar com a médica. Até liguei no Ministério para saber se a orientação tinha mudado. Ela não foi ao posto, pegou o dinheiro da passagem e comprou comida, depois pediu a alguém para ler a receita e viu que era só uma dose pela manhã. [...] Eu contei à médica o que tinha acontecido e ela me disse: eu a vi tão arrumadinha que achei que ela sabia ler. É preciso desenhar a receita para essas pessoas. Quando eles chegam aqui sem entender as receitas, eu desenho o número de comprimidos e a hora da tomada: eu faço sol representado a manhã; o lanche (que eles tomam mais ou menos às 3 da tarde) e uma lua para a dose da noite. Em geral as pessoas têm alguém em casa que sabe ler, mas letra de médico ninguém lê não. Isso precisa melhorar.



*Marly
(diretora do GAMA)*



Fotos 78 e 79 – Remoção de calos por profissional



Foto 80 – Cuidado com os pés: inspeção de calçado

COMO IDENTIFICAR DIFICULDADES NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA E NA INSERÇÃO SOCIAL



Fiquei muito entusiasmada quando conheci a CIF. Vi no papel, de forma sistematizada, tanto do que sempre acreditei em termos de saúde e reabilitação: que o ser humano é mais do que um diagnóstico, que toda doença afeta pessoas diferentes de formas muito diferentes, a depender de fatores individuais e sociais. Para mim, a CID e a CIF são linguagens que possibilitam a comunicação entre profissionais das mais diversas áreas e países, e funcionam como um óculos multifocal, nos ajudando a ver e interpretar a realidade do homem e de sua condição de saúde. A CID é o “óculos pra ver de perto”, ela dá um nome, um rótulo àquela condição. A CIF nos ajuda a enxergar de longe, de forma mais abrangente; a avaliar que impacto aquela condição tem na vida da pessoa, em seus afazeres, em suas relações. Espero que, vista a realidade mais ampla, não voltemos a fechar os olhos e insistir em cuidar apenas do biológico.”

Priscila (terapeuta ocupacional)



A elaboração da SALSA e a Escala de Participação foi um trabalho complexo, um empreendimento ousado. Queríamos elaborar um instrumento simples, que “gente como a gente” pudesse usar, no dia-a-dia, em benefício dos pacientes. Foram elaborados com a participação de pacientes e profissionais do campo, muitos (como eu) até então com pouca experiência em pesquisa e elaboração de instrumentos. Os pacientes diziam: “Finalmente vocês me perguntam alguma coisa que realmente importa pra mim!”. E tinha a equipe de coordenação, esses sim versados em estatística e metodologia, que traduziam coisas complexas em linguagem que pudéssemos entender, e nos orientavam sobre como coletar dados, treinar entrevistadores, preencher os bancos de dados. O resultado está aí para ser usado, testado; para que outros agora possam nos apontar acertos e erros. Tudo em benefício da melhor assistência possível aos pacientes.”

Priscila (terapeuta ocupacional)





CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF) – UMA MUDANÇA DE PARADIGMA

A CIF faz parte da “família” de classificação desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O modelo da CIF substituiu o enfoque negativo da deficiência por uma perspectiva positiva, considerando não só as atividades que a pessoa que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, mas sua participação social.

A funcionalidade e a incapacidade das pessoas são determinadas pelo contexto ambiental onde elas vivem. A CIF representa uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo-se em um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social.

A Classificação vem sendo incorporada e utilizada em diversos setores da saúde por equipes multidisciplinares. No entanto, será mais adequada à medida que for sendo utilizada por um número maior de profissionais, em locais diversos e com pessoas e realidades diferentes.

A necessidade de se conhecer o que acontece com os pacientes após o diagnóstico, com o decorrer do tempo, principalmente em relação às doenças crônicas e aos acidentes, torna-se cada vez mais importante para a área da saúde. Conhecer as causas de morte e as doenças mais frequentes, em uma época em que a expectativa de vida aumenta e a tecnologia ajuda a medicina a prolongar a vida humana, pode não ser suficiente para o planejamento de ações de saúde.

A CIF descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa pode ou não pode fazer na sua vida diária, tendo em vista as funções dos órgãos ou o sistema e as estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente em que a pessoa vive.

Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares: as informações sobre o diagnóstico acrescidas da funcionalidade fornecem um quadro mais amplo sobre a saúde de uma pessoa ou de populações. Por exemplo: duas pessoas com a mesma doença podem ter diferentes níveis de funcionalidade, e duas pessoas com o mesmo nível de funcionalidade não necessariamente têm a mesma condição de saúde (Quadro 11).

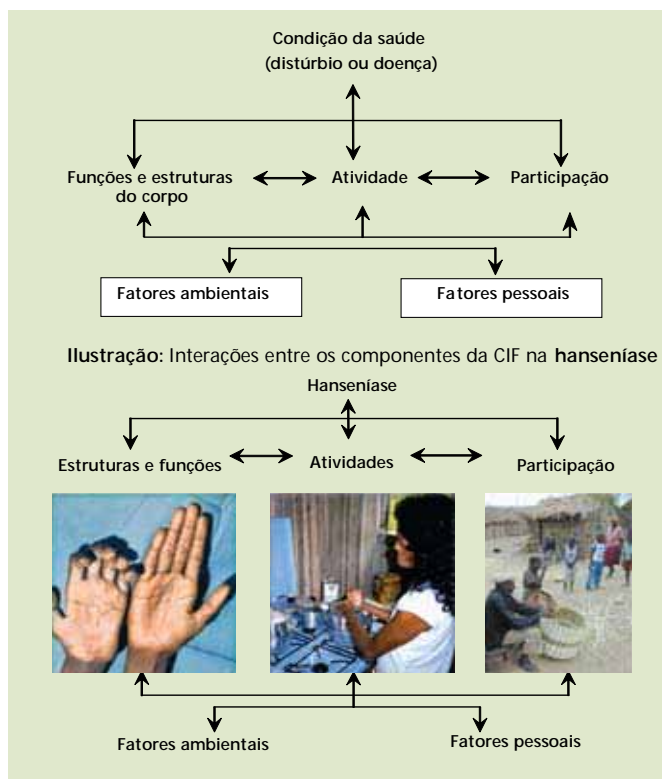
Fatores pessoais e ambientais influenciam a funcionalidade (funções e estruturas do corpo, atividades e participação) e a incapacidade (deficiências, limitação da atividade, restrição de participação). Os fatores ambientais podem ser facilitadores ou obstáculo/barreira à função e a participação (Fig. 13).

Mais informações podem ser adquiridas no *site* da Organização Mundial de Saúde (<<http://www.who.int/classification/icf>>).

Quadro 11 – 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 da 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 são partes de uma condição de saúde. Atributos como idade, raça, sexo, antecedentes sociais, condição física, estilo de vida, hábitos, nível de instrução, profissão, padrão geral de comportamento e caráter ou outras características

Figura 12 – Interações entre os componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) (WHO/ICF - 2001)



A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) define que funções e estruturas do corpo, atividades e participação social são componentes importantes do estado de saúde de um indivíduo. Esses termos são assim definidos (CIF, 2001):

- Funções do corpo: funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive psicológicas).
- Estruturas do corpo: partes anatômicas do corpo (órgãos, membros e seus componentes).
- Atividade: execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo.
- Participação: envolvimento em situações da vida diária.

O comprometimento desses componentes implica a existência de deficiências (alterações nas funções ou estruturas do corpo), limitação de atividade (dificuldades na execução de atividades) ou restrição de participação (problemas enfrentados ao se envolver em situações de vida).

Na hanseníase, sabemos muito sobre deficiências, mas muito pouco sobre como essas deficiências e/ou o estigma associados à doença afetam a realização das atividades diárias e a participação social de uma pessoa. Tratar das limitações de atividades e/ou restrições à participação é o principal objetivo da maioria das intervenções de reabilitação. Portanto, é fundamental ser capaz de medir esses dois aspectos para conseguir avaliar necessidades, monitorar progressos e avaliar o impacto das intervenções de reabilitação.

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 a elaboração de dois instrumentos: a SALSAS (*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 sua elaboração, e suas propriedades psicométricas, os manuais de cada escala e os artigos sugeridos estão nas referências.

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 SALSAS, 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 importante que esses profissionais sejam adequadamente capacitados quanto à aplicação correta das escalas. Sugestões de conteúdo mínimo para as capacitações podem ser encontradas nos manuais das duas escalas.

Guia pergunta por pergunta (P/P)

O P/P deve ser utilizado durante o treinamento 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.

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 a 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 necessitem 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 SALSAS e a Escala de Participação têm grande interesse em receber *feedback* sobre seu uso, para que estas possam ser aperfeiçoadas. Consulte os manuais das duas escalas para verificar o endereço para contato, bem como os formulários específicos para esse *feedback*.

SALSA – Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco¹

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 a avaliar a percepção do paciente quanto à sua limitação de atividade. Assim sendo, o entrevistador não deve fazer qualquer julgamento ou suposição 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 de 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

Este 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.

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 não é estritamente necessário.

Um escore SALSA baixo indica pouca dificuldade na realização das atividades de 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.

Escore de consciência de risco

Durante a entrevista, o entrevistador deve marcar uma opção de resposta para cada uma das perguntas feitas. Para calcular o escore de consciência da segurança, conte o número de opções marcadas que tenham um 4 com um círculo em volta.

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 em razão disso.

¹ Grupo colaborador no desenvolvimento da Escala SALSA: Janine Ebenso (TLM Nigéria), Priscila Fuzikawa (Brasil), Hanna Melchior e Ruth Wexler (Hospital Hansen, Israel), Chen Shumin (CDC Shan Dong, China), Angelika Piefer (ALM, Singapura), Raj Premkumar (SLR &TC, Índia), Catherine Benbow (UK), Peter Nicholls (Univ. de Aberdeen, UK), Johan Velema (TLM Internacional), Paul Saunderson (ALM, EUA), Linda Lehman (ALM, Brasil). A escala foi finalizada em abril de 2004, revista em 2005, 2006 e 2008, a partir de *feedback* recebido. O desenvolvimento da escala teve apoio financeiro das instituições American Leprosy Mission (ALM) e The Leprosy Mission Internacional (TLMi).



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 quiser 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

“Isso não é dificuldade”.

Use essa resposta quando não houver restrições à participação ou quando essa restrição for muito pequena.

Às vezes

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

Não

Existem problemas com isso. Use essa resposta quando houver restrições à participação.

Irrelevante/Eu não preciso/Eu não quero

O entrevistado pode responder a 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.

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 paí-

**SEM O AGENTE
COMUNITÁRIO
NÃO É POSSÍVEL
INTERROMPER A
TRANSMISSÃO DA
DOENÇA**

Com três anos de trabalho em comunidade a gente percebe que sem o agente comunitário de saúde o PSF não anda. Mas ele não tem tempo para estudo, tem muitas tarefas e precisa de investimento e capacitação continuada. A vigilância, a busca ativa em hanseníase só pode ser feita com suporte do ACS. Como eu vou correr atrás de um paciente que abandonou o tratamento se eu não tenho um ACS colado nele? Como vou bloquear a transmissão se eu não tenho uma ação contínua de vigilância? Acho que é importante fazer uma cartilha específica para o ACS, para o professor, para os vigias. Todas as pessoas da comunidade precisam estar bem orientadas.



*Ricardo
(fisioterapeuta)*

ses onde isso ocorre. Essa questão pode também ser dada quando é um assunto relacionado mais à casta, ao 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 por causa do medo ou da auto-estigmatização.

Avaliação do problema

Se a resposta é NÃO, ÀS VEZES ou IRRELEVANTE, 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 do 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 predefinida, 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.

Quadro 12 – Tópicos importantes na entrevista com 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 as 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 predefinidas. 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
Seqüência	Nunca mude a seqüência 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

Encaminhamentos

O Quadro 13 mostra as principais condições clínicas e intercorrências que podem orientar os encaminhamentos às unidades de referência, tanto na atenção secundária como na terciária.

Quadro 13 -- Principais condições clínicas e intercorrências

Condição clínica	Objetivo a ser alcançado	Critério para intervenção/ encaminhamento
Reações	Tratar corretamente o quadro agudo Prevenir deformidades e incapacidade 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 contra-indicação para o uso de corticoterapia Tipo II: paciente que não responde ao tratamento padronizado para reação do tipo II durante quatro semanas; contra-indicação para o uso de drogas de primeira escolha
Neurite aguda (menos de um mês)	Prevenir deformidades e incapacidade Tratamento cirúrgico do quadro agudo	Contra-indicação para o uso de corticoterapia Abscesso de nervo Presença de neuropatia que não responde ao tratamento clínico para neurite em quatro semanas, verificado por meio de avaliações neurológicas continuadas Paciente com neurites subinfrantes Paciente com dor não controlada e/ou crônica
Neurite crônica (com dor crônica há mais de seis meses)	Tratar dor Prevenir deformidades e incapacidade Tratamento cirúrgico do quadro crônico	Reagudização da neurite após desmame de corticosteróide
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	Prevenir osteomielite Prevenir deformidades e incapacidade	Úlcera com piora ou manutenção do quadro clínico, mesmo quando submetida a antibióticos sistêmicos, a curativos adequados e a calçados adequados, com palmilha

Condição clínica	Objetivo a ser alcançado	Critério para intervenção/ encaminhamento
Alteração na acuidade visual aguda e/ou olho vermelho, dor, e/ou com dor e/ou com fotofobia	Preservar a visão do paciente	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
Dificuldades para fazer as atividades diárias em decorrência da 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
Ectrópio	Preservar a visão do paciente	Paciente pós-alta Paciente sem corticosteróide há 12 meses
Lagofталmo	Preservar a visão do paciente	Sem melhora com exercícios e tratamento clínico (corticosteróide) durante 2 a 3 meses
Catarata	Preservar a visão do paciente	Perda da visão que inviabilize a realização das atividades diárias
Triquíase	Preservar a visão do paciente	Paciente pós-alta Paciente sem corticosteróide há 12 meses Paciente com mais de 5 cílios tocando a córnea
Dacriocistite	Preservar a visão do paciente	Todos os pacientes nesta condição
Opacidade corneana com cegueira	Preservar a visão do paciente	Todos os pacientes nesta condição
Garras Atrofia do primeiro 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
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, reações tipo I e tipo II) há pelo menos 1 ano Não estar em uso de corticosteróide há pelo menos 1 ano

COMO ABORDAR O AUTOCUIDADO



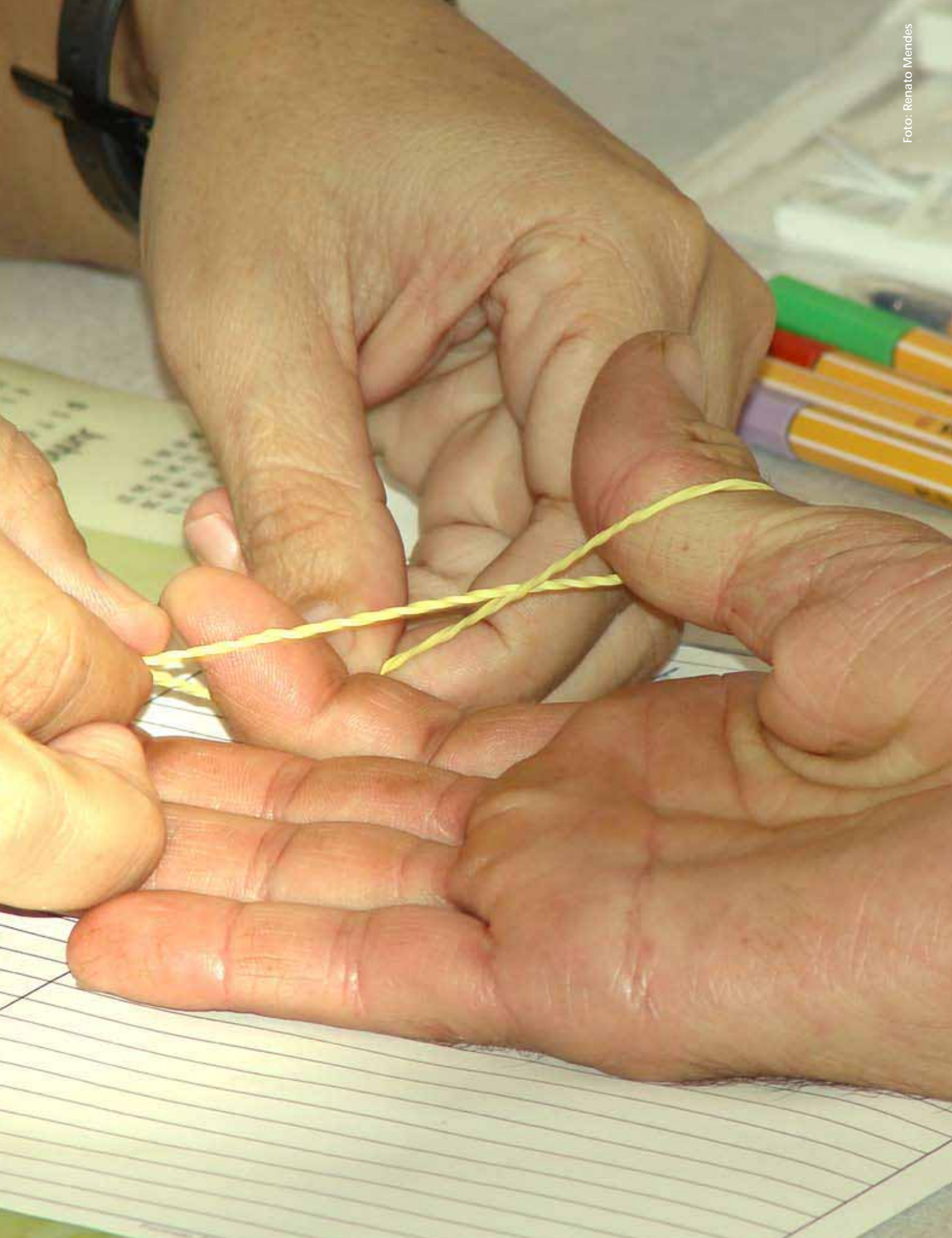
NÃO BASTA ENSINAR. VOCÊ TEM QUE MOSTRAR COMO SE FAZ, PARA ELE VER...

Não basta você ensinar ao paciente como ele deve cuidar do pé, como passar a lixa, o óleo para evitar a rachadura. Você tem que mostrar como se faz, para ele ver. Eu sempre tenho no consultório uma bacia, lixa, toalha, óleo, e digo, venha cá, vamos fazer juntos. Faço em um pé mostrando a ele como se faz. Depois peço para ele fazer.

E assim ele realmente aprende como é e vai poder fazer sozinho, em casa."

Linda
(terapeuta
ocupacional)







O processo de educação em saúde deve ser iniciado desde o momento da chegada do usuário à unidade.

A partir do diagnóstico, o paciente deverá ser informado, orientado e esclarecido sobre a patologia que apresenta. Em todos os momentos, deve-se valorizar seus conhecimentos e crenças, procurando adequá-los aos conceitos atuais.

Todos os profissionais da equipe deverão estar aptos a participar deste processo, utilizando uma mesma linguagem, reforçando assim as informações e esclarecendo as dúvidas do paciente de forma constante e dinâmica.

Durante a avaliação, cada passo deve ser discutido e esclarecido de forma que o paciente possa entender o como e o porquê de cada atividade necessária ao tratamento. Essas atividades deverão ser realizadas junto com o paciente, orientando-o como prevenir ou tratar as alterações que porventura possam apresentar, estimulando-o ao autocuidado.

As atividades de prevenção deverão ser executadas dando ênfase àquelas que são possíveis de ser realizadas em seu domicílio. É necessário estimular os pacientes a trabalhar essas técnicas com outros indivíduos em sua comunidade.

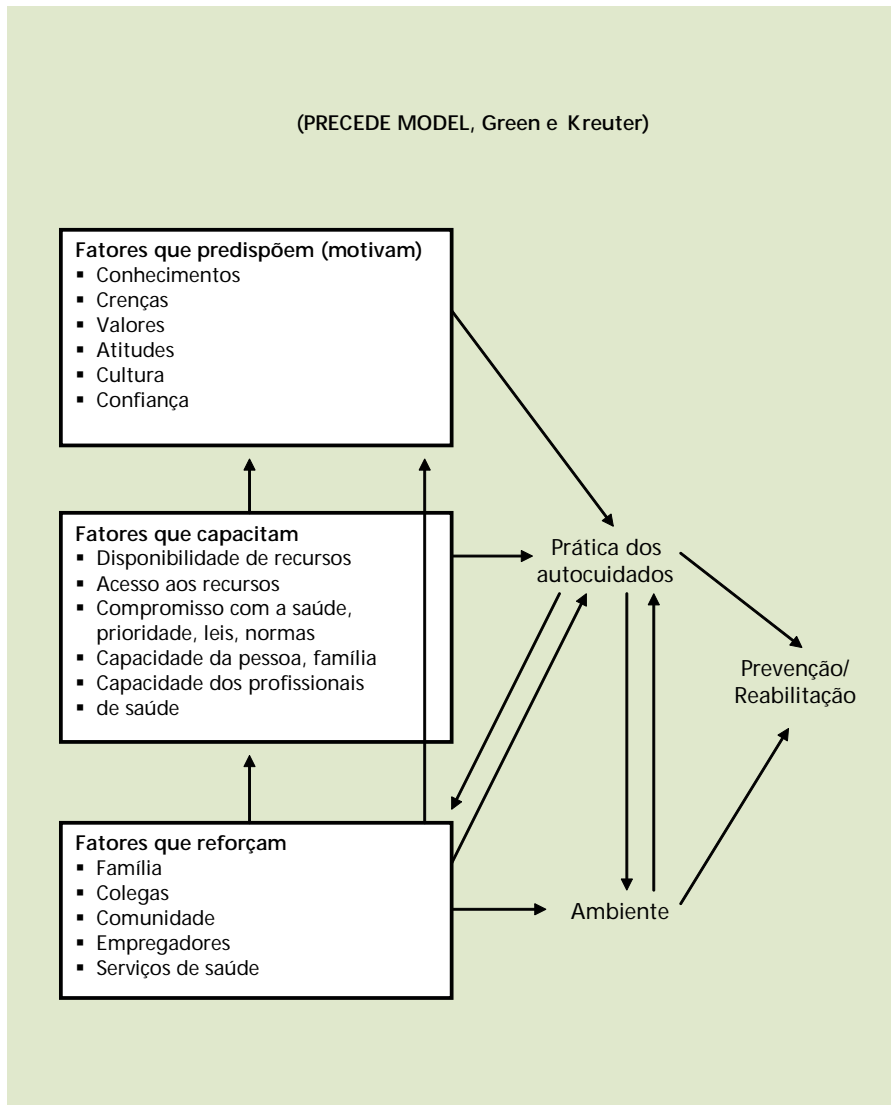
Os autocuidados são ações e atividades que o próprio paciente realiza para evitar o surgimento de problemas e/ou detectá-los precocemente para evitar suas complicações. No Quadro 14 apresentam-se algumas sugestões para o autocuidado.

Várias estratégias são utilizadas na abordagem do autocuidado, tais como trabalhos individuais, grupos de autocuidado e grupos de ajuda mútua. Para essas atividades podem ser utilizados materiais educativos, geralmente com orientação e demonstração pelo profissional, líder e/ou participante do grupo e realizado pelo paciente. É de extrema importância o paciente ouvir, ver e fazer para que ele desenvolva conhecimentos, habilidades e adquira novos hábitos.

O apoio da família, dos amigos, dos profissionais e do próprio grupo é fundamental para o êxito deste processo.

A prática dos autocuidados parece ser algo simples, mas, na realidade, é um processo complexo. O modelo PRECEDE (Preceding, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) (GREEN; KREUTER, 1992) nos ajuda a entender essa complexidade. Ele pode ser utilizado para avaliar as necessidades e planejar as intervenções apropriadas. O seguinte esquema, adaptado do modelo PRECEDE, ajuda-nos a identificar fatores que facilitam ou impedem a realização adequada dos autocuidados (esquema 1).

Esquema 1 – Fatores que facilitam ou impedem a realização adequada dos autocuidados



AINDA É NECESSÁRIO INVESTIR NA QUALIFICAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Atualmente a gente enfrenta dificuldade para o exame de grau de incapacidade e das reações. As equipes de saúde da família ainda têm insegurança no tratamento da hanseníase sem intercorrências e mais ainda nos quadros reacionais, por isso a gente tem dificuldade de trazer de volta para as unidades básicas de saúde os pacientes encaminhados aos centros de referência. Mas é um trabalho que tem que ser feito. As equipes têm pedido outras capacitações, mas eu acho que uma estratégia mais eficaz é a discussão periódica de casos clínicos, em conjunto com especialistas das policlínicas e a coordenação do programa. Esta é uma atividade proposta. Outra é a orientação prática feita pelos fisioterapeutas, que estão à disposição para ir às unidades demonstrar como se faz o exame. Esta atividade só depende da solicitação e da organização das equipes."



Adriana
(gestora)

Quadro 14 – Sugestões para orientações do autocuidado e para limitação das atividades

	Intervenção básica em nível primário	Intervenção com adaptação / auxílio externo	Intervenção com equipamento / recursos especiais	Encaminhamento para hospital, especialista, cirurgia
Para os olhos:	<p>Autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Pense e pisque = piscar freqüente, consciente ■ Usar pano limpo para secar lágrimas em vez da manga da camisa: não esfregar, mas encostar o pano levemente no sentido da bochecha até a pálpebra inferior (baixo para cima) ■ Inspeção e limpeza dos olhos toda noite (pelo menos), incluindo os cílios: água limpa, pano ■ Retirar com pinça os cílios que estiverem roçando a córnea (triquíase) <p>Proteção</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Chapéu com aba larga, óculos escuros ■ Mosquiteiro para dormir ■ Proteção com óculos adequados ou tecido limpo, sempre que for dormir (tome cuidado para que o tecido NÃO toque a córnea do olho aberto!) <p>Limitação da atividade</p> <p>No caso de baixa acuidade visual ou perda da visão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Manter todos os objetos no mesmo lugar para que possa ser independente ao andar/se movimentar ■ Adaptar o ambiente da pessoa ■ Providenciar uma bengala ■ Em caso de água ou objetos quentes/frios: adaptar a área (por exemplo, lajeira) para que não haja risco de a pessoa com dificuldade visual se queimar 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Óculos ou óculos de sol para proteção: poeira, fumaça, sol e outros ■ Colírio e lubrificação artificial (manter o frasco limpo) ■ Pomada (a critério médico) ■ Adaptação para prender óculos ■ Usar óculos com prescrição 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pomada especial para olhos ■ Bengala ■ Lente de aumento para diminuição acentuada da visão ■ Objetos maiores ou feitos de modo que alguém com insensibilidade e acentuada perda de visão possa senti-los. ■ Óculos com prescrição 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cirurgia eletiva para lagofalmo, ectrópio, entrópio, etc. ■ Irite ■ Diminuição ou perda da visão ■ Tratamento para úlcera de córnea ■ Cirurgia corretiva de pálpebra para preservar a córnea

	Intervenção básica em nível primário	Intervenção com adaptação / auxílio externo	Intervenção com equipamento / recursos especiais	Encaminhamento para hospital, especialista, cirurgia
Para as mãos	<p>Autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidado com a pele para prevenir fissuras (lavar, lixar excesso de calosidade, lubrificar), de preferência pelo menos à noite ■ Alongamentos para prevenir contraturas <p>Proteção</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Luvas, alças de baldes/instrumentos lisas e protegidas para evitar bolhas, úlceras, etc. ■ Modificar forma de trabalhar, variar atividades <p>Limitação da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ensinar movimentos que podem substituir os que o paciente perdeu ■ Enrolar pano, tiras de elástico, câmara de pneu, etc. em volta do cabo dos instrumentos de trabalho ■ Adaptar os utensílios domésticos com madeira ou material isolante térmico ■ Adaptar materiais de uso pessoal, tais como: talheres, escova de dentes, canetas, piteiras, etc. ■ Colocar argolas em zípers ou outros objetos pequenos para facilitar o manuseio ■ Adaptar maçanetas ■ Para bicicleta: acrescentar uma alça ao guidão e freio de modo que as mãos não escorreguem 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Instrumentos de proteção ■ Órteses em caso de mão caída (pode ser uma órtese simples para suporte feita de couro ou de borracha) ■ Usar pinças com as duas mãos para pegar objetos pequenos no caso de não haver mais dedos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Modificar formato de instrumentos ou fazer adaptações ■ Adaptação para fissuras nos dedos ■ Splints para dedos ■ Órteses em caso de mão caída 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cirurgia eletiva reconstrutiva: explicação dos limites da cirurgia e desejo do paciente são essenciais ■ Desbridamento cirúrgico em caso de infecção em ossos, tendões, etc. ■ Reeducação sensorial ■ Cirurgia reconstrutiva: transposição tendinosa, encurtamento de tendão, artrodese de dedos/polegar em posição funcional
Para os pés	<p>Autocuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Cuidado com a pele para prevenir fissuras (lavar, lixar excesso de calosidade, lubrificar), de preferência pelo menos à noite <p>Proteção</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Modificar forma de trabalhar/andar ■ Usar meias sem remendos ■ Usar qualquer sandália ou sapato macio ■ Repousar quando necessário <p>Limitação da atividade</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Adaptações ou órteses para o pé caído 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Calçado com boa proteção ■ Usar bicicleta, cavalo e outros ■ Palmilhas para pés insensíveis ■ Cadarços podem ser substituídos por velcro, elástico e outros ■ Adaptações ou órteses para o pé caído ■ Adaptações para utilização da prótese ■ Muletas, bengalas e cadeira de rodas 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palmilhas ■ Adaptação para úlcera plantar ■ Órteses para pé caído ■ O paciente deve conseguir colocar e retirar qualquer órtese ■ Adaptações para auxiliar marcha: muletas, bengalas e outros ■ Reabilitação socioeconômica baseada na comunidade ■ Treinamento vocacional 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cirurgia eletiva reconstrutiva (transposição tendinosa, etc.) ■ Osteotomia ■ Órteses para o pé caído, palmilha e calçado moldado ■ Próteses ■ Treino de marcha ■ Transposição tendinosa em caso de pé caído, correção de garra e artrodese de tornozelo

FORMULÁRIOS

“

Convenhamos: preencher formulários é muito chato! Poderíamos dedicar esse tempo a atender mais um paciente, ou a atividades mais prazerosas. Mas você já tentou fazer um relatório, quando não há nada anotado no prontuário? E se decidir sobre uma conduta, sem história do paciente? Frustrante. Você já tentou fazer algum estudo retrospectivo, e se deparou com fichas e mais fichas em branco? Desesperador! E quando se quer avaliar um serviço, planejar uma compra de material? E quando temos os formulários preenchidos ainda fazemos pouco uso dos dados que ali estão, principalmente para o planejamento e avaliação de serviços. Atualmente, formulários preenchidos são como o contrabaixo em uma orquestra: quando ele toca, a gente quase não nota; mas quando não está lá, faz uma falta danada! E cabe a você também mudar essa realidade.

Priscila (terapeuta ocupacional)

”





Batalha SALSA

Capacidade de Mão

Entrevistado:

(nome e ab.)

ou abreviada

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

6.2.2. Avaliação Neurológica Simplificada para a POI

Nome: Maria C. Sexo: M F

Unidade Habitada: POI

Data anotação POI: 10/05/2010

Operacional: PO MO AO

FACE

Símbolo

de Participação

... os pais...
... que p...
... um problema p...
... os seus pares (mes...
... trabalho, etc.)
... [irrelevante] até que p...
... representa um problema par...
... nicamente com a sua casa...
... de seus pares?
... [ou irrelevante] até que ponto...
... representa um problema para você...
... fora de sua cidade com tanta...
... quanto os seus pares (exceto para...
... vezes, p. ex., feiras, encontros, festas?
... vezes, não ou irrelevante] até que ponto isto...
... representa um problema para você?
... Você ajuda outras pessoas (p. ex., vizinhos, amigos...
... ou parentes)?
... [Se as vezes, não ou irrelevante] até que ponto isto...
... representa um problema para você?
... Você participa de atividades recreativas sociais com a...
... mesma frequência que os seus pares (p. ex., esportes,...
... conversas, reuniões)?
... [Se as vezes, não ou irrelevante] até que ponto isto...
... representa um problema para você?
... Você é tão ativo socialmente quanto os seus pares (p...
... ex., em atividades religiosas/comunitárias)?

Este capítulo contém formulários de Avaliação do Grau de Incapacidade, Avaliação Neurológica Simplificada, SALSA e Escala de Participação, com suas respectivas instruções de preenchimento. Recomendados pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase, eles se tornam obrigatórios no acompanhamento dos pacientes.

Eles contêm informações mínimas, mas valiosas, para avaliação das ações de assistência em prevenção de incapacidades e oferecem subsídios para avaliação dos indicadores epidemiológicos, operacionais, gerenciais e sociais que norteiam a programação de monitoramento e avaliação das ações de controle do Programa Nacional.

A equipe de saúde precisa estar atenta ao preenchimento desses instrumentos para poder apoiar as pessoas com deficiência, observando as possibilidades de cada uma.

O preenchimento correto das informações vai ajudar na determinação das ações que poderão ser desenvolvidas, assim como nas providências que poderão ser tomadas pela equipe em benefício dos pacientes.

Avaliação do Grau de Incapacidade

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Nome: _____ Data nasc. ____/____/____

Ocupação: _____

Sexo: M F Município: _____ Unidade Federada: _____

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

GRAUS	OLHO			MÃO			PÉ			
	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	
0	Nenhum problema com os olhos decorrentes da hanseníase			Nenhum problema com as mãos decorrentes da hanseníase			Nenhum problema com os pés decorrentes da hanseníase			
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			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 lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			
	Triquíase									
	Opacidade corneana central			Garras			Garras			
				Reabsorção			Reabsorção			
Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m			Mão caída			Pé caído				
						Contratura do tornozelo				
Grau Maior				Grau Maior				Grau Maior		

Maior grau atribuído início da PQT 0 1 2

Escore EHF (olhos, mãos e pés) total: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Maior grau atribuído Alta da PQT 0 1 2

Escore EHF (olhos, mãos e pés) total: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Instruções para preenchimento

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 PQT;
- assinalar com um 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 (assinalar as caselas de grau 0)

Assinalar com X na casela grau 0, quando nenhum problema com olhos, mãos e pés decorrentes da hanseníase for encontrado.

Preencher o formulário observando as seguintes condições (assinalar as caselas de grau 1)

Assinalar com X na casela grau 1, 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.

Preencher o formulário observando as seguintes condições (assinalar as caselas de grau 2)

Assinalar com X na casela grau 2, quando houver:

Olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade da córnea central, acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 m.

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 contratatura do tornozelo.

Preencher o formulário nas caselas maior grau atribuído para cada segmento



Escore EHF (olhos, mãos e pés) total:

O escore EHF é uma alternativa ao grau máximo de incapacidade (OMS) para se resumir os dados sobre deficiências. Considerar a tabela abaixo, completada para cada pessoa avaliada:

	Olho	Mão	Pé
Direita			
Esquerda			

Com o grau máximo de incapacidade (OMS), registraríamos o maior número encontrado em qualquer parte do corpo (0, 1 ou 2) como o grau de incapacidade para aquela pessoa. No escore EHF total, no entanto, determinamos o grau máximo para cada um dos seis locais do corpo (olhos, mãos e pés), e então somamos os seis números. Assim o escore EHF pode variar de 0 a 12.

Exemplo

Grau de incapacidade

	Olho	Mão	Pé
Direita	0	1	1
Esquerda	2	1	1

Grau máximo de incapacidade = 2

Escore EHF = 6

Grau de incapacidade

	Olho	Mão	Pé
Direita	0	1	2
Esquerda	2	1	2

Grau máximo de incapacidade = 2

Escore EHF = 8

Podemos ver, nesse exemplo, que o escore EHF é mais sensível do que o grau máximo de incapacidades a mudanças nas deficiências.

Assim como o grau máximo de incapacidade, o escore EHF é definido apenas para a hanseníase. Clientes com outros diagnósticos deverão ser classificados de acordo com sistemas vigentes para essas doenças. O formulário para informações sobre o cliente permite o registro dessas informações ou pode ser adaptado para tanto.

O escore EHF foi descrito em *Grading impairment in leprosy* (VAN BRAKEL; REED, N.K.; REED, D.S., 1999).

Preencher o formulário na casela correspondente ao maior grau atribuído do paciente.

Assinar e datar

COMO MANTER O
AUTOCUIDADO COM
APENAS 10% DA
VISÃO?

Não basta você ensinar. A paciente chegou ao ambulatório toda feliz, me mostrando como o pé tinha melhorado. Ela mesma fazia seus curativos e achava que o pé estava ótimo, mas ao contrário, ele estava em péssimas condições. Eu achei estranha a sua percepção e a levei no setor de oftalmologia para avaliar a acuidade visual. O resultado foi que ela estava com apenas 10% da visão e dessa forma não podia avaliar corretamente suas condições.



Carmem
(enfermeira)

Avaliação neurológica simplificada




AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome: _____ Data Nasc. ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município: _____ Unidade Federada: _____
 Classificação operacional: PB MB Data início PQT: ____/____/____ Data alta PQT: ____/____/____

FACE	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Nariz	D	E	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	D	E	
Queixa principal									
Fecha olhos s/ força (mm)									
Fecha olhos c/ força (mm)									
Triquiase (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	/	/
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E	D	E	
Queixa principal									
Ulnar									
Mediano									
Radial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

Inspeção e avaliação sensitiva

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

Legenda: Caneta/filamento lilás (2 g): Sente Não sente X 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 posterior							

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

Inspecção e avaliação sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E

Legenda: Caneta/filamento lilás (2 g): Sente ✓ Não sente X 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 INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés decorrente da 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)
II	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m 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
Lilás	2,0
Verm. fechado	4,0
Verm. cruzado	10,0
Verm. aberto	300,0
Preto	s/resposta

Instruções para preenchimento

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 PQT.

Face

- anotar as datas das três avaliações.



Nariz

- 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 usar óculos para longe, fazer o teste com os óculos.

Mãos

- anotar as datas das três 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; garra rígida: R; reabsorção: ; ferida: ;
- anotar o resultado da avaliação sensitiva: caneta/filamento lilás (2 g): Sente ✓ Não sente X ou no uso dos monofilamentos: seguir cores conforme legenda.

Pés

- anotar as datas das três 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; Garra rígida: R; reabsorção: ; ferida: ;
- anotar o resultado da avaliação sensitiva: Caneta/filamento lilás (2 g): Sente ✓ Não sente X ou no uso dos monofilamentos: seguir cores conforme legenda.

Classificação do grau de incapacidade

Anotar a classificação do grau de incapacidade para o lado direito (letra D) e esquerdo (letra E) de olhos, mãos e pés; o grau encontrado nas casela; maior grau; assinatura e datas da avaliação no diagnóstico e na alta.

Quadro 15 – Diferença entre avaliação neurológica e grau de incapacidade

	Avaliação neurológica	Grau de incapacidade
O QUE É	Avaliação do estado do nervo e da função (sensitiva, motora) neural	Medida que indica a existência de perda da sensibilidade protetora e/ou deformidades visíveis em consequência de lesão neural e/ou cegueira
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 usado para avaliar programas Determinar a precocidade do diagnóstico (a existência de deformidades visíveis indica diagnóstico tardio) Comparar o grau de incapacidade no início do tratamento e na alta para determinar se existe melhora ou piora (piora no grau de incapacidade pode indicar problemas no acompanhamento da pessoa no serviço)
COMO FAZER	Palpando os nervos Pesquisando a sensibilidade Avaliando a força muscular	Fazendo inspeção Pesquisando a sensibilidade Avaliando a acuidade visual Avaliando a mobilidade articular
QUANDO	Início do tratamento De 3/3 meses (ou mensalmente, quando possível) Com maior frequência durante neurites e reações, ou quando houver suspeita destas, durante ou após o tratamento Na alta	Início do tratamento Na alta

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

Acuidade visual		
D		E
	Perto	
	Longe	

Força muscular		
D		E
	Olho	
	Mão	
	Pé	
	Outro	

Perda de sensibilidade		
D		E
	Olho	
	Mão	
	Pé	
	Outro	

D	Contagem de úlceras	E
	Mão – palma e costas da mão	
	Braço	
	Pé – sola e dorso do pé	
	Perna	
	Outro	

GI (OMS)		
D		E
	Olho	
	Mão	
	Pé	
GI máximo:		Escore EHF ¹ :

¹ O GI máximo refere-se ao maior valor de GI encontrado em qualquer uma das partes do corpo (0, 1 ou 2). O escore EHF (*eye-hand-foot*) é uma alternativa ao grau máximo de incapacidade (OMS) 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 EHF pode variar de 0 a 12.

ESCALA SALSА

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

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

	Domínios	Escala SALSА <i>Screening of Activity Limitation & Safety Awareness</i> (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco) Marque uma resposta em cada linha	Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?		
			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.	Mobilidade (pés)	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.		Autocuidado	Você lava seu corpo todo? (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado)	1	2	3	0	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.	Trabalho (mãos)	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.	Destreza (mãos)	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
Escore parcial			(S1)	(S2)	(S3)	(S4)	(S5)	(S6)
Escore SALSА (<i>some todos os escores parciais</i>)			(S1+S2+S3+S4+S5+S6)					
Escore de consciência de risco (<i>conte o número de ④'s marcados em cada coluna</i>)								

Instruções para preenchimento

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 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 ou das mãos ou dos pés. Registre dificuldade ou “evito por causa do risco” se houver problemas ou 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 ajudá-lo 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 cabeça significa levantar um objeto com suas mãos e braços acima do nível da 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-os 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 nas 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 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 rasgar; 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 a mão.



É HANSENÍASE, ELA TEVE ESSE PALPITE PORQUE TINHA VISTO PESSOAS COM DORMÊNCIA

No começo foi muito difícil porque eu passei por cinco médicos diferentes sem descobrir o que tinha. Um deles me falou que era um tipo de verme que dava uma dormenciuzinha, mas depois do medicamento iria passar; outro disse que era febre reumática porque eu tinha dores e inchaços nas articulações e problemas de sensibilidade. No começo não apareceram manchas e se tornou um pouco mais difícil constatar o problema. Eu já queria desistir, mas por muita insistência de minha esposa, que achava que poderia ser hanseníase, eu fui procurar outro médico. Eu mesmo achava que não era, mas ela achava por causa da dormência. Você sabe, quando a gente vive com uma pessoa, procura se inteirar dos problemas dela e o cuidado que a gente tem com ela às vezes é melhor do que o cuidado dos profissionais de saúde. Ela teve esse palpite porque já tinha visto casos de pessoas com dormência no lugar que morava antes de casar comigo, então ela insistiu. Nós procuramos um profissional naquela área e lá constatamos que era hanseníase. Fiz o tratamento de um ano e graças a Deus eu melhorei bastante. O problema são as seqüelas que ela deixa. Eu tenho problema nos pés e atrofiamento nas mãos, e não posso exercer minha profissão porque não consigo segurar nem um pincel.”



Carlos (pintor)

Escala de participação

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

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

Número	Escala de Participação	Não especificado, não respondeu	Sim	As vezes	Não	Irrelevante, eu não quero, eu não preciso	Não é problema	Pequeno	Médio	Grande	PONTUAÇÃO
			0				1	2	3	5	
1	Você tem a mesma oportunidade que seus pares para encontrar trabalho?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> 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								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> 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								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> 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								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
5	Você ajuda outras pessoas (p. ex., vizinhos, amigos ou parentes)?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> 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								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> 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								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	

Numero	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
			0				1	2	3	5	
8	Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma frequência que seus pares?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
9	Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
10	Você recebe o mesmo respeito na comunidade quanto seus pares?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> 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 os seus pares?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
12	Em sua cidade, você frequenta todos os locais públicos (incluindo escolas, lojas, escritórios, mercados, bares e restaurantes)?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
13	Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
14	Em sua casa, você faz o serviço de casa?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> 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
			0				1	2	3	5	
15	Nas discussões familiares, sua opinião é importante?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
16	Na sua casa, você come junto com as outras pessoas, inclusive dividindo os mesmos utensílios, etc.?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
17	Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p. ex., casamentos, batizados, velórios, etc.)?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você?						1	2	3	5	
18	Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?		0								
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> 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

Instruções para preenchimento

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta	
1	<p>Você tem a mesma oportunidade que os seus pares para encontrar trabalho?</p> <p>Modelo: Você tem as mesmas chances/oportunidades de encontrar um emprego ou trabalho que seus pares?</p> <p>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).</p> <p>Por exemplo, pode ser mais difícil encontrar trabalho porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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	<p>Você trabalha tanto quanto seus pares (mesmo número de horas, tipo de trabalho, etc.)?</p> <p>Modelo: Você trabalha tantas horas por dia quanto seus pares? Você faz um trabalho semelhante ao dos seus pares?</p> <p>Esta é uma comparação entre a quantidade de trabalho que a pessoa é capaz de fazer. Inclui as atividades que ela realiza no dia-a-dia, mesmo que não remuneradas. Exclui: atitude em relação ao trabalho e atividades recreativas ou de lazer</p> <p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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?

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta

3 **Você contribui economicamente com 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 de empreender longas jornadas.
- Talvez a pessoa não visite a família ou os parentes e portanto não precise viajar tanto quanto seus pares
- Talvez a pessoa prefira enviar seu cônjuge ou seus filhos para a feira por ficar constrangida.

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta

5 **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. **Exclui:** trabalho pago/remunerado ou emprego. Ajudar é oferecer assistência, muitas vezes de maneira prática. A pergunta é se a pessoa ajuda outras pessoas/famílias conhecidas.

Por exemplo:

- Buscar água para outros, quando estes não são capazes de ir.
- Cuidar de seus animais em sua ausência.
- Acompanhar a pessoa ou levar seus filhos ao hospital quando eles estão doentes.
- Arranjar casamentos.
- Cuidar de seus filhos.

6 **Você participa de atividades recreativas/sociais com a mesma frequência que seus pares (p. ex., esporte, 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 seus pares são envolvidos.

Uma atividade recreativa é uma atividade social/sócio-religiosa/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 a 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/ela pode não ser capaz de jogar cartas em razão da deformidade em suas mãos.
- Talvez ele/ela tenha menos amigos por causa de sua doença/deficiência.

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta

7	<p>Você é tão ativo socialmente quanto seus pares (p. ex., em atividades religiosas/comunitárias)?</p> <p>Modelo: Você é socialmente ativo? E em atividades religiosas/comunitárias?</p> <p>Observação: a pergunta é o quanto a pessoa é socialmente ativa em sua comunidade. Ser socialmente ativo é estar envolvido ou ocupado trabalhando em negócios da comunidade.</p> <p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Isso pode envolver freqüentar reuniões da comunidade. ■ Estar envolvido nos assuntos religiosos na cidade ou comunidade, p. ex., participando de um grupo ou procissão religiosa, ou sendo membro ativo da igreja local ■ Participar de uma marcha política
8	<p>Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma freqüência que seus pares?</p> <p>Modelo: Você visita pessoas em sua comunidade? Você faz visitas com a mesma freqüência que as outras pessoas?</p> <p>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 seus pares?</p> <p>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.</p> <p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ A pessoa pode ter perdido amigos por causa de sua doença e assim tem menos pessoas para visitar ■ Talvez a dificuldade de mobilidade da pessoa a impeça de fazer visitas freqüentes.

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta

9	<p>Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas?</p> <p>Modelo: Você procura ficar fora do caminho de alguém que você não conhece?</p> <p>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.</p> <p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Talvez a pessoa se sinta constrangida por sua aparência, ou tema ser rejeitada, ou seja precavida com estranhos.
10	<p>Você recebe o mesmo respeito na comunidade quanto seus pares?</p> <p>Modelo: Você acha que está perdendo o respeito em sua comunidade?</p> <p>Observação: a pergunta é se a pessoa recebe o mesmo respeito dos membros da comunidade quanto seus pares. O respeito refere-se à posição ou importância e autoridade de alguém na comunidade ou sociedade.</p> <p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Algumas pessoas ou famílias perderam respeito ou importância numa comunidade porque alguém da casa tem uma deficiência ou uma doença.

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta

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

12 **Em sua cidade, 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.

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta

13	<p>Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)?</p> <p>Modelo: Você tem oportunidade de se lavar sempre que deseja? Você tem oportunidade de comer frutas ou beber leite?</p> <p>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, <i>body piercing</i>, manicure/pedicure, comer adequadamente, cuidar de sua aparência, ter uma atitude proativa em relação à saúde.</p> <p>Por exemplo, a higiene da pessoa pode não ser tão boa quanto a dos seus pares se:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 o dinheiro para pagar por tratamento médico, sabão ou artigos de higiene.
14	<p>Em sua casa, você faz o serviço de casa?</p> <p>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.?</p> <p>Observação: a ênfase está sobre o fato de a 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.</p> <p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Talvez outros não queiram que ela participe porque pensam que ficarão contaminados ou impuros.

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta

15	<p>Nas discussões familiares sua opinião é importante?</p> <p>Modelo: Os outros pedem sua opinião ou você dá sua opinião, quando se discutem assuntos de família na mesma proporção que os seus pares o fariam?</p> <p>Observação: a pergunta é se a pessoa fala, manifesta sua opinião, compartilha idéias 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.</p> <p>Discussões familiares podem ser sobre qualquer coisa, mas podem incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Planejar o casamento de uma filha. ■ Comprar animais (imóveis, eletrodomésticos, etc.). ■ Dinheiro.
16	<p>Na sua casa, você come junto com as outras pessoas, inclusive dividindo os mesmos utensílios, etc.?</p> <p>Modelo: Você come com outros membros da família e troca pratos ou utensílios com eles quando necessário?</p> <p>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.</p> <p>Por exemplo: nas famílias em que o uso de utensílios comuns é culturalmente aceito.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ O prato e o copo do entrevistado podem ser usados por alguns outros membros da família. ■ O entrevistado pode usar utensílios que normalmente são usados por outros membros da família. ■ Às vezes o cônjuge ou os filhos podem dividir alimentos do prato do entrevistado quando estão comendo juntos no mesmo local e no mesmo horário.

Escala de Participação – Guia Pergunta por Pergunta

17	<p>Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e dos rituais religiosos (p. ex., casamentos, batizados, velórios, etc.)?</p> <p>Modelo: Você está tão envolvido quanto os outros nos principais festivais e rituais?</p> <p>Participar de alguma coisa é estar envolvido. Neste 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?</p> <p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Talvez possa não ser convidada ou não tenha permissão para ir. ■ Pode preferir ficar em casa por receio de que outros a/o façam sentir “vergonha”.
18	<p>Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?</p> <p>Modelo: Se alguém sugerisse que você deve tentar 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?</p> <p>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 entrevistado e como ele se sente em relação a mudanças. Ela também avalia como a pessoa se sente em relação a si mesma e a suas habilidades, em razão de sua deficiência/doença.</p> <p>Alguém pode aprender um novo ofício, de modo que pode aumentar a receita da família. A pergunta é como a pessoa se sente ao aprender algo novo.</p> <p>Por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Talvez alguém se sinta muito temeroso e inseguro para aprender alguma coisa nova por causa de sua deficiência/doença.

BELL, J. A. Sensibility evaluation. In: HUNTER, J. M. et al. *Rehabilitation of the hand*. St Louis: CV Mosby, 1990. P. 557-584.

BELL-KROTOSKI, J.; TOMANCIK, E. The repeatability of testing with Lemmes Weins tein monofilaments. *J. Hand Surgery*, [S.l.], v. 12, p. 155-161, 1987.

BIRK, J. A.; SIMS, D. S. Plantar Sensory Therseshold in ulcerative Foot. *Leprosy Review*, [S.l.]. v. 57, p. 261-7, 1986.

BRANDSMA, J. W. *Intrinsic minus hand*. Amsterdam, Netherlands: Stichiting voor Leprabestrijding, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária. *Legislação sobre o controle de doenças na área de dermatologia sanitária*. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Guia para controle da hanseníase*. 2. ed. Brasília: Centro de Documentação Científica do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. *Modelo de Curso Básico de Hanseníase*. Brasília, 1980.

CHUSID, J. G. *Neuroanatomia correlativa e neurologia funcional*. 14. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogam, 1972.

CRISTOFOLINI, L. *Prevenção de Incapacidade na Hanseníase e Reabilitação em Hanseníase*. 4. ed. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato/Hospital Lauro de Souza Lima, 1982.

GOFFMAN, E. *Estigma : notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

GREEN, L. W.; KREUTER, M. V. CDC'S Planned Approach to Community Health... an inspiration for PROCEED. *Journal of Health Education*, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 40-147, 1992.

HEIDEGGER, G. W. *Atlas da anatomia humana*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogam, 1978.

JACOB, S. et al. *Anatomia e fisiologia humana*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogam, [1990].

JOPLING, W. H. et al. *Manual de hanseníase*. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1991.

KENDAL, F. P. et al. *Músculos provas e funções*. 3. ed. São Paulo: Manole, 1987.

LEHMAN, L. F. et al. *Avaliação neurológica simplificada*. Belo Horizonte: ALM Internacional, 1997. 104 p.

LEHMAN, L. F. et al. *Para uma vida melhor*. Belo Horizonte: ALM Internacional, 1997. 104 p.

LOMBARDI, C. et al. *Hansenologia: epidemiologia e controle*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1990.

MOREIRA, M. B. R. *Enfermagem em hanseníase*. Brasília: Hospital Regional de Sobradinho/Fundação Hospitalar do DF (FHDF), 1983.

OLIVEIRA, M. L. de W. et al. *Hanseníase: cuidados para evitar complicações*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998. 32 p.

OPROMOLLA, D. V. A. As Incapacidades na Hanseníase. In: _____. *Noções de Hansenologia*. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato/Hospital Lauro de Souza Lima, 1981.

REABILITAÇÃO em hanseníase. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato/Hospital Lauro de Souza Lima, 1982.

RENDALL, J. W. Sensibility evaluation and rehabilitation. *Orthopedic Clinics of North America*, [S.l.], v. 19, p. 43-56, 1988.

SALOTTI, S. et al. *Prevenção e tratamento: comprometimentos oculares na hanseníase*. Bauru: Hospital Lauro de Souza Lima, [200-?].

TALHARI, S.; NEVES, R. G. *Hanseníase*. 2. ed. Manaus: Instituto Superior de Estudo da Amazônia, 1989.

VAN BRAKE, W. H.; REED, N. K.; REED, D. S. Grading impairment in Leprosy. *Lepr. Rev.*, [S.l.], v. 70, p.180-188, 1999.

VIETH, Hannelore et al. *Guia de prevenção ocular em hanseníse*. [S.l.]: Talmilep/Dahw/Centro de Prevenção Oftalmológica/Instituto Lauro de Souza Lima, [20--?]. 54 p.

VILARINS, R. M. S. *Lente de contato: prática – adaptação*. Rio de Janeiro: Editora Colina, 1985.

VON FREY. Verspatete Schmerzempfindugen. *A. Gesamete Neur. Psychiat.*, [S.l.], v. 79, p. 324-333, 1922.

WEINSTEIN, S. Intensive and Extensive aspects of tactile sensitivity as a function of body part, sex and laterality. In: KENSHALO, D. R. (Ed.). *The Skin Senses*. Springfield, Illinois: C. C. Thomas, 1968. p. 195-218.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF (Classificação Internacional de Funcionalidade)*. Geneva, 2001.



Editora MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Criação da capa, reprodução fiel do original)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Brasília – DF, setembro de 2008

OS 0909/2008