

**INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA ACOMETIDA PELA
HANSENÍASE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
FUNDAMENTADO NA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Identificação e informações sociodemográficas :

Nome: _____ Prontuário: _____
Data de nascimento: __/__/____ Idade: ____ Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual ()
Outra: _____ Estado Civil: () solteiro () casado () união estável () viúvo () divorciado
Raça/Etnia: () Amarela () Branca () Parda () Preta () Indígena
() Quilombola Endereço: _____
Ocupação/Profissão: _____ Renda familiar (salários mínimos): () 1 a 2 () 3 a 5 () 5 a 10 () > 10
Benefícios: () Bolsa família () Benefício de Prestação Continuada
Reside: () Sozinho () Conjugê () Outros: _____. Nº de pessoas na casa: _____.

História Atual:

Data do diagnóstico: _____ Classificação Operacional: () Paucibacilar () Multibacilar .
Formas Clínicas : () Hanseníase Tuberculóide () Hanseníase Virchowiana () Hanseníase dimorfa ()
Hanseníase Indeterminada () Hanseníase Neural Pura

Comorbidades e complicações da Hanseníase:

() Neurite () Reações hansênicas () Dor neuropática relacionado a hanseníase () Aparecimento de incapacidade física pós diagnóstico () Úlceras plantares.

Outras Comorbidades e complicações na História Atual: () Diabetes () Hipertensão Arterial () Deficiência visual () Infecções () Doenças autoimunes () Linfomas () Outros tipos de câncer () Outras doenças: _____

Hábitos de vida

() Tabagista? () Não () Sim. Se sim, número de cigarros/dia: _____s () Etilista? () Não () Sim. Se sim, qual a última vez que ingeriu bebidas alcoólicas e em qual quantidade? _____

NECESSIDADES PSICBIOLÓGICAS

Regulação neurológica

() Orientado no tempo/espaço () Calmo () Confuso () Agitado. Outro: _____

Percepção dos órgãos do sentido

Olhos: Faz uso de óculos/lentes de contato? () Não () Sim () Sem alterações.

Ouvido: Acuidade auditiva diminuída? () Não () Sim; () sujidades () secreção () hiperemia () espessamento de nervo auricular () Sem alterações.

Nariz: () desvio de septo () sujidades () secreções () desabamento nasal () Sem alterações.

Fala: Possui alterações na fala? () Não () Sim Se sim, qual (is)? _____ () Sem alterações.

Tato: () Percepção dolorosa diminuída () Percepção térmica diminuída () Percepção tátil diminuída () Sem alterações.

Hidratação

() Pele hidratada () Mucosa hidratada () Pele xerótica () Xerostomia em cavidade bucal () Outro: _____

Nutrição

Refeições diárias: () Café da manhã () Colação () Almoço () Lanche da tarde () Jantar () Ceia

Principais refeições (lugar): () Em casa () Na escola () No trabalho () Outro:

Preferências alimentares: Maior consumo de: () Alimentos *in natura* ou minimamente processados () Alimentos processados () Alimentos ultraprocessados.

Restrições alimentares: () Não () Sim, Qual(s)? : _____

Sono e Repouso

Horário de dormir: às __h. Dorme durante o dia: () Não () Sim. Por quanto tempo ____min/h.

Qualidade do sono: () Ótimo () Bom () Regular () Ruim

Problemas relacionados ao sono: () Não () Sim, Qual(s)? _____ () Insônia () Sono agitado

() Pesadelos () Ronco () Sono interrompido () Dificuldade de iniciar o sono

Utilização de medicamentos para dormir, Quais? _____

Exercícios de Autocuidado

Apresenta alguma limitação relacionada ao Autocuidado () Sim, qual? _____ () Não

Alongamentos: () Não realiza () Realiza

Estimulação Sensorial: () Não realiza () Realiza

Restrição de atividade física: () Sim, qual? _____ () Não




Atividades físicas: () Não realiza () Realiza, qual? _____

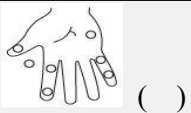
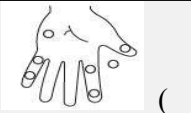
Abrigo

Zona de Moradia: () Urbana () Rural () Institucionalizado () Situação de rua



Luz Pública: () Não () Sim Coleta de lixo: () Não () Sim Água tratada: () Não () Sim

Rede de Esgoto: () Pública () Fossa () Céu aberto Presença de animais domésticos: () Não () Sim



Regulação hormonal																																																						
Altura: ___ cm Peso: ___ kg																																																						
IMC: ___ () Baixo peso () Eutrofia () Sobrepeso () Obesidade grau 1 () Obesidade grau 2 Circunferência abdominal: _____																																																						
Oxigenação																																																						
Tempo de enchimento capilar: () < 2s () > 2s Frequência respiratória: ___ irpm SatO2 ___ % MMVV: ()																																																						
Presentes () Diminuídos () Ausentes																																																						
Ruídos Adventícios: () Ausentes () Roncos () Sibilos () Creptantes () Subcreptantes																																																						
Regulação térmica																																																						
() Afebril ___ °C () Subfebril ___ °C () Febril ___ °C () Hipotérmico ___ °C																																																						
Eliminações																																																						
Eliminação urinária - Frequência: ___ Coloração: ___ Odor? () Não () Sim . Dor ao urinar? () Não () Sim. Incontinência? () Não () Sim																																																						
Eliminação do Trato Gastrointestinal - Frequência: ___ Coloração: ___																																																						
Dor? () Não () Sim. Incontinência? () Não () Sim. Constipação? () Não () Sim. Diarreia? () Não () Sim																																																						
Uso de laxante: () Não () Sim, Qual(s)? _____																																																						
Uso de equipamento coletor ou dispositivo externo: () Não () Sim, Tipo: _____																																																						
Sexualidade																																																						
Vida sexual ativa: () Não () Sim																																																						
Distúrbio sexual: () Não () Sim, Se sim: () Alteração da libido () Disfunção erétil () Dispaurenia () Outros: _____																																																						
Locomoção, mecânica corporal e motilidade (marque mais de uma opção se necessário)																																																						
() Deambula () Deambula com dispositivo de marcha () Deambula com dificuldade () Não deambula																																																						
Risco de quedas? () Não () Sim																																																						
Avaliação Neurológica e Periférica																																																						
A avaliação será dividida em Face, Membros Superiores e Membros Inferiores, com palpação de nervo, Teste de Força Muscular e Teste de sensibilidade.																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Face</th> </tr> <tr> <th>Nariz</th> <th>D</th> <th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Queixas</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Ressecamento</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Ferida</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Perfuração de septo</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> </tbody> </table>			Face			Nariz	D	E	Queixas	() Sim	() Não	Ressecamento	() Sim	() Não	Ferida	() Sim	() Não	Perfuração de septo	() Sim	() Não	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Face</th> </tr> <tr> <th>Olhos</th> <th>D</th> <th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Queixas</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Diminuição da sensibilidade da córnea</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Diminuição da força muscular das pálpebras superiores</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Fecha os olhos sem força</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Fecha os olhos com força</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Triquiase</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Ectropio</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Opacidade Corneana</td> <td>() Sim</td> <td>() Não</td> </tr> <tr> <td>Acuidade Visual - Valor da escala de Optotipo</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Face			Olhos	D	E	Queixas	() Sim	() Não	Diminuição da sensibilidade da córnea	() Sim	() Não	Diminuição da força muscular das pálpebras superiores	() Sim	() Não	Fecha os olhos sem força	() Sim	() Não	Fecha os olhos com força	() Sim	() Não	Triquiase	() Sim	() Não	Ectropio	() Sim	() Não	Opacidade Corneana	() Sim	() Não	Acuidade Visual - Valor da escala de Optotipo		
Face																																																						
Nariz	D	E																																																				
Queixas	() Sim	() Não																																																				
Ressecamento	() Sim	() Não																																																				
Ferida	() Sim	() Não																																																				
Perfuração de septo	() Sim	() Não																																																				
Face																																																						
Olhos	D	E																																																				
Queixas	() Sim	() Não																																																				
Diminuição da sensibilidade da córnea	() Sim	() Não																																																				
Diminuição da força muscular das pálpebras superiores	() Sim	() Não																																																				
Fecha os olhos sem força	() Sim	() Não																																																				
Fecha os olhos com força	() Sim	() Não																																																				
Triquiase	() Sim	() Não																																																				
Ectropio	() Sim	() Não																																																				
Opacidade Corneana	() Sim	() Não																																																				
Acuidade Visual - Valor da escala de Optotipo																																																						
Legenda: Em caso de fenda, nos casos de ‘fecha os olhos sem força’ e ‘fecha os olhos com força’ anotar em milímetros (mm), em caso de ausência de fenda anotar 0 (zero):																																																						
Acuidade visual: se usar óculos para longe, usar durante o exame; Utilizar a tabela de optotipos ‘E’ a distância a 3 metros para medida da acuidade visual.																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Membros Superiores</th> </tr> <tr> <th>Queixas</th> <th>D</th> <th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Palpação de Nervos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Radial</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Ulnar</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Mediano</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>			Membros Superiores			Queixas	D	E	Palpação de Nervos			Radial	()	()	Ulnar	()	()	Mediano	()	()	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Membros Superiores</th> </tr> <tr> <th>Avaliação de força</th> <th></th> <th>D</th> <th>E</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Elevar o punho/ Extensão de punho (nervo radial)</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Abrir dedo mínimo/ Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>Elevar o polegar/ Abdução do polegar (nervo mediano)</td> <td></td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	Membros Superiores				Avaliação de força		D	E	Elevar o punho/ Extensão de punho (nervo radial)		()	()	Abrir dedo mínimo/ Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)		()	()	Elevar o polegar/ Abdução do polegar (nervo mediano)		()	()													
Membros Superiores																																																						
Queixas	D	E																																																				
Palpação de Nervos																																																						
Radial	()	()																																																				
Ulnar	()	()																																																				
Mediano	()	()																																																				
Membros Superiores																																																						
Avaliação de força		D	E																																																			
Elevar o punho/ Extensão de punho (nervo radial)		()	()																																																			
Abrir dedo mínimo/ Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)		()	()																																																			
Elevar o polegar/ Abdução do polegar (nervo mediano)		()	()																																																			
Legenda para Palpação de Nervos: Normal= N Espessado=E Dor= D Choque=C																																																						
Legenda para Avaliação da Força: Forte= 5, Resistência Parcial= 4, Movimento Completo= 3, Movimento Parcial=2, Contração= 1, Paralisado=0 OU Forte=F, Diminuída= D, Paralisado=P.																																																						

Inspeção e Avaliação Sensitiva	
D	E
 ()	 ()

Legenda: Seguir as cores dos monofilamentos conforme instruções do fabricante.



Garra móvel = M, Garra rígida = R, Reabsorção =  Lesões tróficas = Lesões traumáticas = .

Membros Inferiores		
Queixas	D	E
Palpação de Nervos	()	()
Fibular	()	()
Tibial	()	()



Membros Inferiores			
Avaliação de Força		D	E
Elevar o hálux/ Extensão de hálux (nervo fibular)		()	()
Elevar o pé/ Dorsiflexão do pé (nervo fibular)		()	()

Legenda para Palpação de Nervos: Normal= N Espessado=E Dor= D Choque=C

Legenda para Avaliação da Força: Forte= 5, Resistência Parcial= 4, Movimento Completo= 3, Movimento Parcial=2, Contração= 1, Paralisado=0 OU Forte=F, Diminuída= D, Paralisado= P.

Inspeção e Avaliação Sensitiva	
D	E
 ()	 ()

Legenda: Seguir as cores dos monofilamentos conforme instruções do fabricante.

Garra móvel = M, Garra rígida = R, Reabsorção =  Lesões tróficas = Lesões traumáticas = .

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ ou Sintomas	D	E	Sinais e/ ou Sintomas	D	E	Sinais e/ ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase	()	()	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase	()	()	Nenhum problema com os pés devido à hanseníase	()	()
1	Diminuição ou perda da sensibilidade	()	()	Diminuição ou perda da sensibilidade	()	()	Diminuição ou perda da sensibilidade	()	()
2	Lagofalmo e/ ou ectrópio	()	()	Lesões tróficas e / ou lesões traumáticas	()	()	Lesões tróficas e / ou lesões traumáticas	()	()
	Triquíase	()	()	Garras	()	()	Garras	()	()
	Opacidade corneana central	()	()	Reabsorção	()	()	Reabsorção	()	()
	Acuidade visual menor que 0, 1 ou não conta os dedos a	()	()	Mão caída	()	()	Pé caído	()	()
						Contratura do	()	()	

6 m						tornozelo		
-----	--	--	--	--	--	-----------	--	--

Formulário para Classificação do Grau de Incapacidade

Formulário para Graduação da Força Muscular

Força		Descrição
Forte	5	Realiza o movimento complexo contra gravidade com resistência máxima
Fraca	4	Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial.
	3	Realiza o movimento completo contra gravidade.
	2	Realiza o movimento parcial.
Nenhum	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento).

Fonte: Brasil, 2022.

Terapêutica

Está em tratamento de Hanseníase () Sim () Não

Quais medicação em uso? () PQT-U-Adulto () PQT- U Infantil () Esquema alternativo

Está em tratamento de reações hansênicas ou neurites? () Sim () Não

Quais medicamentos? () Predinisona () Talidomida () Anticonvulsivantes () Antidepressivos

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Investigação de Contatos Domiciliares

Quando foi realizado o diagnóstico de hanseníase, os contatos domiciliares foram avaliados? () Sim () Não

Recreação /Lazer/ Criatividade

() Televisão () Música () Computador () Celular () Livros () Trabalhos Manuais () Outros ,Cite: _

Amor/Aceitação/ Atenção/ Gregária/ Auto estima/ Segurança

Acompanhado (a) no momento da consulta:() Sim () Não

Emocional: () Estabilidade emocional preservada () Ansiedade () Choro () Angústia () Agitação

() Medo Opiniões de si mesmo sobre sua condição de saúde: () Positiva/autoprovação ()

Negativa/depreciação () estigma () preconceito () discriminação

Sente algum tipo de preconceito por ter hanseníase? () sim () não

Sente que ocorreu mudança na sua qualidade de vida devido a hanseníase? () sim () não

Comunicação e Gragária

Possui apoio familiar/amigos:() Sim () Não / Interação com as pessoas: () Sim () Não

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Religião/Espiritualidade

() Sim. Qual: _____ () Não

CONCLUSÃO

Impressões do enfermeiro, observações ou intercorrências:

Unidade de Saúde: _____

Enfermeiro responsável : _____ Data: ____ / ____ / ____