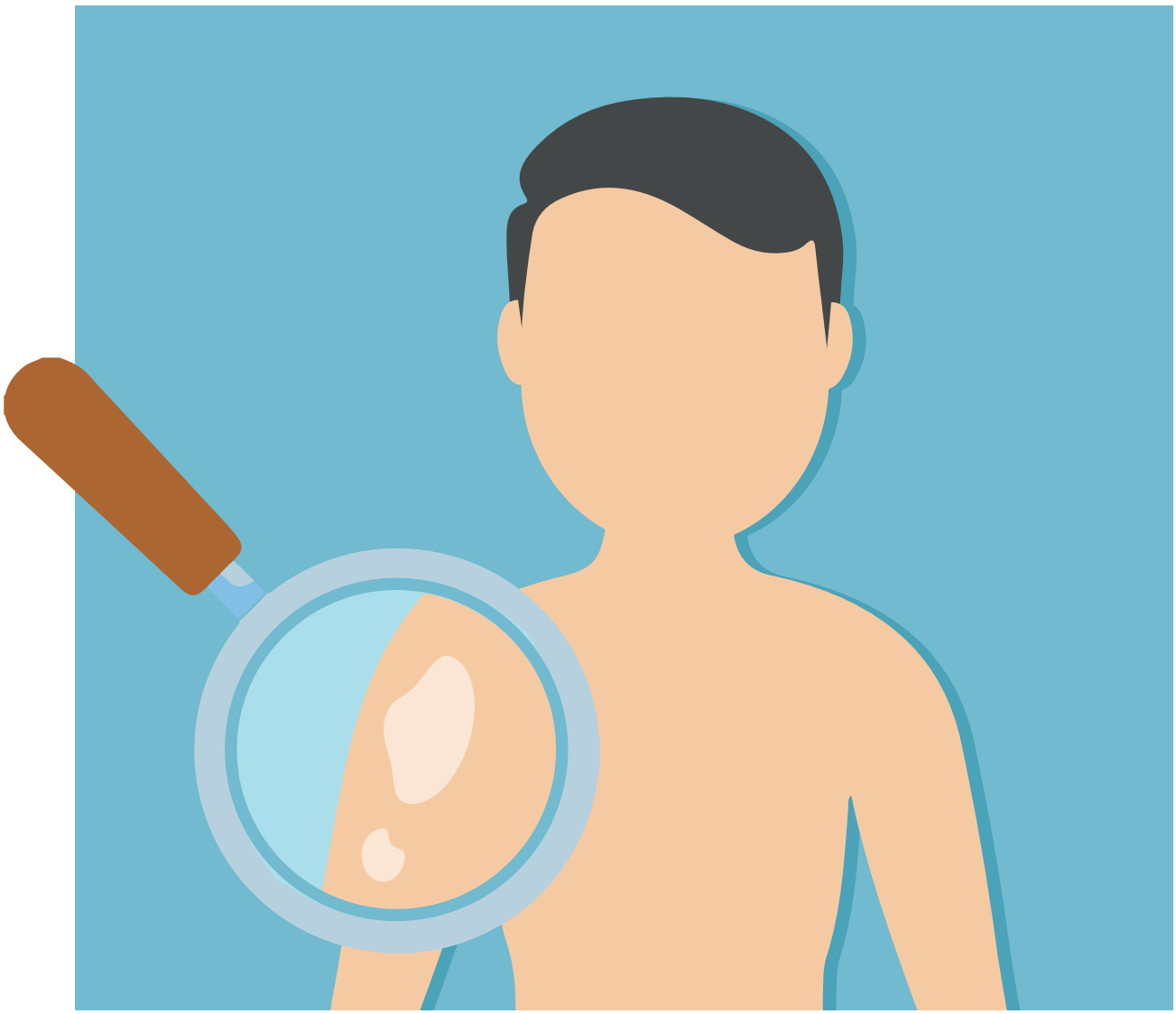
Telessaúde
Santa Catarina

ABORDAGEM DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA



2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA

ABORDAGEM DA HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA

Florianópolis – SC
UFSC
2019

GOVERNO FEDERAL
Presidência da República
Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)
Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA
Governo do Estado
Secretaria de Estado da Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Crônicos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Reitoria
Pró-Reitoria de Pesquisa
Pró-Reitoria de Extensão
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA
Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo
Coordenação de Tele-educação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO
Gisele Damian Antonio Gouveia
Josimari Telino de Lacerda
Luise Ludke Dolny
Elis Roberta Monteiro

AUTORES
Gladis Helena da Silva
Inara Pinto Saavedra
Jordana Raquel Teixeira Nascimento
José Augusto da Silva Velho
Nadmar Céli Grimes
Teide Pierri Nahas

REVISORES
Gisele Damian Antonio Gouveia
Josimari Telino de Lacerda
Luise Lüdke Dolny

© 2019 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.
Edição, distribuição e informações:
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC
Disponível em: telessaude.sc.gov.br

Catalogação na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

U58a

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina.
Abordagem da Hanseníase na atenção básica [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Núcleo Telessaúde Santa Catarina ; Gladis Helena da Silva... [et al.]. – Dados eletrônicos. – Florianópolis : CCS/UFSC, 2018.
102 p : il., gráfs., tabs.

Modo de acesso: telessaude.sc.gov.br
Inclui bibliografia.

1. Cuidados primários de saúde. 2. Hanseníase. I. Silva, Gladis Helena da. II. Título.

CDU: 614:37

Elaborado pelo bibliotecário Jonathas Troglio – CRB 14/1093

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Josimari Telino de Lacerda
Coordenação de Produção: Luise Ludke Dolny, Elis Roberta Monteiro e Gisele Damian Antonio Gouveia
Design Gráfico: Catarina Saad Henriques
Ilustrações: Catarina Saad Henriques
Design de Capa: Catarina Saad Henriques

CURRÍCULO DOS AUTORES

Gladis Helena da Silva
Graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina e em Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências pelo DEPS/SC e Instituto Sírio Libanês.

Inara Pinto Saavedra
Médica graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul fez residência em Dermatologia na Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre, especialização em saúde pública pela ENSP-FIOCRUZ- RJ, mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil e é médica especialista em Dermatologia e Hansenologia e assessora do estado de Santa Catarina na área de dermatologia sanitária. Trabalha na 7º Gerência Regional de Saúde de Joaçaba/SC.

Jordana Raquel Teixeira Nascimento
Graduação em Fisioterapia (FESSC- 2008/2). Pós-graduada em Ergonomia (Instituto Fisiomar) e Fisioterapia Traumato-ortopédica (Gama Filho). Capacitação no método Pilates (Metacorpus), RPG (Inspirar), KinesioTaping (KinesioTaping Internacional) e Hanseníase (ILSL). Aluna ouvinte Mestrado em Fisioterapia UDESC.

José Augusto da Silva Velho
Graduação em Enfermagem, Pós graduado em Pedagogia com ênfase na formação de profissionais da saúde e Administração Hospitalar. Experiência profissional de 32 anos na área de dermatologia - Hanseníase.

Nadmar Céli Grimes
Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade do Contestado. Pós-graduada em Epidemiologia (UFSC), Enfermagem do Trabalho (UNC). Servidora Pública Estadual, atuando na coordenação do Programa Estadual de Hanseníase.

Teide Pierri Nahas
Graduada no Curso de Educação Artística, Licenciada em Artes Plásticas pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Servidora Pública do Estado, atuando no Sistema de Informação do Programa Estadual de Hanseníase.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CURSO 08

Unidade 1 - Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil e Santa Catarina.....10

Unidade 2 - Diagnóstico e tratamento da Hanseníase.....21

1. Aspectos clínicos, sinais e sintomas, diagnóstico, classificação da hanseníase...42
2. Tratamento Poliquimioterápico (PQT) 42

Unidade 3 - Prevenção de incapacidade (PI).....38

1. Classificação internacional de funcionalidade (CIF).....39
2. Anatomia e função 45
3. Como avaliar o paciente de hanseníase.....53
4. Formulários de preenchimento obrigatório para a hanseníase.....64
5. Cuidados e encaminhamentos.....74

Unidade 4 - O estigma relacionado à Hanseníase e os direitos sociais das pessoas atingidas pela Hanseníase.....94

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso de **Abordagem da Hanseníase na Atenção Básica!**

Esse curso tem o intuito de capacitar profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica para desenvolvimento de ações básicas em prevenção de incapacidade física causadas pela Hanseníase.

Ao final desse curso você deve:

- **Conhecer** a situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, Santa Catarina e suas Regiões de Saúde e, quais os indicadores epidemiológicos relacionados às incapacidades físicas causadas pela Hanseníase;

- **Estar apto** a relacionar os sintomas que levam os profissionais de saúde a suspeitar de hanseníase; classificar como paucibacilar (PB) e multibacilar (MB) e as formas clínicas (HI, HT, HD, HV), iniciar tratamento poliquimioterápico (PQT), bem como reconhecer a necessidade de encaminhamento para referência estadual (reações medicamentosas, reações hansênicas, dificuldades de classificação e/ou diagnóstico);

- **Empoderar** técnicos para o desenvolvimento de ações básicas em prevenção de incapacidade física;

- **Refletir** sobre o estigma relacionado a Hanseníase e apresentar os direitos das pessoas atingidas pela hanseníase.

Os conteúdos do curso foram foram divididos em 4 unidades de aprendizagem:

UNIDADE 1	Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil e Santa Catarina
UNIDADE 2	Diagnóstico e tratamento da Hanseníase
UNIDADE 3	Prevenção de incapacidade (PI)
UNIDADE 4	O estigma relacionado à Hanseníase e os direitos sociais das pessoas atingidas pela Hanseníase

Você deverá realizar todas as atividades de avaliação propostas pelo curso para que possa receber o seu certificado de conclusão. Lembre-se que todas as atividades de avaliação devem ser respondidas também no Ambiente Virtual Moodle Telessaúde para verificar se suas respostas estão corretas.

Ao longo do texto foram utilizados marcadores para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: Dicas do professor a respeito do tema.



Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



Para refletir: Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Desejamos à todos um bom curso!

Unidade 1

Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil e Santa Catarina

Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil e Santa Catarina

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM:

Esta unidade tem como objetivos apresentar a situação epidemiológica da hanseníase no Brasil, Santa Catarina e suas Regiões de Saúde e demonstrar aos profissionais de saúde, quais os indicadores epidemiológicos estão relacionados às incapacidades físicas, causadas pela Hanseníase.



- Você sabia que hanseníase ainda é um importante problema de saúde pública em algumas partes do mundo?

Segundo o Boletim Mundial Epidemiológico sobre a doença, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017), 143 países reportaram casos da doença em 2016. Do total de 214.783 casos novos informados, a Índia ocupa a primeira posição com 135.485 casos (63%) e o Brasil a segunda posição com 25.218 (11,7%).

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, causada pelo bacilo de Hansen. O período de incubação varia de 2 a 7 anos e entre os fatores de risco estão o baixo nível socioeconômico, a desnutrição e a superpopulação doméstica. Isso explica porque a doença é tão comum em países subdesenvolvidos. A maioria da população é resistente ao bacilo, cerca de 95%, entretanto os contatos intradomiciliares são mais suscetíveis a contrair a doença quando há o convívio íntimo e prolongado com um paciente infectado e não tratado (BRASIL, 2018a).

Nas duas últimas décadas, o número global de casos diminuiu em quase 90% sendo, fator determinante para esta situação a introdução do tratamento com a poliquimioterapia – PQT, de duração padronizada e determinada para todos os países endêmicos (ALVES et al. 2014).

SAIBA MAIS

Você pode saber mais sobre o PQT nas Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública no site: **http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_._eliminacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf**

Embora o Brasil tenha avançado na redução de casos, ainda não alcançou a meta sugerida pela OMS de eliminação da doença como problema de saúde pública com registo de menos de um caso para cada 10.000 habitantes. No ano de 2016, o coeficiente de prevalência do país foi de 1,10/10.000 habitantes, muito próximo de atingir a meta proposta.

O estudo do perfil epidemiológico dos casos novos de hanseníase no Brasil, no período de 2012 a 2016, descrito no Boletim Epidemiológico, vol. 49 - Nº4 – 2018, aponta que tanto a hanseníase quanto as formas multibacilares (MB) da doença são mais frequentes no sexo masculino, atingindo maior proporção nos indivíduos na faixa etária de 60 ou mais anos de idade. O estudo sinaliza a necessidade de estratégias diferenciadas, que contemplem a diversidade do panorama da hanseníase no país, priorizando a ações de educação em saúde, vigilância de contatos, qualificação do diagnóstico, prevenção e tratamento de incapacidades (BRASIL, 2018a).

SAIBA MAIS

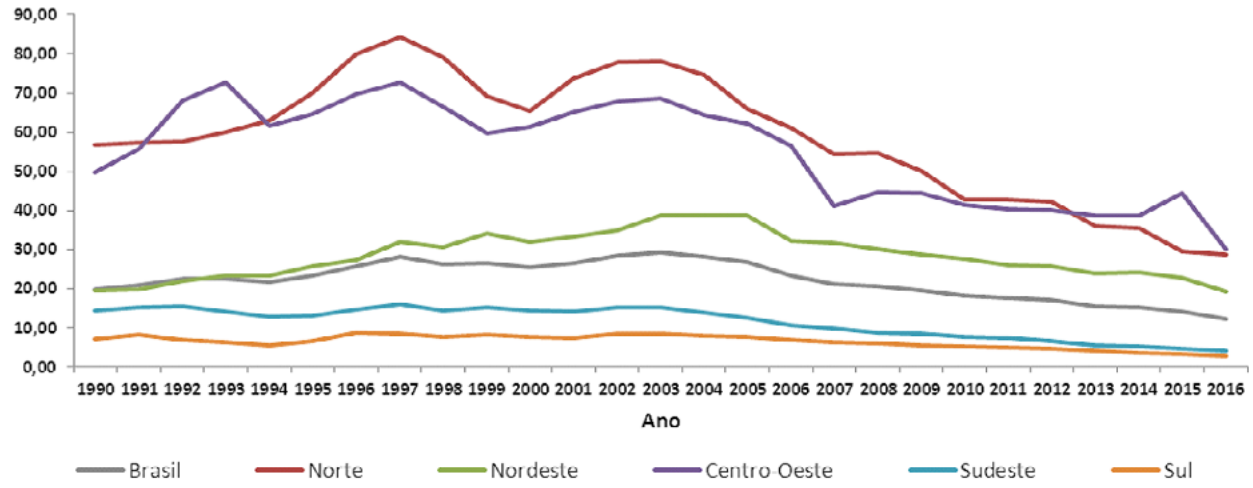
Em 1991, o Brasil assumiu, durante a 44ª Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS, a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano 2000, ou seja, atingir a taxa de prevalência de menos de um doente a cada 10.000 habitantes. Somente dois estados Brasileiros conseguiram atingir esta meta: Santa Catarina e Rio Grande do Sul (ALVES et al, 2014). Você pode ver os resultados dos indicadores epidemiológicos da hanseníase no Brasil acessando o site: **http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Indicadores-epidemiol--gicos-e-operacionais-de-hansen--ase.%20Brasil,%202001-.pdf**

Com base nos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde em 09/06/2017 no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no período de 2007 a 2016, o Brasil apresentou uma redução de 37,1% no número de casos novos, passando de 40.126 diagnosticados no ano de 2007, para 25.218 em 2016. Tal redução corresponde à uma queda de 42,3% da taxa de detecção geral do país (de 21,19/100 mil habitantes em 2007 para 12,23/100 mil habitantes em 2016).

Apesar dos esforços promovidos pelo governo brasileiro para o controle da doença nos últimos anos, casos em menores de 15 anos ainda são diagnosticados no país, sinalizando focos de infecção ativos e transmissão recente da doença. Em 2016, 1.696 casos novos foram diagnosticados nesta faixa etária, correspondendo a 7% do total de casos novos do país. Segundo parâmetros deste indicador, a endemia é considerada alta neste grupo de idade.

A doença exibe distribuição heterogênea, com registro de casos novos em todas as Unidades Federadas, porém, um dos fatores que contribui para a manutenção do indicador de prevalência no país é o padrão de alta endemicidade das regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Houve diminuição dos coeficientes de detecção em todas as Regiões, inclusive no Sul, que historicamente apresenta os menores índices da doença (Figura 1).

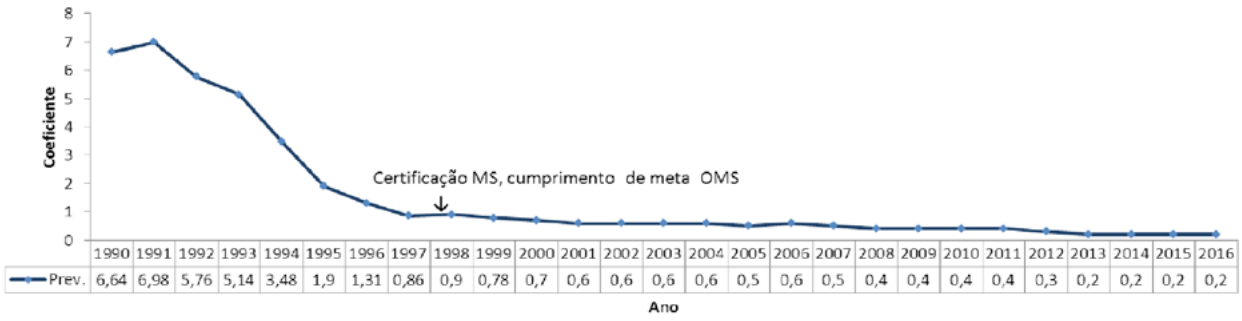
Figura1 - Coeficiente de detecção geral de hanseníase (por 100.000 habitantes) por Região do Brasil, 1990 a 2016.



Fonte: BRASIL (2017)

Em Santa Catarina a transição epidemiológica consolidou-se a partir da introdução do poliquimioterapia (PQT) que ocorreu de maneira gradativa nos municípios. Em 1997, o estado recebeu a certificação pelo Ministério da Saúde por ter atingido a meta proposta pela OMS de eliminação da doença como problema de saúde pública. Tal fator significa reduzir a carga da doença para um nível consideravelmente baixo, com redução das fontes de infeção (Figura 2).

Figura 2 - Coeficiente de Prevalência da Hanseníase por 10.000 habitantes. Santa Catarina, 1990 a 2016.



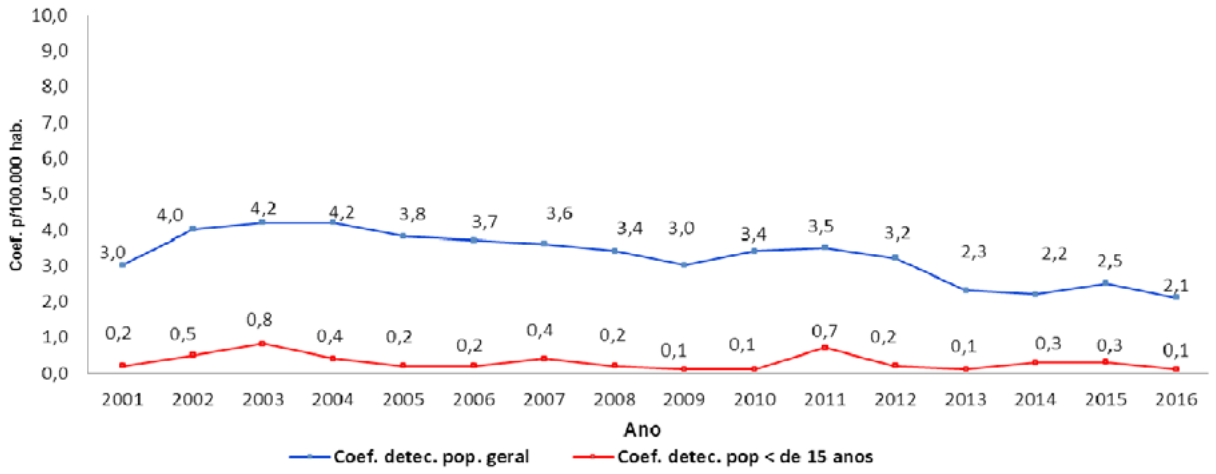
Fonte: SANTA CATARINA (2017)

Em 2016 foram diagnosticados no estado 146 casos novos de hanseníase, com um coeficiente geral de detecção de 2,1/100.000 habitantes, considerado de média endemicidade, segundo o parâmetro nacional. Entre os casos novos diagnosticados, dois foram registrados em menores de 15 anos de idade, o coeficiente de detecção de 0,1/100.000 habitantes é considerado de baixa endemicidade para essa faixa etária, segundo os parâmetros de referência para o indicador (BRASIL, 2016).

O Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos é um indicador importante, pois expressa a força de transmissão da doença recente e a tendência da endemia.

No período de 2001 a 2016 ocorreu oscilação nos coeficientes de detecção da hanseníase, nas duas faixas etárias, com pequena variação do indicador, porém, com tendência de redução, o que pode ser atribuído a implementação das ações de vigilância e as capacitações realizadas no estado em suspeição diagnóstica (Figura 3).

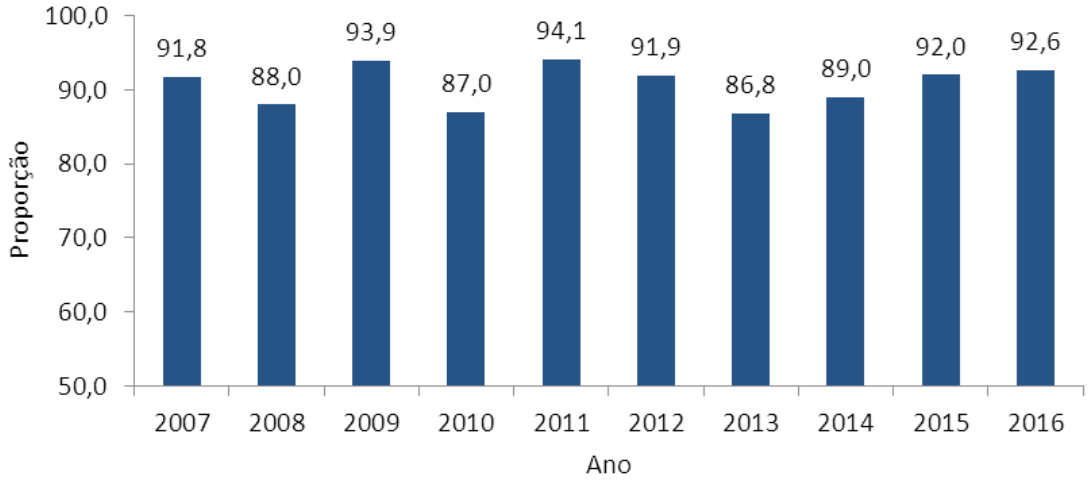
Figura 3 - Coeficiente de detecção de hanseníase por 100.000 habitantes na população geral e em menores de 15 anos. Santa Catarina, 2001 a 2016.



Fonte: SANTA CATARINA (2017)

O monitoramento do indicador de cura é essencial para avaliação da efetividade dos serviços em assegurar a adesão ao tratamento até a alta por cura. Pacientes diagnosticados e não curados no tempo adequado aumentam a prevalência e demonstram que os serviços de saúde não estão seguindo adequadamente o protocolo terapêutico do tratamento padronizado com a poliquimioterapia. O percentual de pacientes curados nas coortes anuais de hanseníase no estado de Santa Catarina é considerado bom, segundo os parâmetros do indicador, em 2016 92,6% dos pacientes tiveram alta por cura (Figura 4).

Figura 4 - Proporção de cura dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes. Santa Catarina, 2007 a 2016.



Fonte: SANTA CATARINA (2017)

SAIBA MAIS

No endereço eletrônico abaixo você encontra o instrutivo para o cálculo das coortes de cura da hanseníase. **http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/notas_tecnicas/Nota_tecnica_N_03-2012-Calculo_taxa_de_cura.pdf**

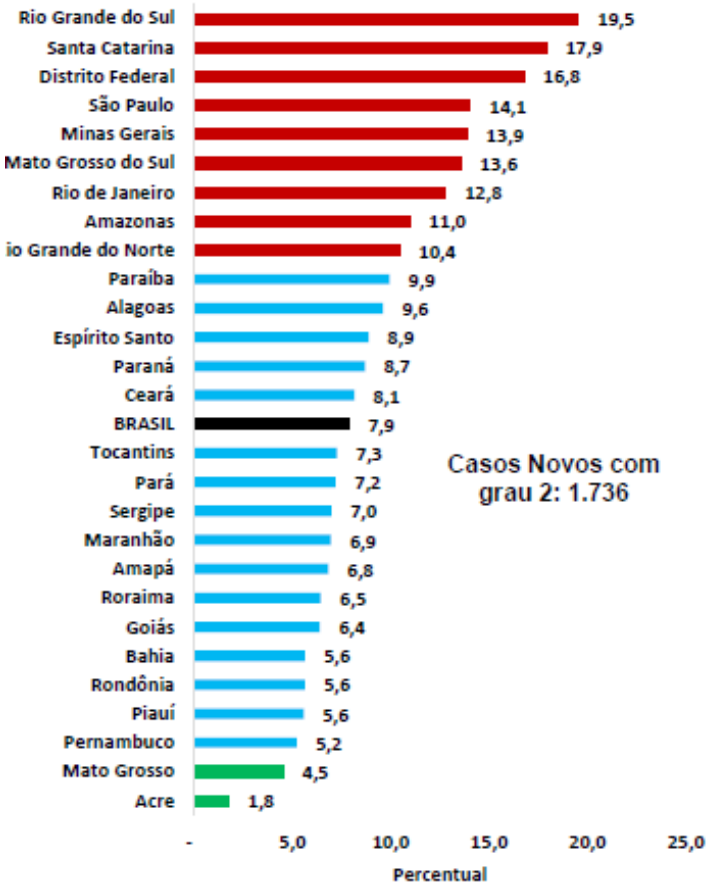
INCAPACIDADE FÍSICA NA HANSENÍASE

Independente das situações epidemiológicas, variando de hiper a baixa endemia, as incapacidades físicas são um risco para os pacientes e desafios para as equipes de saúde, uma vez que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno dos casos são a forma mais eficaz de prevenir as incapacidades na hanseníase (ALVES et al, 2014).

> A OMS adotou o Indicador Grau de Incapacidade Física (GIF) como o principal indicador de monitoramento da endemia, em substituição à meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (ALVES et al, 2014).

O percentual de casos com grau 2 de incapacidade física é elevado em Santa Catarina. Em 2016, 17,9% dos pacientes apresentaram grau 2 de incapacidade no diagnóstico, parâmetro considerado alto pelo MS, colocando o estado em 2º lugar no ranking nacional (Figura 5).

Figura 5 - Proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico. Estados e Brasil, 2016.

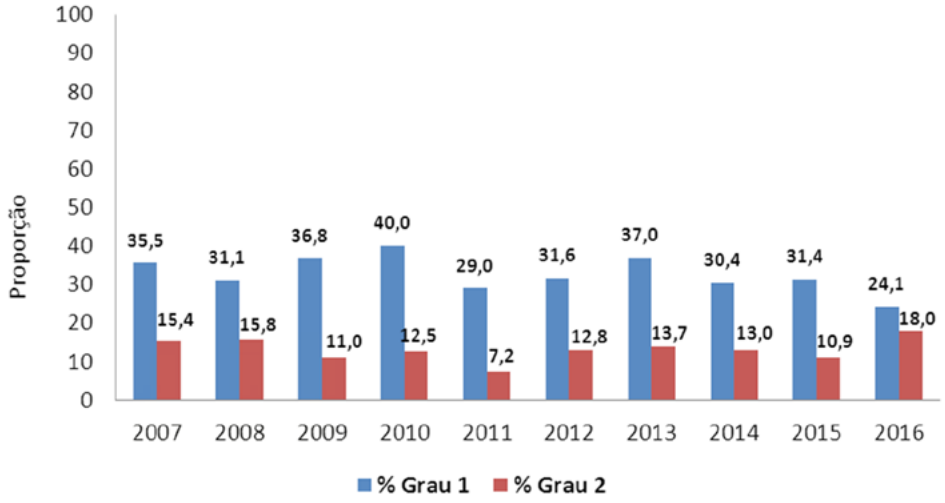


Fonte: BRASIL (2017)

Nos últimos dez anos a proporção de casos novos de hanseníase diagnosticados com grau de incapacidade física 1 e 2 no estado, obteve um resultado alto para o indicador. Em 2016 a soma do grau 1 e 2 corresponde a 42% dos pacientes com incapacidades no momento do diagnóstico (Figura 6).

> Ao analisar a série histórica do gráfico exposto, os dados revelam subnotificação existente, pois as incapacidades decorrem do diagnóstico tardio, além de um acúmulo de pessoas que necessitam do Sistema de Saúde para tratamento e reabilitação das incapacidades, gerando despesas permanentes para o estado.

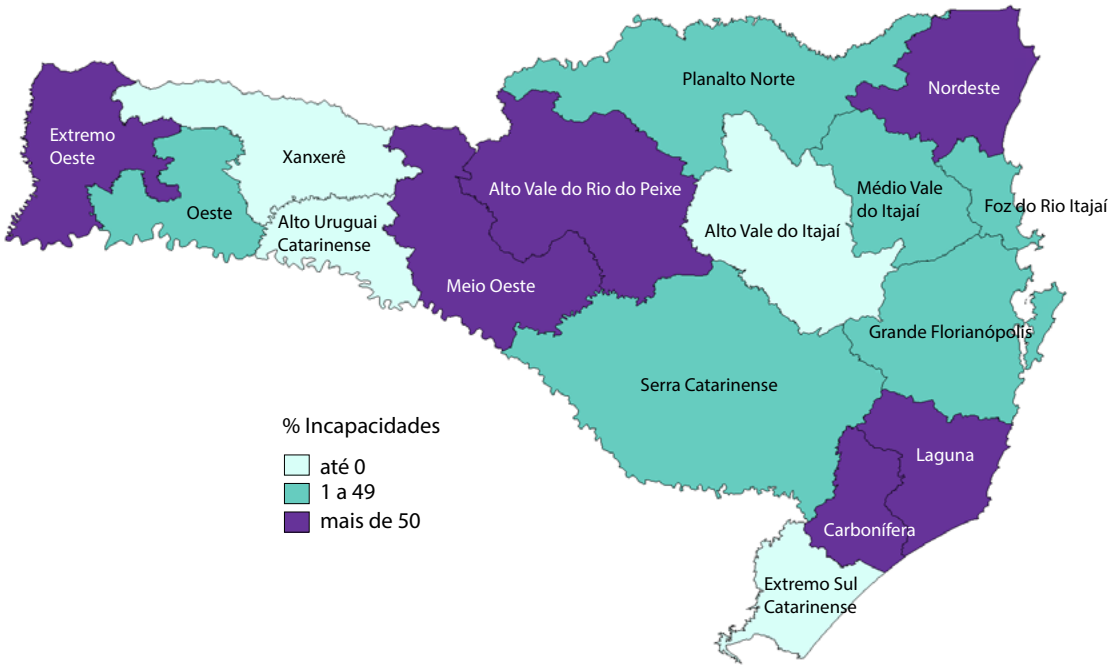
Figura 6 - Proporção de Grau de Incapacidade Física 1 e 2 entre os casos novos de hanseníase avaliados no diagnóstico. Santa Catarina, 2007 a 2016.



Fonte: SANTA CATARINA (2017)

O Programa Estadual de Hanseníase de Santa Catarina, em 2016 as Regiões de Saúde do estado que apresentaram elevada proporção de incapacidade física no diagnóstico, com mais de 50%, foram as Regiões do Meio Oeste, Extremo Oeste, Alto Vale do Rio do Peixe, Nordeste, Laguna e Carbonífera. Este indicador mede a qualidade do atendimento dos serviços de saúde, pode sugerir falha na avaliação e na prevenção de incapacidades físicas seja no diagnóstico ou durante o tratamento (Figura 7) (SANTA CATARINA, 2016).

Figura 7 - Proporção de casos novos de Hanseníase diagnosticados com incapacidade física (grau 1 e grau 2) nas 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2016.



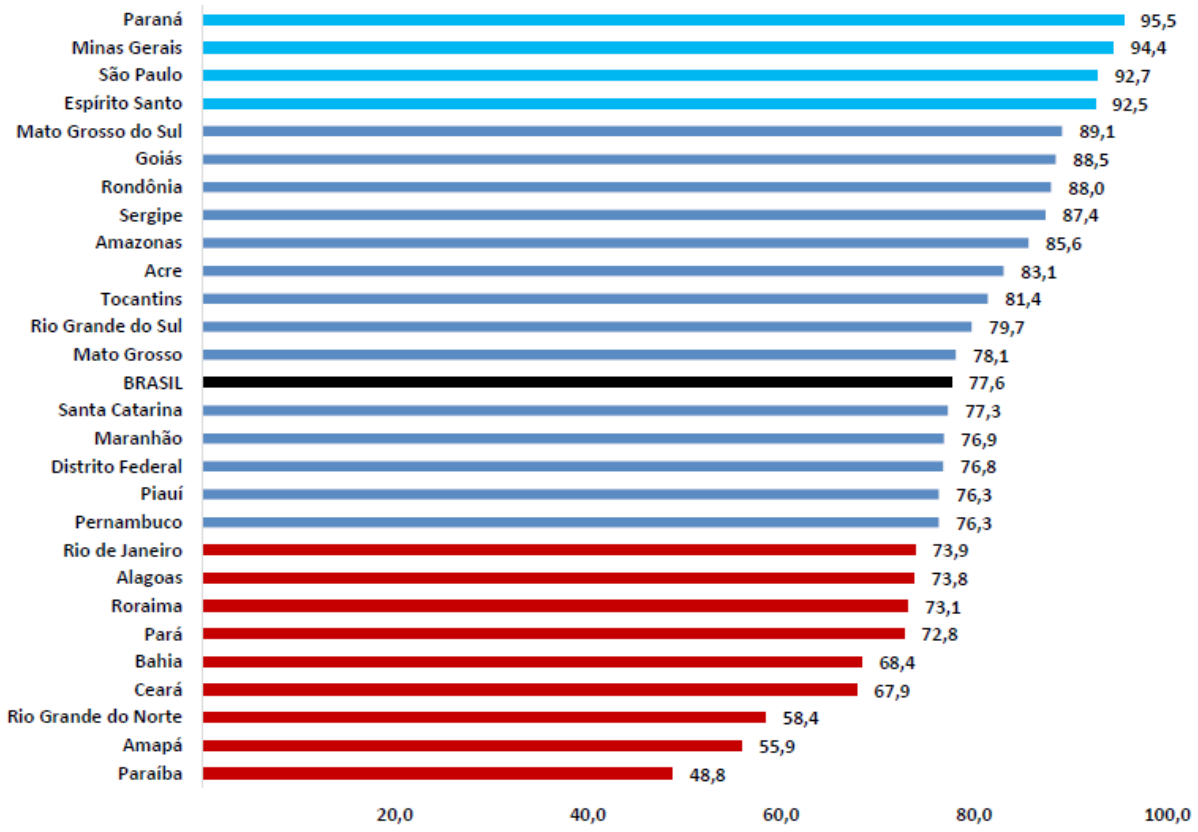
Fonte: SANTA CATARINA (2016)

EXAME DE CONTATOS

A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram de forma prolongada com o caso novo diagnosticado, mede capacidade dos serviços em realizar a vigilância, aumentando a detecção oportuna e contribui para a redução na cadeia de transmissão.

Em 2016, o resultado deste indicador no país (77,6%) e no estado (77,3%) foi considerado regular. Portanto, é fundamental orientar as equipes de saúde quanto à importância de intensificar a busca ativa e o exame de todos os contatos dos casos de hanseníase (Figura 8).

Figura 8 - Percentual de contatos examinados entre os registrados dos casos novos de hanseníase, nos anos das coortes. Estados, Brasil, 2016.



Fonte: BRASIL (2017)

Considera-se "contato domiciliar" toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase. "Contato social" é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. O Ministério da Saúde sugere avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2016b).

> O alcance da meta no resultado do indicador Exame de Contatos (> ou = 80% de contatos examinados) implica na transferência de recursos do Ministério Saúde para os municípios. Plano de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS).

SAIBA MAIS

Para verificar a situação da hanseníase no seu município, consulte o site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), clicando em "situação de saúde", e depois em "indicadores de morbidade" e "hanseníase": **http://sage.saude.gov.br/**

Consulte também sobre a Hanseníase no Portal da Saúde: **http://portalms.saude.gov.br/**

CONCLUSÃO

Nesta Unidade você conheceu um pouco mais sobre o contexto da hanseníase no Brasil e no Estado de Santa Catarina através dos indicadores epidemiológicos do Programa e pôde refletir o quanto os resultados de alguns indicadores estão fortemente relacionados com a elevada proporção de incapacidade física e o diagnóstico tardio no estado.

Seguiremos os estudos da Unidade de Aprendizagem 2, onde aprenderemos mais sobre o diagnóstico e tratamento da Hanseníase.

Referências Bibliográficas

ALVES, Elioenai Dornelles; FERREIRA, Isaias Nery; FERREIRA, Telma Leonel (Org.). Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: Nesprom, 2014. 494 p. (Coleção PROEXT). Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3250858/mod_resource/content/1/hanseniaseavancoes.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 60 p. 60 f. (Recurso eletrônico). Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_._eliminacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016: Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiretrizesdoManuaTcnicoOperacionaldeHansenase.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 49, n. 4, p.1-10, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/19/2018-004-Hanseniase-publicacao.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Incapacidades físicas em pacientes diagnosticados de hanseníase - 2016. Barriga Verde: Informativo epidemiológico, Florianópolis, Ano XV, p.1-6, jan. 2018. Edição Especial. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/boletim2017/informativohanseniase/InformativoHanseniase2017.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

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. 09 jun. 2017. Disponível em: http://200.19.223.105/cgi-bin/dh?sinan/def/hansen.def

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global leprosy update: accelerating reduction of disease burden. Weekly Epidemiological Record. Brasília, 1 set. 2017. p. 501-520. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258841/WER9235.pdf;jsessionid=5E89852A276F34520E5672E3D45EF46C?sequence=1>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. 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. 2017. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/hanseniase/hans_indicadores.htm>. Acesso em: 05 out. 2018

Unidade 2

Diagnóstico e tratamento da Hanseníase

Diagnóstico e tratamento da Hanseníase

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM:

Ao concluir esta unidade de aprendizagem você estará apto a relacionar os sintomas que levam os profissionais de saúde a suspeitar de hanseníase; classificar como paucibacilar (PB) e multibacilar (MB) e as formas clínicas (HI, HT, HD, HV), iniciar tratamento poliquimioterápico (PQT), bem como reconhecer a necessidade de encaminhamento para referência estadual (reações medicamentosas, reações hansênicas, dificuldades de classificação e/ou diagnóstico).

1. ASPECTOS CLÍNICOS, SINAIS E SINTOMAS, DIAGNÓSTICO, CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE

Quando devo pensar em Hanseníase?

Em 1997 o estado de Santa Catarina atingiu a meta da OMS de eliminar a Hanseníase como problema de Saúde Pública, ou seja, menos de 1 caso de hanseníase para cada 10.000 habitantes.

Mas com esta conquista, também surgiram desafios: estimular os profissionais de saúde a diagnosticar uma doença que não conhecem, evitar diagnóstico tardio para prevenção das sequelas que causem as incapacidades físicas e emocionais, reconhecer e tratar as reações hansênicas que podem surgir em diversas fases da doença e mesmo após final do tratamento PQT e alta por cura (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2017).

Especialmente no âmbito da Atenção Básica à Saúde, os profissionais de saúde devem estar atentos às seguintes queixas:

- Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo com sensação de amortecimento, formigamento ou falta de suor;
- Pele com diminuição de pelos;
- Queixas de queimaduras ou bolhas;
- Sensação de formigamento; (Parestesias)
- Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas,
- Inchaço de mãos e pés;
- Diminuição da força das mãos e pés "cansados" perde o chinelo ao caminhar;
- Úlceras de pernas e pés;
- Caroços no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos;
- Inchaço, edema e dor nas "juntas";
- Entupimento, sangramento, ferida e ressecamento do nariz.
- Respiração "pesada", ruidosa, sempre;



- Muitos destas queixas fazem parte do dia a dia dos consultórios médicos, você já tinha pensado que poderia ser hanseníase?

Como é transmitida a Hanseníase?

O causador da hanseníase é o *Mycobacterium leprae* que é um parasita intracelular bacilo álcool-ácido resistente. É a única espécie de microbactéria que infecta nervos periféricos, especificamente as células de Schwann.

É altamente infectante, mas tem patogenicidade baixa, ou seja, muitos são os infectados, mas menos de 10% adoecem (BRASIL, 2016; BRASIL, 2017). Já no espaço domiciliar, o risco chega a ser 14 vezes maior do que na população em geral, em contatos intradomiciliares de casos mutibacilares, e 2 vezes maior em contatos de casos paucibacilares (SOUZA, 2018). Por isso é tão importante o exame dos contatos (Figura 9).

Figura 9 - Modo de transmissão da hanseníase.



SAIBA MAIS

Acesse a aula do Ministério da Saúde para profissionais da atenção primária sobre Hanseníase em: **http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/capacitacoes/capacitacao-para-profissionais-da-atencao-primaria-em-saude.pdf**

Porque é tão difícil o diagnóstico?

A confirmação do diagnóstico é feita pelo médico por meio de exame clínico, baseado nos sinais e sintomas detectados na observação de toda a pele, olhos, palpação dos nervos, avaliação da sensibilidade superficial e da força muscular dos membros superiores e inferiores (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 149 de 3 de fevereiro de 2016, considera como caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT):

a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou
b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou
c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2016b).

NA PRÁTICA

Um paciente que há muitos anos vem procurando o posto de saúde com queixas de formigamento de mãos e pés, feridas nos pés, perde os chinelos sem perceber e inchaço dos pés. Presença de placa eritematosa na região do tórax e placa eritematosa na região do abdome. A agente de saúde relata que ele se queixa desses sintomas há mais de 4 anos e teve vários episódios de queimaduras no fogão e não sentiu, só percebeu depois. A técnica de enfermagem também relata que fez teste com agulha no braço do paciente e ele não sentiu, e sempre que vem no posto relata os mesmos sintomas, já fez consulta várias vezes na Unidade básica de Saúde.



- O que vocês fariam neste caso? Como definir se o caso acima é de fato um caso de hanseníase?

Não existem exames como teste rápido e sorologia para hanseníase. Mesmo exames como o anatomopatológico e o eletroneuromiografia, nem sempre sugerem diagnóstico de hanseníase, servem mais para afastar outras patologias. A baciloscopia de raspado intradermico só é positiva nas formas multibacilares da hanseníase e quando bem realizada (BRASIL, 2010a).

O médico deve realizar o exame clínico dermatoneurológico do paciente. Se houver alteração da sensibilidade nas lesões de pele, está confirmado o diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2017).

Uma vez definido que é hanseníase, devemos fazer a classificação operacional para definir o tratamento. A classificação operacional para fins de tratamento poliquimioterapico (PQT) proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), baseia-se no número de lesões cutâneas e baciloscopia de esfregaço intradérmico (OMS, 2000):

- Paucibacilar(PB): apresentam até 5 lesões de pele e baciloscopia negativa;
- Multibacilar(MB): mais de 5 lesões de pele e (ou) baciloscopia positiva.

Atenção! O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico da doença.

Quadro 1. Esquema para classificação das formas clínicas da hanseníase

Clínica	Bacterioscopia	Formas Clínicas
Áreas de hipoestesia e/ou parestesia, manchas hipocrônicas e/ou eritematohiprocrômicas, Com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos.	Negativa	Paucibacilar Indeterminada(I)
Placas eritematosas de limites externos nítidos e/ou marginadas com micro tubérculos, com ou sem descamação. Anestesia das lesões.	Negativa	Paucibacilar Tuberculóide (T)
Eritemas e infiltração difusa, placas eritematosas-Infiltradas, de bordas difusas, tubérculos e nódulos, madarose (queda de cílios e supercílios), lesões das mucosas. Hipoestesia ou anestesia.	Positiva. Bacilos Abundantes e Globais.	Multibacilar Virchowiana(V)
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematosas infiltradas com centro deprimido). Lesões eritemato-pigmentares (de tonalidade ferrugínea ou pardacenta). Hipoestesia ou anestesia.	Positiva. Bacilos isolados e/ou globais	Multibacilar Dimorfa (D)

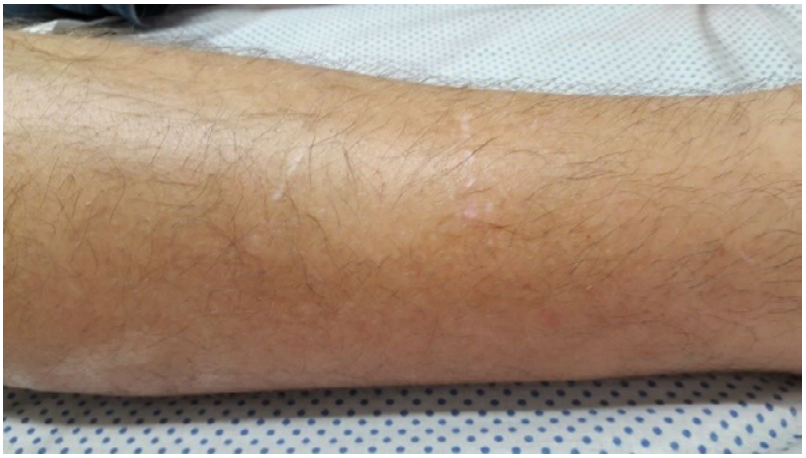
Fonte: BRASIL (2016a)

Manifestações clínicas

As manifestações clínicas da doença estão diretamente relacionadas ao tipo de resposta imunológica do paciente ao *M. leprae*:

• **Forma Indeterminada (HI):** Manifestação inicial da doença caracterizada por manchas hipocrônicas, únicas ou múltiplas, com alteração da sensibilidade (hipoestesia ou hiperestesia), às vezes apenas da sensibilidade térmica com preservação da dolorosa e tátil, sem evidência de lesão motora. **A Hanseníase indeterminada também pode se apresentar por alteração de sensibilidade sem lesão cutânea, nestes casos sugerimos encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica.** Essa forma pode sofrer cura espontânea nos pacientes com resistência imunológica especifica. (Figuras 10 e 11).

Figura 10 - Forma indeterminada da hanseníase. Antebraço D, Hipocrômia com rarefação de pelos.



Fonte: Acervo de foto da autora.

Figura 11 - Mácula Hipocrômica, com limites imprecisos na face e com alteração de sensibilidade.



Fonte: OPROMOLLA; URA (2002)

A partir da forma indeterminada a hanseníase pode evoluir para as demais formas clínicas:

• **Forma Tuberculóide (HT):** paciente com resistência imunológica específica. Quando adoece, apresenta lesões em placa, bordas bem delimitadas, com queda de pelos e alteração de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Poucas lesões (máximo 5 lesões), geralmente um nervo acometido. Baciloscopia de raspado intradermico sempre negativa.

Figura 12 - Placas anulares bem delimitadas com nervo auricular espeçado



Fonte: OPROMOLLA; URA (2002)

• **Forma Dimorfa (HD):** Lesões eritematosas, ferruginosas, infiltradas, edematosas, com contornos internos bem definidos e externos mau definidos (lesão pré foveolares e foveolares), centro deprimido, hipocrômico ou pele normal, hipo ou anestésicas. Pode parecer com hanseníase tuberculóide, mas são disseminadas, ou aproximam-se do polo wirchowiano com presença de nódulos, infiltrações, menos anestesia e simetria das áreas comprometidas. Comprometimento neurológico frequente e episódios reacionais, com alto potencial incapacitante.

Figura 13 - Forma dimorfa da hanseníase. Manchas de pele forma dimorfa (HD).



Fonte: Acervo fotos da 7ª Regional de Saúde – Joaçaba – SC

Figura 14 - Placa de forma Dimorfa da hanseníase.



Fonte: Acervo fotos da 7ª Regional de Saúde – Joaçaba – SC

• **Forma Wirchowiana (HV):** disseminações de lesões na pele que variam desde infiltração com rarefação de pelos, pápulas, tubérculos, nódulos e placas chamadas de hansenomas. Pode haver infiltração difusa de face e pavilhões auriculares com perda de cílios e supercílios. Obstrução nasal e rinite podem estar presentes, mesmos com poucas lesões na pele e nervos (pouca anestesias). Esta forma constitui doença sistêmica com presença de bacilos em mucosas e órgãos internos.

Figura 15 - Hansenomas. Forma Virchowiana (HV).



Fonte: Acervo fotos da 7ª Regional de Saúde – Joaçaba – SC

Figura 16 - Lesões no tronco. Forma Virchowiana .



Fonte: Acervo fotos da 7ª Regional de Saúde – Joaçaba – SC

Figura 17 - Lesões traumáticas pela diminuição da sensibilidade protetora. Forma Virchowiana (HV) da hanseníase.



Fonte: Acervo fotos da 7ª Regional de Saúde – Joaçaba – SC

Se não tratadas, as formas multibacilares constituem as fontes de disseminação da hanseníase.

SAIBA MAIS

Leia mais sobre os tipos de manifestações clínicas da hanseníase lendo o "Guia de Vigilância em Saúde" a partir da página 327. **http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6385405/4170293/GUIADEVS2016.pdf**

2. TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO (PQT)

Para diminuir a resistência ao medicamento que a monoterapia pode causar, a OMS, em 1981, introduziu a quimioterapia combinada com três drogas, conhecida como poliquimioterapia (PQT/OMS), que consiste no uso das três drogas consideradas as melhores, a saber: DDS + CFZ + RMP (WHO 1995).

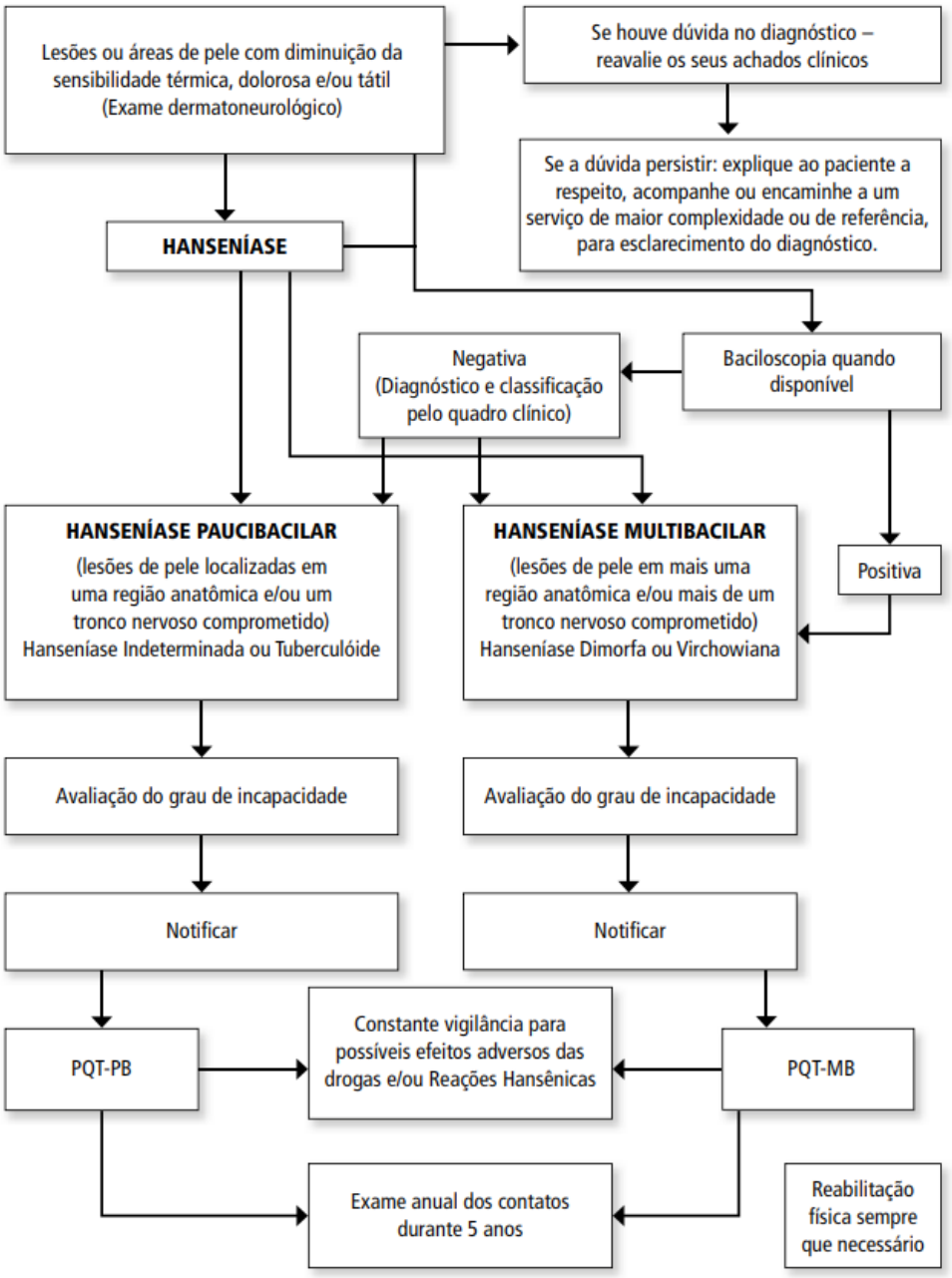
Dose	Medicamentos	MULTIBACILAR 12 cartelas		PAUCIBACILAR 6 cartelas	
		INFANTIL	ADULTO	INFANTIL	ADULTO
SUPERVISIONADA MENSAL	Rifampicina	2 a 3 cap (300-450 mg) ou 10-20 mg/kg	600mg (2 cápsulas de 300mg)	2 a 3 cap (300-450 mg) ou 10-20 mg/kg	600mg (2 cápsulas de 300mg)
	Dapsona	1 a 2 cp (50-100 mg) ou 1,5-2 mg/kg	100mg (1 cápsula)	1 a 2 cp (50-100 mg) ou 1,5-2 mg/kg	100mg (1 cápsula)
	Clofazimina	3 a 4 cp (150-200 mg) ou 5 mg/kg	300mg (3 cápsulas de 100mg)		
AUTOADMINISTRADAS DIÁRIAS	Dapsona	1 a 2 cp (50-100 mg) ou 1,5-2 mg/kg/dia	100mg (1 cápsula)	1 a 2 cp (50-100 mg) ou 1,5-2 mg/kg/dia	100mg (1 cápsula)
	Clofazimina	1 cp (50 mg) ou 1-1,5 mg/kg/dias alternados	50 mg (1 cápsula)		
Obs: Pacientes com peso entre 30 a 50Kg fazer usos da cartela infantil. Pacientes com menos de 30Kg deve fazer adequação de dosagem pelo peso corporal. Consulte o Esquema terapêutico para crianças menores de 30 kg descrito nas Diretrizes do MS.					

Fonte: adaptado de Trindade (2016); BRASIL (2017a)

Está em discussão um tratamento único em seis doses (esquema MDT-U) que pode ser implantado no Brasil brevemente.

O fluxograma abaixo resume os passos para o diagnóstico, classificação e tratamento da hanseníase. É muito importante que este material esteja sempre disponível para consulta em caso de suspeita de caso de hanseníase:

Figura 18 - Fluxograma do diagnóstico, classificação e tratamento da hanseníase



Fonte: BRASIL (2017)

Agora, vamos analisar algumas situações práticas e como proceder em situações comuns relacionadas ao diagnóstico e tratamento da hanseníase na ABS:

Caso 1: Quando a enfermeira foi ministrar a 3ª dose supervisionada, percebeu que a paciente refere queixas de fraqueza, cansaço e indisposição. O que deve ser feito?

Estas queixas podem estar relacionadas com os medicamentos (Ex.:Dapsona). Todo paciente com esse tipo de queixas deve ser encaminhado a consulta médica. Se o paciente apresentar reações adversas aos medicamentos, deve ser encaminhado ao serviço de referência. Se os sintomas forem graves deve ser encaminhado ao pronto atendimento geral ou até a hospitalização em hospital geral até o encaminhamento (BRASIL, 2016c).

Caso 2: Paciente de 65 anos, masculino, tratou Hanseníase há 2 anos. Surgiu nova lesão bolhosa em membro inferior esquerdo (MIE), com ulceração, amortecimento e edema nos dois pés. O paciente acha que a doença está voltando. O que deve ser feito neste caso?

Mesmo após o paciente receber alta da hanseníase é necessário continuar avaliando a pele e nervos periféricos para evitar as lesões causadas pela diminuição de sensibilidade protetora. As parestesias (amortecimento, formigamento) podem estar relacionadas com neurites silenciosas que necessitam ser tratadas para evitar piora das sequelas. O paciente necessita ser tranquilizado sobre seus sintomas e as causas serem investigadas.

SAIBA MAIS

Veja como fazer o manejo das reações acessando o "Guia Prático de Hanseníase".
http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf

O diagnóstico diferencial entre reações e recidivas é muito importante, veja no Quadro 2 as principais diferenças:

Quadro 2 - Diferenças clínicas entre REAÇÃO e RECIDIVA na hanseníase.

CARACTERÍSTICAS	REAÇÃO	RECIDIVA
Período de ocorrência	Frequente durante a PQT e/ou menos frequente no período de dois a três anos após término do tratamento	Em geral, período superior a cinco anos após término da PQT
Surgimento	Súbito e inesperado	Lento e insidioso
Lesões antigas	Algumas ou todas podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas	Geralmente imperceptíveis
Lesões recentes	Em geral, múltiplas	Poucas
Ulceração	Pode ocorrer	Raramente ocorre
Regressão	Presença de descamação	Ausência de descamação
Comprometimento neural	Muitos nervos podem ser rapidamente envolvidos ocorrendo dor e alterações sensitivo-motoras	Poucos nervosos pode ser envolvidos com alterações sesitivo-motoras de evolução mais lenta
Resposta e medicamentos antirreacionais	Excelente	Não pronunciada

Fonte: BRASIL (2006c).

SAIBA MAIS

Sobre as reações adversas e a recidiva da hanseníase, acesse as "Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública" nas páginas 37 a 41: **http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf**

Caso 3 (Teleconsultoria): Paciente do sexo feminino cujo o esposo tratou hanseníase e teve alta cura há um ano e meio, apresenta manchas na coxa direita anterior e dorso do pé direito. Foram coletados material para baciloscopia que deu resultado negativo. No exame dermatoneurológico a profissional referiu dúvida no teste de sensibilidade. Segundo a paciente as lesões apareceram faz uns 05 meses. Qual seria sua conduta neste caso?

Neste caso, temos dois pontos importantes a serem observados:

1) A investigação de contatos é fundamental para descoberta de casos novos entre as pessoas que convivem com o paciente diagnosticado e também ajuda a descobrir as possíveis fontes de infecção. É muito importante para evitar reinfecção, já que o tratamento não produz imunidade A investigação dos contatos consiste em avaliar bem a pele e palpar os nervos que são acometidos pela hanseníase. Testar alterações de fibras finas (térmicas, dolorosas e autonômicas). Testar a sensibilidade nas lesões de pele e nos pontos definidos (olhos, mãos e pés). A baciloscopia não ajuda nada neste caso.

2) O exame dermato neurológico simplificado necessita ser feito com o paciente confortável, esclarecido sobre a importância das respostas corretas e repetido em outra ocasião se o profissional sentir duvidas nas respostas. Como todo o exame exige treinamento do profissional, sugiro sempre treinar sensibilidade em muitos pacientes até sentir segurança no exame. Quanto mais treinarmos a palpação e visualização dos nervos mais acometidos pela hanseníase, mais segurança teremos na realização do exame.

SAIBA MAIS

Acesse o "Guia prático sobre a hanseníase" e veja como realizar a investigação de contatos lendo as páginas 55 e 56: **http://www.dive.sc.gov.br/hanseniase/publicacoes/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf**

Caso 4: Paciente de 45 anos, do sexo masculino, retorna após cinco meses do final do tratamento (alta cura) com "lesões eritemato-nodosas" doloridas e febre. Realizada biópsia (por punch) de lesões de pele (perna e braço) com laudo de: quadro histopatológico compatível com hanseníase, padrão wirchowiana. Prescrito, então, novo ciclo de tratamento PQT. O que acham da conduta?

A hanseníase pode apresentar períodos de alterações imunes, o que chamamos de estados reacionais. Este caso é eritema nodoso hansênico: lesões nodulares, endurecidas e dolorosas nas pernas, braços e face, acompanhadas de febre, mal estar, queda do estado geral e inflamação de órgãos internos. Isso pode acontecer mesmo com pacientes que concluíram o tratamento e considerados curados. O tratamento PQT não trata o eritema nodoso, e a biopsia neste caso não seria necessária. Casos de reação ou suspeita de recidiva devem ser encaminhados aos serviços de referência para receberem atenção adequada. O tratamento necessário é o eritema nodoso (reação tipo II).

Em quais situações o profissional da ABS deve encaminhar os casos de hanseníase?

Os pacientes com hanseníase podem ser encaminhados para os serviços de referência nas seguintes situações (BRASIL, 2017):

- Intercorrências clínicas;
- Reações adversas ao tratamento;
- Reações hansênicas;
- Recidivas;
- Necessidade de reabilitação cirúrgica;
- Dúvidas no diagnóstico e na conduta.

Cada estado brasileiro tem uma rede de serviços de referência para cuidado dos pacientes com hanseníase. Você deve verificar junto ao setor de Vigilância em Saúde quais são estes serviços e quais os procedimentos para encaminhamento do paciente.

No caso do estado de Santa Catarina, além dos serviços de referência regionais e municipais, os serviços estaduais de referência são:

- Hospital Santa Tereza, no município de São Pedro de Alcântara;
- Serviço de hanseníase no Hospital Universitário (HU) no município de Florianópolis.

SAIBA MAIS

Para realizar o encaminhamento, é necessário preencher o Formulário de Encaminhamento de Casos de Hanseníase", disponível em: **http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Formul%C3%A1riodencaminhamentocasoHansen%C3%ADase.pdf**

Apoio para o diagnóstico e abordagem da hanseníase na ABS

Em Santa Catarina, os profissionais da ABS contam ainda com o apoio do Núcleo Telessaúde SC para o diagnóstico e para abordagem da hanseníase.

O serviço de Telediagnóstico, na modalidade Teledermatologia, auxilia os médicos da ABS para o diagnóstico da hanseníase. Já o serviço de Teleconsultoria apoia na decisão sobre a necessidade de encaminhamento e no tratamento adequado da reação hansênica.

SAIBA MAIS

- Acesse as orientações para solicitação de telediagnóstico: **https://drive.google.com/file/d/1mCFwXFEiAXlGQOZx5Rv73KSw-MoGvf-q/view**

- Acesse o Manual de acesso ao serviço de Teleconsultoria: **https://drive.google.com/file/d/1wmQf4vBBM2sHClB72uq-OEMAI_CEmlCG/view**

Para mais informações, acesse também o portal do Telessaúde SC. **https://telessaude.ufsc.br/**

CONCLUSÃO

Nesta unidade conversamos sobre os sintomas da hanseníase; as formar de classificação como paucibacilar (PB), multibacilar (MB) e as formas clínicas (HI, HT, HD, HV). Também aprendemos sobre como iniciar tratamento poliquimioterápico (PQT) e sobre como reconhecer a necessidade de encaminhamento de pacientes.

Esperamos que você tenha conhecido a magnitude do tratamento da Hanseníase, que transcende o tratamento PQT (morte bacilar) e que visa também prevenir sequelas ou a piora das sequelas já existentes. Isso torna necessário o envolvimento de todos profissionais das equipes da ABS.

Na próxima unidade, vamos discutir especificamente sobre a prevenção das incapacidades (PI) na hanseníase para orientar o desenvolvimento de ações básicas em prevenção de incapacidade física.

Referências Bibliográficas

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia para eliminação da hanseníase como problema de saúde. Genebra: Leprosy Elimination Group World Health Organisation, 2000. 21p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brazil_guide.pdf>. Acesso em: 05 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase, n. 2). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_ulcera_hanseniase.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.. Baciloscopia em Hanseníase: Guia de procedimentos técnicos. Brasília:: Ministério da Saúde, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hanseniase.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase: Capacitação para profissionais da atenção primária em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 375p. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/capacitacoes/capacitacao-para-profissionais-da-atencao-primaria-em-saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. 60 p. 60 f. (Recurso eletrônico). Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_._eliminacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016: Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. 2016a. Brasília: Ministério da Saúde, Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/DiretrizesdoManuaTcnicoOperacionaldeHansenase.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 773 p. (Recurso Eletrônico). Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>. Acesso em: 06 out. 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico]. Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 68 p. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/hanseniase/publicacoes/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf>. Acesso em: 05 out. 2018

OPROMOLLA, D. V. A.; URA, Somei. Atlas de Hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2002. Disponível em: http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_atlas/PDF/parte_1.pdf

SOUZA, Eliana Amorim de Souza; BOIGNY, Reagan Nzundu; FERREIRA, Anderson Fuentes et al. Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no Estado da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n.1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n1/1678-4464-csp-34-01-e00196216.pdf>. Acesso em: 05 out. 2010.

TRINDADE, Maria Angela Bianconcini. Tratamento da Hanseníase [versão para impressão]. SE/UNA-SUS, 2016. Recurso educacional do curso Hanseníase na Atenção Básica, da Universidade Aberta do SUS. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3061

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).

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.



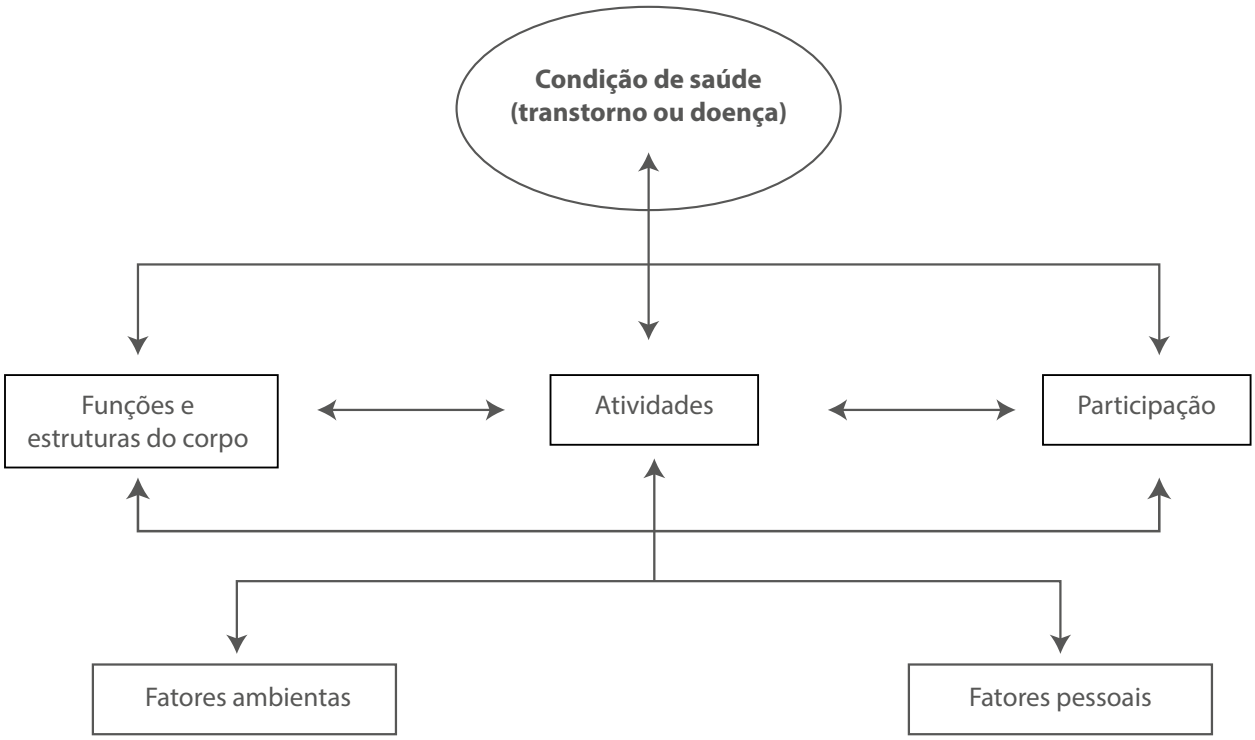
- O indivíduo é capaz de entender a doença? A família oferece apoio a esse indivíduo? O que podemos fazer para que ele compreenda sua condição e tenha melhor adesão ao tratamento? Ele sabe que o tratamento não é só medicamentoso?

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.

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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf**



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.

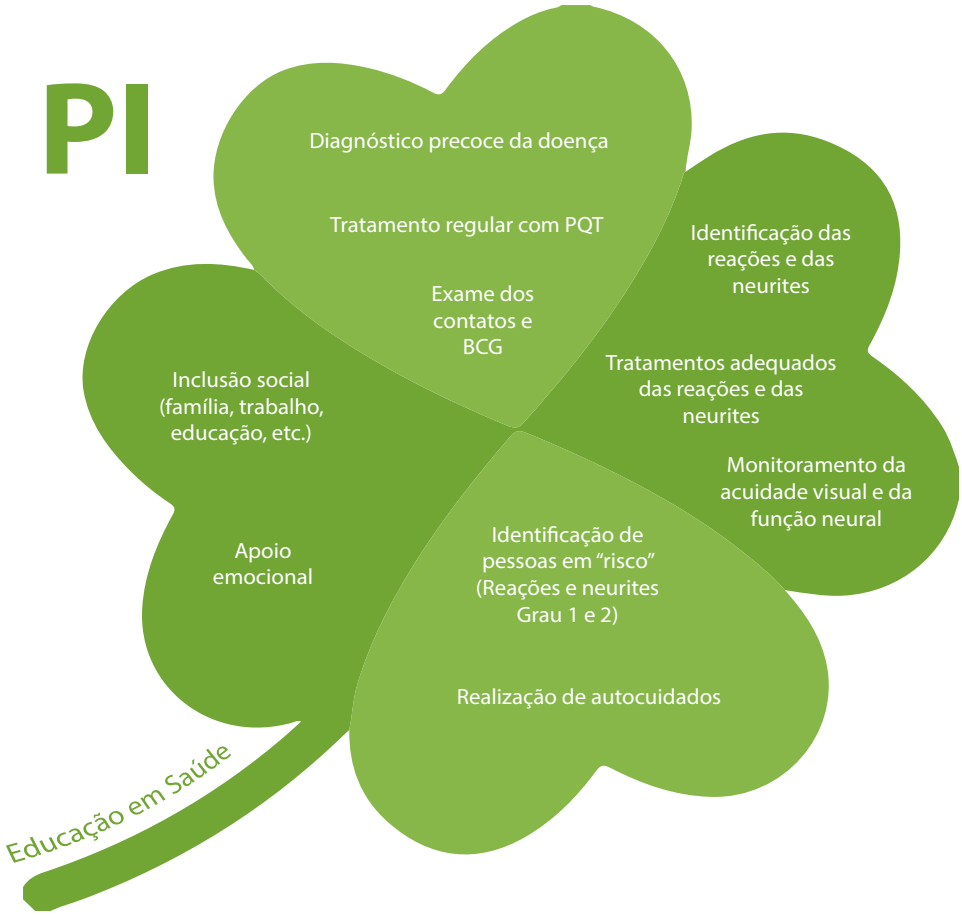
Para se considerar a **reabilitação**, provavelmente já se identificou alguma parte do corpo comprometida (não necessariamente física) e que se deseja o retorno de sua função normal, ao menos o mais próximo possível da normalidade, baseadas nos conceitos e domínios da CIF.

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.

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 consequentemente 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.

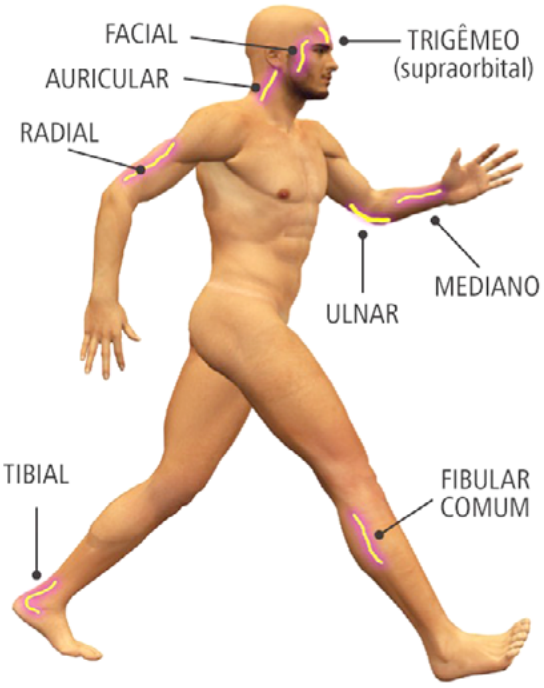
Quadro 21 - Sinais, sintomas e queixas comuns na neuropatia da hanseníase

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).

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).

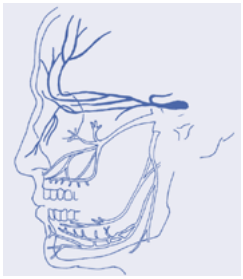
Triquíase são os cílios voltados para dentro, roçando o globo ocular (BRASIL, 2008a).
Madarose ciliar é a perda dos cílios (BRASIL, 2008a).

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 trigêmio, 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.

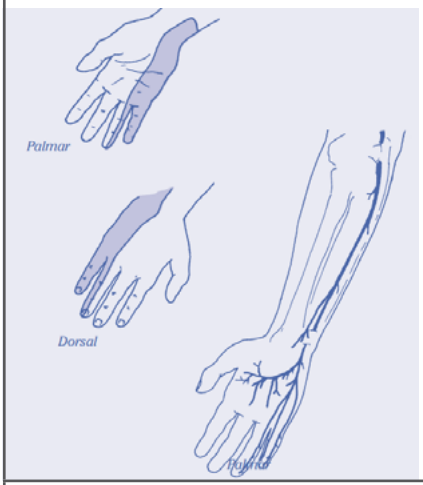
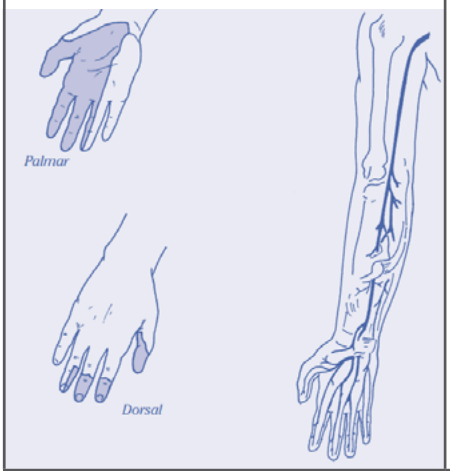
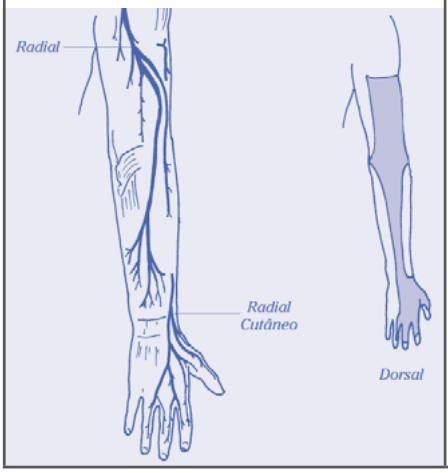
Quadro 3 - Nervos da região da face.

Nervo	Função	Acometimento	Queixa
N. Facil (VII) 	Inerva os músculos orbiculares responsáveis pelo fechamento palpebral. Fibras Motoras e sensitivas.	Lagoftalmo (incapacidade de abrir os olhos).	Fenda no olho durante o sono (outras pessoas relatam para o indivíduo), vermelhidão, coceira, ardor, "sensação de areia".
N. Trigêmio (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).

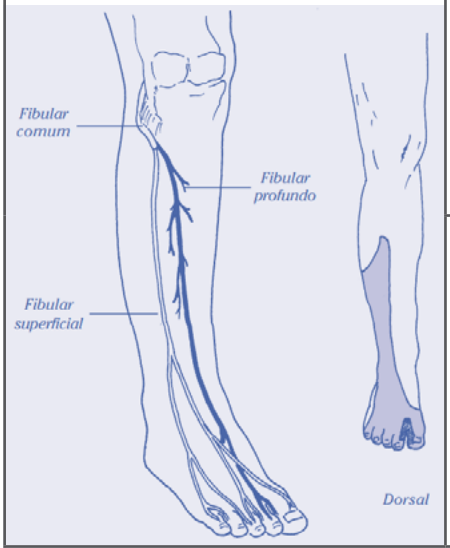
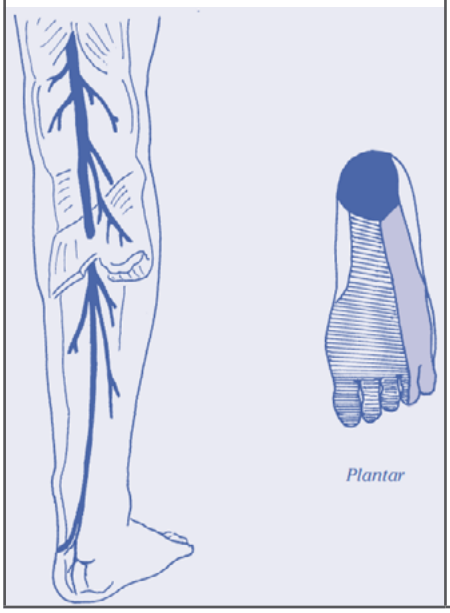
As incapacidades e deformidades relacionadas às mãos são provenientes de acometimentos nos nervos ulnar, mediano e radial; nos pés, são referentes aos nervos fibular comum e tibial, como mostrado no quadro abaixo.

Quadro 4 - Nervos da região específica dos membros superiores

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

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

Quadro 4 - Nervos da região específica dos membros inferiores

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

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

2.2. Acometimentos mais comuns da hanseníase relacionados aos nervos

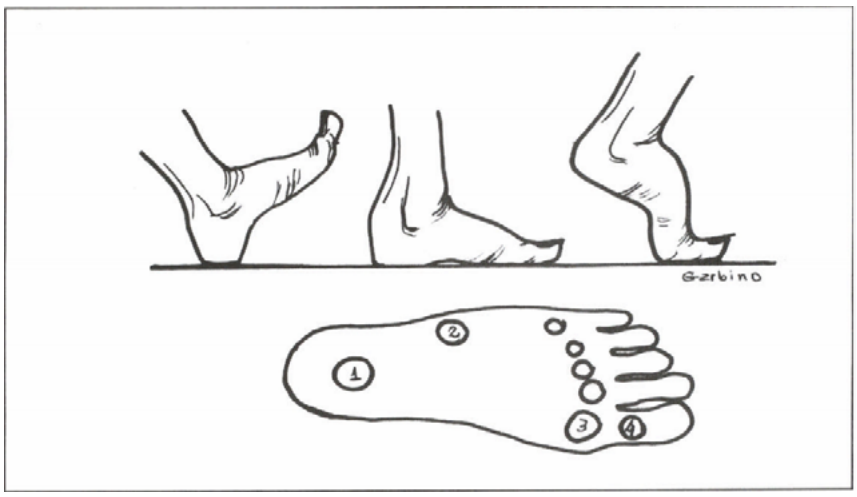
Assim como em outras doenças incapacitantes (ex: AVE, Doença de Parkinson, Cardiopatia Grave), a hanseníase interfere nas questões emocionais, sociais e produtivas do indivíduo. A mão tem uma função primordial para o ser humano, pois exerce a preensão grossa (envolve objetos na palma da mão com todos 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).

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 metacarpofalangena e flexão de interfalageana 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 interfalageanas 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 déficts 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).

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.

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: PARANÁ (2018)



Fonte: Acervo de fotos do serviço de fisioterapia HST.

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.



O repouso só é indicado em caso de neurite, excluindo esse fator, o estimulo 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).

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 pregueamento 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

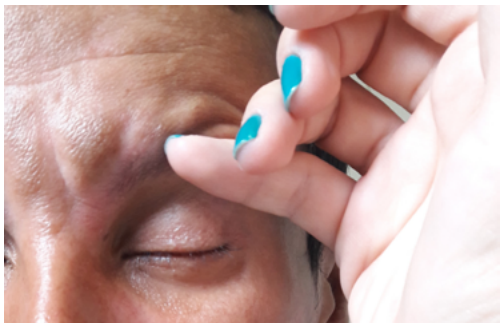


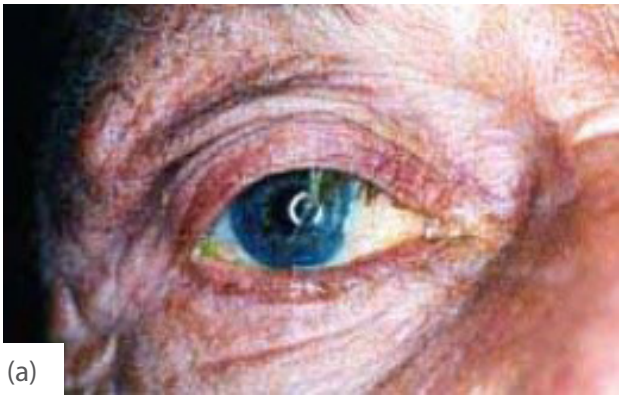
Figura 27 - Avaliação de força muscular orbicular.



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

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)



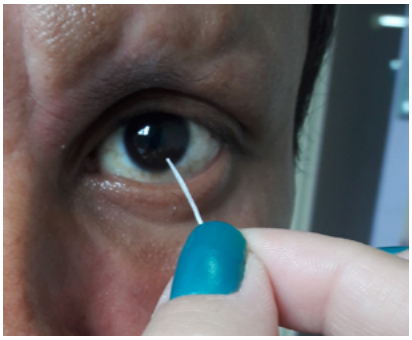
(a)



(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).

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:

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 90º a 120º, 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.	

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.

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.	

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

> 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,

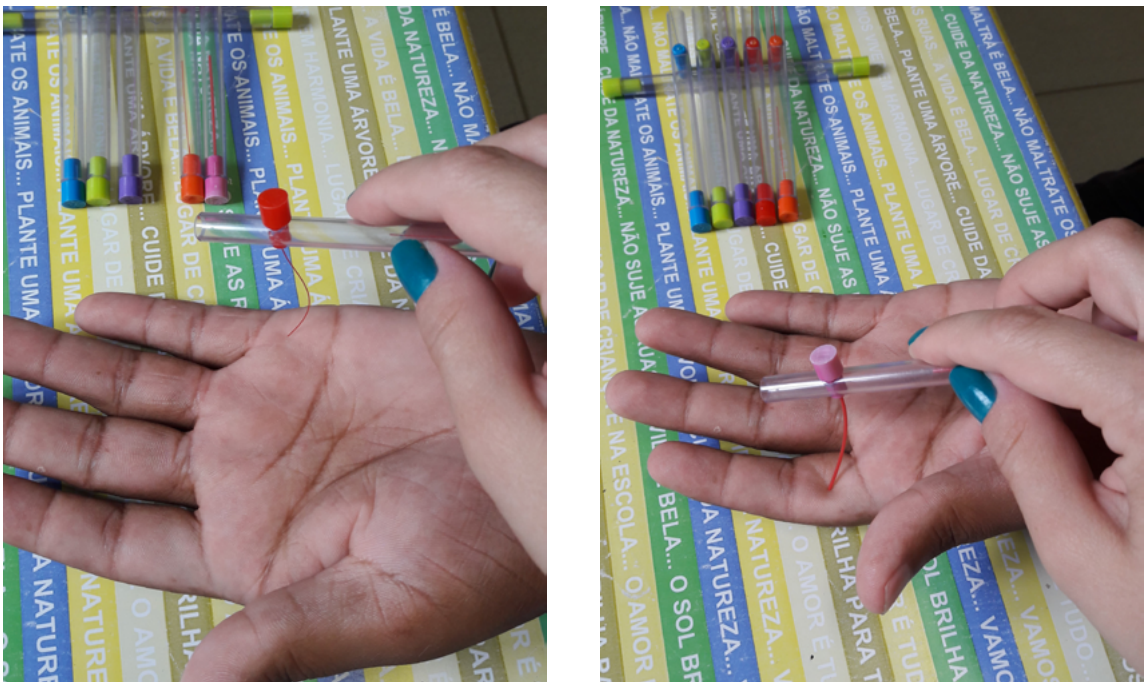
• O indivíduo deve estar com os olhos fechados e responder "sim" quando sentir. Repetir o toque no mesmo local e com a mesma força se não houver resposta positiva na primeira vez. A legenda para o registro será essa abaixo e deve ter o registro na ficha de avaliação de que o teste foi realizado com a 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.

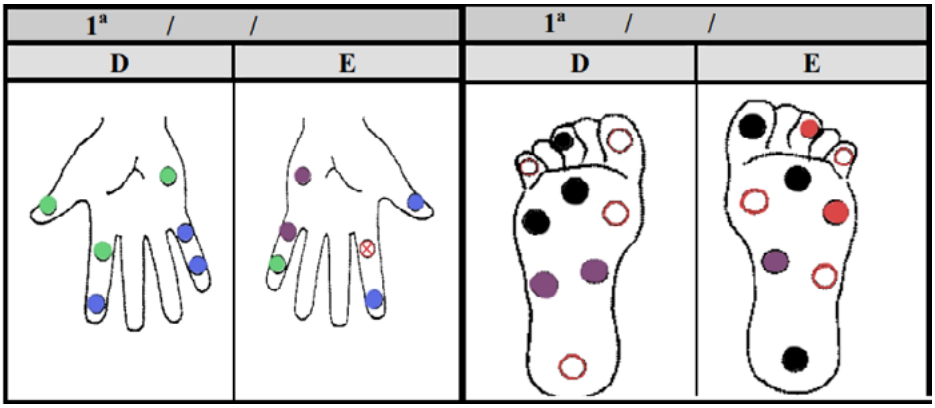
Figura 32 – Avaliação da sensibilidade com diferentes filamentos para demonstrar a aplicação e a deformação do filamento.



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).

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.**



- 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).

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 NE UROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ DataNasc. ____/____/____
Ocupação: _____ Sexo: M ☐ F ☐
Município: _____ Unidade Federada: _____
Classificação Operacional: PB ☐ MB ☐ Data Inicio 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)						
Triquíase(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

Legenda: N = não S = Sim

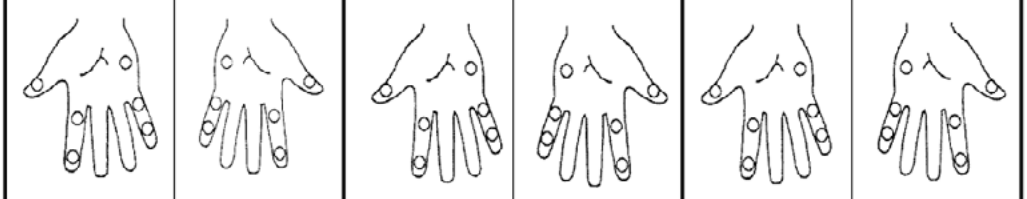
Membros Superiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

Inspeção e Avaliação Sensitiva

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

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

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

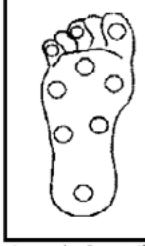
MEMBROS INFERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

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:

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				
Acuidade Visual	0,1	0,1				

Legenda: N = não S = Sim

Membros Superiores	1ª 06 / 08 / 18		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal	Sem queixas					
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
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 completo2=Movimento Parcial, 1=Contração,0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª 06 / 08 / 18		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
Feridas					

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

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

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	**Olhos:** Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas, conta dedos a 6 metros, ou acuidade visual ≥ 0,1 ou 6:60. **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. **Pés:** Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou sente o toque da ponta de caneta esferográfica.
1	**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. **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. **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.
2	**Olhos:** Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagoftalmo; ectrópio, entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite[1] e/ou não conta dedos a 6 metrosou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, excluídas outras causas. **Mãos:** Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas[2] tróficas e/ou traumáticas. **Pés:** Deficiência(s) visével(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas[2] tróficas e/ou traumáticas.

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).

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 HANSENÍASE 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	D	E	Mãos	D	E	Pés	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			**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: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; 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 OLHOS		**(a)**	**(b)**	**MAIOR GRAU MÃOS**	**(c)**	**(d)**	**MAIOR GRAU PÉS**	**(e)**	**(f)**

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**	D	E	**Mãos**	D	E	**Pés**	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: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; 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.	X	X	**Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase**, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.	X	X
MAIOR GRAU OLHOS		**(a)** 1	**(b)** 2	**MAIOR GRAU MÃOS**	**(c)** 2	**(d)** 2	**MAIOR GRAU PÉS**	**(e)** 2	**(f)** 2

Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: 06/08/2016

GI:( ) 0 ( ) 1 (X) 2 ( ) Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= 11
(valor de 0-12)

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

Quadro 14 - Avaliação Neurológica Simplifcada

	Aval. Neurol. Simplifcada	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	Inicio do tratamento, de 3 em 3 meses (mensalmente quando possível), com maior freqüência 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.	Inicio 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 relembrar 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.



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 pioras 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).

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.

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

- Manter os mesmos cuidados descritos anteriormente;
- Para aqueles indivíduos que possuem lagoftalmo 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):



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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_apoio_grupos_autocuidado_hanseniase.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).

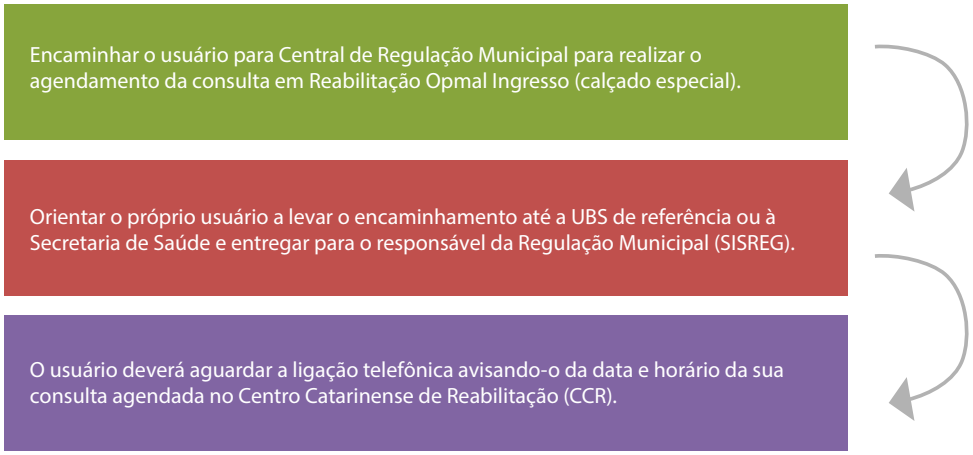
Outros cuidados são com relação à higiene dos pés (BRASIL, 2008b):

- 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).

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 sequela 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 sequelas. **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 feito 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

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 Neurológico 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
N. Ulnar 	Prioriza-se a imobilização do cotovelo, mantendo-o em 120º de extensão, antebraço e punho em posição neutra, dedos em posição intrínseca e polegar livre.
N. Mediano 	Imobilizar somente o punho em posição neutra e dedos em posição intrínseca com polegar em abdução.
N. Radial 	Imobilizar o punho em dorsiflexãode 40º e cotovelo em 100º de extensão.

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

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 entendidoe 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.

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



Fonte: SANTA CATARINA (2018)

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 duvidas 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).

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 domícilio (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).

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 freqüência 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".



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.

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 Psicolog, 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.

_____. 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 Hanseniase 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. BeloHorizonte: ALM International, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_neuro_hanseniase.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 Federetion of Anti-Leprosy Associations. 2007.

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

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.

Unidade 4

O estigma relacionado à Hanseníase e os direitos sociais das pessoas atingidas pela Hanseníase

O estigma relacionado à Hanseníase e os direitos sociais das pessoas atingidas pela Hanseníase

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM:
Esta unidade de aprendizagem tem dois objetivos: refletir sobre o estigma relacionado a Hanseníase e apresentar os direitos das pessoas atingidas pela hanseníase.

"Seja você a mudança que você quer no mundo! "
(Mahatma Gandhi)

Esta Unidade pretende colaborar para a reflexão crítica sobre o conceito de estigma, sua construção histórica e como ele reflete no acolhimento, acompanhamento e tratamento das pessoas atingidas pela hanseníase e seus contatos. Além disso, discutiremos sobre os direitos sociais das pessoas que enfrentam a doença e sobre as possibilidades de o profissional de saúde contribuir para que a pessoa atingida pela hanseníase os conheça e os busque. Vamos lá?

O que é estigma?



Estigma é um termo utilizado já na Grécia Antiga. O significado atribuído naquela época era uma marca (sinal, cicatriz, ferida) atribuída a escravos ou criminosos. Em outro período, como na Idade Média, essas marcas serviam para atribuir graças divinas ou sinais de alguma doença.

A doença hanseníase é muito antiga, remonta ao século 6 a.C e citada inclusive na bíblia, era conhecida como lepra e as pessoas que tinham a doença eram chamadas de leprosos. Como não existia cura e as deformidades eram visíveis e causavam medo aos demais, as pessoas com a doença eram banidas e estigmatizadas. A marca do estigma era a doença em si e suas consequências (deformidades). A falta de informação sobre a doença, suas causas, forma de contagio e sequelas geravam a exclusão (FIOCRUZ, 2013).

SAIBA MAIS

Saiba mais sobre a história da Hanseníase acessando a página da Fiocruz: **http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1182&sid=7**

Os leprosários foram criados no Brasil, a partir de 1920, para manterem as pessoas com hanseníase separadas de suas famílias, comunidade e sociedade em geral. Famílias separadas, filhos retirados dos pais, vidas e histórias que se modificavam abruptamente com a segregação (SANTOS; FARIAS; MENEZES, 2008).



Foi uma medida adotada para controlar a doença, cuja bactéria só foi identificada em 1873. Excluindo as pessoas com a doença do convívio social se acreditava que a doença seria extinta. No Brasil a internação compulsória devido a doença só foi extinta em 1962. No entanto, muitas pessoas que foram internadas compulsoriamente perderam seus vínculos familiares e permaneceram asiladas em instituições por não terem para onde e nem para quem retornar.

Foi somente a partir da adoção da poliquimioterapia como tratamento, isso na década de 1970, que algumas medidas foram tomadas no sentido de enfrentamento do estigma. Algumas delas foram, a substituição do termo lepra por hanseníase e já na década de 1980, os denominados leprosários foram transformados em hospitais gerais. Podem parecer mudanças inócuas, no entanto era uma forma de modificar a forma de perceber (FIOCRUZ, 2013).

Em Santa Catarina também foi criada uma instituição com essa finalidade, "Colônia Santa Tereza", atualmente, o Hospital Santa Tereza chama-se Instituto de Dermatologia Sanitária do Estado de Santa Catarina, localizado no município de São Pedro de Alcântara, sendo hospital de referência para intercorrências mais graves da doença. Conta com um ambulatório de dermatologia, de recuperação de dependentes químicos, entre outros serviços. Pessoas remanescentes da época da internação compulsória, hoje idosas e com incapacidades físicas, ainda permanecem internadas (SOUZA JÚNIOR, 2007).

SAIBA MAIS

Convido você para uma viagem educacional sobre o tema, através do excelente trabalho jornalístico desenvolvido pela jornalista Viviane Bevilacqua e equipe no documentário Segregados: **http://www.clicrbs.com.br/sites/swf/dc_segregados/index.html**

Mesmo atualmente, o **estigma** e a **estigmatização** são fatores importantes no que tange a hanseníase e às pessoas direta ou indiretamente afetadas por ela. Conhecer e entender os conceitos e refletir sobre eles é muito importante em nossa prática profissional.

Estigma: é a condição de não possuir atributos considerados importantes por um grupo social. É uma construção social, onde os atributos particulares que desqualificam as pessoas variam de acordo com os períodos históricos e a cultura, não lhes propiciando uma aceitação plena social (Siqueira, Cardoso, 2011).

Estigmatização: não é uma propriedade individual, envolve um contexto, a cultura, os acontecimentos históricos, políticos e econômicos e uma dada situação social. Assim, aquele que é estigmatizado pode sofrer um complexo processo de normatização, o qual se dá pela forma que o indivíduo estigmatizado se adapta a sociedade, a fim de reduzir sua diferença das normas culturais, uma vez que, afeta processos essenciais do indivíduo, como o desenvolvimento do autoconceito, as relações (interações) sociais, a autoestima, as formas de se comportar e viver diariamente (SIQUEIRA, CARDOSO, 2011).

SAIBA MAIS

Leia o artigo de revisão "O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura americana" escrito por Siqueira e Cardoso (2011) e conheça a evolução histórica dos conceitos "estigma" e "estigmatização" construídos social e historicamente, mas que vem se modificando sutilmente ao longo do tempo, por meio do link: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/127032?locale-attribute=en



Somos seres em construção, incorporando saberes e abandonando padrões que já não são coerentes com o presente. Considerando que o estigma que marcou a hanseníase nos tempos passados foi construído socialmente pelo medo do contágio, pela inexistência de tratamento, pelas sequelas causadas ou por ser visto como um castigo divino.



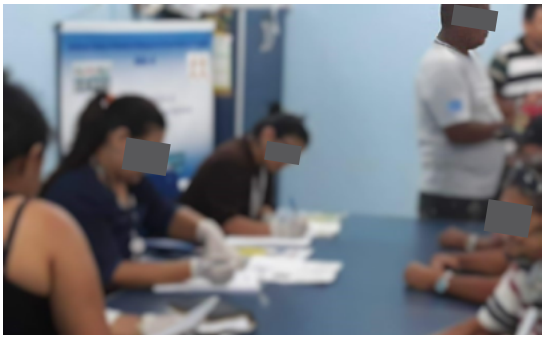
Por que ainda há estigmatização? Podemos inferir que a estigmatização, seja em nível for, é sempre negativa já que atinge o sujeito em suas relações interpessoais, em sua interação com o mundo e em sua auto-imagem. Trazer à tona essa discussão, como fazem algumas organizações não governamentais e governamentais, é imprescindível para a quebra de paradigmas.

Em sua prática profissional já parou para refletir individualmente ou com sua equipe sobre a estigmatização relacionada a algumas doenças infecto contagiosas como a hanseníase? Diante uma pessoa com diagnóstico de hanseníase como você reagiu? De alguma forma o estigma construído social e historicamente do qual nos referimos, afetou sua forma de acolher e acompanhar essa pessoa?

Apesar do seu conhecimento sobre as formas de contágio, de saber que a doença tem tratamento e cura, você evita contato físico com a pessoa com hanseníase?

NA PRÁTICA

Considerando que as pessoas sentadas ao lado direito são pessoas com hanseníase que estão realizando um recadastramento de benefício social a que tem direito no estado que residem, e as pessoas a esquerda da foto são servidores da Secretaria de Administração que estão prestando atendimento. Observe a foto (desfocada propositalmente para não identificação das pessoas) e reflita sobre algo que você considera inadequado ou desnecessário. Ressaltamos que o registro fotográfico foi feito no ano de 2017.



Fonte: Foto cedida por Dr. Jaison Antonio Barreto, médico do Instituto Lauro de Souza Lima –Bauru/SP (2018)



Se você observou atentamente, todas as servidoras utilizam luvas de látex. Em pleno século XXI, em um serviço de referência para atenção às pessoas com hanseníase. Seria a força do estigma? Como terão se sentido as pessoas que foram atendidas? O que levou os profissionais a tomarem essa medida? Os muros dos hospitais colônia foram derrubados, mas a estigmatização ainda persiste? Em minha prática profissional adoto comportamento semelhante?

Direitos sociais das pessoas com hanseníase

Todo cidadão tem direitos e deveres garantidos através da Constituição Federal (1988) e outros dispositivos legais (BRASIL, 1988).

SAIBA MAIS

Para conhecer com maiores detalhes os direitos humanos da pessoa com hanseníase, o Ministério da Saúde publicou a Cartilha Hanseníase e Direitos Humanos: Direitos e Deveres dos Usuários do SUS, acessando o link: **http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniase_direitos_humanos_web.pdf.** Nessa publicação você encontrará informações importantes para orientar as pessoas atingidas pela hanseníase para que ela possa usufruir de seus direitos e também conhecer seus deveres, já que ela tem responsabilidade sobre seu autocuidado.

Existem ainda alguns outros diretos importantes, vejam quais são:

Pensão especial

As pessoas atingidas pela hanseníase e submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônias têm direito a requerer a pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível (Brasil, 2007).

SAIBA MAIS

É importante que você profissional saiba disso para poder orientar usuários que atendam esse requisito. Existe uma cartilha disponível digitalmente que explica quais procedimentos para obter a pensão. **http://arquivos.informe.jor.br/mobilizacaosocial/hanseniase/cartilha_informativa_requerimento_pensao_especial_pessoa_com_hanseniase.pdf**

Benefício de Prestação Continuada (BPC)

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito garantido no Artigo 2, inciso V, da Lei 8.742/1993 que prevê o pagamento de "1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-lo provida por sua família" (BRASIL, 1993, p. 6-7).

Algumas pessoas afetadas pela hanseníase que tenham tido diagnóstico tardio e desenvolveram incapacidades físicas e que se enquadrem nos critérios estabelecidos podem vir a ser beneficiárias do BPC. O apoio matricial ou institucional dos profissionais da Assistência Social (NASF-AB ou CRAS) aos profissionais das equipes de atenção básica é muito importante, pois auxiliaram no suporte clínico, sanitário e educativo destes profissionais para orientar e acompanhar os usuários com maior eficiência na garantia e acesso aos direitos sociais.

SAIBA MAIS

Acesse o link e conheça na integra a Lei Orgânica da Assistência Social: **https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/LoasAnotada.pdf**

No estado de Santa Catarina, a Lei 16.063, de 24 de julho de 2013 dispõe sobre a concessão mensal de pensão especial o portador de Hanseníase, egresso do Hospital Santa Tereza e incapacitado para o trabalho (SANTA CATARINA, 2013).

SAIBA MAIS

A lei na integra pode ser consultada com todo o detalhamento no link: **http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2013/16063_2013_lei.html**

Em Santa Catarina, lembre-se que o Centro Catarinense de Reabilitação/CCR, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde, oferece serviços de confecção de calçados especiais para pessoas afetadas pela hanseníase com incapacidades instaladas ou para prevenção. O atendimento é gratuito através do SUS. Tal medida é muito importante no autocuidado das pessoas afetadas pela hanseníase, conforme já abordado na Unidade 3.

A imagem ao lado é de uma mulher de 40 anos diagnosticada, tardiamente, com hanseníase, há 6 anos buscando assistência médica e somente agora, em 2018, foi diagnosticada.



Fonte: Acervo de fotos da autora

Temos muito a fazer para que o direito à saúde seja garantido. E você, profissional de saúde, agora que teve acesso a todas essas informações relacionadas à hanseníase, conseguiu refletir sobre sua prática e em como qualificá-la?



Hanseníase existe, mas é preciso enxergar, suspeitar, perguntar, realizar exame físico, ir além do que está posto. ***Sua atitude pode fazer a diferença****. Acolher, escutar, suspeitar, diagnosticar, tratar, fazer vigilância, controle dos contatos, orientar, prevenir incapacidades, promover ações educativas e informativas para todos é nosso papel.*

CONCLUSÃO

Ao chegarmos o término da Unidade 4. Você pode perceber que apesar das legislações existentes, de conquistas importantes quanto ao direito à saúde e outros direitos sociais, nosso país ainda conta com muitas desigualdades. Embora seja um direito de todo cidadão, o acesso a eles é influenciado por vários fatores.

Arriscamos em afirmar que alguns cidadãos dependendo da região que residem, o nível de escolaridade e os serviços públicos disponíveis podem se tornar "invisíveis".

Essa invisibilidade social se somada ao estigma pode resultar em exclusão, com consequências muitas vezes irreversíveis para uma pessoa atingida pela hanseníase.

É preciso um esforço de todos os atores envolvidos, mas destaco o papel dos gestores, profissionais de saúde, assistência social, educação e sociedade civil organizada para ajudar essas pessoas a saírem dessa condição.

Falar sobre hanseníase, sobre direitos, sobre estigma, sobre diferenças, proporcionar serviços com qualidade, proporcionar espaço para que as pessoas atingidas pela hanseníase se posicionem, exijam e ajam são as formas de mudarmos o panorama atual.

Referências Bibliográficas

ALVES, Elioenai Dornelles; FERREIRA, Telma Leonel; NERY, Isaías (org). Hanseníase: avanços e desafios (Coleção PROEXT ; 1). Brasília: NESPROM, 2014, p 389-391.

BEVILACQUA, Viviane. Segregados. 2018. Disponível em: http://www.clicrbs.com.br/sites/swf/dc_segregados/index.html [acesso em 6 set 2018]

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase e direitos humanos : direitos e deveres dos usuários do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.72 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniase_direitos_humanos_web.pdf

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, 1998. Dos Direitos e Garantias Fundamentais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 11.520, de 18 de setembro de 2007. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11520.htm

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispões sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742compilado.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de adaptações de palmilhas e calçados. 2. ed. rev. e ampl. Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 100 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase; n. 5). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adaptacoes_palminha_calcados.pdf

CAVALIERE, Irene. Hanseníase na história. 13 out. 2011. Disponível em: http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1182&sid=7

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Hanseniase. 4 jul. 2013. Disponível em: https://agencia.fiocruz.br/hansen%C3%ADase. [acesso em 6 set 2018]

SANTA CATARINA. Governo do Estado de Santa Catarina. Lei n. 16.063, de 24 de julho de 2013. Dispõe sobre a concessão de pensão especial e estabelece outras providências. Disponível em: http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2013/016063-011-0-2013-001.htm

SANTOS, Luiz Antonio de Castro, FARIA, Lina, MENEZES, Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil. R. bras. Est. Pop., v. 25, n. 1, p. 167-190, jan./jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a10 [acesso em 6 set 2018]

SIQUEIRA, Ranyella de; CARDOSO, Hélio. O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana. Imagonautas. 2011, v. 2, n. 1, p. 92-113, 2011.. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4781280.pdf

SOUZA JÚNIOR, Celso João de. O exílio no Brasil profundo: a colônia Santa Teresa. 2007, 124p. Pósgraduação em História (Dissertação) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, 2007. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90487/249277.pdf?sequence=1&isAllowed=y