

Unidade 3

Prevenção de incapacidade (PI)

Prevenção de incapacidade (PI)

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM:

Empoderar técnicos para o desenvolvimento de ações básicas em prevenção de incapacidade física.

1. CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE (CIF)

1.1. Porque é importante conhecer os fatores ambientais e sociais que o indivíduo está inserido?

A recomendação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) é que se aborde **o indivíduo como um todo**, de modo a entender os fatores que se relacionam com o processo saúde e doença, numa perspectiva positiva, em que se leve em consideração as atividades e participação do indivíduo e não somente a estrutura e função corporal. Dessa maneira, é relevante conhecer os fatores ambientais e sociais, uma vez que podem interferir na funcionalidade e incapacidade dessa pessoa, caracterizando-se como barreira ou facilitador (OMS, 2004).

Resumindo, entender as condições sócioambientais é fundamental para propor um plano de tratamento (orientações) viável ao indivíduo e personalizada às suas necessidades.

A **CIF** auxilia na obtenção de maiores detalhes do quadro do indivíduo após o diagnóstico. No que diz respeito a Hanseníase, devido às sequelas crônicas, é importante considerar os cuidados prolongados (OMS, 2004).

A **CID-10** bastante conhecida na área da saúde indica o diagnóstico clínico. Diferencia-se da CIF, uma vez que esta oferece a classificação do quadro funcional do indivíduo. Dessa forma, são ambas complementares (OMS, 2007).

CIF é a Classificação Internacional de Funcionalidade, define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Os domínios da saúde são descritos com base na perspectiva do corpo do indivíduo e da sociedade, que são funções e estruturas do corpo e atividades e participação (ARAÚJO, 2008).

CID-10 é a Classificação Internacional de Doença – 10ª revisão, que diz respeito às condições de saúde relacionadas à doença, transtornos ou lesões, o que é levado em conta são a etiologia, anatomia e causas externas das lesões (OMS, 2007).

Unidade 3

Os fatores ambientais, sociais, estruturais e funcionais podem exercer barreiras limitantes ou facilitadoras para o indivíduo, por isso devemos conhecê-las.

SAIBA MAIS

Acesse o documento "CIF" para entender melhor os conceitos escritos acima e para ampliar seus conhecimentos no assunto, podendo futuramente aplicar em seu ambiente de trabalho.

http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf



É importante questionar, e ouvir o indivíduo. Procurando compreender com humanidade a posição expressa por ele. Atenção aos "porquês"

"Por que não tomou o remédio?..."

Por que não está comparecendo a consulta? ...

Por que não está fazendo os exercícios recomendados?...

Por que não está utilizando sapato adequado?...

Por que a pele está tão ressecada?..."

Após a consulta, o profissional precisa se mobilizar com a equipe de profissionais envolvidos no programa de Hanseníase a fim de solucionar os problemas sociais, ambientais, familiares que foram identificados, promovendo da melhor forma a atenção às necessidades desse indivíduo. Ter um planejamento para cada caso, guiando-se por informações coletadas nas avaliações iniciais (rotinas, condições socioambientais, gostos/preferências, principais dificuldades físicas, psicológicas e ocupacionais), pode auxiliar a decidir os encaminhamentos necessários. Para isso é importante, reuniões, discussão e delineamento dos casos, e, com isso, feedback para o indivíduo, de como vai decorrer seu atendimento e identificando a viabilidade da continuidade de tudo isso por parte do indivíduo.



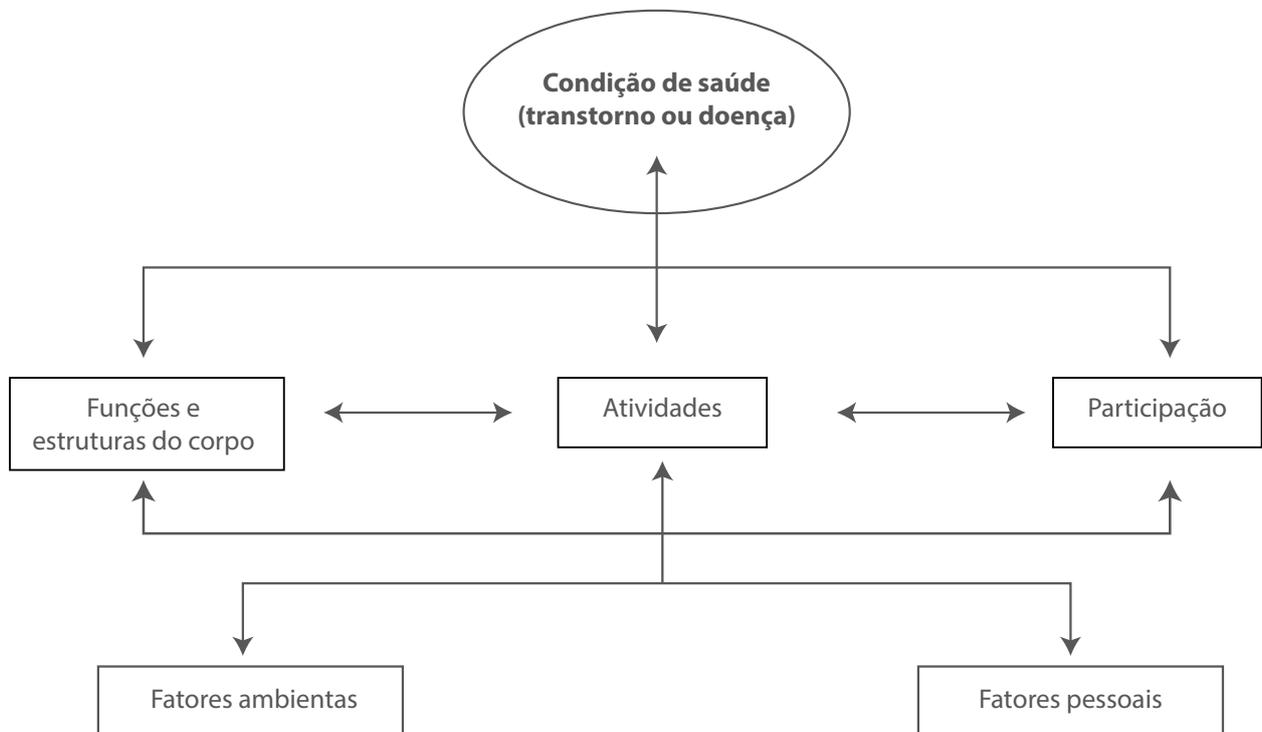
- O indivíduo é capaz de entender a doença? A família oferece apoio a esse indivíduo? O que podemos fazer para que ele compreenda sua condição e tenha melhor adesão ao tratamento? Ele sabe que o tratamento não é só medicamentoso?

Para uma melhor aderência ao tratamento, o indivíduo precisa compreender sua doença, o que ela causa no seu corpo e como ele pode prevenir os problemas. É importante um acompanhamento da equipe e um apoio da família, bem como técnicas que auxiliem a continuidade de cuidados e exercícios em casa, por exemplo: diário de registro dos sinais e sintomas, lembretes para olhar suas mãos e pés, etc.

NA PRÁTICA

Pessoas com o mesmo diagnóstico clínico; podem não apresentar a mesma limitação ou queixa, nem o mesmo envolvimento social. A doença não causa o mesmo impacto nos indivíduos. Ex: Enquanto uma pessoa que tem grau de incapacidade 2, ou seja, possui várias sequelas da doença, nega limitação em atividades laborais e de lazer, outra pessoa com grau 0, ou seja, sem sequelas visíveis da doença, pode relatar que não se sente bem em participar de eventos sociais entre outras coisas que a limita na participação e atividade. Por isso é importante que você como profissional da saúde, identifique o problema e tente intervir diretamente na causa, discutindo em equipe como podem resolver.

Figura 19 - Inter-relações dos itens envolvidos no processo saúde e doença da Hanseníase.



Fonte: CIF (2004).

Assim como fatores ambientais e sociais interferem diferentemente nos indivíduos, os profissionais da saúde necessitam estar atentos durante o atendimento. Nesse momento, ele é um indivíduo único, deve ser visto como um todo, merecendo um atendimento humanizado.

Unidade 3

1.2. Qual é o profissional responsável pela prevenção de incapacidade?

Quando pensamos em **prevenção** lembramos de várias coisas relacionadas ao cuidado e/ou não deixar que algo ruim aconteça. Por isso, devemos saber que **prevenção de incapacidade (PI)** se caracteriza por várias atitudes que podemos ter para que não ocorra um dano físico, psíquico e emocional ao indivíduo, independentemente da fase de tratamento em que ele se encontra (BRASIL, 2008a).

Nesse contexto, o **autocuidado** tem relação com a PI, ou seja, preocupação com o outro e conosco. Não é exclusividade de uma profissão realizar a PI, até porque envolve um conjunto de técnicas. Portanto, **todos os profissionais de saúde** têm papel singular no repasse de orientações sobre o autocuidado, na motivação dos indivíduos para introduzi-los no seu dia a dia e na vida dessa pessoa, na valorização da autoconfiança e do aprendizado de cada um, por mais lento que seja (BRASIL, 2008a).

A educação em saúde é entendida como um suporte para a compreensão do processo de adoecimento, da doença em si, sua aceitação e consequências na vida dele. É importante também, para informação do público em geral, moradores da comunidade, cuidadores e profissionais da saúde, enfocando na atenção e conhecimento dos primeiros sinais e sintomas da doença, no tratamento que pode ser feito em qualquer unidade básica de saúde e na necessidade de exame dos contatos (pessoas que conviveram com os indivíduos diagnosticados com Hanseníase) (BRASIL, 2008a).

Prevenção caracteriza-se por um conjunto de medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e socioeconômicos. No caso de danos já existentes, a prevenção significa medidas visando evitar as complicações (BRASIL, 2008a).

A prevenção de incapacidade é uma integração de tarefas e cada profissional da equipe, morador da comunidade e indivíduo com a doença devem ter sua responsabilidade (BRASIL, 2008a).

Autocuidado é cuidar-se de si mesmo, buscar quais são as necessidades do corpo e da mente (BRASIL, 2010b).

SAIBA MAIS

Leia o Manual de Prevenção de Incapacidade do Ministério da Saúde e entenda melhor sobre os conceitos relacionados ao cuidado em hanseníase, forma de avaliação, principais acometimentos físicos, etc. É um material muito utilizado e referenciado na área da hanseníase. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf

Unidade 3



Essa parece ser a parte mais complexa de todo o processo, pois, como fazer o indivíduo entender que ele tem papel crucial no seu tratamento? Vivemos numa sociedade em que é rotineiro colocarmos a responsabilidade de tudo nas mãos do “outro” e esquecemos da nossa parte. Ainda que a doença esteja afetando ele mesmo, é tarefa difícil conscientizá-lo das consequências da doença; e só após essa fase de “consciência” é que podemos trabalhar para torná-lo corresponsável com o tratamento. Muitas vezes o indivíduo imagina que o tratamento é somente medicamentoso e desconhece a importância dos cuidados diários de higiene, proteção, manutenção e prevenção, e/ou não sabem como fazer. Por isso, a importância de uma equipe comprometida, atenta às informações dessa pessoa e que possa e esteja preparada para intervir da maneira correta, fortalecendo vínculo para evitar o afastamento, estigma, preconceitos, atitudes negativas, etc. A intervenção tem que ficar bem entendida por parte desse indivíduo, para que isso aconteça, ele não deve ter medo em questionar a equipe e ou falar seu problema.



- O indivíduo sabe como a hanseníase afeta seu corpo? Como ele pode fazer a PI? Você como profissional da saúde sabe como realizar as orientações necessárias?

NA PRÁTICA

A prevenção inicia-se antes do diagnóstico, quando informações sobre a doença são oferecidas ao público em geral (conversas, seminários, eventos da saúde, campanhas, na escola, etc.), quando os mitos são desintegrados, quando as barreiras da falta de conhecimento são ultrapassadas. A partir daí no diagnóstico, trabalha-se de forma individualizada alguns conceitos como: transmissão da doença, avaliação dos contatos, administração de remédios específicos, orientações direcionadas às limitações e queixas, orientações quanto aos cuidados básicos com regiões do corpo sem sensibilidade, para evitar queimaduras ou cortes, orientando quanto ao uso do sapato adequado, etc.

Para se considerar a **reabilitação**, provavelmente já se identificou alguma parte do corpo comprometida (não necessariamente física) e que se deseja o retorno de sua função normal, ao menos o mais próximo possível da normalidade, baseadas nos conceitos e domínios da CIF.

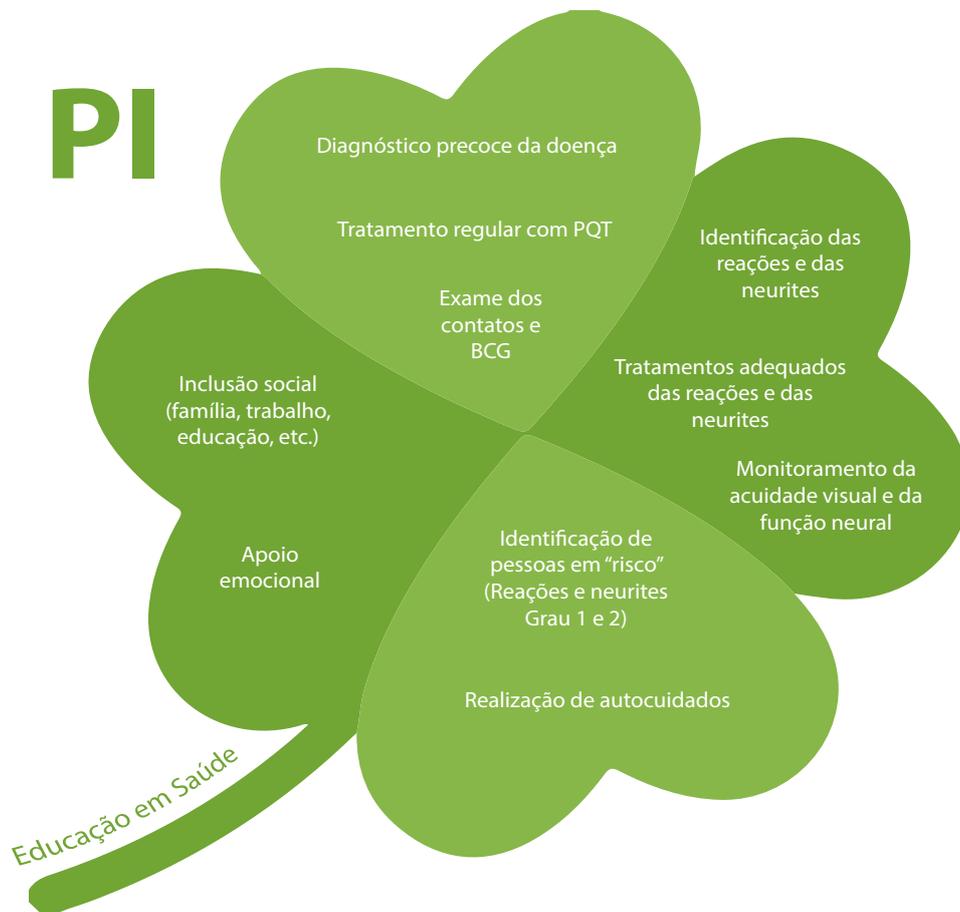
Reabilitação em hanseníase é um processo que procura corrigir e/ou compensar danos físicos, emocionais e socioeconômicos, considerando a capacidade e necessidade de cada indivíduo, adaptando-o a sua realidade (BRASIL, 2008a).

Algumas orientações específicas são baseadas em avaliações de sensibilidade, força muscular e função. O indivíduo deve ser orientado sobre quais tipos de exercícios realizar; em casos de indicação cirúrgica, deve passar por uma preparação anterior ao procedimento e após para a recuperação. Durante o processo de reabilitação pode ser necessário o uso de órteses e adaptações que devem ser recomendadas pela equipe.

Unidade 3

Observe na figura abaixo o conjunto de técnicas relacionadas à PI e tendo como base a educação em saúde.

Figura 20 - Conjunto de técnicas relacionadas à prevenção de incapacidades da Hanseníase.



Fonte: Adaptado de Brasil (2010)

Fica claro que todos os profissionais de saúde são responsáveis pela prevenção de incapacidade. Sabe-se que cada um contribuirá com seus conhecimentos específicos.



- Por que é tão difícil ver isso na prática?



Essa é uma mensagem que não pode ficar somente no papel, deve-se trabalhar maior sensibilização, dos próprios profissionais, para inserir nas suas práticas diárias, conhecimentos básicos e humanísticos. Além de relembrar a essência de tudo, o porquê escolheu essa profissão, e, com isso, entender sua colaboração no todo, sem disputas, egos ou jogos de interesse. A partir do momento que o interesse maior é no indivíduo que está ali necessitando do cuidado, todo o resto fica em segundo plano e as coisas funcionam como deveriam ser.

2. ANATOMIA E FUNÇÃO

2.1. Quais os principais acometimentos funcionais do ponto de vista da anatomia na hanseníase?

As alterações funcionais variam de acordo com a resposta imune do tecido em que há a presença do **bacilo-de-hansen**, dessa forma, pode ser muito variada chegando a infiltrações no parênquima neural, destruindo o nervo periférico (BRASIL, 2008a).

O desenvolvimento da doença é crônico, tanto na pele como nos nervos, porque o bacilo se reproduz lentamente e é de baixa virulência; o comprometimento dos nervos está presente em todas as formas de hanseníase, e o bacilo tem uma preferência por regiões frias e superficiais (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

A neurite é um nome popular do processo inflamatório de destruição do nervo periférico. Por gerar edema intraneural e aprisionamento do nervo, o indivíduo se queixa de dor intensa, hipersensibilidade do nervo, déficit motor e sensitivo. Pode acontecer de forma silenciosa, ou seja, sem dor; e são mais comuns as alterações na sensibilidade e/ou força muscular, o que evidencia a importância de avaliações periódicas (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

A neurite é considerada uma emergência clínica, pois, no momento em que a inflamação se torna aguda, terá efeitos pró-inflamatórios e conseqüentemente lesão das células do tecido nervoso. Esse dano neural pode ser de rápida instalação, causando perdas sensitivas, fraquezas e deformidades. O tratamento é primariamente medicamentoso, em conjunto com outras ações como: fisioterapia, cirurgias e acompanhamento psicológico (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Um fato a pontuar é que nem todo comprometimento neural é em decorrência de inflamação ou infecção, por isso, devemos dar preferência em utilizar o termo neuropatia (BRASIL, 2008a).

A neuropatia da hanseníase é caracterizada como mista, ou seja, compromete nessa ordem: as fibras autonômicas, sensitivas e motoras. Outra característica é a sua distribuição anatômica, classificada como mononeuropatia múltipla, porque pode instalar-se em um ou mais nervos (BRASIL, 2008a).

No quadro abaixo observamos os sinais, sintomas e queixas comuns dos indivíduos relacionados com os tipos de fibras acometidas.

Unidade 3

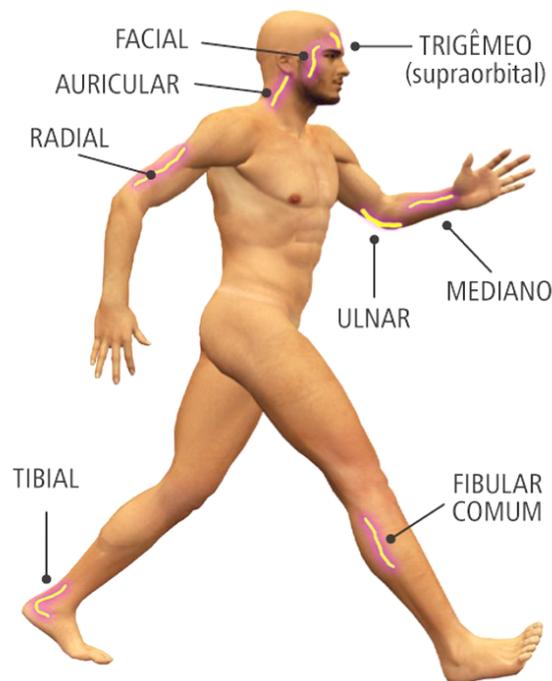
Quadro 21 - Sinais, sintomas e queixas comuns na neuropatia da hanseníase

Fibras	Sinais e sintomas
Autonômico	Calosidades, falta de pêlos, estado das unhas, fissuras, diminuição da sudorese. Queixa: não tem suor em alguma região do corpo, pele seca e descamando.
Sensitivo	Dormência, queimaduras, úlceras. Queixas: pontada, queimação, aumento de volume de extremidade e diminuição da sensibilidade.
Motor	Fraqueza muscular, articulações rígidas, deformidades. Queixas: incapacidade de realizar tarefas comuns (ex: caminhar, segurar uma xícara).

Fonte: Adaptado Brasil (2008a)

Na figura abaixo observamos os nervos mais atingidos na hanseníase, a partir daí traçamos o quadro funcional que devemos avaliar e acompanhar no indivíduo.

Figura 21 - Nervos mais atingidos na hanseníase



Fonte: (BRASIL 2016b)

O corpo do indivíduo apresenta um conjunto de engrenagem, que deve estar em pleno funcionamento. O processo da doença altera a harmonia, ou seja, os sintomas de queimação, fotofobia, lacrimejamento e hiperemia conjuntiva podem ter início com a disfunção do nervo facial que prejudicou o movimento de piscar dos olhos e levou a diminuição da lágrima, por fim, ressecamento da córnea (GARBINO; OPROMOLLA, 2003).

Unidade 3

Na face o comprometimento está relacionado com a ação direta do bacilo. Na região do nariz é comum a obstrução, aumento de secreção e aderência dessa secreção na mucosa nasal (crostas). A consequência disso é que o indivíduo tenta fazer a higiene dessa região utilizando o dedo; ou materiais inapropriados como cotonete ou palito, e acaba causando uma lesão, que é porta de entrada para infecções, que em casos drásticos chegam a cartilagem, causando necrose e perfuração. Outros sinais de acometimentos na face podem ser observados por **madarose** ciliar e superciliar, que ocorrem por lesão nos bulbos pilosos. A **triquíase** comumente encontrada na região dos olhos leva a úlceras e prejuízo na visão (BRASIL, 2008a).

Triquíase são os cílios voltados para dentro, roçando o globo ocular (BRASIL, 2008a).

Madarose ciliar é a perda dos cílios (BRASIL, 2008a).

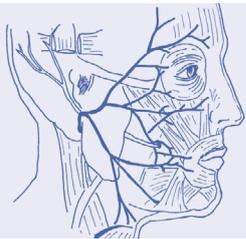
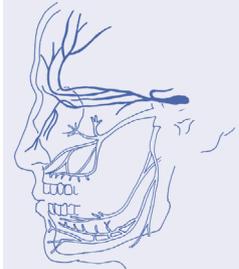
As intercorrências nos olhos alteram, com o passar do tempo, a própria posição da margem palpebral, invertendo-a (**entrópio**) e evertendo-a (**ectrópio**) (BRASIL, 2008a). A diminuição da sensibilidade também ocorre na córnea, por lesão do nervo trigêmeo, levando a opacidade e podendo provocar ceratite, quando o indivíduo se queixa de dor, déficit visual e hiperemia.

Entrópio é a inversão da margem palpebral superior e/ou inferior (BRASIL, 2008a).

Ectrópio é a eversão da pálpebra inferior (BRASIL, 2008a).

No quadro 3, apresenta-se a relação entre nervo, função e acometimento na região específica da face.

Quadro 3 - Nervos da região da face.

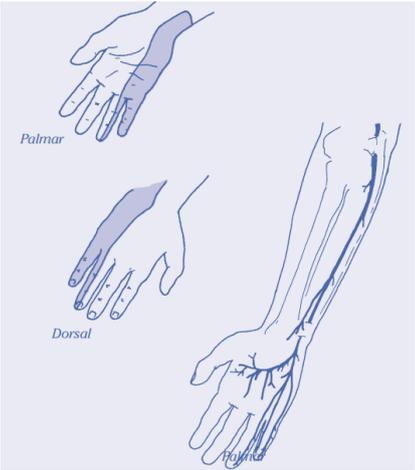
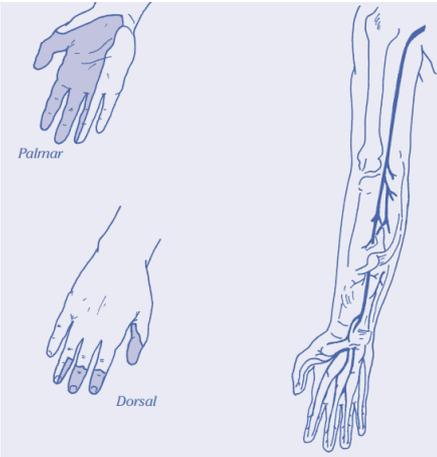
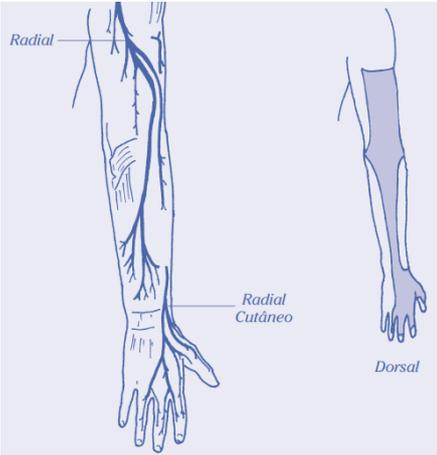
Nervo	Função	Acometimento	Queixa
N. Facial (VII) 	Inerva os músculos orbitais responsáveis pelo fechamento palpebral. Fibras Motoras e sensitivas.	Lagofalmo (incapacidade de abrir os olhos).	Fenda no olho durante o sono (outras pessoas relatam para o indivíduo), vermelhidão, coceira, ardor, "sensação de areia".
N. Trigêmeo (V) 	Inerva a córnea. Fibras sensitivas (oftálmico, maxilar e mandibular).	Diminuição ou perda da sensibilidade corneana. Dor na região da face.	Diminuição do piscamento, acuidade visual, vermelhidão e úlceras.

Fonte: Adaptado de Brasil (2008a); LEHMAN et al (1997).

Unidade 3

As incapacidades e deformidades relacionadas às mãos são provenientes de acometimentos nos nervos ulnar, mediano e radial; nos pés, são referentes aos nervos fibular comum e tibial, como mostrado no quadro abaixo.

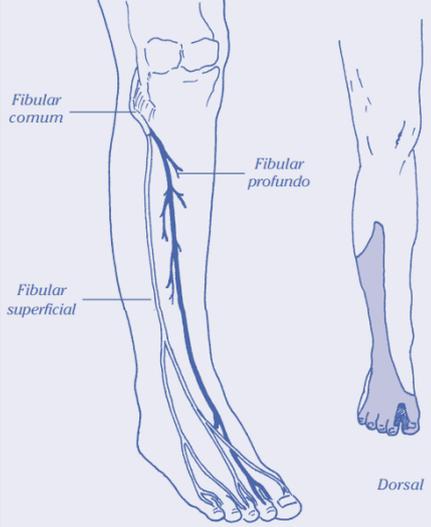
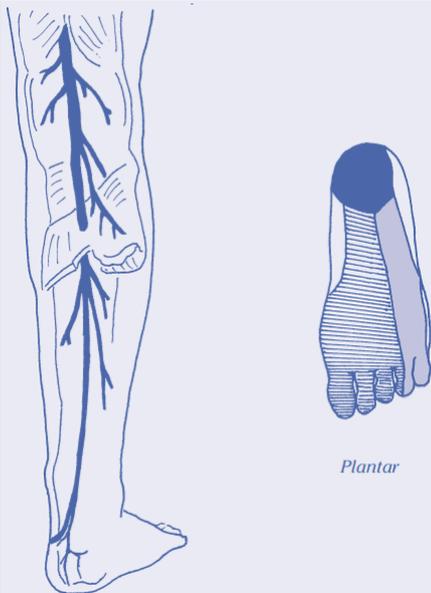
Quadro 4 - Nervos da região específica dos membros superiores

Nervo	Função	Acometimento	Queixa
<p>N. Ulnar</p> 	<p>Musculatura intrínseca da mão (interósseos, lumbricais, etc).</p> <p>Fibras autonômicas, motoras e sensitivas.</p>	<p>Garra ulnar.</p> <p>Atrofia muscular do 1º interósseo e da região hipotênar.</p> <p>Alteração na sensibilidade da palma da mão.</p> <p>Diminuição na força muscular de abdutores e adutores dos dedos e adução do polegar.</p>	<p>Dor na região do nervo ulnar, dificuldade de abrir e fechar o dedo mínimo, parestesia em região hipotênar.</p>
<p>N. Mediano</p> 	<p>Abdutor curto do polegar, flexor curto e oponente.</p> <p>Fibras autonômicas, motoras e sensitivas.</p>	<p>Perda da oponência do polegar, posição intrínseca da mão.</p>	<p>Dor na região do punho, dificuldade em levantar o polegar e segurar objetos, perda da sensibilidade na região da palma da mão (lado do polegar) e parestesia.</p>
<p>N. Radial</p> 	<p>Músculos extensores do punho e dos dedos.</p> <p>Fibras autonômicas, motoras e sensitivas.</p>	<p>“Mão caída”, ou seja, prejuízo nos movimentos de extensão de punho e dedos.</p> <p>Déficit sensorial na região do dorso da mão e antebraço.</p>	<p>Lesões no dorso das mãos, fraqueza para realizar as atividades que exijam extensão do punho e dedos, dor em seu trajeto, parestesia.</p>

Fonte: Adaptado de Brasil (2008a); LEHMAN et al (1997).

Unidade 3

Quadro 4 - Nervos da região específica dos membros inferiores

Nervo	Função	Acometimento	Queixa
<p>N. Fibular comum</p> 	<p>Profundo: Músculo tibial anterior, extensor longo do hálux e dos dedos.</p> <p>Superficial: Músculos fibulares longo e curto (evertores).</p>	<p>Impede a dorsiflexão do pé e extensão dos dedos, principalmente do hálux.</p> <p>Flexão plantar (“pé equino”), prejuízo no movimento de eversão do pé.</p>	<p>Dor na região do fibular, principalmente atrás do joelho, dificuldade de levantar o pé para caminhar.</p>
<p>N. tibial</p> 	<p>Musculatura intrínseca do pé (lumbriais e interósseos).</p> <p>Fibras autonômicas, sensitivas e motoras.</p>	<p>“Garra” dos dedos, alteração na sensibilidade plantar, diminuição dos movimentos de abdução e adução dos dedos e flexão dos metatarsianos.</p>	<p>Parestesia na região plantar.</p>

Fonte: Adaptado de Brasil (2008a); LEHMAN et al (1997).

2.2. Acometimentos mais comuns da hanseníase relacionados aos nervos

Assim como em outras doenças incapacitantes (ex: AVE, Doença de Parkinson, Cardiopatia Grave), a hanseníase interfere nas questões emocionais, sociais e produtivas do indivíduo. A mão tem uma função primordial para o ser humano, pois exerce a preensão grossa (envolve objetos na palma da mão com todos os dedos) e fina (pega objeto com as extremidades dos dedos I, II e III), basicamente são importantes para trabalhos com objetos pesados e pequenos. (GARBINO; OPROMOLLA, 2003).

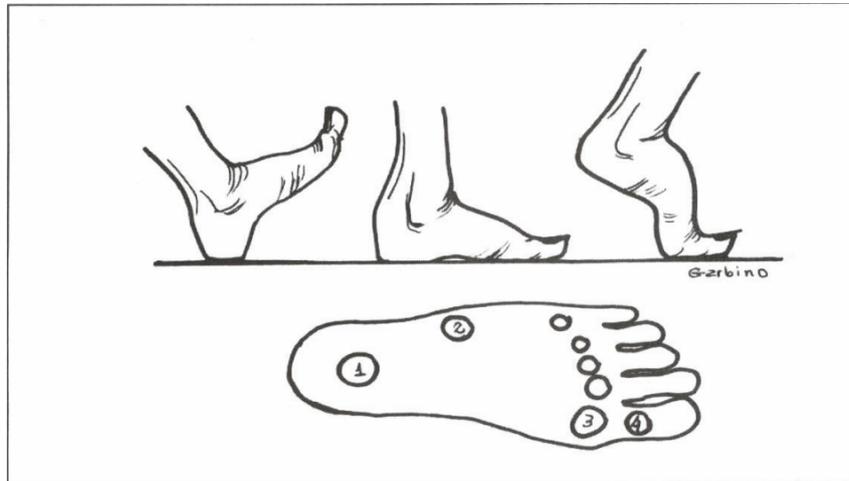
Unidade 3

Uma das sequelas nas mãos e pés é a garra (rígida ou móvel), consequência de uma incompatibilidade dos músculos flexores se harmonizar com os extensores (extensão metacarpofalangeana e flexão de interfalangeana proximal), porque os extensores dos dedos perdem sua função, agindo somente nas falanges proximais, associando-se a perda do tônus do flexor profundo dos dedos, a flexão da falange distal e interfalangeanas são acentuadas (BRASIL, 2008a).

O nervo ulnar está associado a perda de abdução e adução do II ao IV dedos e garra do IV e V dedos, também é responsável pela inervação da região hipotenar, prejudicando a oponência do polegar e preensão grossa quando acometido; já o déficit no nervo mediano, produz garra do II e III dedos. A garra associada com o déficit sensitivo altera a área de pressão e o indivíduo acaba fazendo mais força para as pegas, causando maiores lesões (BRASIL, 2008a).

Outra função considerada fundamental para o ser humano é a deambulação, muitas vezes limitada pelos acometimentos dos nervos fibular e tibial posterior. A Figura 22 ilustra as áreas dos pés que mais suportam o peso corporal e resumidamente os apoios que ocorrem em cada fase da marcha, sendo a propulsão final na região hálux. É comum encontrarmos indivíduos com úlceras nessas regiões, amputações de hálux; e, perda de força muscular para realizar os movimentos de dorsiflexão e extensão dos dedos. Assim como déficits na sensibilidade da região plantar ocasionada por lesão no nervo tibial, afetando diretamente sua mobilidade e independência para a marcha (BRASIL, 2008a).

Figura 22 - Áreas dos pés e os apoios em cada fase da marcha



Fonte: Garbino; Opromolla (2003)

As úlceras plantares são ocasionadas devido ao comprometimento no nervo tibial posterior. As forças e tensões no pé de um indivíduo com déficits sensoriais, autonômico e motor alteram a mecânica da marcha, podendo resultar em uma necrose neuropática e gerar a úlcera; que quando não tratada, tem riscos de desenvolver uma infecção, osteomielite, reabsorção óssea e em último caso levando a uma amputação de parte do membro. As úlceras geralmente ocorrem em pés anestésicos e em locais onde tem proeminências ósseas, são recorrentes, é muito mais prático e econômico fazer a prevenção da úlcera do que tratá-la (SOUZA; CUNHA; BROMERSCHENKEL, 2011).

Unidade 3

As calosidades nas regiões de maior pressão nos pés são os primeiros sinais que devem ser observados, os calos espessos e localizados são riscos eminentes de úlceras plantares, causam traumas repetitivos nas regiões e resultam em tecido necrótico (BRASIL, 2008a).

As pessoas com sensibilidade preservada têm o instinto de proteção por meio da dor, cuidando naturalmente da área lesada. Na hanseníase, ela perde essa capacidade, portanto, quando sofrem um ferimento ou queimadura, continuam utilizando a região afetada, agravando a situação, por não permitir o processo de cicatrização o que aumenta a chance de infecção. Sendo assim, precisam recorrer ainda mais a visão, sentido muitas vezes já comprometido pela doença (GARBINO; OPROMOLLA, 2003).

Todo o processo de perda de força e sensibilidade, também afeta as partes moles (pele, tendões, cápsulas), tornando-se rígidas após o comprometimento, permanecendo em posição anormal ou gerando anquilose. As cicatrizes devem ser avaliadas porque produzem retrações de músculos e déficit na funcionalidade daquela região (GARBINO; OPROMOLLA, 2003).

Os pés neuropáticos possuem articulações instáveis, tornam-se mais propensos a traumas diretos, contusões, entorses, fraturas que podem passar despercebidas pelo indivíduo, aumentando as agressões às articulações (BRASIL, 2008a)

Como as neurites podem ser silenciosas (sem sintomas dolorosos), a avaliação periódica do paciente nos quesitos de sensibilidade e força muscular se tornam imprescindíveis.

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.

Como a maioria desses nervos são mistos, isto é, possuem fibras sensitivas, motoras e autonômicas, alterações em todos esses aspectos serão observadas.

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.

A capacidade funcional do indivíduo fica bastante comprometida caso os cuidados, as avaliações periódicas não acompanhem o tratamento medicamentoso.



Observar a própria “readaptação natural” do indivíduo é importante, ele mesmo vai fazer ajustes à sua tarefa e/ou utensílios para não perder a funcionalidade, a partir daí, surgem idéias para a própria equipe intervir. As adaptações necessárias as funcionalidades de cada indivíduo são criativas e se tornam importantes no cotidiano, pois gera certa autonomia.

Unidade 3

Figura 23 - Adaptação para a pega do telefone.



Fonte: Acervo de fotos do serviço de fisioterapia HST.

Figura 24 - Outros tipos de adaptação.



Fonte: CRUZ (2010)



Fonte: PARANÁ (2018)



Fonte: Acervo de fotos do serviço de fisioterapia HST.



Fonte: PARANÁ (2018)



Os pacientes devem ser monitorados constantemente, pois o risco de uma neurite silenciosa acometê-los é grande. Conhecer os principais nervos acometidos pela doença, compreender a função desses nervos e relacionar as queixas do indivíduo são atitudes necessárias a avaliação do quadro como um todo. As nossas condutas enquanto profissionais da saúde são baseadas em diversos fatores: avaliação sensitiva, motora e funcional, bem como, queixas relatadas por questionários com perguntas semi-estruturadas.

Unidade 3



O repouso só é indicado em caso de neurite, excluindo esse fator, o estímulo é para que o paciente realize suas atividades de vida diária, mantendo-se independente. Dentre os acometimentos, o mais delicado de tratar é a alteração na sensibilidade, pois dificilmente retorna a sua função inicial, por isso a relevância da prevenção e orientações, para que o paciente se conscientize dos seus déficits sensitivos e procure se proteger o mais adequadamente possível.

Para isso é necessário o indivíduo ser orientado a “sentir com os olhos”, ou seja, explicar que antes de pegar, segurar, apoiar, calçar, o indivíduo deve olhar os materiais que vai utilizar, olhar o local que vai encostar, para identificar algum risco (queimar, cortar), inicialmente com os olhos (visão).

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



- Entendo a origem daquela incapacidade no indivíduo? Estou tentando transferir os cuidados que aplico com esse indivíduo no meu local de trabalho para a sua realidade (pensando em adaptações relevantes e/ou orientações direcionadas)?

3. COMO AVALIAR O PACIENTE DE HANSENÍASE?

A avaliação sistemática (testes, questionários, palpação, etc.) do indivíduo com hanseníase é fundamental para identificar os problemas de forma precoce, estabelecer metas, acompanhar a evolução da doença e priorizar o tratamento (ANDREAZZI; MOTA; VILARINO, 2007; BRASIL, 2017a). Neste tópico explicaremos como os testes são realizados, os profissionais que atuam na área realmente devem entender como realizar cada teste e para que serve, para isso, dividiremos o conteúdo na mesma ordem da ficha de avaliação, que será melhor descrita no próximo capítulo.

3.1. Face

Você pode identificar sintomas subjetivos por meio de perguntas simples, como por exemplo: Sente o nariz seco? Sente o nariz entupido? O nariz sangra? O olho arde? Quando? Tem dor? Quando? Fica vermelho? Quando? Coça? Quando? Sente dor nas mãos ou pés? Sente formigamento nas mãos ou pés? Sente fraqueza nas mãos ou pés? Sente diferença entre as duas mãos e os dois pés? (BRASIL, 2010a; 2010b)

A inspeção do nariz (Figura 25) deve ser feita tanto na parte externa observando: condições da pele, infiltrações, hiperemia, ulceração, cicatrizes e deformidades; quanto na parte interna, condições da mucosa (cor, umidade, atrofia, úlceras), integridade do septo, presença de secreção e seu aspecto (BRASIL, 2008a).

Unidade 3

Figura 25 - Avaliação do nariz (a) parte externa e (b) parte interna.



Fonte: Acervo de fotos do Setor de Fisioterapia HST (2018).

Avalia-se também deformidades e outras alterações que indicam paralisias, para isso, as hemifaces são comparadas. Os músculos orbiculares são testados quanto ao piscamento espontâneo e completo, avalia-se o tônus muscular do indivíduo solicitando que feche os olhos suavemente e com o dedo mínimo tenta-se elevar a pálpebra superior (Figura 26), observando e sentindo sua resistência, e ao soltar, observando seu retorno à posição anterior. A paresia está presente quando ocorre uma diminuição da resistência e/ou preguiçoso assimétrico dessa região (Figura 27). Em casos mais graves ocorre a fenda do olho que é chamada de lagoftalmo. Para preenchimento da ficha de avaliação, essa fenda deve ser medida e anotada em milímetros (BRASIL, 2008a).

Figura 26 - Avaliação da resistência muscular

Figura 27 - Avaliação de força muscular orbicular.

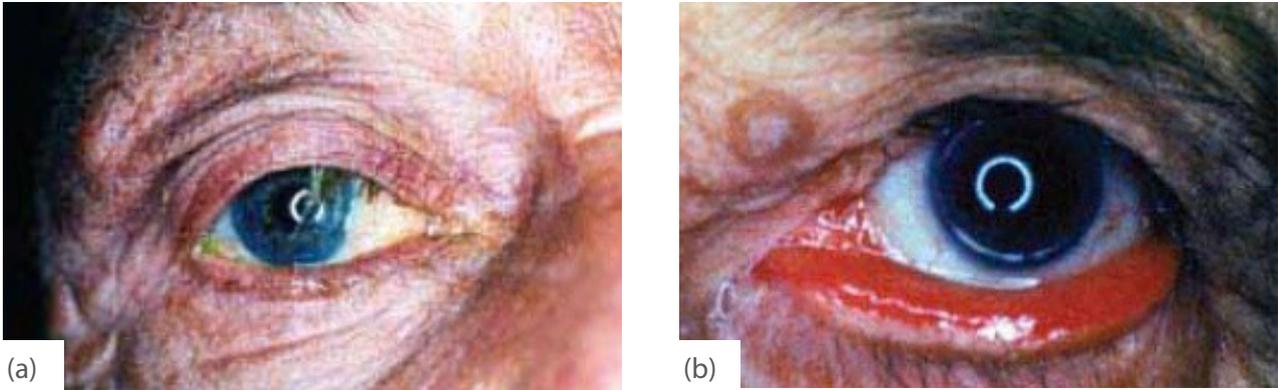


Fonte: Acervo de fotos do Setor de Fisioterapia HST (2018).

Unidade 3

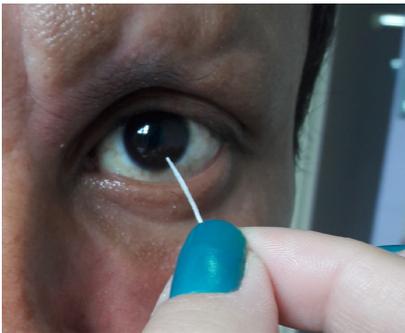
Deve-se observar também a presença de triquíase e ectrópio como já foi citado no tópico anterior (Figura 28).

Figura 28 - Triquíase (a) e ectrópio (b)



Fonte: BRASIL (2008a)

Figura 29 - Avaliação da sensibilidade da córnea .



Fonte: Acervo de fotos do Setor de Fisioterapia HST (2018).

Para testar a diminuição da sensibilidade da córnea (Figura 29), utiliza-se um fio dental fino ou extrafino sem sabor com 5cm de comprimento, solicite que o indivíduo olhe para um ponto predeterminado (ex: dedo do terapeuta a sua frente ou a testa do avaliador) e em seguida é realizado um toque no quadrante inferior lateral da córnea, observa-se o piscar imediato, demorado ou ausente e desta forma é registrado na ficha de avaliação. Ainda com relação a córnea, são avaliadas por observação os itens: brilho, transparência, cicatrizes, corpos estranhos, úlceras, pontos esbranquiçados (leucoma) (BRASIL, 2008a).

A acuidade visual é avaliada por meio da Escala de Snellen (Imagem 6), que é colocada na distância de 5m com a marcação do ponto 0,8 na altura dos olhos do indivíduo, solicite que ele tampe sem pressionar um dos olhos e siga suas instruções para responder o que é apontado, depois repetir com o outro olho. Você deve iniciar de cima para baixo, ou seja, do maior para o menor, as respostas corretas devem compreender 2/3 de cada item da linha. Caso não consiga ler a linha com os itens maiores (0,1) deve-se solicitar a contagem de dedos, onde você mostrará os dedos a partir de 6m, em seguida aproximar-se de passo em passo e por fim, registrar a distância em que ele consegue dar duas ou três respostas corretas (BRASIL, 2008a).

Figura 30 - Escala de Snellen.



Fonte: BRASIL (2008a).

Unidade 3

3.2 Membros superiores e inferiores (palpação, sensibilidade e força muscular)

A avaliação dos membros superiores e inferiores envolve a pesquisa da queixa principal, observação de algumas características das regiões avaliadas, palpação dos principais nervos acometidos, teste de força muscular e sensibilidade (BRASIL, 2017). A seguir explicaremos como realizar cada etapa.

De maneira geral devemos observar durante os testes a presença de edemas, calosidades, cicatrizes, infiltrações, fissuras, macerações, lesões traumáticas ou dermatológicas, queda de pêlos (alopecia), ressecamento da pele (anidrose), condições da pele e unhas, volume muscular de pontos estratégicos como região tenar e hipotenar e espaço interósseo como visualizado na Figura 31 a, b e c (BRASIL, 2008a).

Figura 31 - Avaliação nas mãos.



Fonte: Acervo de fotos do Setor de Fisioterapia HST (2018)

Cada teste que é realizado deve ser explicado ao indivíduo antes. A palpação dos nervos é delicada com manobras suaves, utilizando a polpa digital do segundo e terceiro dedos; deve-se observar a diminuição da mobilidade do nervo, dor e/ou choque ao movimentar o membro, porque são sinais de síndrome compressiva, além da espessura, forma, presença de aderências e nódulos, sempre comparando com o outro lado (LEHMAN et al, 1997, RODINI, 2010, ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014). Para o preenchimento da ficha de avaliação a legenda deve ser seguida: normal (N), espessado (E) e dor (D) (BRASIL, 2008a).

Veja no quadro da próxima página como fazer a avaliação de cada nervo dos membros superiores e inferiores:

Unidade 3

Quadro 8 - Avaliação dos nervos dos membros superiores e inferiores

Nervo	Local para a palpação	Foto
N. Ulnar	Palpar o nervo ao nível da goteira epitrocleana ou acima desta com o cotovelo em flexão de 90° a 120°, o braço do indivíduo deve estar solto (relaxado) no braço do examinador.	
N. Mediano	Palpar o nervo entre os tendões dos músculos palmar longo e flexor radial do carpo com o punho 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.	
N. 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.	
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.	

Unidade 3

Nervo	Local para a palpação	Foto
Fibular	Sentar o paciente com as pernas pendentes; palpar o nervo na face posterior da fíbula na junção entre sua cabeça e o corpo.	

Fonte: Adaptado de Brasil (2008a); Acervo de fotos do Setor de Fisioterapia HST (2018)

A avaliação da força muscular dos membros superiores e inferiores são realizadas por meio do exame manual, de fácil acesso e sem custos para a prática clínica. O registro desses esforços é feito a partir de escalas graduadas de força, como exemplificado abaixo.

Quadro 9 - Escala graduada de força muscular dos membros superiores e inferiores.

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	Paralizado
0	Sem evidência de contração muscular	Paralizado

Fonte: BRASIL (2008a).

NA PRÁTICA

A posição inicial do indivíduo e o movimento solicitado para a avaliação da força estão descritas na tabela abaixo acompanhadas de fotos ilustrativas.

Unidade 3

Quadro 10 - Posição inicial e movimento para teste de força muscular

Nervo	Procedimento para o teste de força muscular	Foto
Ulnar	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.	
Mediano	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.	
Radial	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.	
Tibial anterior	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.	

Unidade 3

Nervo	Procedimento para o teste de força muscular	Foto
Fibular	Paciente sentado. 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.	

Fonte: Adaptado de Brasil (2008a); Acervo de fotos do Setor de Fisioterapia HST (2018).

A avaliação de sensibilidade verifica a integridade do sistema nervoso central e periférico (troncos nervosos e finas terminações nervosas na pele). Sem a sensibilidade o paciente perde a capacidade de perceber as sensações de calor, frio, dor, tato e pressão (ANDREAZZI; MORA; VILARINO, 2007; BRASIL, 2017a).

A recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a) para realizar a avaliação da sensibilidade é por meio do estesiômetro, que é composto por um kit de monofilamentos com vários diâmetros. É um teste quantitativo de fácil aplicação que permite identificar e monitorar a sensibilidade (ANDREAZZI; MORA; VILARINO, 2007). A seguir o quadro com a legenda de como você deve pintar na ficha de avaliação, a partir do resultado que você obteve da avaliação.

Quadro 11 - Cor de cada filamento do Kit de monofilamentos

LEGENDA		Cada filamento corresponde a um nível funcional representado por uma cor
Verde		0,05g - sensibilidade normal na mão e no pé
Azul		0,2g - sensibilidade diminuída na mão e normal no pé - dificuldade para discriminar textura (tato leve)
Violeta		2,0g - sensibilidade protetora diminuída na mão - incapacidade de discriminar textura - dificuldade para discriminar formas e temperatura
Vermelho (fechado)		4,0g - 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)		10g - perda da sensibilidade protetora no pé - perda da discriminação de textura - incapacidade de discriminar formas e temperatura
Vermelho (circular)		300g - 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

Fonte: Andreazzi; Mora; Vilarino, 2007

Unidade 3

Para algumas regiões, onde a realidade não permite ter o kit de estesiômetro, recomenda-se não deixar de testar, então, utiliza-se a tampa da caneta esferográfica (BRASIL, 2008).

Para o teste com a tampa da caneta, lembrar que ela não vai ter a precisão da pressão que vai ser aplicada, sendo assim, não tem a mesma fidedignidade da avaliação com o estesiômetro e deve ter alguns cuidados específicos:

- Utilizar para o toque a ponta da tampa/caneta esferográfica,
- O toque deve ser suave sem causar depressão ou isquemia do local,
- O indivíduo deve estar com os olhos fechados e responder “sim” quando sentir. Repetir o toque no mesmo local e com a mesma força se não houver resposta positiva na primeira vez. A legenda para o registro será essa abaixo e deve ter o registro na ficha de avaliação de que o teste foi realizado com a caneta (LEHMAN et al, 1997; BRASIL, 2008a).

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

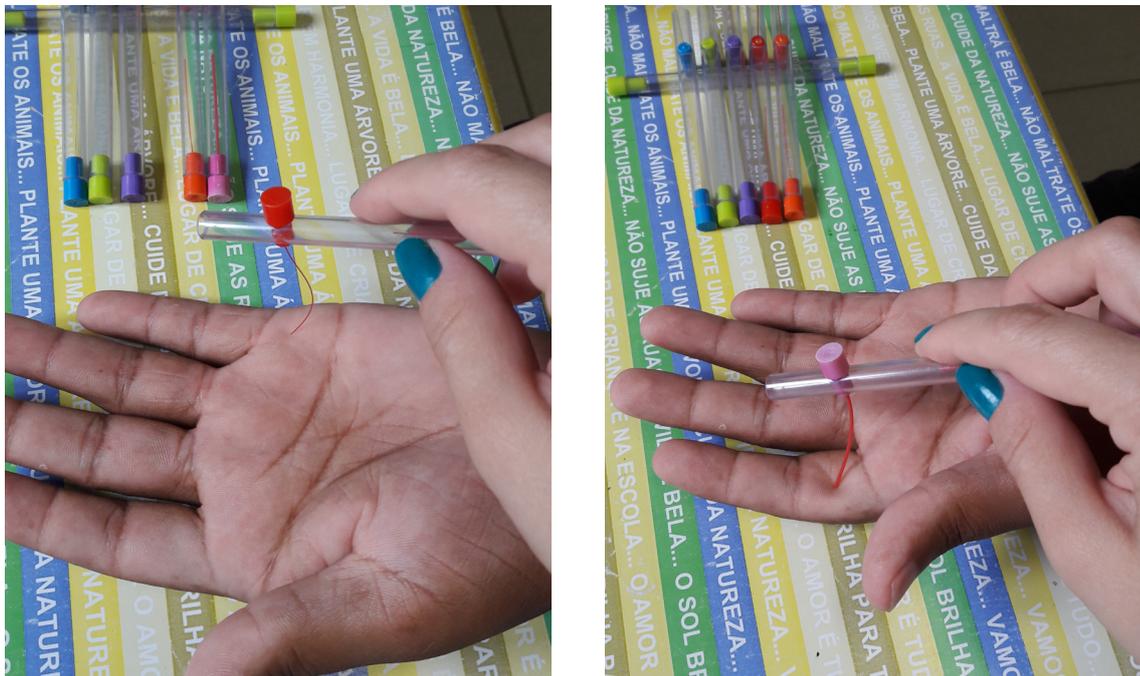
x – se o paciente não sentir a ponta da tampa/caneta esferográfica naquele ponto (anestesia).

NA PRÁTICA

A avaliação da sensibilidade deve iniciar pelo filamento mais fino (0,05g – verde) e evoluir para o mais grosso nesta ordem: **azul, lilás, vermelho, laranja e rosa**, sempre que o indivíduo não sentir. Você deve segurar o cabo do filamento de forma perpendicular a pele (Imagem 8) e encostá-lo até que aconteça uma deformação no fio (sem deslizar), isso indica que você utilizou a pressão suficiente para aquele monofilamento, esse tempo do toque não deve ser superior a 2 segundos. A quantidade de toque para cada ponto de avaliação para os filamentos verde e azul é de 2 a 3 vezes tanto para as mãos quanto para os pés, para os demais filamentos apenas um toque em cada local.

Unidade 3

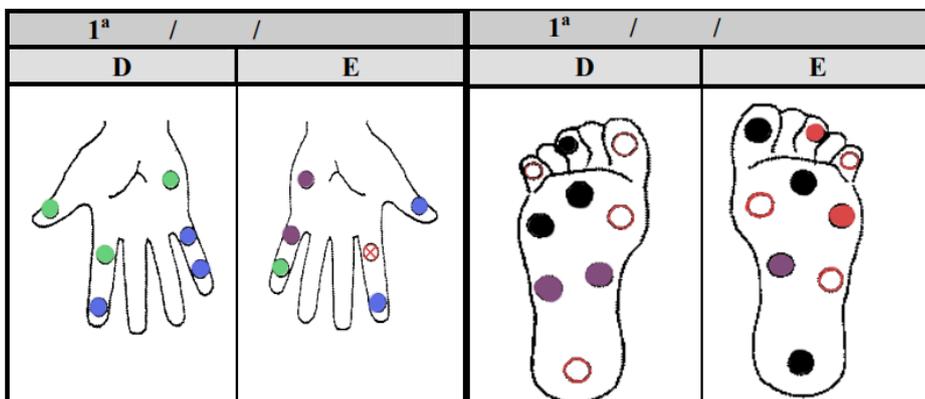
Figura 32 – Avaliação da sensibilidade com diferentes filamentos para demonstrar a aplicação e a deformação do filamento.



Fonte: Acervo de fotos do Setor de Fisioterapia HST (2018).

Será orientado ao indivíduo permanecer com os **olhos fechados** e relatar “todas as vezes” que sentir o toque do filamento em sua pele. Caso tenha sensibilidade, ele vai indicar que sentiu e você vai marcar na ficha de avaliação de acordo com a legenda, para cada cor respectivamente, quais pontos apresentaram sensibilidade para aquele monofilamento (o mais leve inicialmente). Em seguida, você deve dar continuidade ao teste com o próximo filamento até que todos os pontos estejam preenchidos (Figura 33). Lembrando que, onde o indivíduo já teve resposta positiva para o toque você não precisa testar novamente com os demais filamentos. Você deve selecionar aleatoriamente a sequência de pontos a serem testados. Ao final da avaliação, caso houver algum ponto da ficha em que o indivíduo relatou não sentir nenhum dos monofilamentos, você deve preencher de preto o local, isso indica anestesia naquela região.

Figura 33 – Exemplo de como preencher a ficha de avaliação



Fonte: Acervo de fotos do Setor de Fisioterapia HST (2018).

Unidade 3

Essas informações são para ensinar como realizar a avaliação do indivíduo, da maneira como é exigida obrigatoriamente pelo Programa Nacional de Hanseníase. A avaliação tem padronizações no seu preenchimento para facilitar o entendimento e comparar os resultados multiprofissionais e a nível nacional.

SAIBA MAIS

Assista a web palestra “Avaliação do Grau de Incapacidade Física em Hanseníase” que explica sobre os testes para avaliação das mãos, pés e olhos além de oferecer algumas dicas de autocuidado na hanseníase - <https://www.youtube.com/watch?v=9vZXBWDbUOE>



Toda essa avaliação do indivíduo no início é demorada e difícil, mas é a principal etapa. Visto que é daí que teremos as informações necessárias para traçar todo o plano de tratamento, é preciso “escutar”, “ver” e “tocar”, para isso deve ser criado um vínculo e respeito de ambas as partes. São várias as avaliações, por exemplo, palpar os nervos é uma tarefa complicada, a experiência do profissional só se conquista com a prática, devemos ser humildes e pedir auxílio para um colega em caso de dúvida.

Alguns cuidados na hora da avaliação devem ser tomados, como:

Não testar a sensibilidade em regiões de úlceras e calosidades, você pode testar nas proximidades;

Observar se o indivíduo compreendeu o teste e está colaborativo, caso contrário você não pode confiar no resultado deste teste;

O ambiente para essas avaliações deve ser silencioso para que tanto o indivíduo quanto o terapeuta possam se concentrar;

Evitar fazer o teste de força quando tiver edema severo da articulação e/ou curativos na região.

Caso você fique com dúvida em alguma região, o teste pode ser repetido para confirmar o resultado. Se necessário, reagendar essa avaliação explicando os motivos para o indivíduo.

As orientações aqui relatadas falam sobre os testes mínimos que o Programa Nacional de Hanseníase exige via Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016 (BRASIL, 2017b). Porém, sabe-se que a avaliação do paciente pode ser muito mais completa. Por exemplo, o formulário de avaliação neurológica simplificada nos traz figuras com pontos específicos para realizar o teste de sensibilidade ou testes específicos de força muscular, mas podemos avaliar essas valências em outras regiões do corpo e anotá-las como informações complementares.

Notem que o mínimo deve ser seguido. Os profissionais devem ter interesse em se capacitar e aplicar de maneira correta a avaliação do indivíduo. Faz parte da ética da nossa profissão buscar as informações e atender o paciente da maneira correta, não podemos ficar somente queixando-nos de que não temos treinamento ou material, **algumas vezes isso não é o primordial para aquela pessoa que está a nossa frente.**

Unidade 3



- Eu sei realizar a avaliação que é de obrigatoriedade pelo programa?
- Estou realizando o procedimento que o indivíduo necessita?
- Estou observando dados importantes para a história clínica desse indivíduo?
- Já tentei fazer algum relatório ou decidir a conduta para um indivíduo quando não há nada anotado no prontuário?

4. FORMULÁRIOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA A HANSENÍASE

Seguindo as “Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública” (BRASIL, 2016a), temos como documentos de preenchimento obrigatório:

- Ficha de Notificação/Investigação da Hanseníase;
- Boletim de Acompanhamento de Hanseníase;
- Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos – PCID < 15;
- Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva;
- Formulário de Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico e na Alta de PQT;
- Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada.

Os dois últimos são os que falaremos com maior ênfase neste capítulo. Estes formulários contêm informações mínimas, mas de grande relevância para avaliações de indicadores epidemiológicos, operacionais, gerenciais e sociais que embasam e direcionam o monitoramento das ações de controle do Programa Nacional de Hanseníase. São a partir destas informações, que poderão ser tomadas providências para auxiliar a equipe a prestar atendimento de melhor qualidade para o indivíduo (BRASIL, 2016a).

4.1 Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada

Este formulário avalia a integridade da função neural, por meio do exame neurológico que compreende inspeção, palpação/percussão, avaliação da função da sensibilidade e força muscular dos nervos como já visto nos capítulos anteriores. É utilizado para identificar neurites precocemente, realizar monitoramento do tratamento dessas neurites, identificar as incapacidades físicas, servir como base para determinar condutas terapêuticas, avaliar os resultados e auxiliar no diagnóstico da hanseníase.

A avaliação neurológica deve incluir toda a história desse indivíduo, inclusive no sentido de ocupações e atividades diárias, para entender suas necessidades. Essas informações podem ficar anexadas ao formulário, já que algumas delas não têm um campo específico para seu preenchimento. A imagem abaixo ilustra o formulário obrigatório, observamos espaço para três avaliações, todos os dados devem ser preenchidos, para isso, no próprio formulário existem legendas de como preencher. Deve se manter uma linguagem padrão e assim favorecer a compreensão em todo território brasileiro. Todas essas informações conduzirão para a Classificação do Grau de Incapacidade Física (BRASIL, 2016a).

Unidade 3

Figura 34 - Formulário para avaliação neurológica simplificada.

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ DataNasc. ____/____/____
 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
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiase(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
A cuidade V isual						

Legenda: N = não S = Sim

Membros Superiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Palpação de nervos	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
Abriu 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
					

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

Unidade 3

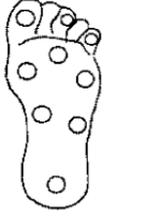
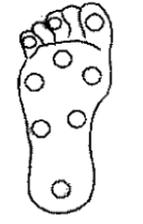
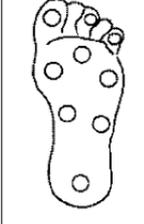
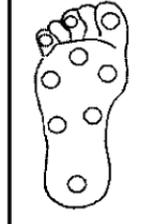
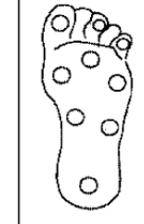
MEMBROS INFERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						

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

Inspeção e Avaliação Sensitiva

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

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

Fonte: Brasil (2009)

NA PRÁTICA

Abaixo, ilustramos um exemplo prático da ficha preenchida.

Figura 35 - Exemplo prático da ficha preenchida.

FACE	1ª 06 / 08 / 18		2ª / /		3ª / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal	Sem queixas					
Ressecamento (S/N)	N	N				
Ferida (S/N)	N	N				
Perfuração de septo (S/N)	S	S				
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal	Sem queixas					
Fecha olhos s/ força (mm)	S	N				
Fecha olhos c/ força (mm)	S	S				
Triquíase(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)	S	N				
Opacidade córnea (S/N)	S	N				
Catarata (S/N)	N	S				
A cuidade V isual	0,1	0,1				

Legenda: N = não S = Sim

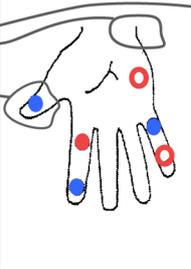
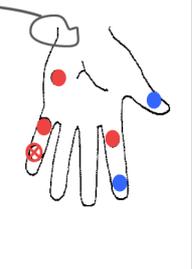
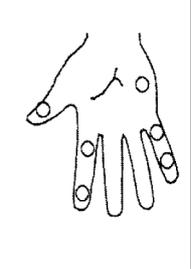
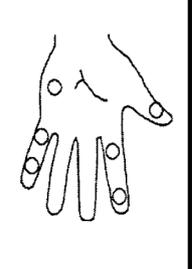
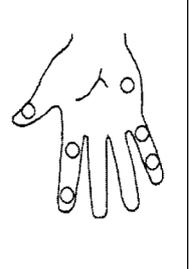
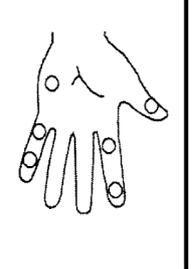
Membros Superiores	1ª 06 / 08 / 18		2ª / /		3ª / /	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal	Sem queixas					
Ulnar	N	N				
Mediano	N	N				
Radial	N	N				

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª 06 / 08 / 18		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 	D4	D4				
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) 	F5	F5				
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial) 	F5	F5				

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 06 / 08 / 18		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

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

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: Ferida: 

Feridas

Unidade 3

4.2 Formulário de Avaliação do Grau de Incapacidade Física (GIF) no Diagnóstico e na Alta de PQT

O Grau de Incapacidade Física é o indicador da existência de perda sensitiva e/ou deformidade visível decorrente da lesão neural, que faz parte do Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada. Como indicador epidemiológico, ele é utilizado na avaliação dos programas de vigilância em hanseníase, ou seja, determinando a precocidade do diagnóstico e o sucesso das atividades de encerramento da transmissão da doença. A classificação se dá em 0, 1 e 2 de GIF, sendo quanto maior o número mais comprometido é o indivíduo, como mostra a imagem abaixo (BRASIL, 2017a).

Quadro 12 - Classificação de GIF

Grau	Características
0	<p>Olhos: Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas, conta dedos a 6 metros, ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60.</p> <p>Mãos: Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou sente o mais leve toque da ponta de caneta esferográfica.</p> <p>Pés: Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou sente o toque da ponta de caneta esferográfica.</p>
1	<p>Olhos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiência visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.</p> <p>Mãos: Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou não sente o toque da ponta de caneta esferográfica.</p> <p>Pés: Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</p>
2	<p>Olhos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagoftalmo; ectrópio, entrópio; triquiase; opacidade corneana central, iridociclite¹ e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $< 0,1$ ou 6:60, excluídas outras causas.</p> <p>Mãos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas² tróficas e/ou traumáticas.</p> <p>Pés: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas² tróficas e/ou traumáticas.</p>

Fonte: Brasil (2016).

Para determinação do GIF deve-se realizar primeiramente a avaliação de força muscular dos membros superiores e inferiores, avaliação da sensibilidade dos olhos, mãos e pés, registrando no formulário explicado no item 4.1 deste capítulo. Em seguida comparar os achados com as informações do quadro acima, para analisar a característica do grau de incapacidade de cada região avaliada, para então inserir no quadro abaixo um valor de 0, 1 ou 2 para olho direito, outro valor para olho esquerdo e assim por diante (BRASIL, 2008a).

Unidade 3

Quadro 13 - Classificação do grau de incapacidade

Classificação do grau de incapacidade									
Data da avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior grau	Soma OMP (a+b+c+d+e+f)	Assinatura
	(a) D	(b) E	(c) D	(a) E	(d) D	(f) E			
Diagnóstico / /									
Alta / /									

Fonte: Brasil (2016)

O Escore OMP é um complemento ao grau máximo de incapacidade do indivíduo, para maiores informações do seu quadro. É calculado somando todos os níveis de GIF para cada item da avaliação (olhos, mãos e pés), chegando a um valor que pode variar de 0 - 12 pontos, quanto maior o número, maior o comprometimento deste indivíduo, no sentido de membros ou regiões afetadas (BRASIL, 2008a).

Finalizando a pontuação para o GIF você deverá preencher o formulário abaixo com as informações já descritas.

Figura 36 - Formulário de avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta de PQT

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
 COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENIASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA
 NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT**

Nome do paciente: _____ Data de _____

Nascimento: ___/___/___ SINAN: _____

Ocupação: _____

Município: _____ UF: _____

Data diagnóstico ___/___/___ Classificação Operacional () PB () MB

Data Cura ___/___/___

Grau	Olhos	Mãos		Pés				
		D	E	D	E			
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual \geq 0,1 ou 6:60			Força muscular das mãos preservadas E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar			Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		

Unidade 3

2	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central, iridociclite. E/OU Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, excluídas outras causas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.		
MAIOR GRAU	(a)	(b)	MAIOR GRAU	(c)	(d)	MAIOR GRAU	(e)	(f)	
OLHOS			MÃOS			PÉS			
Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: ___/___/___ GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ___ (valor de 0-12)									
Grau de Incapacidades NA ALTA PQT Data da avaliação: ___/___/___ GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ___ (valor de 0-12)									
Assinatura e carimbo avaliador:									

Fonte: BRASIL (2016).

Apresentamos abaixo um exemplo dessa ficha preenchida, para maior fixação do conhecimento.

Grau	Olhos	Mãos		Pés					
		D	E	D	E				
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual ≥ 0,1 ou 6:60			Força muscular das mãos preservadas E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar	X		Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			
2	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central, iridociclite. E/OU Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, excluídas outras causas.	X		Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas.	XX	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.	XX		
MAIOR GRAU		(a)	(b)	MAIOR GRAU	(c)	(d)	MAIOR GRAU	(e)	(f)
OLHOS		1	2	MÃOS	2	2	PÉS	2	2
Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: <u>06/08/2016</u> GI: () 0 () 1 X 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= <u>11</u> (valor de 0-12)									

Unidade 3

Na tabela abaixo apresentamos um resumo dos tópicos importantes da Avaliação neurológica simplificada, Grau de incapacidade Física e Escore OMP.

Quadro 14 - Avaliação Neurológica Simplificada

	Aval. Neurol. Simplificada	GIF	Escore OMP
O que é	Avaliação do estado do nervo e da função neural.	É uma medida que indica existência de perda de alguma função.	É a soma dos graus de incapacidades atribuídos para cada segmento.
Valores	-----	0, 1 ou 2	0 a 12
Para que	Monitorar mudanças na função neural, identificar neurites precocemente, determinar o tratamento necessário, monitorar a resposta ao tratamento das neurites e determinar necessidade de intervenção.	Indicador epidemiológico utilizado em estudos transversais e de coorte, serve para planejar avaliação de programas. Utilizado como medida grosseira na melhora ou piora do indivíduo durante o tratamento, indicando problemas ou sucesso no serviço que atende esse indivíduo. Pode indicar prognóstico.	Indicador epidemiológico utilizado em estudos transversais e de coorte, utilizado para avaliar resultados nas ações de prevenção de incapacidade. É uma medida mais sensível quanto ao grau máximo das incapacidades.
Como fazer	Ouvir queixas, fazer inspeção, palpar os nervos, pesquisar a sensibilidade, avaliar a força muscular, acuidade visual e mobilidade articular.	Fazer a inspeção, pesquisar a sensibilidade, avaliar força muscular, a acuidade visual e mobilidade articular, registrar o maior grau encontrado.	Fazer a inspeção, pesquisar a sensibilidade, avaliar a força, acuidade visual, mobilidade articular, registrar o somatório dos graus dos olhos, mãos e pés direitos e esquerdo
Quando	Início do tratamento, de 3 em 3 meses (mensalmente quando possível), com maior frequência durante as neurites e reações, ou quando houver suspeitas dessas durante ou após o tratamento, na alta, antes e depois de intervenções como cirurgias, prescrição de exercícios, autocuidados, etc.	Início do tratamento e alta.	Início do tratamento, alta, antes e depois de intervenções como cirurgias, grupos de autocuidados, adaptações (órteses).

Fonte: BRASIL (2010).

NA PRÁTICA

As avaliações devem ser realizadas:

- No momento do diagnóstico (início do tratamento),
- No intervalo a cada 3 meses se o indivíduo não apresentar queixas (ex: dor em trajetos nervosos, fraqueza muscular, início ou agravamento das queixas anestésicas). Caso ele apresente estas queixas deve ser reavaliado em intervalos menores de tempo,
- No controle daqueles indivíduos que fazem uso de corticóide, em estados reacionais ou neurites,
- Na alta do tratamento medicamentoso,
- Após uma descompressão neural (15/45/90 e 180 dias pós-operatório).

Lembre-se que o preenchimento dos formulários deve respeitar um padrão para qualquer região do Brasil, ou seja, os locais onde são registradas as informações de sensibilidade das mãos e pés são coloridos. Então, se a ficha for digitalizada ou xerocada necessita ser de forma colorida, exatamente para manter o padrão nas informações, e identificar qual déficit sensitivo esse indivíduo possui. As cores de canetas necessárias para o preenchimento deste formulário são: verde, azul, lilás, vermelha e preta. Para lembrar a legenda do preenchimento da avaliação da sensibilidade temos o quadro abaixo.

Quadro 15 - Monofilamento e registro da resposta

Monofilamentos e registro da resposta		
Verde (0,05g) - bolinha verde	Vermelho (4,0) - bolinha vermelha	Nenhuma resposta - bolinha preta
Azul (0,2g) - bolinha azul	Laranja (10,0g) - círculo vermelho com X	
Lilás (2,0g) - bolinha roxa	Rosa (300g) - círculo vermelho	

Fonte: BRASIL (2010)

SAIBA MAIS

Existem recomendações de aplicação de outras escalas como as citadas aqui, porém, exigem treinamento para tal. Pode ser utilizado para triagem, comparar um indivíduo com um grupo, comparar grupos entre si, comparar um indivíduo consigo mesmo em diferentes momentos, etc.

- SALSA (Screening Activity Limitation and Safety Awareness) instrumento utilizado para medir a limitação de atividade e consciência de risco.
- Escala de Participação que mede a restrição de participação do indivíduo.

Unidade 3



Todas as informações são relevantes, recomenda-se encher de observações a ficha de avaliação, ou até mesmo, anexar uma descrição (evolução) dos pontos importantes do atendimento.

O GIF é fundamental como indicador epidemiológico, mas só teremos como defini-lo se avaliarmos o indivíduo por completo e da maneira correta.

Deve-se registrar o GIF para todos, mas o que dá mais informações nas reavaliações acaba sendo o Escore OMP, pois é mais sensível às melhoras ou piores do indivíduo.

Por exemplo: em alguns casos, o indivíduo não mudou o GIF quando retorna para reavaliação, ou seja, ele continua sendo Grau 2 de Incapacidade Física porque ele tem um perfurante plantar no pé direito, mas ele está sem uma úlcera que ele tinha na mão, ou está com a força preservada em mãos, diferentemente da última avaliação. Esses fatores já diminuem o Escore OMP dele, e representa que o mesmo aderiu aos autocuidados e teve melhora no seu quadro.



- Estamos avaliando os nossos pacientes em todos os momentos: Diagnóstico, alta e nas queixas e/ou a cada 3 meses?
- Sei como classificar o GIF do meu paciente?
- Qual a diferença entre o Escore OMP e o GIF? Para que eles são importantes na prática?

Os profissionais fazem parte da composição da “história” do indivíduo no seu processo saúde-doença dentro do Sistema Único de Saúde. É nossa responsabilidade o registro adequado de todas as informações referentes às queixas, sintomas, procedimentos e encaminhamentos feitos. Devemos assegurar que em qualquer local, o indivíduo receba o atendimento e direcionamento necessário específico para o seu caso. A classificação do GIF é um documento obrigatório, importante para acompanhamento da evolução do quadro, avaliação dos serviços, além de auxiliar em decisões até mesmo previdenciárias. Portanto, o cuidado no preenchimento e a seriedade nas avaliações devem ser mantidos. Os profissionais fazem parte da composição da “história” do indivíduo no seu processo saúde-doença dentro do Sistema Único de Saúde. É nossa responsabilidade o registro adequado de todas as informações referentes às queixas, sintomas, procedimentos e encaminhamentos feitos. Devemos assegurar que em qualquer local, o indivíduo receba o atendimento e direcionamento necessário específico para o seu caso. A classificação do GIF é um documento obrigatório, importante para acompanhamento da evolução do quadro, avaliação dos serviços, além de auxiliar em decisões até mesmo previdenciárias. Portanto, o cuidado no preenchimento e a seriedade nas avaliações devem ser mantidos.

5. CUIDADOS E ENCAMINHAMENTOS

5.1. Quais os cuidados básicos que devem ser informados ao indivíduo que descobriu que tem Hanseníase independente do seu Grau de Incapacidade?

A maioria das pessoas não conhecem a doença, e procuram ajuda apenas quando estão em um momento crítico, apresentando sinais e sintomas por ser uma patologia silenciosa. Primeiramente, o papel do profissional de saúde é educacional, ou seja, explicar sobre o que é a doença e como ela está atingindo seu corpo.



É importante ter cuidado para que esse primeiro contato não provoque ainda mais estigma, medo e preconceito. Devemos evitar que esse indivíduo se afaste da equipe de saúde.

A prevenção de incapacidade não ocorre por administração de remédio, faz parte de um conjunto de elementos que envolvem mudança de comportamento. Desta forma, deve ser trabalhado com o indivíduo competências e habilidades para que adquira confiança na equipe, no tratamento e em si mesmo (SOUZA; CUNHA; BROMERSCHENKEL, 2011).

Como cuidados básicos que devem ser sugeridos às pessoas são (BRASIL, 2008):

- Hidratação da pele com água em temperatura ambiente e lubrificação da pele (recomendada após o banho e/ou quantas vezes forem necessárias) com vaselina, glicerina, óleo mineral ou vegetal e creme. Isso ajuda a evitar áreas ulceradas e com sinais de infecção;
- Olhar todos os dias para as mãos e os pés, principalmente após alguma atividade manual ou caminhada (observar por regiões vermelhas, calosidades, fissuras ou úlceras). Para prevenir feridas e poder acompanhar o estado da pele dessas regiões;
- Utilizar calçados fechados (evitar a entrada de objetos que lesionem os pés), com solado grosso (evitar que objetos perfuro-cortantes atravessem a sola e cheguem a perfurar o pé), sem costuras por dentro do calçado (para evitar lesões), de um tamanho adequado, ou seja, com a parte interna 1 cm maior que o tamanho do pé (para não gerar calos). Utilizar 2 meias brancas ou claras (para reduzir o atrito e áreas de pressão, bem como, observar qualquer sinal de ferida nos pés);
- O indivíduo deve manter-se o mais ativo possível, realizando suas atividades funcionais e ocupacionais, observando precocemente os sinais de diminuição da sensibilidade nas mãos e pés, diminuição de força nas mãos e pés ou qualquer outro déficit em alguma região do corpo, bem como dores ou **parestesias** (dormências) nas extremidades.

Parestesia: é um sintoma caracterizado pela sensação de dormência ou formigamento de alguma parte do corpo (BRASIL, 2008).

Unidade 3

O principal objetivo da prevenção de incapacidade é que esse indivíduo incorpore cuidados básicos no seu dia a dia. Para isso, ele deve se sentir preparado para tal, entendendo que aquilo é importante para ele e não somente realizar por obrigação (autoestima e autoeficácia). Dessa forma, ele pode internalizar esses aprendizados e com isso dar continuidade/manutenção ao tratamento como um todo (SOUZA; CUNHA; BROMERSCHENKEL, 2011).

5.2. Cuidados relacionados ao Grau de Incapacidade

Os cuidados são para o indivíduo como um todo e nos seus diferentes níveis de complexidade, mas, como cada grau de incapacidade possui características particulares, descreveremos a seguir os cuidados específicos mais importantes.

Grau 0: aquele indivíduo que não possui nenhuma sequela motora, sensitiva, ou incapacidade física visível (BRASIL, 2016a).

- Manter a hidratação e lubrificação da pele;
- Manter seus exercícios e/ou suas atividades;
- Manter as reavaliações periódicas e o automonitoramento.

Grau 1: aquele indivíduo que possui uma diminuição da função motora e/ou sensitiva devido a doença, porém, pode ser reversível ou possível de se evitar a piora (BRASIL, 2016a).

- Manter a hidratação e lubrificação da pele;
- Realizar exercícios para mãos e pés, orientados (por profissional especializado), direcionados de acordo com seu prejuízo motor e sua queixa;
- Manter as reavaliações periódicas e o automonitoramento;
- Recomendar uso de luvas para atividades manuais (ex: jardinagem, cozinha, atividade laboral);
- Recomendar repouso no caso de neurites e encaminhar com urgência para o médico e/ou serviço de referência;
- Recomendar lubrificação dos olhos com lágrima artificial (colírio) ou exercícios de piscar;
- Recomendar uso de óculos de sol e/ou bonés ao ar livre;
- Recomendar investigação diária (olhar no espelho) quanto à presença de úlceras ou vermelhidão na córnea, mãos e pés;
- Encaminhar para oftalmologista para acompanhamento especializado;
- Recomendar o uso de calçado especial.

No Estado de Santa Catarina, o calçado especial é fornecido gratuitamente pelo Centro Catarinense de Reabilitação – CCR. O paciente mediante a solicitação médica ou do fisioterapeuta, deve procurar a Unidade de Saúde mais próxima da sua residência para agendar consulta com CCR por meio da inserção do pedido no SISREG: consulta para fornecimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção - OPMAL.

Unidade 3

Grau 2: aquele indivíduo que possui deficiência visível causada pela hanseníase (BRASIL, 2016a).

- Manter os mesmos cuidados descritos anteriormente;
- Para aqueles indivíduos que possuem lagofalmo ou **paresia**, realizar proteção dos olhos (uso de tapa-olho ao dormir e óculos de sol e boné durante o dia);
- Retirada de cílios: para os indivíduos que apresentam triquíase, e, para aqueles com alteração na sensibilidade ou sinais de úlceras nos olhos, recomenda-se fazer a retirada dos cílios 1x/mês na Unidade Básica de Saúde ou orientar a família de como realizar o procedimento no domicílio, envolvendo-a e comprometendo-a nesse processo;
- Passar por reavaliações periódicas para a periodização e execução correta dos exercícios com profissional Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional;
- Para pacientes que apresentam pé caído, recomendar o uso de Férula de Harris (aparelho dorsiflexor);
- Para pés com deformidades fixas dos dedos e/ou do tornozelo e reabsorções (perda de mais de 1/5 dos tecidos do pé), a recomendação é de calçado especial com palmilha moldada e encaminhamento para centros de referência se necessário;
- Investigar necessidade de cirurgias (ex: descompressão neural).

Paresia é a disfunção ou interrupção dos movimentos de um segmento, refere-se ao movimento que está limitado ou fraco (BRASIL, 2008a).

5.3. Atenção à problemas comuns relacionados a Hanseníase

Úlceras plantares

A maioria delas é crônica, isso exige maior cuidado diário e este deve acontecer de forma prolongada, o que acaba levando a uma baixa aderência ao tratamento. Outro fator é que os indivíduos e, às vezes, até os profissionais, ignoram o mecanismo de sua formação, que são: perda da sensibilidade protetora, paralisia da musculatura intrínseca, perda do volume dos músculos intrínsecos que servem como proteção para a face plantar do pé, perda do coxim adiposo sobre a cabeça dos metatarsos, desabamento dos arcos e pele ressecada (BRASIL, 2008a, SOUZA; CUNHA; BROMERSCHENKEL, 2011).

Existem algumas características pessoais e hábitos que podem interferir no processo de cicatrização das úlceras em pacientes com hanseníase (BRASIL, 2008a):



Unidade 3

Grupos de autocuidado têm se mostrado relevantes na prevenção e tratamento destas úlceras, principalmente em razão da frequência do acometimento dos membros inferiores, para que sejam identificados precocemente os indivíduos com “pés em risco”. Alguns recursos de eletroterapia utilizados por fisioterapeutas para acelerar o processo de cicatrização, como laser e ultrassom, associados a massagem manual superficial são indicadas, avaliando cada caso é claro (SOUZA; CUNHA; BROMERSCHENKEL, 2011, BRASIL, 2008a).

SAIBA MAIS

No Estado de SC, foi elaborado em 2017 um projeto para criação de um Grupo de Autocuidado (GAC) no Hospital Santa Teresa, que inicialmente atenderá a necessidade do estado, servindo como Piloto e em seguida Modelo para formação de outros grupos nas Unidades Básicas de Saúde (em regiões chave). Nos estados do Nordeste estes grupos são bem comuns e produzem resultados positivos, inclusive, com ex-pacientes colaborando como palestrantes e multiplicadores. Para quem tiver mais interesse em saber como funciona um GAC, disponibilizamos o link a seguir com o “Guia de apoio para grupos de Autocuidado em Hanseníase”: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_apoio_grupos_autocuidado_hanseniaze.pdf

A úlcera plantar exige repouso, deve-se ter cuidado com curativos, desbridamentos (técnica realizada por enfermeiros), observação diária e uso de palmilhas. Orientar que, em caso de piora, devem buscar a unidade de saúde que poderá encaminhar para unidade de referência, quando necessário (BRASIL, 2008a).

Déficit na marcha

Começando pelo calçado, a avaliação feita pelo profissional de saúde é para apontar os possíveis problemas (costuras, calçado aberto, apertado, sola fina, presença de areia ou outros objetos dentro) ou os itens corretos (palmilha adequada, sem costura, facilidade de calçar, etc) e dessa forma, orientar o indivíduo quanto ao calçado adequado (BRASIL, 2008b).

A recomendação quanto a marcha é em relação a diminuir o tamanho dos passos e a velocidade, diminuindo a fase de impulsão e as áreas de hiperpressão, oferecendo maior segurança. Orientar as pessoas para que não andem descalças, para que façam períodos de descanso em longas caminhadas, se necessário para que utilizem bengalas e calçados adaptados, quando estiverem paradas tentar manter a distribuição de peso nos dois pés, podendo poupar aquele com sinais de bolhas ou úlceras (BRASIL, 2008a).

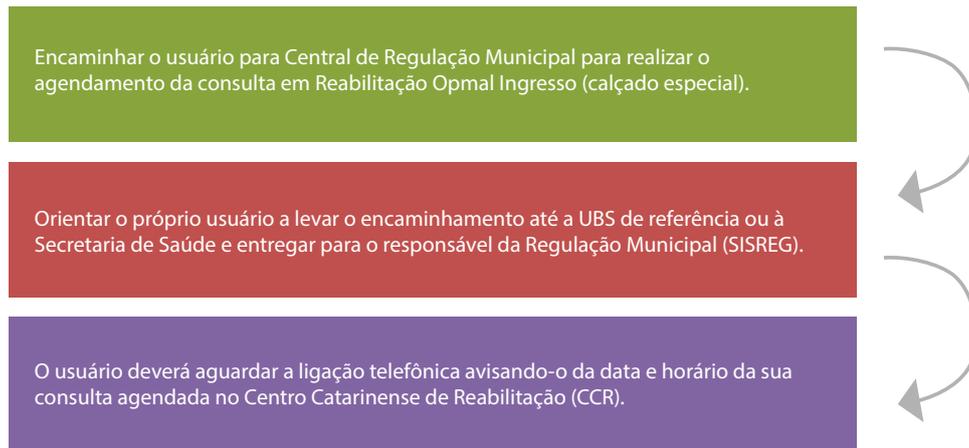
Outros cuidados são com relação à higiene dos pés (BRASIL, 2008b):

- Manter os pés limpos e secos,
- Pele hidratada e lubrificada,
- Realizar a remoção dos calos, amolecendo-os e removendo-os com lixas,
- Autoexame diário dos pés, na busca de sinais como bolhas, vermelhidão, hematomas, fissuras, calos, edemas e pontos dolorosos a palpação.

SAIBA MAIS

Para maiores informações de calçado especial referenciamos o Centro Catarinense de Reabilitação, instituição pública pertencente à Secretaria de Estado de Santa Catarina, conta com equipe multiprofissional. Telefone: (48) 3221-9200. Email: ccr@saude.sc.gov.br

Segue o fluxo de como acontece esse pedido:



Fonte: Santa Catarina (2012)

Alterações da sensibilidade

Os primeiros sinais e sintomas da hanseníase são manchas na pele, em qualquer parte do corpo, com diminuição de sensibilidade ao calor, a dor e ao tato. Notem que, se a pessoa tem déficit na sensibilidade, ela acaba demorando a entender ou perceber isso, exatamente porque ela não sente aquela região. Portanto, a função visual e a consciência desse problema tornam-se indispensáveis para esses indivíduos (BRASIL, 2008a).

A alteração de sensibilidade pode acarretar em feridas e se tornar porta de entrada para infecções, podendo levar a deformidades e absorção óssea.

Por este motivo, a preocupação é ensinar o indivíduo a se conhecer, saber em quais regiões do seu corpo ele tem a sensibilidade normal ou alterada e saber como ele pode se proteger (BRASIL, 2008a).

Dificuldade em lidar com o conceito de cura quando as “garras” estão presentes

As sequelas da hanseníase são em decorrência de diagnóstico tardio, porém, devemos levar em consideração que uma garra rígida já foi uma diminuição de amplitude de movimento, uma fraqueza muscular e uma garra móvel. Tudo isso, possivelmente, passou **despercebido** pelo serviço de saúde e evoluiu para uma **incapacidade (permanente)**, trazendo todo o peso negativo para esse indivíduo, como: preconceito, estigma, inabilidade para o trabalho, insatisfação com o tratamento, etc (BRASIL, 2008a).

Unidade 3

A partir daí, podemos fazer um link com a dificuldade que os indivíduos muitas vezes têm de entender sobre a cura da doença, porque ainda está tão presente e visível a seqüela deixada por ela. Outro fato relacionado é que a procura do indivíduo pelo serviço acontece, na maior parte das vezes, de forma tardia também (CABRAL et al, 2016).

SAIBA MAIS

O estudo de Cabral et al (2016) com abordagem qualitativa traz relatos de enfermeiros quanto a dificuldade em trabalhar com os pacientes em relação a esse tópico. Cita também sobre a importância de um trabalho em equipe e encaminhamento para o profissional de psicologia, quando necessário, para se trabalhar esse impacto do diagnóstico das seqüelas. <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1047>

É importante a Gestão Municipal da Atenção Básica incentivar que os profissionais de saúde se capacitem e/ou atualizem-se de forma continuada (por exemplo cursos, Fóruns de discussão, Webpalestras, teleconsultoria), para que possam fazer um trabalho eficaz de prevenção da hanseníase. Visto que a maioria dos casos de hanseníase pode ser diagnosticada, tratada e curada na atenção básica (CABRAL et al, 2016). Além disso, a identificação precoce pode ser feita com o apoio da teledermatologia do Telessaúde SC. Outra questão é que estratégias de educação em saúde para a população ajudam a diminuir o diagnóstico tardio.

5.4. Quando o repouso é indicado? Qual a maneira correta de posicionar os membros?

As **Reações Hansênicas**, comuns principalmente em indivíduos com hanseníase Multibacilar, podem acontecer antes, durante ou após o tratamento medicamentoso, gerando necessidade de maior cuidado. Isso reforça a relevância de se realizar uma avaliação correta, para também fazer as orientações e intervenções adequadas (OMS, 2002, BRASIL, 2016a).

O processo reacional é de evolução rápida e deve ser respeitado, sendo dois pontos chaves para alcançar o resultado eficaz: por meio do tratamento clínico com medicamentos como corticóides, e pela imobilização adequada dos membros, como a mão em posição funcional (BRASIL, 2008a).



O repouso é indicado para proteger o trajeto neural e as proeminências ósseas, e isso, muitos profissionais sabem. O problema está em como orientar o indivíduo para esse repouso: tem uma postura adequada? Quanto tempo? Como reavaliar?

No quadro abaixo vocês, profissionais da saúde, encontram informações importantes para poderem orientar da melhor forma **sobre como posicionar os membros** dos indivíduos durante o repouso, para não provocar atritos nem estiramentos nos nervos. Cada local pode trabalhar com os materiais que tem disponíveis na unidade (ex: tala gessada, atadura) e/ou no domicílio do indivíduo (ex: lenços, tipóia

Unidade 3

comprada pronta) dependendo da criatividade, o importante é a posição correta do membro (angulação da articulação) como ilustrado.

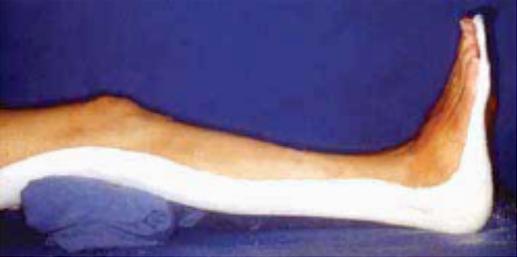
A orientação para o indivíduo é que a retirada da **órtese** ou faixa deve ser somente para o banho e curativos. O tempo de indicação do repouso varia de 7 a 15 dias, de acordo com o acompanhamento dos sinais e sintomas, reavaliados por meio do Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada, já explicado no item 4 (BRASIL, 2008a).

Órteses são dispositivos que apoiam ou corrigem a função (BRASIL, 2008a)

Quadro 16 - Manual de prevenção de incapacidades.

Indicação da órtese ou faixa	Técnica
<p>N. Ulnar</p> 	<p>Prioriza-se a imobilização do cotovelo, mantendo-o em 120° de extensão, antebraço e punho em posição neutra, dedos em posição intrínseca e polegar livre.</p>
<p>N. Mediano</p> 	<p>Imobilizar somente o punho em posição neutra e dedos em posição intrínseca com polegar em abdução.</p>
<p>N. Radial</p> 	<p>Imobilizar o punho em dorsiflexão de 40° e cotovelo em 100° de extensão.</p>

Unidade 3

<p>N. Fibular</p> 	<p>Imobilizar com o joelho em 20° a 30° de flexão e tornozelo em 90°. O gesso ou outro material deve ser colocado a partir de 4 dedos abaixo da prega glútea até as pontas dos dedos.</p>
<p>N. Tibial</p> 	<p><i>Imobilizar o tornozelo em 90°. Utilizar o gesso ou outro material a partir de 4 dedos abaixo da linha do joelho até a ponta dos dedos</i></p>

Fonte: BRASIL (2008a)

5.5. Quando o exercício é indicado? De qual maneira?

Exercício está relacionado a condição de movimentode um segmento do corpo, desta forma, pode ser por mobilização passiva ou ativa, assistida ou não. O exercício é indicado nas paresias e nas paralisias, com diversos objetivos: evitar ou diminuir retrações de tecidos moles, manter ou recuperar a mobilidade articular, evitar deformidades, manter o tônus e melhorar a força muscular (BRASIL, 2008a).

O exercício não é indicado nos casos de neurite aguda, **mão reacional**, traumatismos, úlceras (no local da úlcera). Após a fase aguda, o exercício é reestabelecido de maneira cuidadosa e progredindo aos poucos (BRASIL, 2008a).

A mão reacional ocorre em decorrência da resposta imunológica do indivíduo frente ao bacilo, a mão reacional faz parte de um conjunto de elementos que é denominado desta forma (BRASIL, 2008a)

Para saber por onde iniciar com as recomendações de exercícios utilize a resistência e os movimentos vistos na avaliação de força muscular do capítulo 3. Então, após a avaliação você saberá se a musculatura terá força para fazer exercício de maneira resistida, ativa ou passiva (BRASIL, 2008a).

Lembramos que para paralisias com mais de 1 ano e meio de evolução, a finalidade dos exercícios é somente a de manter a amplitude articular (BRASIL, 2008a).

NA PRÁTICA

Para a parte educacional, use linguagem clara e acessível, tente explicar sobre os sinais e sintomas mais comuns e observe se o indivíduo os reconhece de alguma maneira (ex: costuma se cortar ou se queimar e não perceber? Já perdeu o chinelo alguma vez quando estava caminhando? Tem alguma mancha pelo corpo? Essa mancha tem sensibilidade? Sente dor ou dormência nos braços e pernas?). Dessa maneira, você pode ir relacionando com a parte fisiológica da doença e com **os cuidados necessários de forma individualizada**. O trabalho de orientar as práticas de autocuidado deve ocorrer em equipe e é um trabalho de “formiguinha”, com MUITA calma e paciência, porque o indivíduo se encontra em um momento fragilizado. Você vai falar várias vezes a mesma coisa, e ele às vezes volta no outro mês “pior”, mas você não pode desanimar. Faz parte do processo, você deve encontrar outra maneira de atingir o entendimento desse indivíduo, fazer com que aquilo que ele está aprendendo com você se faça necessário no dia a dia dele, para que aconteça o comprometimento com o autocuidado. Autocuidado é uma coisa que não pode ser terceirizada, depende do próprio indivíduo.

ATENÇÃO!

- A prevenção de incapacidade física e deformidade relacionadas a hanseníase se dá por técnicas simples e de orientação da prática de autocuidado (BRASIL, 2016a).
- Encaminhamento URGENTE para o oftalmologista nos casos de Iridociclite, Glaucoma e úlcera de córnea.
- A responsabilização do indivíduo com o tratamento é essencial, tanto para a adesão com a parte medicamentosa quanto com o autocuidado. Para isso os profissionais devem assegurar que o conhecimento sobre a doença e seus cuidados ficou bem entendido e claro para os indivíduos com hanseníase (BRASIL, 2016a).
- A fase pós-alta por cura não exclui esse indivíduo de continuar com os cuidados. Para isso, os profissionais devem manter um acompanhamento das práticas de autocuidado, adaptação de calçado, tratamento de feridas, etc, principalmente nos casos de Grau 1 e 2, pois existe diminuição ou perda de função. Esse acompanhamento, pode ser por agendamentos frequentes com a equipe (BRASIL, 2016a).



Ao tentar ensinar algo para o indivíduo, você deve ter paciência, observar o nível de entendimento dele e solicitar que ele repita o que você ensinou, para que tenha certeza de que entendeu. Dessa forma, para os exercícios, por exemplo, você pode demonstrar alguns poucos exercícios por vez, fazer com ele e solicitar que ele repita algumas vezes. Oferecer “cartilhas” ou fotos, para que ele dê continuidade em casa de maneira correta. Outra dica seria tentar relacionar o que ele gosta de fazer, ou seja, suas preferências e habilidades práticas com os exercícios que você quer que ele faça. Oriente que realize em casa 2x/dia em torno de 10 a 15 repetições de cada movimento.

Unidade 3

Uma opção de material para orientação do indivíduo é a cartilha produzida pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Santa Catarina, em parceria com Setor de fisioterapia do HST, que você pode acessar aqui:

<http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?idc=2644&a=profissional&print>

FIQUE ATENTO

O portador de hanseníase deve ficar atento aos sinais comuns da doença para evitar o agravamento de lesões e incapacidades físicas. O que observar:



Sangramento e escamação no nariz



Dedos dos pés e das mãos em formato de garra e sem força



Dificuldade para fechar totalmente os olhos



Dormência em mãos e braços

Durante todo o tratamento, o autocuidado é fundamental!

- 1 Observe os pés e as mãos diariamente
- 2 Utilize calçados fechados e confortáveis.

Lembre-se: o calçado indicado é fornecido gratuitamente pela rede pública de saúde

ATENÇÃO

Quem tem hanseníase não pode confiar totalmente na sensibilidade de sua pele. É preciso observar com atenção onde pisa e os objetos que irá manusear, para evitar cortes e queimaduras.

Hanseníase tem cura!
O tratamento é oferecido gratuitamente nas unidades de saúde.

www.dive.sc.gov.br



HANSENÍASE PREVENÇÃO É CUIDADO

SAIBA O QUE FAZER



AUTOCUIDADO | COMO FAZER?

NARIZ

Em caso de sangramento e escamação:



Fazer concha com as mãos



Encher d'água



Inalar a água e soltar até sair limpa



Levar ao nariz

OLHOS

Para evitar ressecamento:



Usar colírio (procurar indicação médica)



Usar tampão para dormir



Óculos escuros e chapéu quando sair de casa



Fazer exercícios com os olhos (abrir e depois piscar forte)

PÉS E MÃOS



Higienizar e usar hidratante



Mobilizar a articulação e repousar o membro



Cuidar para não lesionar (cortar, queimar,...)



Usar órteses ou adaptações para desenvolver atividades diárias



Fazer exercícios de fortalecimento para mãos e pés



Realizar alongamentos

Fonte: SANTA CATARINA (2018)

Unidade 3

A orientação inicial é que ele reserve um tempo para cuidar de si, isso engloba “se olhar”, “se cuidar” e realizar os exercícios. Ele pode programar um alarme diário, pelo menos até isto fazer parte da sua rotina.



Sempre que você atender o paciente deve incluir perguntas sobre o seu autocuidado, tirar dúvidas dele ou de familiares. A conversa deve incluir a percepção dele sobre como está entendendo sua vida e rotina, sobre o tratamento, em especial sobre a funcionalidade e prevenção.

Assim, surgem relatos sobre o que já ficou mais fácil de realizar por conta da diminuição de edema e dores e pelo fortalecimento dos membros (ex: andar de bicicleta); sobre o que não acontece mais e que antes acontecia (ex: cortes ou queimaduras com atividades domésticas); como ele próprio fez uma adaptação na sua casa ou nos utensílios de trabalho para evitar calos ou feridas (ex: alongar cabo de enxada e garfos para fritura) e tantas outras coisas que servem como inspiração para nós profissionais, além de tirar daí ideias para orientar outras pessoas que tem necessidades semelhantes.

Porque “escutar” esse indivíduo é importante para ambos, traz uma riqueza de informações a nós profissionais, as quais conseguimos trabalhar com este mesmo indivíduo de várias formas, e ainda adquirimos mais conhecimento para atuarmos com outras pessoas que precisam de apoio. Assim como é fundamental também ganhar a confiança do indivíduo para a continuidade do processo.



O autocuidado está sendo orientado ao indivíduo em tratamento ou pós alta por cura da hanseníase? As emergências e encaminhamentos com pacientes de hanseníase estão sendo realizadas de maneira efetiva no local onde trabalho?

6. Como posso trabalhar com monitoramento e planejamento das atividades de P.I.?

Os assuntos relacionados ao autocuidado, monitoramento e acompanhamento após o período do tratamento medicamentoso, acabam sendo pouco discutidos entre os profissionais e os pacientes, estão em segundo plano durante a intervenção (DUARTE et al, 2014), demonstrando uma fragilidade tanto na atenção, estigmatização e desinformação (RIBEIRO; OLIVEIRA; FILGUEIRAS, 2015).

O monitoramento de intervenções é fundamental para responder questões sobre as atividades envolvidas tanto de maneira micro, ou seja, no domicílio daquele indivíduo que vem recebendo orientações direcionadas ao seu problema; quanto macro, referentes a programas municipais, estaduais, etc. Daí surge a necessidade de planejar formas para que isso aconteça, pensando em quais informações serão monitoradas, como os dados serão coletados, organizando as informações e treinando a equipe (OMS, 2007).

Portanto, a seguir elaboramos um quadro com alguns estudos sobre o tema, para ilustrar a vivência na prática e de alguma maneira exemplificar casos, fornecendo idéias de como podemos aplicar as ações de monitoramento e/ou melhorá-las no nosso local de trabalho.

Quadro 3 - Resumo de trabalhos com a temática monitoramento em hanseníase

Autor/Ano/ n*	Tipo de estudo	Objetivo	Resultados	Dados extras
DUARTE et al. 2014 / 14	Descritivo, exploratório de caráter qualitativo.	Saber quais as ações de autocuidado são realizadas pelos indivíduos com hanseníase.	As ações relacionadas ao autocuidado foram pouco relatadas pelos indivíduos limitando-se a lubrificação dos olhos, uso de protetor solar, hidratação da pele e uso de calçados.	- Nenhum dos entrevistados relatou complicações com o nariz ou reações hansênicas. - Os indivíduos expressaram desejo pela cura, além de interesse em ajudar os outros que estão passando pelo que eles já passaram. - Alguns relatos errôneos como “perda de mãos e pés”, o que demonstra a presença de uma crença antiga com valores negativos sobre a doença.
RIBEIRO; OLIVEIRA e FILGUEIRAS /2015 / 44 artigos	Revisão Sistemática.	Explorar o momento pós alta de hanseníase, buscando ações integrais e ampliação do conceito da cura da doença.	A atenção a saúde desses indivíduos não acaba com o término do esquema de PQT, porque danos permanentes os acompanham comprometendo a qualidade de vida. Por isso a importância em implantar medidas assistenciais para garantir a integralidade (SUS).	As perdas acumuladas no processo de doença são biopsicossociais. Trazendo diversos problemas em todas as áreas: desagregação familiar, limitação laboral, baixa autoestima, etc.
CABRAL et al. 2016 / 10 enfermeiros	Descritiva de abordagem qualitativa.	Conhecer como é realizada a prevenção de incapacidades e deformidades no portador de hanseníase.	- Identificaram que além de saber “como fazer” eles devem ter o conhecimento prático de “saber fazer” as técnicas preventivas. - A assistência de enfermagem deve ser qualificada para aqueles indivíduos que não compreendem a importância do tratamento para a cura e não aderem ao tratamento. - Os enfermeiros praticam a educação em saúde com esses indivíduos.	Relatos dos participantes do estudo nos 3 eixos. 1. Enfermeiros no contexto das incapacidades e deformidades: “Incapacidades são impossibilidades das pessoas em desempenhar suas funções normais” 2. Aceitação do diagnóstico X Adesão ao tratamento: “..eles tem muita resistência para fazerem o tratamento aqui no posto de saúde” 3. Orientações e atuações dos enfermeiros na prevenção: “...aqui a gente faz no nível primário: a promoção da saúde, com as ações educativas, seja na consulta individual, seja na coletiva”
PINHEIRO et al. / 2014 / 16	Estudo qualitativo.	Avaliar o conhecimento adquirido sobre prevenção de incapacidades no controle da hanseníase pelos participantes de um grupo de autocuidado em um hospital de referência.	A participação dos usuários nas reuniões dos grupos contribuiu significativamente para a aquisição do conhecimento sobre as práticas de autocuidado.	A classificação operacional da doença nos indivíduos pesquisados foi composta maior parte por Multibacilares (4/16) e com Grau de Incapacidade II (9/16).

*número de indivíduos pesquisados no estudo

Fonte: Setor de Fisioterapia HST (2018).

Unidade 3

Notem que no quadro anterior os dados foram coletados tanto dos usuários do sistema, do próprio sistema público e de profissionais que atuam na área. Sendo discutidos os pontos frágeis e que precisam de maior atenção e investimento: dificuldade na aderência do tratamento, importância de um grupo de autocuidado e apoio e inserção de pessoas que já passaram por esse processo (hanseníase).

Após a alta por cura, o paciente de hanseníase deve ser atendido por políticas específicas, ou seja, que não visem somente a eliminação da doença. As estratégias de maneira geral contemplam ações voltadas para o acompanhamento de possíveis intercorrências (ex: reações e recidivas) e os protocolos deveriam abordar os danos subjetivos causados pela hanseníase. No sentido que a frequência de ocorrência de reações, úlceras, dores e dificuldades físicas nos indivíduos pós alta por cura, se torna relevante para acontecer uma abordagem clínica preventiva e eficaz, minimizando o impacto da doença na vida dessa população (RIBEIRO; OLIVEIRA; FILGUEIRAS, 2015).

A educação em saúde é utilizada como meio de ensino-aprendizagem visando a promoção da saúde. Pode acontecer por meio da formação de grupos de autocuidado em hanseníase para possível aumento da interação entre público alvo e profissional da rede de atenção. Eles servem para melhorar o entendimento do indivíduo quanto ao seu problema de saúde, propiciando autonomia no seu cuidado, recebendo orientações sobre como lidar com as situações enfrentadas e quanto a mudanças simples de comportamentos para a vida (PINHEIRO et al, 2014).

Pode ser implementado com equipe do local onde você trabalha, formas mais simples e práticas de educar o indivíduo para o **automonitoramento**, ou seja, a equipe pode orientar e criar diários ou alarmes como lembrete para o indivíduo fazer seus exercícios, passar seu creme e/ou simples fato de olhar mãos, pés, olhos e corpo. Em seguida, manter o acompanhamento desses relatórios e a partir daí propor mudanças e encaminhamentos (BOHN; GIMENES, 2008).

Automonitoramento: comportamento de observar e registrar sistematicamente a ocorrência de algum comportamento emitido pela própria pessoa.

O indivíduo deve se tornar capaz de identificar os sinais de complicações precocemente (ex: vermelhidão e áreas de pressão que antecipam uma úlcera), e assim, escolher estratégias de prevenção para realizar o cuidado no seu domicílio (ex: autoinspeção, inspeção do calçado, uso de palmilhas). Estes itens são normalmente discutidos e treinados em grupos de autocuidado. A educação e cuidado também se estendem para aqueles indivíduos que já possuem o problema instalado (ex: curativo em úlcera), dessa forma, incentivam a higiene do curativo, o uso do material adequado e o repouso do local afetado (PINHEIRO et al, 2014).

A equipe deve estar atenta para a adesão desse indivíduo ao tratamento e após a alta para a continuidade do autocuidado. A taxa de abandono é grande nessa população. Essa não adesão pode estar relacionada a diversos fatores: socioeconômicos e culturais, baixa expectativa com o tratamento não medicamentoso e por se tratar de uma doença crônica e estigmatizante (RODINI et al, 2010).

Unidade 3

Algumas estratégias podem ser utilizadas pela equipe para que o indivíduo dê continuidade nos cuidados no domicílio. Sugere-se a criação e utilização de um manual de orientações gerais como forma de complementar as instruções verbais que esses indivíduos recebem no atendimento. Cada indivíduo possui características e necessidades distintas, por isso, a criação e oferta de um manual não descartam o acompanhamento com os profissionais especializados (RODINI et al 2010).

Os resultados não são imediatos na abordagem com esse público, porém, investir em prevenção e promoção da saúde ainda é menos oneroso do que com danos posteriores. Lembrando que pacientes que chegam ao serviço de saúde com Grau 0 ou 1, quando monitorados, orientados e que aderem a intervenção têm grande chance de evitar a deformidade (RODINI et al, 2010).

Para que tudo isso ocorra é necessária uma equipe motivada e comprometida, que tenha uma atitude positiva em relação às pessoas incapacitadas. Algumas vezes, os próprios indivíduos que já passaram por esse problema é que são os indicados e preparados para intervir na comunidade. Os gerentes da saúde devem manter a equipe habilitada para as ações dos programas, fazer reuniões periódicas para acompanhamento e discussão de casos, reconhecer resultados, e, principalmente, reformular objetivos e estratégias quando houver falhas, para que sejam construtivas para a equipe (OMS, 2007).



O fato do indivíduo algumas vezes não visualizar uma melhora de sensibilidade, força ou diminuição das garras e dormência, faz com que ele desanime e perca a motivação para o autocuidado. Portanto, a relevância na orientação para não criar falsas expectativas.

Porém, a manutenção ou melhora desse indivíduo a maior parte das vezes está mais relacionada a não piorar seu quadro, ou seja, a diminuir a frequência de complicações, de reações, de queimaduras, de dores... Assim ele e o profissional chegam até mesmo a pensar que não estão fazendo o serviço adequadamente, quando na verdade não estão sabendo quais parâmetros utilizar para esse monitoramento e valorização do trabalho feito.

Assim como já foi falado sobre a cronicidade da doença, o tipo de atendimento que devemos prestar também tem um papel de continuidade ao longo do tempo, com momentos fáceis e difíceis. A valorização da "não piora" e/ou da "não queixa de dor" e/ou da "não perda da funcionalidade" do paciente deve ser feita pela equipe.

NA PRÁTICA

Relato de experiência HST:

O Hospital Santa Teresa é um antigo “leprosário” ou “Hospital Colônia”, possui até hoje moradores, que são ex-pacientes de Hanseníase, alguns remanescentes da época da internação compulsória.

Em dezembro/2014 foi implantado o Serviço de Fisioterapia no hospital, em seguida deu-se início as avaliações de todos os casos. Observou-se que os moradores possuíam incapacidade grau II, porém, uns com mais independência e outros com menos. Ao longo do tempo, percebeu-se a necessidade de acompanhá-los e monitorá-los frequentemente, com o objetivo de conhecer mais de perto suas necessidades e as questões negativas recorrentes, para que fosse possível uma intervenção educacional e preventiva.

Sendo assim, criou-se uma folha de papel simples, com uma figura grande do corpo humano e outras ao lado com as regiões mais acometidas na hanseníase (olhos, mãos e pés). Além disso, tinha as seguintes perguntas: “Estou com alguma dor nos trajetos nervosos?”, “Percebi que a força das minhas mãos e/ou pés diminuiu nas últimas semanas?”, “Estou com alguma ferida no olho ou no corpo que não percebi como aconteceu?” e “Deixei de fazer alguma tarefa do meu dia a dia por conta de dor ou fraqueza?”.

O objetivo dessa folha era para que fosse fixada em algum lugar da casa ou quarto do indivíduo, que ficasse visível e atuasse como um lembrete para o autocuidado. Sendo assim, o indivíduo era orientado a olhar para a folha e tentar se perguntar sobre aquelas questões, tentando fazer um automonitoramento. Sabemos que nem todos eram capazes de ler, preencher as questões ou assinalar no desenho, porém, nos casos em que o indivíduo tivesse condições físicas e interesse em assinalar na própria figura, os locais em que observou alguma diferença nas últimas semanas, ele era estimulado a fazer.

Foi realizado visita domiciliar, ou no quarto do morador, nos casos daqueles que ficam na enfermaria. Neste primeiro momento foi explicado o significado e a importância do autocuidado, questionado como o indivíduo realiza o autocuidado, entregue a folha com o desenho e orientado quanto ao objetivo do material (para que mesmo naqueles casos que não conseguia preencher ele compreendesse e lembrasse do que se tratava). Entregamos também outros materiais educativos do MS (folders) relacionados à hanseníase.

As visitas acontecem atualmente 1x/mês, com o objetivo de dar continuidade ao processo de educação do indivíduo. Identificar os comprometimentos causados pela doença de forma precoce (mesmo se tratando de indivíduos com grau II em decorrência dos danos primários e secundários), e com isso, favorecer o seu papel na autogestão, ou seja, identificar o problema e estar apto para a tomada de decisão da melhor forma.

NA PRÁTICA

Em todas as visitas são observadas e discutidas as seguintes questões:

- Resoluções e atitudes das queixas da visita anterior;
- Busca de novos relatos de sinais e sintomas relacionados à hanseníase nas últimas semanas (força dos membros, dormência, perda de função, dor);
- Compreender o envolvimento e participação do indivíduo com o ambiente e as demais pessoas, em busca de sinais de possível mudança de comportamento;
- Acompanhar o nível de mobilidade e independência do indivíduo nas atividades diárias;
- Pesquisar por surgimento de úlceras ou sinais de possíveis comprometimentos futuros;
- Saber e orientar como está sendo realizado o autocuidado (hidratação, uso do calçado, manter-se ativo, utilizar adaptações em tarefas diárias para prevenção de lesões);

A partir da visita é realizada uma breve descrição no prontuário do paciente do que foi encontrado, bem como as condutas para os achados (ex: orientações, encaminhamentos, etc.).

No curto período em que está sendo realizado este serviço no hospital, observou-se que a resistência inicial à fisioterapia e ao monitoramento está diminuindo. Levando em conta que se trata de indivíduos com graves seqüelas e comprometimentos não só físicos. São moradores do hospital há bastante tempo, inclusive nunca tinham tido o atendimento dessa especialidade (fisioterapia). O vínculo está começando a ser criado e com isso vem a confiança e a aderência. Algumas falas durante a visita chamam a atenção:

“Eu estou me cuidando sim, estou passando óleo sempre no corpo...”

“Quase me queimei outro dia quando fui abrir a tampa da panela, porque ela não tem um pegador bom e sai o vapor quente e vem para o braço, você pode arrumar isso pra mim?”

“Sou velho, não faço muita coisa, mas não estou com nenhuma ferida no corpo além daquela do pé, que já é antiga e faço curativo todos os dias”.

“Gosto muito desse sapato especial que ganhei do estado, tenho dois e uso só eles”.

“Há muito tempo atrás quando cheguei aqui, o médico pediu para eu ficar pelado na frente dele e eu não entendi, agora sei que essas coisas que surgem na gente podem ser em qualquer parte do corpo”.

“Comprei um óculos de sol para proteger meus olhos”.

Unidade 3



A partir destas falas e dos achados e encaminhamentos feitos, vamos observando aos poucos, sobre o entendimento deles quanto ao autocuidado, quanto aos sinais de complicações da doença, quanto à necessidade de preservar a funcionalidade, independência e autonomia. Vamos entendendo qual nosso papel e as melhores formas de abordar cada um. Neste caso, são idosos, que possuem várias deformidades e úlceras que dificilmente cicatrizam, porém, são pessoas com uma bagagem gigante quanto ao que passaram em decorrência da Hanseníase. Falar com cada um deles, nos traz muita vontade de fazer algo que melhore a vida deles, nem que seja da maneira mais simples.

CONCLUSÃO

A hanseníase, como doença, é complexa e exige dedicação contínua da equipe de saúde e do próprio indivíduo. As consequências da hanseníase quando não tratada e não diagnosticada precocemente são muitas vezes irreversíveis, ou seja, leva às incapacidades permanentes, tornando o indivíduo uma figura constante da equipe de saúde, tanto durante o tratamento quanto após a alta medicamentosa. Dar a devida importância e dedicar-se para uma boa avaliação e monitoramento do indivíduo, assim como o preenchimento correto de cada item avaliado é fundamental. A busca pelo conhecimento teórico e prático são a base para o melhor atendimento.

Nesta unidade de aprendizagem, você conheceu os principais nervos acometidos pela Hanseníase, materiais necessários e indicativos na atenção à funcionalidade anatômica e os documentos obrigatórios (Fichas de avaliação e a classificação do GIF) para acompanhamento da evolução do quadro, tomada de decisões (até mesmo previdenciárias), avaliação dos serviços, e, descreveu com detalhes como realizar cada teste e cada anotação nas fichas.

É nossa responsabilidade o registro adequado de todas as informações referentes às queixas, sintomas, procedimentos e encaminhamentos feitos. O cuidado no preenchimento e a seriedade nas avaliações devem ser mantidos para garantir o mínimo de informação e avaliação dos indivíduos em sua unidade de saúde.

O indivíduo com hanseníase não tem, inicialmente, o conhecimento necessário para lidar com aquela situação em que ele se encontra, mas os profissionais da saúde têm, ou deveriam ter, para poderem ser o instrumento educacional que este indivíduo necessita. O autocuidado é a chave mestra na prevenção de incapacidade e, para isso, vimos que só depende de técnicas simples, mas eficazes e contínuas.

Cada indivíduo deve ser visto como um todo. Antes de qualquer proposta de intervenção deve-se entender a realidade que ele apresenta, identificando a viabilidade do que é orientado, ou, as possíveis estratégias para se obter o mesmo resultado. Como forma básica de trabalhar com esse público e não menos importante trouxemos o autocuidado, fazendo parte do tratamento tanto quanto os remédios. Equipes e indivíduos interessados no tratamento e entendendo cada processo, traz as recompensas esperadas e é o determinante para gerar mudanças na vida de mais de uma pessoa.

Unidade 3

Os profissionais fazem parte da composição da “história” do indivíduo no seu processo saúde-doença dentro do Sistema Único de Saúde. Devemos assegurar que em qualquer local, o indivíduo receba o atendimento e direcionamento necessário específico para o seu caso. Espera-se que os profissionais saibam discutir sobre o caso com a equipe para traçar estratégias e metas singulares centrada na pessoa.

Referências Bibliográficas

ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. Hanseníase: avanços e desafios. Núcleo de estudos de educação e promoção da saúde – NESPROM – UNB. 492 p. 2014.

ANDREAZZI, A. L. J. et al. Hanseníase: Avaliação da sensibilidade com os monofilamentos de Semmes Weinstein. Acesso em 20 de set. 2018. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2007/trabalho/aceitos/CC33717473875.pdf>>. 2007.

ARAÚJO, E. S. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Fisioterapia: uma revisão bibliográfica. Dissertação. Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. 2008.

BOHN, C. H.; GIMENES, L. da S. Automonitoramento como técnica terapêutica e de avaliação comportamental. Revista Psicologia, v. 1, n. 1, p. 88 – 100, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Manual de adaptações de palmilhas e calçados, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Prevenção de Incapacidade: cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância Epidemiológica; Programa Nacional de Controle da Hanseníase. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Capacitação em prevenção de incapacidades: Hanseníase – caderno do participante. 156 p. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Autocuidado em Hanseníase: face, mãos e pés. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para vigilância, atenção, eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional (recurso eletrônico). Secretaria de Vigilância em Saúde/ Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. 58 p. Brasília, 2016.

Unidade 3

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Coeficiente de detecção geral de hanseníase (por 100.000 habitantes) por Região do Brasil. 2017a. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/hanseniase/hans_indicadores.htm

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a Hanseníase. 68 p. Brasília, 2017b.

_____. Ministério da Saúde. Curso de Hanseníase na atenção básica. 2018.

CABRAL, C. V. S. et al. O papel do enfermeiro na prevenção de incapacidades e deformidades no portador de hanseníase. Revista Interdisciplinar. v. 9, n. 2, p. 168-177, 2016.

CRUZ, Carla. Hospital Gisele Trigueiro investe em capacitação para cuidadores. 25 ago. 2010. Disponível em: <http://nominuto.com/noticias/cidades/hospital-giselda-trigueiro-investe-em-capacitacao-de-cuidadores/59131/>

DUARTE, L. M. C. P. da S. et al. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. Revista de Enfermagem, v. 8, n. 8, p. 2816 – 2822, 2014.

GARBINO, J. A.; OPROMOLLA, D. V. A. Fisiopatogenia das deficiências físicas em hanseníase. In: Opromolla DVA, Baccarelli R. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Revista Hansenologia Internationalis. Bauru, p. 13-24, 2003. Disponível em: http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/aspectos%20gerais/PDF/fisiopat_hansen.pdf

ILEP. Como reconhecer e tratar reações hansênicas. Guia de Aprendizagem 2. International Federation of Anti-Leprosy Associations – ILEP. Adaptação para a Língua Portuguesa. P. 62. Londres, 2002.

LEHMAN, Linda Faye; ORSINI, Maria Beatriz Penna; FUZIKAWA, Priscila Leiko, LIMA, Ronise Costa et al. Avaliação Neurológica Simplificada. Belo Horizonte: ALM International, 1997. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_neuro_hansenia.pdf [acesso em 5 set. 2018]

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID-10. Organização Panamericana da Saúde. 10ª Revisão, vol. 3. 2007.

_____. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Direção Geral de Saúde. Lisboa. Tradução por Amélia Leitão. 2004.

_____. ILEP. Guia técnico sobre a reabilitação baseada na comunidade e hanseníase: atendendo as necessidades de reabilitação de pessoas afetadas pela hanseníase e promovendo qualidade de vida. Organização Mundial da Saúde. International Federation of Anti-Leprosy Associations. 2007.

PARANÁ. Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Caronila Moura Xavier. 2018. Disponível em: <http://www.hospitaldereabilitacaoparana.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=15>

Unidade 3

PINHEIRO, M. G. C. et al. Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. REME, v. 18, n. 4, p. 895 – 900, 2014.

RIBEIRO, M. D. A.; OLIVEIRA, S. S.; FILGUEIRAS, M. C. Pós alta em hanseníase: uma revisão sobre qualidade de vida e conceito de cura. Santa Maria, v. 41, n. 1, p. 9 – 18, 2015.

RODINI, F. C. B. et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para paciente. Fisioterapia e Pesquisa, v. 17, n. 2, p. 157 – 166, 2010.

RODINI, F. C. B. Proposta de avaliação e intervenção através da prevenção de incapacidade em pacientes com hanseníase. Dissertação – (Mestrado em Ciências da Saúde aplicada ao Aparelho Locomotor). Ribeirão Preto, 2010.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Hanseníase: prevenção é cuidado [cartilha]. 26 jan. 2018. Disponível em: <http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?idc=2644&a=profissional&print>

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Santa Catarina. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). . Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. Coeficiente de Prevalência da Hanseníase em Santa Catarina. Disponível em: <http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sinan/def/hansen.def>

SOUZA, Y. R.; CUNHA, J. R.; BROMERSCHENKEL, A. I. M. Atuação da fisioterapia na hanseníase no Brasil. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. 2011; v.10, n. 1, p. 57-63.