



FAEMA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

MARAYANE ROSSI

**ESCALA DE SALSA E PARTICIPAÇÃO: UM
INSTRUMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO NA
CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE
HANSENÍASE**

ARIQUEMES
2014

Marayane Rossi

**ESCALA DE SALSA E PARTICIPAÇÃO: UM
INSTRUMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO NA
CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE
HANSENÍASE**

Trabalho apresentado ao curso de
Enfermagem da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente como
requisito à obtenção do grau de
Bacharel.

Orientadora: M^a Sônia Carvalho de
Santana.

Ariquemes

2014

Marayane Rossi

**ESCALA DE SALSA E PARTICIPAÇÃO: UM
INSTRUMENTO PARA A TOMADA DE DECISÃO NA
CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DE
HANSENÍASE**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Orientadora Mª Sonia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª Drª Maila Beatriz Goellne
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 10 de Junho de 2014

*Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque
Amo e respeito à vida!*

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À Deus, por permitir que tudo isso seja possível!

Aos meus pais pelo amor, incentivo e apoio.

À minha mãe, por ser meu exemplo de mulher. Pelo amor, dedicação, carinho que sempre me demonstrou, por me ensinar a nunca desistir dos meus sonhos, por me incentivar sempre.

À minha família, pelo amor incondicional e por ser meu alicerce.

Ao meu amor, pela paciência, incentivo e por estar ao meu lado em todos os momentos.

A minha Fiel companheira Madonna que este ao meu lado me alegrando durante a construção deste trabalho

À minha orientadora M^a Sônia Carvalho de Santana, pelo apoio e conhecimento transmitido durante as orientações.

À professora Dra. Helena Meika Uesugui, pelas palavras de carinho, conforto e incentivo quando eu mais precisei.

À bibliotecária Cristiane Marina Teixeira Girard por estar sempre disposta a ajudar.

A minha banca examinadora D^a Maila Beatriz Goellne e Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho o meu muito obrigada pelas considerações realizadas

À todos os docentes, e funcionários que fizeram parte da minha trajetória até então.

Aos meus colegas de curso, especialmente ao meu grupo de estagio Jessica de Sousa Vale, Lizete Medeiros de Lara Jéssica Laborda Silva e, Claudia Tailayne pelo carinho, força e incentivo que sempre me demonstraram.

Não poderia de deixar de agradecer as minhas Amigas Ana Paula Costa ,Thaiane Bastos, Sanatha Alves mesmo distantes estavam torcendo por mim .

A todos aqueles que de alguma forma fizeram parte da minha formação o meu muito obrigada.

RESUMO

A hanseníase é uma doença antiga, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, parasita intracelular obrigatório que acomete células cutâneas e nervos periféricos e manifesta-se por sinais e sintomas dermatoneurológico. Em 2011 o país registrou cerca de 30 mil novos casos da doença. O estado de Rondônia possui 52 municípios, sendo 23 destes considerados hiperendêmicos para hanseníase. Este estudo trata-se de revisão de literatura com o objetivo de destacar a importância da atuação do enfermeiro na atenção ao portador de hanseníase, através da utilização da escala de SALSA e de Participação como instrumento auxiliar. A consulta de enfermagem ao paciente hanseniano, além de conferir ao enfermeiro autonomia profissional, permite que este contribua para oferecer uma assistência de qualidade, reduzindo riscos de deformidades e conseqüente estigma social. São poucas as publicações científicas que apresentam a utilização das escalas de SALSA e participação, embora as aplicações das mesmas sejam importantes, por possuírem a finalidade de elaborar protocolos para uma conduta que possibilite triar e encaminhar os pacientes para setores específicos nas unidades de saúde, promovendo assim sua reabilitação. Desta forma espera-se que os profissionais de saúde reconheçam a importância das escalas de SALSA e participação, e as torne uma aliada durante as consultas e rotinas dos serviços, empoderando o exercício e a ciência da enfermagem, evitando que se tornem um mero instrumento de avaliação utilizadas apenas em pesquisas.

Palavras-chave: Hanseníase, Consulta de Enfermagem, Enfermeiro, Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Leprosy, also known as Hansen's disease has been around since ancient times. It is a chronic infection caused by the bacteria *Mycobacterium leprae* and *Mycobacterium lepromatosis* that primarily affects the skin cells and the nerves outside the brain and spinal cord, called the peripheral nerves. In 2011, the country recorded about 30,000 cases of the disease. The state of Rondônia has 52 municipalities, and 23 of these territories being considered hyper-endemic for leprosy. This study refers a literature review and aim emphasize the performance of nurses in care for leprosy patients by using the scale of SALSA and Participation as an auxiliary instrument in the decision making in nursing consultation. The nursing consultation to patients with leprosy and grants the nurses professional autonomy allows it contributes to provide assistance of quality, reducing risks of deformities and consequent social stigma. There are few scientific publications that present the use of SALSA scales and participation, although applications for them are important, because they have in order to develop protocols for conduct that enables triage and forward patients for specific sectors of health facilities, thereby promoting their rehabilitation. Thus it is expected that health professionals recognize the importance of the scales of SALSA and participation, and become an ally during queries and routines of services, empowering exercise and nursing science, preventing them from becoming a mere instrument of evaluation used only in research.

keywords: Leprosy, Nursing Consultation, Nurse, Nursing Care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura1- Manifestação de lesão de pele..... | 20 |
| Figura 2- Principais nervos periféricos acometidos na hanseníase..... | 21 |
| Figura 3- Painel de Transmissão da Hanseníase..... | 23 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 - Monofilamentos Estesiômetro Sorri Representado por Cor..... | 25 |
| Quadro 2 - Esquema terapêutico para casos Paucibacilares: 6 cartelas..... | 26 |
| Quadro 3 - Esquema terapêutico para casos Multibacilares..... | 27 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AVD | Atividades de Vida Diária |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| CIF | Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade em Saúde |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem |
| DECS | Descritores em Ciências da Saúde |
| ESF | Estratégia e Saúde da Família |
| FAEMA | Faculdade de Educação e Meio Ambiente |
| GIF | Grau de Incapacidade Física |
| HI | Hanseníase Indeterminada |
| HT | Hanseníase Tuberculóide |
| HV | Hanseníase Virchowiana |
| HD | Hanseníase Dimorfa |
| IBECS | Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde |
| LILACS | Literatura Latino-Americano do Caribe em Ciências da Saúde |
| MEDLINE | Literatura Internacional em Ciências da Saúde |
| MB | Multibacilares |
| MS | Ministério da Saúde |
| M.LEPRAE | Mycobacterium Leprae |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PB | Paucibacilar |
| PSF | Programa e Saúde da Família |
| PQT | Poliquimioterapia |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SALSA | Escala de SALSA (screening activity limitation and safety awareness - Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco) |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 12 |
| 2. OBJETIVOS | 14 |
| 2.1 OBJETIVO GERAL..... | 14 |
| 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 14 |
| 3. METODOLOGIA | 15 |
| 4. REVISÃO DE LITERATURA | 16 |
| 4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA HANSENÍASE..... | 16 |
| 4.2 FISIOPATOLOGIA DA HANSENÍASE..... | 18 |
| 4.3 CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE | 20 |
| 4.4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO | 22 |
| 4.5 TRATAMENTO..... | 24 |
| 4.5.1 Esquema Paucibacilar (PB) | 25 |
| 4.5.2 Esquema Multibacilar (MB) | 25 |
| 4.6 HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA | 26 |
| 4.7 ESCALA DE SALSA (SCREENING ACTIVITY LIMITATION AND SAFETY AWARENESS - TRIAGEM DE LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE E CONSCIÊNCIA DE RISCO)..... | 28 |
| 4.8 ESCALA DE PARTICIPAÇÃO..... | 30 |
| 4.9 CONSULTA DE ENFERMAGEM..... | 31 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 33 |
| REFERÊNCIAS | 34 |
| ANEXO I | 41 |
| ANEXO II | 43 |

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença antiga com terrível imagem na história e memória da humanidade. É uma moléstia infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de *Hansen*. É um parasita intracelular obrigatório que acomete células cutâneas e nervos periféricos e manifesta-se por sinais e sintomas dermatoneurológicos. Quando não diagnosticada e tratada adequadamente pode causar incapacidade física e evoluir para deformidades. (ARAUJO, 2003; BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; BRASIL, 2008; CONTIN, et al., 2011; DESSUNTI, et al., 2008; EIDT, 2004; SANTOS, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil é o segundo país do mundo com maior número de casos de hanseníase. Em 2011, o país registrou cerca de 30 mil novos casos da doença, número inferior apenas na Índia com 127 mil casos, mas com uma população cinco vezes maior. O estado de Rondônia possui 52 municípios, sendo 23 destes considerados hiperendêmicos para hanseníase. Segundo Ministério da Saúde (MS) 2011, o município de Ariquemes apresentou 100 novos casos de hanseníase e 91.55% evoluíram para cura. (FREITAS, et. al., 2008; BRASIL, 2010).

A consulta de enfermagem tem por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para propor a prescrição e implementação da assistência de enfermagem. Os profissionais de enfermagem possuem um papel de extrema importância nas ações de controle da hanseníase onde atuam na prevenção, tratamento de incapacidades e gerência das atividades de controle, sistema de registro e vigilância epidemiológica e pesquisas. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009; FREITAS, et. al., 2008; HERDMAN, 2010; PEDRAZZANI, 1995).

As dificuldades que os pacientes enfrentam podem ser identificadas durante a consulta de enfermagem com o auxílio das Escalas de SALSA e Participação que consistem em fichas de avaliação de incapacidade e triagem baseadas em perguntas diretas. As sequelas decorrentes da hanseníase interferem na capacidade de realização de atividades diárias dos indivíduos acometidos, independente do grau de incapacidade que apresentam. A escala de SALSA e Participação são instrumentos de fácil aplicação que devem ser incluídas na avaliação de rotinas, no diagnóstico

durante o tratamento poliquimioterápico e após a alta. Favorecendo uma melhor avaliação aos pacientes portadores de hanseníase, possibilitando que o enfermeiro possa fazer um plano de cuidado específico e apropriado para cada paciente. Recomenda-se a aplicação das escalas no início do tratamento e na alta. (BRASIL, 2008).

Sendo assim, o objetivo desse trabalho é ressaltar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção de incapacidades ao portador de hanseníase, e a utilização da escala de SALSA e Participação como instrumento auxiliar na consulta de enfermagem.

2. OBJETIVOS

2.1.OBJETIVO GERAL

Destacar a importância da atuação do enfermeiro na atenção ao portador de hanseníase e da utilização da escala de SALSA e de Participação como instrumento auxiliar na tomada de decisão na consulta de enfermagem.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Contextualizar aspectos históricos da hanseníase;
- Descrever fisiopatologia e tratamento da hanseníase;
- Caracterizar a abordagem da hanseníase na Estratégia de Saúde da Família;
- Apresentar a escala de SALSA e escala de Participação;
- Discorrer sobre a consulta de enfermagem e a utilização das escalas de SALSA e de Participação em pacientes com hanseníase.

3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão literatura realizada na base de dados indexada Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que compreende a Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), IBECs (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde) e documentos de referência dispostos em portais específicos, como Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde, e acervos da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Hanseníase, Consulta de Enfermagem, Enfermeiro, Assistência de Enfermagem. O levantamento bibliográfico foi realizado de março a novembro de 2013, com delineamento temporal das referências publicadas de 1995 a 2013. Os critérios de inclusão foram as referências pertinentes ao tema, disponíveis na íntegra e publicada em língua portuguesa. Já os critérios de exclusão foram publicações incompletas e que não abordassem a temática proposta.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1.CONTEXTO HISTÓRICO DA HANSENÍASE

Embora a hanseníase seja descrita como moléstia mais antiga que o homem conhece não se sabe ao certo a época de seu aparecimento. Também chamada de lepra, a hanseníase data desde os escritos bíblicos para designar uma série de dermatoses como psoríase, eczema e filariose. As referências mais antigas sobre a doença foram escritas na Índia, nas leis de Manu onde é encontrado no antigo tratado médico indiano Susruth Samhita que data de 600 a. C no qual tem descrições precisas de sinais clínicos que se assemelham a atual hanseníase. (CURI,2002; EDIT, 2004; FOCACCIA, 2005; MARTINS; CAPONI, 2010).

Para Opromolla e Laurenti (2011) a doença foi trazida para o continente americano pelos imigrantes europeus e mais tarde também pelos escravos africanos em meados do século XVI. Já para Curi (2002) a hanseníase foi introduzida na América pelos colonizadores europeus.

O médico norueguês Gerhardt Henrik Armauer Hansen no final do século XIX descobriu o agente causador da lepra, a bactéria *Mycobacterium leprae* confirmando seu caráter infectocontagioso. Após algum tempo, durante a 1ª Conferência Internacional sobre lepra, propôs, em concordância com outros médicos, o isolamento dos doentes como única medida terapêutica capaz de controlar a propagação da moléstia. (EDIT, 2004; SANTOS, 2012).

A hanseníase chegou ao Brasil através da colonização. Aleixo Guerra aponta o ano de 1496 como à data do desembarque literal da doença no país. Os primeiros documentos que comprovam a presença da doença no Brasil têm a data de 4 de dezembro de 1697 onde a Câmara do Rio de Janeiro pede a Portugal a instalação de um lazarento, conhecido como local destinado a abrigar os doentes de Lázaro, Leprosos ou Lazarentos, devido ao grande número de hansenianos na cidade. Em 1904, o cientista Oswaldo Cruz, realizou a primeira grande reforma sanitária no país e a doença passou a ter notificação compulsória. (CURI, 2002; EDIT, 2004; SANTOS, 2012; OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

No século XIX foi construído o primeiro hospital lázaros na cidade do Rio de Janeiro e começou a prática do isolamento compulsório. Era usado medicamento

fitoterápico e óleo de chulmogra natural da Índia. Até os anos de 1930 as pessoas viviam isoladas por vontade própria e por vergonha de exporem publicamente suas deformidades. Três anos mais tarde o governo brasileiro instituiu o isolamento compulsório para os doentes, obrigando-os ao confinamento em colônias distribuídas pelo país. A política de isolamento compulsório foi abolida oficialmente em 1962, mas acabou de fato em 1986 com os avanços dos medicamentos quimioterápicos e a descoberta pelos pesquisadores que o isolamento não detinha a doença nem reduzia os números de casos. (CAVALIERE; GRZYNSZPAN, 2008; NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011; VIDERES, 2010).

Sobre isso destaca que os hansenianos eram proibidos de lavar as roupas em lugares públicos de uso comum, assim como só podiam passar à beira das estradas, sem entrar nas cidades. Sofriam castigos se entrassem nos moinhos e padarias ou se tocassem em alimentos expostos. Quando pretendiam comprá-los nos mercados, deveriam apontá-los e tocá-los com uma vara longa de que andavam munidos. Não podiam exercer qualquer profissão em que fosse necessário o manuseio de alimentos, roupas e outros objetos que seriam usados por pessoas saudáveis. (EDIT, 2004).

No Brasil os médicos Dr. Abrão Rotberg e Dr. Valter Leser preocupados com os doentes portadores de lepra renomearam a lepra para hanseníase. Assim em 29 de março de 1995, tornou-se obrigatório o uso do termo hanseníase em substituição ao termo lepra por intermédio da Lei Federal Nº 9.010. (SANTOS, 2012; VIDERES, 2010).

A terminologia utilizada para descrever a doença teve nomes específicos em diferentes culturas, e esta diversidade foi responsável por dúvidas em relação à sua descrição em documentos antigos. Na literatura chinesa na obra “Nei Ching Wem” 400 a. C é usado o termo *li-feng* para designar paralisias graves e *ta-feng* como queda de sobrancelhas, nódulos, dormência, mudança de cor de pele e desabamento de nariz. No mundo ocidental a doença foi descrita por médicos gregos e romanos como elefantíases pela doença ser considerada aterrorizante como um elefante. Johannes Damascus (777-856 d. C) nomeou pela primeira vez tal nosologia de lepra. (SAVASSI, 2010).

Para SAVASSI (2010) A Bíblia traz diversas referências à “lepra” e a “leprosos”. Na tradução grega a palavra *Zarraath* ou *Tsaraath* foi traduzida como lepra ou *lepros*, que significa “algo que descama”. *Tsaraath* representaria uma série de manifestações ligado a qualquer dermatose, é associado a impureza e profanação.

“Falou mais o SENHOR a Moisés e a Arão, dizendo: Quando um homem tiver na pele da sua carne, inchação, ou pústula, ou mancha lustrosa, na pele de sua carne como praga da lepra, então será levado a Arão, o sacerdote, ou a um de seus filhos, os sacerdotes. E o sacerdote examinará a praga na pele da carne; se o pelo na praga se tornou branco, e a praga parecer mais profunda do que a pele da sua carne, é praga de lepra; o sacerdote o examinará, e o declarará por imundo. Mas, se a mancha na pele de sua carne for branca, e não parecer mais profunda do que a pele, e o pelo não se tornou branco, então o sacerdote encerrará o que tem a praga por sete dias; E ao sétimo dia o sacerdote o examinará; e eis que, se a praga, ao seu parecer parou, e na pele não se estendeu, então o sacerdote o encerrará por outros sete dias; E o sacerdote ao sétimo dia o examinará outra vez; e eis que, se a praga se recolheu, e na pele não se estendeu, então o sacerdote o declarará por limpo; é uma pústula; e lavarás as suas vestes, e será limpo.” (BÍBLIA SAGRADA,1991.)

Para Focaccia (2005) o que é descrito na bíblia como lepra não se trata da mesma doença nos dias atuais chamadas hanseníase.

4.2.FISIOPATOLOGIA DA HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de *Hansen*, é um parasita intracelular obrigatório que acomete células cutâneas e nervos periféricos. Esse acometimento é manifestado por sinais e sintomas dermatoneurológico, sendo a única espécie de microbactéria que atinge os nervos periféricos, especificamente as células de Schwann. O bacilo pertence à família *Mycobacteriaceae*, sendo um álcool-ácido resistente e gram-positivo, não cultivável *in vitro*, e tem forma de bastonete. (ARAUJO, 2003; BRASIL, 2002; BRASIL, 2008; CONTIN, et.al., 2011; DESSUNTI, et al., 2008; EIDT,2004; FOCACCIA, 2005).

Para Luna e colaboradores (2010) a hanseníase tem um período de incubação muito longo durando de 3 a 5 anos. Já para Aguiar e Ribeiro (2006) o período de incubação varia em média 2 a 7 anos podendo ir de meses até 10 anos de acordo com a intensidade da exposição e da resistência individual.

O *mycobacterium leprae* apresenta alta infectividade e baixa patogenicidade, pode atingir pessoas de todas as idades e de ambos os sexos, principalmente aquelas na faixa etária economicamente ativa. (AGUIAR, RIBEIRO,2006; BRASIL, 2002; NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

O ser humano é considerado o único reservatório natural do bacilo causador da doença, apesar de relatos de animais selvagens como tatus e macacos serem infectados naturalmente. A transmissão ocorre através da convivência com doentes multibacilares sem tratamento. A principal via de eliminação do bacilo é pelas vias aéreas superiores e contato prolongado com o doente. As secreções orgânicas como esperma, suor, leite e secreção vaginal podem eliminar bacilos mas não possuem importância na propagação da infecção. (ARAUJO,2003; CHIN, 2002; DESSUNTI, et al.,2008; FOCACCIA, 2005).

A hanseníase manifesta-se através de sinais e sintomas dermatológicos e neurológicos. Quando não diagnosticada e tratada adequadamente, pode causar incapacidades físicas evoluindo para deformidades. (BRASIL, 2002).

A hanseníase manifesta-se através de lesões de pele com apresentação de diminuição ou ausência de sensibilidade, sendo elas: manchas pigmentares ou discrômicas, placa, infiltração, tubérculo, nódulo. (BRASIL, 2002).



Figura: 1 Manifestação de lesão de pele. Fonte: (Brasil, 2002).

Além de lesões na pele a hanseníase também se manifesta através de lesões nos nervos periféricos. Essas lesões são consequências de processos inflamatórios dos nervos periféricos (neurites) e podem ser causadas tanto pela ação do bacilo nos nervos como pela reação do organismo. Tais lesões podem causar incapacidades, deformidades, dor, espessamento dos nervos periféricos, alteração de sensibilidade, perda de força nos músculos inervados periféricamente, principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

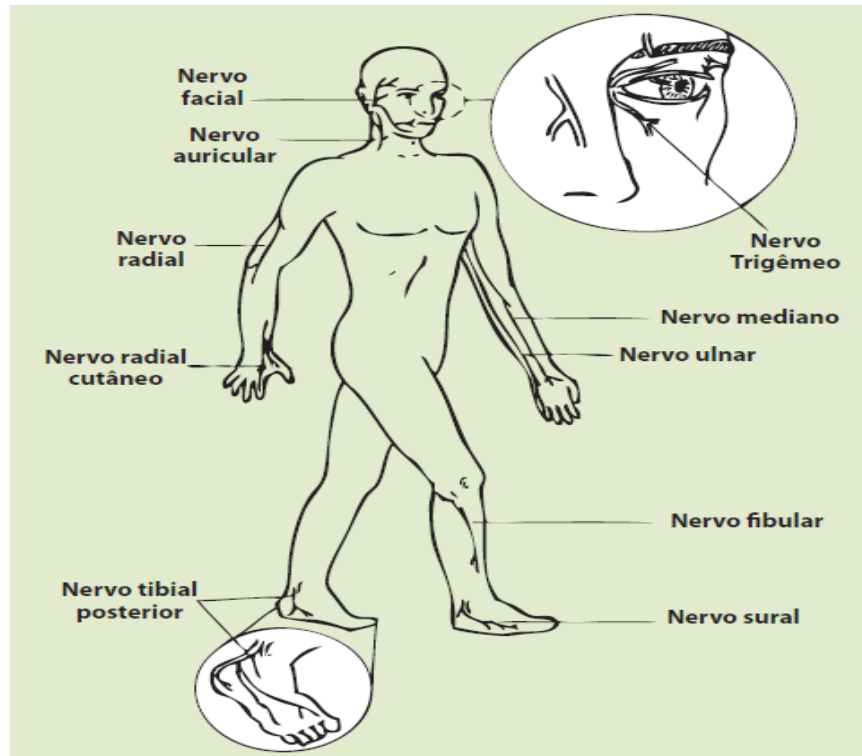


Figura 2 Principais Nervos Acometidos (BRASIL, 2008).

4.3. CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE

O tipo de hanseníase desenvolvida é determinado pela reação das células de defesa do indivíduo infectado e a imunidade do paciente correlacionando-se diretamente com as possíveis formas clínicas da doença. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou os doentes em dois grupos que determinam qual esquema terapêutico deve ser usado. Paucibacilar (PB) casos de até 5 lesões de pele. Multibacilar (MB) casos com mais de 5 lesões de pele. (BRASIL, 2002; RAFAEL, 2009).

Desta forma os casos classificados como Paucibacilares (PB) são os Indeterminados e Tuberculoide. Nos PB os portadores apresentam melhor resposta imunológica, abrigam pequenos números de bacilos em seu organismo, insuficiente para infectar outras pessoas. Pertencem a esse grupo a hanseníase Indeterminada e a hanseníase Tuberculóide. (ARAUJO, 2003; BRASIL, 2010; RAFAEL, 2009).

Na Hanseníase Indeterminada (HI) a baciloscopia é negativa, uma vez positiva indica evolução da doença para outra forma. Caracteriza-se por manchas únicas ou múltiplas, esbranquiçadas, com alteração da sensibilidade térmica, sendo preservada

a sensibilidade tátil é dolorosa, não comprometendo nervos periféricos. (ARAUJO,2003; BRASIL, 2010; LIMA, 2012; PEREIRA, et al.,2008).

A Hanseníase Tuberculóide (HT) apresenta baciloscopia negativa, caracterizada por lesão em placa na pele, com bordas elevadas, manchas hipocrômicas bem definidas, apresentando queda de pelo e alteração da sensibilidade dolorosa térmica e tátil, comprometimento de nervos e sensibilidade superficial. (ARAUJO, 2003; BRASIL, 2010; PEREIRA, et al.,2008).

Nos casos Multibacilares os portadores apresentam resposta imunológica pouco eficaz, o bacilo se multiplica em grande quantidade tendo alto potencial de transmissão da doença. Pertencem a esse grupo os pacientes com maior carga bacilar, apresentando-se em hanseníase Virchowiana e hanseníase Dimorfa. (RAFAEL,2009; BRASIL, 2010).

Na Hanseníase Virchowiana (HV) os pacientes apresentam baciloscopia positiva com grande número de bacilos, alteração de pele e acometimento de nervos e vísceras, ocorrendo perda de pelos e cílios. Essa forma clínica é responsável pela disseminação e multiplicação da doença. Possui início insidioso e progressão lenta, envolvendo troncos, nervos e órgãos. Caracterizada por inúmeras lesões brilhantes, máculas e pápulas eritematosa ou eritema-acastanhado e distribuição simetricamente de limites imprecisos por toda a pele. (BRASIL, 2010; LIMA, 2012; PEREIRA, et al, 2008).

Na Hanseníase Dimorfa (HD) a baciloscopia pode ser positiva ou negativa. Destaca-se por gravidade dos danos neurais, responsável por incapacidades e deformidades. Oscila entre manifestação das formas Tuberculóide e Virchowiana, podendo apresentar lesões bem delimitadas ou não, com pouco ou muitos bacilos, com variação de borda nítida e difusa. (BRASIL, 2010; LIMA, 2012; PEREIRA, et al., 2008).

Painel de transmissão da hanseníase

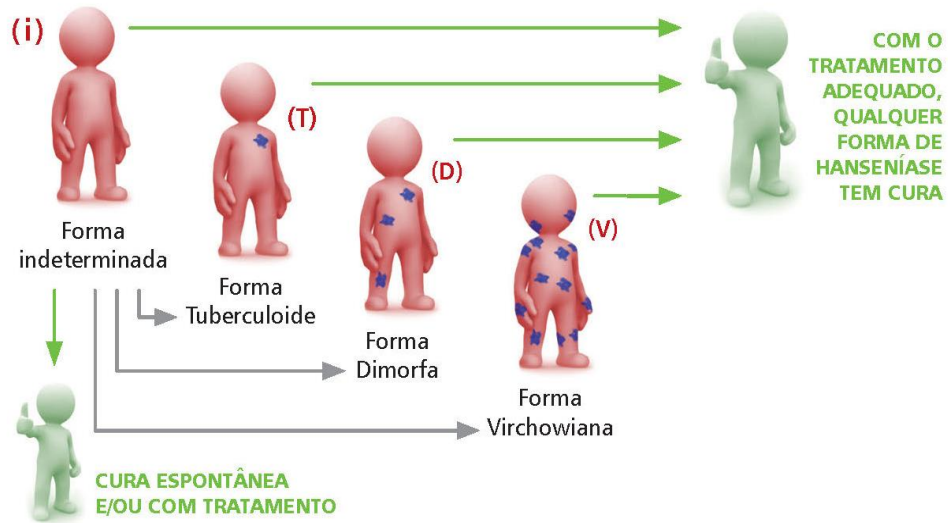


Figura 3 Painel de Transmissão da Hanseníase (BRASIL, 2011).

4.4 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Conforme Portaria N° 3.125, de 7 de outubro de 2010 considera que o modelo de intervenção para controle da hanseníase é baseado um tratamento precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticado. (BRASIL, 2010).

O objetivo do diagnóstico clínico é identificar sinais clínicos da doença. Para isso é seguido um roteiro envolvendo exame clínico céfalo caudal com detalhamento (BRASIL, 2002).

Para anamnese onde busca obter informações sobre sinais e sintomas da doença e identificar história clínica e epidemiológica do paciente. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Seguido de avaliação dermatológica quando realiza-se pesquisa de sensibilidade que busca identificar lesões de pele com alteração de sensibilidade. Deve ser investigada sensibilidade térmica, dolorosa, e tátil. Com destaque para as áreas onde as lesões ocorrem com maior frequência quais sejam face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, podendo ocorrer também na mucosa nasal. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).








A investigação prossegue com avaliação neurológica onde procura-se identificar neurites, deformidades e incapacidades. Consiste na inspeção dos olhos,

nariz, mãos e pés, palpação dos troncos nervosos periféricos, avaliação da força muscular e de sensibilidade nos olhos, mãos e pés. (BRASIL, 2001; FREITAS, et al., 2008).

O exame físico busca ainda identificar e diagnosticar os estados reacionais, os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. O diagnóstico é através do exame físico dermatoneurológico do paciente. Os estados reacionais podem ser de dois tipos: reação tipo I, ou reação reversa e reação tipo II, ou eritema nodoso hansênico. Os estados reacionais ou reações hansênicas são reações do sistema imunológico do doente ao *Mycobacterium leprae*. Ocorre principalmente durante os primeiros meses do tratamento quimioterápico da hanseníase, podem ocorrer também antes ou após a cura do paciente. Reação tipo I ou reação reversa indica aumento da imunidade celular, ocorrendo nas formas clínicas Dimorfa e Tuberculóide e são caracterizadas por eritema, edema, dor nas lesões antigas e aparecimento de novas pápulas e placas eritematosas. Reação tipo II ou eritema nodoso acomete mais os pacientes com as formas clínicas Virchowiana, apresentando febre, mal estar, pápulas ou nódulos dolorosos, linfadenopatia e artralgia. (BRASIL, 2001; SOUZA,2010; TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANCA, 2010).

No diagnóstico diferencial o exame laboratorial, também é importante é realizado a baciloscopia onde se observa o *Mycobacterium leprae*, diretamente nos esfregaços de raspados intradérmico das lesões hansênica ou de outros sítios de coleta selecionados: lóbulos auriculares e/ou cotovelos. A baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico da hanseníase. (BRASIL, 2001).

A Classificação do Grau de Incapacidade Física (GIF) é determinado através de teste da sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. É recomendada a utilização do conjunto de Monofilamentos Estesiômetro Sorri para avaliação de sensibilidade em mãos e pés, já para os olhos é usado o fio dental sem sabor. De acordo com o MS a avaliação neural que possivelmente indica um grau de incapacidade física, baseia-se nos seguintes critérios: Grau 0 quando não há comprometimento neural nos olhos mãos e pés; Grau I ocorre diminuição ou perda de sensibilidade; Grau II indica presença de incapacidades e deformidades como mãos e pés caídos, reabsorção óssea. (BRASIL, 2010; PEREIRA, et al., 2008; SOBRINHO, et al., 2007).

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

Quadro 1 Monofilamentos Estesiômetro Sorri Representado por Cor (BRASIL,2008).

4.5 TRATAMENTO

O tratamento padronizado pela OMS é a poliquimioterapia conhecida como PQT, que é constituída pelos medicamentos Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. A partir da classificação Paucibacilar ou Multibacilar é selecionado o esquema terapêutico mais adequado. Após o início do tratamento há interrupção da transmissibilidade da doença. (BRASIL,2001; BRASIL, 2002).

O tratamento é fundamental na estratégia e controle da doença, pois possibilita a ruptura da cadeia epidemiológica além de prevenir incapacidades dermatoneurológicas, promover a cura, a reabilitação física e social do indivíduo. Durante o tratamento o enfermeiro realiza orientações sobre como deve ser tomada as medicações, mantendo o paciente informado sobre o segmento de seu tratamento conhecendo seus hábitos de vida, favorecendo a adesão medicamentosa. O retorno para tomar a medicação supervisionada é de extrema importância para que o profissional possa fazer um acompanhamento contínuo da evolução do paciente, avaliando reações ao tratamento, queixas e possíveis intercorrências. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008; RAFAEL, 2009; SILVA, et al.,2009).

O paciente receberá alta por cura quando concluir a administração das doses supervisionadas no tempo determinado pelo MS, sendo submetido à reavaliação dermatoneurológica. (BRASIL, 2010).

4.5.1 Esquema Paucibacilar (PB)

No tratamento PB recomenda-se a administração supervisionada (por um profissional de saúde). Utilizando-se a combinação das medicações Rifampicina e Dapsona associado em uma cartela tipo blister. Rifampicina uma dose mensal contendo 2 capsulas de 300mg administração supervisionada e Dapsona uma dose mensal 100mg supervisionada e uma dose diária auto administrada. O tratamento tem a duração de 6 doses. O critério de alta é 6 doses em até 9 meses (BRASIL,2002; BRASIL,2001; ARAÚJO,2003).

| | |
|---|--|
| Adulto | Rifampicina: 1 dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. |
| | Dapsona: 1 dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária de 100 mg auto-administrada. |
| Criança | Rifampicina: 1 dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada. |
| | Dapsona: 1 dose mensal de 50 mg supervisionada e 1 dose diária de 50 mg auto-administrada. |
| Duração: 6 doses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada. Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura. | |

Quadro 2 Esquema terapêutico para casos Paucibacilares. Fonte:(BRASIL,2010).

4.5.2 Esquema Multibacilar (MB)

O tratamento é através administração supervisionada (por um profissional de saúde) a cada 28 dias sendo utilizada uma combinação das medicações Rifampicina, Dapsona, Clofazimina. Esses medicamentos são associados em uma cartela tipo

blister para administração a cada 28 dias. Rifampicina uma dose mensal com 2 capsulas de 300mg. Clofazimina uma dose mensal com 3 capsulas de 100 mg com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg auto administrada, e Dapsona uma dose mensal de 100 mg e uma dose diária auto administrada. O tratamento tem a duração de 12 doses. Critério de alta 12 doses em até 18 meses.(BRASIL,2002; BRASIL,2001).

| | |
|--|---|
| Adulto | Rifampicina: 1 dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. |
| | Dapsona: 1 dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária auto administrada. |
| | Clofazimina: 1 dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg auto administrada. |
| Criança | Rifampicina: 1 dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada. |
| | Dapsona: 1 dose mensal de 50 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg auto administrada. |
| | Clofazimina: 1 dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg auto administrada em dias alternados. |
| Duração: 12 doses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada. Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura. Os pacientes MB que não apresentarem melhora clínica ao final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação nas unidades de maior complexidade para verificar a necessidade de um segundo ciclo de tratamento com 12 doses. | |

Quadro 3 Esquema terapêutico para casos Multibacilares. Fonte: (BRASIL,2010).

4.6 HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Constituição Federal estabeleceu em 1988 o lema “Saúde é direito de todos e dever do Estado” onde foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS). Como os princípios doutrinários da universalidade equidade e integralidade. A partir desse período foi criado a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 regulamenta o SUS

divulgada pelo MS. Em 1994 o MS criou o um modelo assistencial de reorganização da atenção básica que garante a população os princípios da universalidade, integralidade e equidade com o intuito de crescer o acesso da população aos serviços básicos de saúde assumindo diretrizes como o SUS , como a resolutividade, integralidade e integração de serviços de saúde ,trabalho em equipe com vínculo de corresponsabilidade das famílias assistidas e incentivando a participação social propondo uma estratégia de organização da rede básica de serviços de saúde. O MS a partir de 2006 substituiu o PSF para Estratégia e Saúde da Família (ESF) por meio da portaria 648 de 28 de março de 2006, esta modificação teve a finalidade de fortalecer a ideia da saúde da família como base da atenção básica. A universalização da atenção à saúde garantia pelo SUS e pela ESF vem disponibilizando acesso a serviços de saúde e permite maior inclusão social, política econômica a uma política sanitária. (PIRES; GOTTEMS, 2009; ROSA; LABATE,2005; ROSENSTOCK; NEVES,2010).

A equipe básica da ESF é constituída no mínimo por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As equipes da ESF atuam no combate da hanseníase em ações de prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos. (MORENO; ENDERS; SIMPSON, 2008; LANZA; LANA,2011; TRAD; ESPERIDIÃO,2010; SILVA, et al, 2009).

O MS inseriu na atenção básica o programa nacional de eliminação da hanseníase com a finalidade de minimizar a quantidade de casos através de um conjunto de ações que visa orientar os diferentes níveis de atenção à saúde conforme princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) para desenvolver ações de promoção de saúde. (CLARO; MONNERAT; PESSOA, 1993).

Cabe ao enfermeiro a supervisão da equipe de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde, (ACS) realizar ações de vigilância epidemiológica e demais programações locais. Os ACSs participam de atividades de controle da hanseníase, fazem suspeita diagnóstica e encaminham o paciente, busca de contatos e de pacientes faltosos, e em situações especiais fazem supervisão do tratamento e realizam orientações de prevenção de incapacidades. A visita domiciliar é um instrumento de trabalho dos ACSs que permite um vínculo de confiança com as famílias, sendo o momento de detectar problemas, observar hábitos de vida e realizar orientações em saúde. (LANZA; LANA, 2011).

4.7 ESCALA DE SALSA (SCREENING ACTIVITY LIMITATION AND SAFETY AWARENESS - TRIAGEM DE LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE E CONSCIÊNCIA DE RISCO)

Recomendada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase a escala de SALSA (*Screening Activity Limitation and Safety Awareness* - Triagem de limitação de atividade e consciência de risco) foi desenvolvida e validada com base na Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade em Saúde (CIF) por um grupo de colaboradores. Composta por membros do Brasil, China, Reino Unido, e Nigéria, Estados Unidos, Cingapura. A escala de SALSA é um questionário usado para medir limitação de atividade e consciência de risco em indivíduos acometidos por Hanseníase, Diabetes Mellitus e neuropatias periféricas, que tem como objetivo avaliar a extensão da limitação e o risco de se aumentar as deficiências durante a realização de atividades de vida diária. (BRASIL, 2008; BATISTA, 2010; EBENSO; VELEMA, 2009; EBENSO, et al, 2007; IKEHARA et al, 2010).

A escala SALSA avalia aspectos como mobilidade, auto cuidado trabalho e destreza. Esses domínios envolvem atividades rotineiras e em sua maioria exigem funções neurais preservadas, que geralmente está alterado nos pacientes, com a evolução da doença, onde ocorre alteração da sensibilidade e perda da força muscular das mãos e pés. (EBENSO et al,2007).

A escala SALSA examina limitação da atividade de forma direta - o que os pacientes consideram que eles podem ou não podem fazer, ou pode fazer com dificuldade. Indica também o grau em que os entrevistados têm restringido suas atividades de vida diária (AVD) por causa de sua consciência do risco de lesões. Assim SALSA incorpora informação que é específico para a situação de clientes com a perda de sensação nas mãos ou pés. (EBENSO, et al,2007)

Durante a aplicação do questionário deve marcar uma opção para cada uma das perguntas feitas. Para calcular o escore de SALSA some os escores que estão nas opções marcadas. Para calcular o escore de consciência da segurança é só contar o número de opção marcadas que tenha um 4 com um círculo em volta. (BRASIL,2008).

O questionário SALSA contem 20 itens com pontuação de 0 a 4 que avaliam presença de limitações envolvendo olhos, mãos e pés. Se o paciente consegue

realizar suas atividades de vida diárias. Se sim; 1 “Se ele considera fácil”, 2 “Um pouco difícil”, 3 “Muito difícil”, “Se não, questionar o motivo”; 0 “Não precisa fazer” 4 “Não consegue fisicamente ou evita por causa risco”. O escore varia de 10 a 80. Escores baixos indicam poucas dificuldades com as atividades diárias e escores mais altos indicam níveis crescentes de limitações de atividades. De 10 a 24 - não possui limitações; 25 a 39 - limitação leve; 40 a 49 - limitação moderada; 50 a 59 - limitação severa; 60 a 80 - limitação muito severa. (BRASIL, 2008; BARBOSA et. al,2008; EBENSO; VELEMA, 2009; FENLEY, et al, 2009; MOURA, 2010; IKEHARA, et al,2010).

O escore de consciência de risco é realizado separadamente por meio da somatória de respostas assinaladas por um 4 com um círculo em volta, o resultado pode variar de 0 a 11. Escores altos indicam consciência crescente de riscos envolvendo algumas atividades, mas também indicam que há limitação de atividade devido a este fato. (BRASIL, 2008; BARBOSA et al, 2008; EBENSO; VELEMA, 2009; EBENSO, et.al,2007; FENLEY, et al, 2009; MOURA, 2010; IKEHARA, et.al,2010).

A escala de SALSA é validada no Brasil, e leva em média 15 minutos para ser aplicada. A maioria dos colaboradores foram terapeutas ocupacionais que trabalham com pacientes afetados pela hanseníase. Uma questão a ser considerada é o fato da escala SALSA ter sido recentemente validada e estar ainda em processo de utilização mais ampliado em outros cenários. (EBENSO; VELEMA, 2009; BATISTA, 2010; FENLEY, et al,2009).

Segundo a CIF (2004) Limitações da atividade são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de tarefas. Já consciência de risco é quanto os pacientes estão cientes dos problemas de segurança envolvidos na realização das atividades de vida diárias. (BATISTA, 2010; BRASIL, 2008).

A escala de SALSA e participação podem ser utilizadas com a finalidade de triagem, comparar um indivíduo com um grupo, comparar um grupo entre si, comparar um indivíduo consigo mesmo em diferentes momentos (pré e pós cirúrgico), estabelecer intervenções individuais, realizar planejamento de projetos, avaliar intervenções ou projetos e pesquisa. (BRASIL,2008).

Barbosa e colaboradores (2008) em estudos com pacientes em pós-alta hanseníase no Ceará, relata que o uso da escala SALSA foi de fácil utilização e pode ser utilizada não apenas em situações de pós-alta, mas também de modo sistemático ao longo do tratamento específico com a PQT.

4.8 ESCALA DE PARTICIPAÇÃO

A escala de Participação é usada para dimensionar as restrições da Participação social das pessoas afetadas pela hanseníase. Essa escala foi elaborada para ser usada em países onde a hanseníase mantém-se com elevado padrão de endemicidade. Possui versão em português e no Brasil já está validada. É utilizada para triagem e dimensionamento de restrições (percebidas) à Participação de pessoas afetadas por hanseníase, deficiências e outras condições estigmatizantes. (BARBOSA et al, 2008; RAFAEL,2009).

Segundo Van Brakel et al, (2006) apud Rafael, (2009) afirma que a escala de participação é confiável e válida para medir a percepção do paciente na Participação das pessoas afetadas pela hanseníase. Uma questão a ser considerada é o fato de as escalas terem sido validadas recentemente e estarem ainda em processo de adaptação.

Segundo a CIF (2004) restrições de Participação são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento em situações reais da vida.

Essa escala deve ser aplicada a pessoas acima de 15 anos. (Anexo 2). O escore varia de 0 a 90, sendo 0 a 12 sem restrição a Participação; de 13 a 22 restrições leves; 23 a 32 restrições moderada; 33 a 35 restrições grave; e 53 a 90 restrição extrema. O questionário é composto por 18 perguntas que avaliam a Participação do paciente na sociedade. Como por exemplo a frequência do paciente em lugares públicos. O tempo para aplicação é de aproximadamente 20 minutos. A escala de Participação abrange oito dos nove domínios definido pela CIF. São tarefas e exigências gerais, comunicação, mobilidade, auto cuidado, vida doméstica, interação e relacionamento interpessoais, principais áreas da vida como vida comunitária social e cívica. (BRASIL, 2008; BARBOSA et al, 2008; OMS, 2004).

A escala de Participação consiste em perguntas fechadas. Durante a aplicação do questionário recomenda-se que o entrevistado se compare com alguém semelhante a ele exceto pela doença ou deficiência ao responder as perguntas. (BRASIL,2008).

Barbosa e colaboradores (2008), em estudos com pacientes em pós-alta hanseníase no Ceará, relataram que a escala de Participação foi de fácil utilização e

que poderia ser utilizada principalmente durante o tratamento específico com a PQT, representa o período em que a pessoa enfrenta as maiores dificuldades de aceitação da doença e de aceitação pela sociedade, o que muitas vezes leva à restrição de sua Participação social.

4.9 CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, no decreto 9.406/86. Onde o enfermeiro deve programar medidas que contribuam para a promoção e prevenção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. (COFEN, 2000; COREN-RO, 2011).

Conforme resolução COREN 195/1997 estabelece que o enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde pode prescrever medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotinas, como no caso da poliquimioterapia. (SILVA, et al,2009; COREN-RO, 2011).

Definem-se como ações de enfermagem aquelas realizadas pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe de enfermagem, devendo ser executadas de forma sistemática em todos os doentes e comunicantes. Essas ações incluem a consulta de enfermagem e a aplicação de testes e vacina BCG intradérmica para contatos. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI,2009).

Os profissionais de enfermagem possuem um papel de extrema importância nas ações de controle da hanseníase, dentre elas: prevenção da hanseníase, diagnóstico e busca dos casos, tratamento e acompanhamento dos portadores, minimização de incapacidades, gerência das atividades de controle, sistema de registro e vigilância epidemiológica, além de pesquisas e capacitação da equipe. (FREITAS, et al,2008; PEDRAZZANI,1995).

Na primeira consulta de enfermagem ao paciente portador de hanseníase caso novo realiza-se o Histórico de Enfermagem que compreende: dados de identificação, aspectos do ambiente, queixas, antecedentes pessoais e familiares, hábitos de vida, aspectos socioeconômicos e rede de apoio, conhecimentos sobre a hanseníase, reações frente ao diagnóstico, aspectos do tratamento atual, exame físico geral e específico para avaliação do grau de incapacidades dos olhos, mãos e pés, conforme padronização do

Ministério da Saúde. As consultas de enfermagem são realizadas bimestralmente intercalando-se com as consultas médicas ou conforme as necessidades dos próprios pacientes. O tempo médio da consulta de caso novo varia de uma a duas horas dependendo de fatores como idade escolaridade, e as consultas subsequentes duram em média 30 minutos. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008).

A comunicação entre enfermeiro e paciente é chamada comunicação terapêutica, tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente, criar oportunidades de aprendizagem e despertar um sentimento de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros levando a participar dos esquemas terapêuticos. (FREITAS, et al,2008; PONTES; LEITAO; RAMOS,2008).

O foco da enfermagem é o cuidado holístico. No momento em que o paciente adere o tratamento deve iniciar atividades de promoção de saúde e todos os profissionais da equipe devem estar qualificados a recebê-lo com linguagem clara para facilitar a transmissão de conhecimento da doença. O processo de educação em saúde às pessoas portadoras de hanseníase, além de incentivar novas práticas de saúde, favorece a promoção de cuidados. (SOBRINHO, et al, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As sequelas decorrentes da hanseníase interferem na capacidade de realização de atividades diárias dos indivíduos acometidos, independente do grau de incapacidade que apresentam. A utilização da escala de SALSA e Participação é um instrumento de extrema importância para subsidiar a tomada de decisão na consulta e sistematização da assistência de enfermagem onde favorece melhor avaliação do paciente afetado pela hanseníase. É possível identificar o quanto o paciente tem consciência dos riscos envolvidos na realização de atividades rotineiras, possibilitando que o enfermeiro possa fazer um plano de cuidado específico e apropriado para cada paciente.

O enfermeiro tem um papel essencial no processo de trabalho com hanseníase, sendo ele o responsável atuando desde o planejamento a execução das ações de assistência e controle dos pacientes e contatos. Para tanto é fundamental que promova educação continuada aos profissionais de saúde para que seja possível identificar sinais e sintomas da hanseníase e dar início ao tratamento evitando a disseminação da doença. A consulta de enfermagem ao paciente hanseniano, além de conferir ao enfermeiro autonomia profissional, permite que este contribua para oferecer uma assistência de qualidade, reduzindo riscos de deformidades e consequente estigma social, principalmente pela utilização das escalas de SALSA e Participação.

São poucas as publicações científicas apresentam as escalas de SALSA e Participação, embora a aplicação das mesmas seja importante, por possuírem a finalidade de elaborar protocolos para uma conduta que possibilite triar e encaminhar os pacientes para setores específicos nas unidades de saúde, promovendo assim sua reabilitação.

Desta forma espera-se que os profissionais de saúde reconheçam a importância das escalas de SALSA e Participação, e as torne uma aliada durante as consultas e rotinas dos serviços, empoderando o exercício e a ciência da enfermagem, evitando que se tornem um mero instrumento de avaliação utilizadas apenas em pesquisas.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z.N.; RIBEIRO, M.C.S (orgs.) **Vigilância e controle das doenças transmissíveis**. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2006.

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Ver. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 36, n.3, p.373-382, maio/jun.2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000300010&ing=em&nrm=isso >. Acesso em: 12 Abr. 2013.

BORENSTEIN, M. S. et al., Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, p.708-712, nov. 2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700009 > Acesso em: 10 Abr. 2013.

BARBOSA, J. C. et al. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e Participação social. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v.61, p.727-733. nov.2008. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000700012&script=sci_arttext > Acesso em: 12 Abr. 2013.

BÍBLIA, Sagrada: edição pastoral. Trad. de Ivo Storniolo e Euclides Martins Balancin. São Paulo: Paulus, 1991.

BATISTA, A. M. N. **Avaliação da incapacidade e limitação de atividades em pacientes afetados pela hanseníase**: uma análise do escore SALSA .2010.44f. Monografia (Aprimoramento profissional em terapia ocupacional) – Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, 2010. Disponível em: <<http://bvshalud.org/portal/resource/pt/han-26979> > Acesso em: 12 Abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. 3 ed. Brasília, DF, n.111, 2002. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/guia_de_hanseníase.pdf > Acesso em: 12 abr. 2013.

_____. Controle da Hanseníase na Atenção Básica. **Guia prático para Profissionais da Equipe de Saúde da Família**. Brasília, DF, n.111, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseníase_atencao.pdf. Acesso em: 12 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Prevenção de Incapacidades**, 3 ed. Brasília, DF, 2008. (Caderno de prevenção e reabilitação em hanseníase, n.1).

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase**, Portaria Nº 3.125,2010. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. >Acesso em:12 abr.2013.

_____. Ministério da Saúde. **Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase, portaria nº 3.125, 2010**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf >. Acesso em:12 fev. 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase: caderno do monitor**. Brasília, DF, n.1. 2010.

_____. Secretária de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Hanseníase: capacitação para profissionais da atenção Primária em Saúde**. Brasília, DF,2011. 1 CD-ROM. Acesso em: 18.mar.2014.

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de janeiro, 2000.

Conselho Regional de Enfermagem de Rondônia (COREN-RO). **Caderno de Legislação: Gestão 2008-2011**.8ªed. Porto Velho, 2011. Disponível em:<http://www.corenro.org.br/site/iMages/documentos/caderno_de_legislação_Corenro.pdf>Acesso em:12 abr.2013.

CONTIN, L. A. et al., Uso do teste ML-Flow como auxiliar na classificação e tratamento da hanseníase. **Bras. de Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1,p.919-5.Jan/fev 2011. Disponível: em:< http://scielo.br/scielo.br/scielo.php?script=sci_arttxt-&pid=S033650592011000100012&Ing=em&nrm=isso>. Acesso em:12 Abr.2013.

CHIN, J. **Manual de Controle das Doenças Transmissíveis**. 17.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAVALIERE, I.A. L; GRYNSZPAN, D. Fábrica de Imaginário, usina de estigmas: Conhecimentos e crenças de uma comunidade escolar sobre hanseníase. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v.16, n.2, p. 345-362, abr/jun 2008. Disponível em:< <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src->

=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=529796&indexSearch=ID >Acesso em: 15 abr. 2013.

CURI, L. M. “**Defender os sãos e consolar os lázaros**”: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976, 2002. 231f.Dissertação. (Mestrado em História) -Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em História, Uberlândia,2002. Disponívelhttp://www.friocruz.br/historiadahansenise/media/DissertacaoCuri.pdf.Acesso em: 12 abr. 2013.

CLARO, L. B. L.; MONNERAT, G. L.; PESSOA, V. L. R. Redução dos Índices de Abandono no Programa de Controle da Hanseníase. A Experiência de um Serviço de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n.4, p. 504-507, out/dez.1993.Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v9n4/11.pdf> Acesso em: 9 out. 2013.

DUARTE, M.T. C; AYRES, J. A; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília,DF,v.61, p.767-773,nov.2008 Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672-008000700-019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 abr.2013.

DUARTE, M.T. C; AYRES, J. A; SIMONETTI, J. P. Consulta de Enfermagem: Estratégia de Cuidado ao Portador de Hanseníase em Atenção Primária. **Texto e Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.1, p.100-107, jan/mar.2009.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072009000100012&script=sci_arttext> Acesso em:8 abr. 2013.

DESSUNTI, E. M. et al., Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61,p. 689-693,nov. 2008.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 7 maio, 2013.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.13, n.2, p. 76-88.maio/ago. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902-004000200008&lang=pt >Acesso em: 8 Abr. 2013.

EBENSO, J.; VELEMA, J. P .Test-Retest Reliability of the Screening Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) Scale in North-West Nigeria **Lepr.Rev**,Nigéria,v.80,p.197-204, jun.2009. Disponível em: <http://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/June09/Lep197-204.pdf>.> Acesso em: 15 Abr. 2013.

EBENSO, J. et al. The development of a short questionnaire for Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. The SALSA Collaborative Study Group 2007. **Disabil Rehabil** v.29, n.9, p.689-700, may, 2007. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/174399-91>>. Acesso em: 15 Abr. 2013.

FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**, 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FREITAS C.A.S.L. et al., Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes, **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v.61, p.757-763. nov. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a17v61esp.pdf>>. Acesso em: 7 maio, 2013.

FENLEY, J. C. et al., Limitação de atividades e Participação social em pacientes com diabetes. **Revista Acta Fisiatra.**, v.16, n.1, p.14-18. mar. 2009. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=117 > Acesso em: 15 abr. 2013

IKEHARA, E. et al., Escala SALSA e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. **Revista Acta Fisiátr.** São Paulo, v.17, n.4, p.169-174, dez. 2010. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=36>. Acesso em: 15 Abr. 2013.

LIMA, I. B. **Da Negatividade a Positividade: Possível Transito de Saberes, Prática e Representações sociais Sobre o Estigma da Hanseníase.** 2012. 134f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Capital, 2012. Disponível em: <http://bdtd.bczm.ufrn.br/tde_arquivos/5/TDE-2013-03-04T002956Z-4853/Publico/lzabellaBL DISSERT.pdf>. Acesso em : 12 abr. 2013.

LUNA, I. T. et. al., Adesão ao tratamento da hanseníase: Dificuldades inerentes aos portadores, **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v.63, n.6 p.983-990, nov./dez. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/18.pdf>>. Acesso em 12 abr. 2013.

LANZA, M. F; LANA, F. C. F. O. Processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e Atuação da equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v 20.p.238-246, Jan./Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v-20n>>. Acesso em: 10 out 2013.

MARTINS, P. V; CAPONI, S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15,

p.1047-1054.jan/jun, 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14-13-81232010000700011&script=sci_arttext>. Acesso em:9 Abr. 2013.

MORENO, C. M. C.;ENDERS,C.B;SIMPSON,A.C. Avaliação das capacitações de Hanseníase:Opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 61, p.671-675, jan./fev.2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a03v61esp.pdf>> .Acesso em:5 out 2013.

MOURA, S. H.L. **Avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em Centro de Referência de Minas Gerais**.196f.2010 Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde, Infectologia e Medicina Tropical). Escola de Medicina da UFMG,Belo horizonte,2010. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS8M4F-QB/mestrado_silvia_helena_lyon_de_moura_med.trop..pdf?sequence=1 >. Acesso em 5 out.2013.

NUNES, J. M.; OLIVEIRA, E. N.; VIEIRA, N. F. C. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro,v.16,p.1311-1318.jan.2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1413-81232011000700065>> . Acesso em: 09 Abr. 2013.

HERDMAN,T.H.(Org.). Diagnostico de enfermagem da Nanda: definições e classificação 2009-2011.Porto Alegre, Artmed,2010.

OPROMOLLA, P. A ; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.195-203,fev. 2011.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:07 Maio 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS).Lisboa: Direção Geral de Saúde,2004. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acesso em: 12 abr.2013

PEREIRA, S. V. M.et al. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , DF, v. 61, Nov.2008.Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167200834-71672008000700020 >. Acesso em:15 nov.2013.

PEDRAZZANI,S.E. Levantamento sobre as ações de Enfermagem no programa de Controlada hanseníase no estado de São Paulo. **Rev.Latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.1,p.109/115. 1995.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v3n1/v3n1a09.pdf> .Acesso em: 28 Mar 2013.

PIRES, M.R.G.M; GOTTEMS, L.B.D. Análise da Gestão do Cuidado no Programa e Saúde da Família: referencial teórico metodológico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, V.62, n.2, p.294-299, mar/abr.2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12675/1/ARTIGO_AnaliseGestaoCuidado.pdf> acesso em: 11 jan 2014.

PEREIRA, S. V. M et al. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev. Bras. de Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, p. 716-725, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000700020&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 Mar.2013.

PONTES, A. C; LEITAO, I.M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, DF, v. 61, n. 3, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Mar.2013.

ROSENSTOCK, I.V.; NEVES, M. J. D..Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa-PB, Brasil. **Rev. Bras de Enferm.** João Pessoa, v.63, n.4, p.581-6 jul./ago.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000400013&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 jan. 2014.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo assistencial. **Revista latino-americano de enfermagem**, Ribeirão Preto v.13, n.6, nov./dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000600016&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 fev.2014.

RAFAEL, A. C. **Pacientes em tratamento e pós alta em hanseníase: Estudo comparativo entre os graus de incapacidades preconizada pelo Ministério da Saúde correlacionado-os com as Escala de SALSA e Participação Social**, 2009.93f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/4384/1/2009_AngelicaCamposRafael.pdf> Acesso em: 7 maio 2013.

SAVASSI, L. C. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. 2010. 179f. (Dissertação Mestrado em Ciências) pelo Programa de Pós -Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte. Disponível em: http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf. Acesso em: 28.fev.2014.

SILVA, F.R.F.et.al. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente da hanseníase. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.18, n.2, p.290-297, abr./jun.2009.

Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/12.pdf>.> Acesso em: 5 out.2013.

SOUZA, L. W. F. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**,Uberaba , v. 43, n.6,p.737-739,nov/dez,2010.Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000600029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2013.

SOBRINHO, R. A. S, et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, nov./dez. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000600011&script=sci_arttext&lng=pt > Acesso em: 07 Maio 2013.

SANTOS, C M. **Importância da Atuação do Enfermeiro na Prevenção e Tratamento das Seqüelas em Decorrência da Hanseníase**, 2012.57f .Monografia (Trabalho de conclusão de curso em Enfermagem) Faculdade de Educação e Meio Ambiente,Ariquemes,2012.

TRAD, L.A.B; ESPERIDIÃO, M. A. sentidos e práticas da humanização na estratégia da família:A visão de usuário em seis municípios do nordeste. Rio de Janeiro, v.20.n.4,p.1099-1117,dez.2010 **Physis** .Disponível em:<http://www.scielo.br/scielop-hp?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 out. 2013.

TEIXEIRA, M. A. G; SILVEIRA, V. M.; FRANCA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 3,p.287-292.mai/jun.2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003786822010000300015&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 12 out. 2013.

VIDERES, A. R. N, **Trajeto de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar**, 2010.187f. Dissertação. (Mestrado enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal,RN,2010. Disponível em:<http://www.morhan.org.br/views/upload/Dissertacao_Arieli_PDF_copia.pdf> Acesso em:12 abr. 2013.

ANEXO I

SALSA – Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES SOBRE O CLIENTE

Nome: _____

Prontuário: _____ Idade: _____ Sexo: _____

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

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

Outras condições médicas que afetam as atividades diárias: _____

(e.g., diminuição de ADM de quadril, dor nas costas, problemas em ombro ou joelho, trauma em mão...)

Ocupação: _____

Uso de adaptação/órtese: _____

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

Registro de deficiências

| Acuidade visual | | |
|-----------------|-------|---|
| D | | E |
| | Perto | |
| | Longe | |

| Força muscular | | |
|----------------|-------|---|
| D | | E |
| | Olho | |
| | Mão | |
| | Pé | |
| | Outro | |

| Perda de sensibilidade | | |
|------------------------|-------|---|
| D | | E |
| | Olho | |
| | Mão | |
| | Pé | |
| | Outro | |

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

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

ESCALA SALSA

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

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

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

ANEXO II

Escala de participação

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

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

| Número | Escala de Participação | Não especificado, não respondeu | Sim | Às vezes | Não | Irrelevante, eu não quero, eu não preciso | Não é problema | Pequeno | Médio | Grande | PONTUAÇÃO |
|--------|--|---------------------------------|-----|----------|-----|---|----------------|---------|-------|--------|-----------|
| | | | 0 | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 1 | Você tem a mesma oportunidade que seus pares para encontrar trabalho? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 2 | Você trabalha tanto quanto seus pares (mesmo número de horas, tipo de trabalho, etc.)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 3 | Você contribui economicamente com a sua casa de maneira semelhante à de seus pares? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 4 | Você viaja para fora de sua cidade com tanta frequência quanto seus pares (exceto para tratamento), p. ex., feiras, encontros, festas? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 5 | Você ajuda outras pessoas (p. ex., vizinhos, amigos ou parentes)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 6 | Você participa de atividades recreativas/sociais com a mesma frequência que seus pares (p. ex., esportes, conversas, reuniões)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 7 | Você é tão ativo socialmente quanto seus pares (p. ex., em atividades religiosas/comunitárias)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |

| Número | Escola de Participação | Não especificado, não respondeu | Sim | Às vezes | Não | Irrelevante, eu não quero, eu não preciso | Não é problema | Pequeno | Médio | Grande | PONTUAÇÃO |
|--------|--|---------------------------------|-----|----------|-----|---|----------------|---------|-------|--------|-----------|
| | | | 0 | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 8 | Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma frequência que seus pares? <i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i> | | 0 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 9 | Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas? <i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i> | | 0 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 10 | Você recebe o mesmo respeito na comunidade quanto seus pares? <i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i> | | 0 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 11 | Você se locomove dentro e fora de casa e pela vizinhança/cidade do mesmo jeito que os seus pares? <i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i> | | 0 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 12 | Em sua cidade, você frequenta todos os locais públicos (incluindo escolas, lojas, escritórios, mercados, bares e restaurantes)? <i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i> | | 0 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 13 | Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)? <i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i> | | 0 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 14 | Em sua casa, você faz o serviço de casa? <i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i> | | 0 | | | | | | | | |
| | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |

| Número | Escola de Participação | Não especificado, não respondeu | Sim | Às vezes | Não | Irrelevante, eu não quero, eu não preciso | Não é problema | Pequeno | Médio | Grande | PONTUAÇÃO |
|--------|--|---------------------------------|-----|----------|-----|---|----------------|---------|-------|--------|-----------|
| | | | 0 | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 15 | Nas discussões familiares, sua opinião é importante? | | 0 | | | | | | | | |
| 16 | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| | Na sua casa, você come junto com as outras pessoas, inclusive dividindo os mesmos utensílios, etc.? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 17 | Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p. ex., casamentos, batizados, velórios, etc.)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 18 | Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |

TOTAL

Comentário: _____

Graus de restrição de participação

| Sem restrição significativa | Leve restrição | Restrição moderada | Restrição grave | Restrição extrema |
|-----------------------------|----------------|--------------------|-----------------|-------------------|
| 0 – 12 | 13 – 22 | 23 – 32 | 33 – 52 | 53 – 90 |