

14. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HANSENÍASE

Denise Ferreira de Freitas¹

Edna Magalhães de Alencar Barbosa²

Antes de proceder à leitura do capítulo a seguir, é indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem que se vincula a matéria:

Lei nº 7.498/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Decreto nº 94.406/1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.

Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.

Resolução COFEN nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.

Resolução COFEN nº 509/2016. Dispõe sobre a Anotação de Responsabilidade Técnica, pelo Serviço de Enfermagem, bem como, as atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico.

Resolução COFEN nº 514/2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente

Resolução COFEN nº 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Resolução COFEN nº 625/2020. Altera a Resolução Cofen nº 581, de 11 de julho de 2018, que atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades.

Resolução COFEN nº 689/2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos.

INTRODUÇÃO

“A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, manifestada por sinais e sintomas dermatoneurológicos (lesões de pele e nervos periféricos, podendo cursar com surtos reacionais intercorrentes) com potencial incapacitante” (GOIÁS, 2015). O potencial incapacitante está relacionado às deformidades físicas, sendo este, um dos fatores que contribui para a manutenção do estigma e preconceito sobre a doença. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem a cura, sem deixar sequelas (BRASIL, 2016; BRASIL, 2007).

Embora a tendência da endemia apresente redução gradativa do número de casos, em 2021 foram detectados 892 novos casos, com um coeficiente de detecção de 12,6/100.000 habitantes, exigindo dos profissionais de saúde um papel preponderante para a eliminação da doença como problema de saúde pública. Dentre os casos novos, 9,6% apresentaram incapacidade física, o que indica a ocorrência de diagnóstico tardio. O controle da hanseníase é baseado no diagnóstico precoce de casos, com ênfase no exame dos contatos intradomiciliares, no tratamento em tempo oportuno e na cura, visando à interrupção da cadeia de transmissão (FREITAS; BARBOSA, 2021).

A assistência de enfermagem é parte integrante desse processo de cura, e deve estar de acordo com as diretrizes preconizadas pela Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eli-

¹ Enfermeira. Especialista, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

² Enfermeira. Mestre, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Professora do Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC/GO).

minação/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (CGHDE/SVS-MS), respaldada pela Portaria nº 149, de 03 de fevereiro de 2016, que dispõe sobre as ações de controle da hanseníase (BRASIL, 2016).

O Fluxograma I (ANEXO A - ver final deste capítulo) apresenta as principais ações ao paciente portador de Hanseníase.

Descrição

A hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen), que infecta muitos indivíduos (alta infectividade), adoece pouco (baixa patogenicidade) e apresenta considerável poder incapacitante (alta virulência). O tratamento poliquimioterápico (PQT/OMS) permite a cura, com impacto imediato na transmissibilidade já a partir das primeiras doses da medicação, quando os bacilos se tornam inviáveis (BRASIL, 2007).

Transmissão

As vias aéreas superiores são a principal via de eliminação do bacilo e a mais provável porta de entrada. A maioria das pessoas não adoece, pois, em geral, tem imunidade para o bacilo. Acomete em ambos os sexos, inclusive crianças, e o maior risco é observado entre contatos domiciliares e de comunicantes (definidos como contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase, e pessoas que estão em contato diário e íntimo). O ambiente fechado, a ausência de ventilação e de luz solar também favorecem a transmissão (BRASIL, 2007).

Figura 1. Painel de transmissão da hanseníase



Fonte: Brasil (2011).

Sinais e Sintomas

A enfermagem deve estar atenta ao aparecimento da doença e suas diferentes manifestações clínicas. Os agentes comunitários de saúde, tendo maior contato com a população, devem ser capazes de perceber se alguma das pessoas visitadas apresentam qualquer sinal ou sintoma de hanseníase, conforme o Quadro 1 apresentado abaixo (BRASIL, 2011).

QUADRO 1. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS DA HANSENÍASE

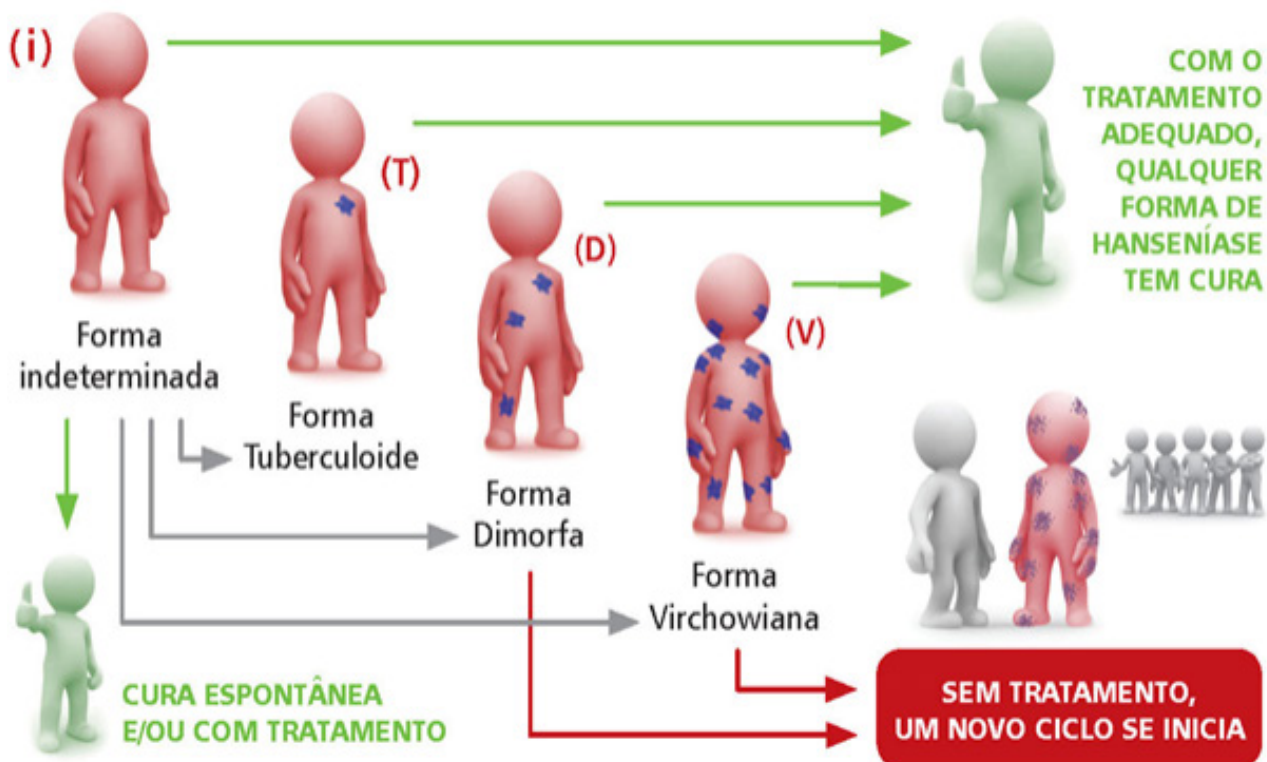
| | |
|-----------------------|--|
| Dermatológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas; • Pápulas; • Infiltrações; • Tubérculos; • Nódulos. |
| Neurológicos | <ul style="list-style-type: none"> • Dor e/ou espessamento de nervos periféricos; • Diminuição e/ou perda de sensibilidade e força muscular, principalmente nos olhos, mãos e pés; • A neurite pode ser aguda, crônica ou silenciosa. |
| Sistêmicos | <ul style="list-style-type: none"> • A hanseníase virchowiana é uma doença com manifestações viscerais importantes (febre, mal-estar, dor) e acomete órgãos como: globo ocular, laringe, fígado, baço, suprarrenais, sistema vascular periférico, linfonodos, testículos. |

Fonte: Brasil (2011).

Evolução e Classificação da Hanseníase

A doença e suas manifestações clínicas podem ocorrer após um longo período de incubação: 2 a 7 anos. Nem todos os casos evoluem para doentes, e a forma inicial pode evoluir para cura espontânea, mesmo sem tratamento, conforme ilustrado na Figura 2. (SOUZA, 1997).

FIGURA 2. EVOLUÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE



Fonte: Brasil (2011).

A classificação operacional do caso, visando o tratamento com poliquimioterapia (PQT), é baseada no número de lesões cutâneas: Paucibacilar (PB) – casos com até 5 lesões de pele; Multibacilar (MB) - casos com mais de 5 lesões de pele (BRASIL, 2016; BRASIL, 2007).

Diagnóstico da Hanseníase

O diagnóstico é clínico e epidemiológico, baseado na história, condições de vida e exame dermatoneurológico. Na suspeição diagnóstica, o enfermeiro identifica lesões ou áreas de pele com diminuição ou perda da sensibilidade, comprometimento de nervos periféricos e alterações sensitivas motoras e autonômicas (BRASIL, 2011).

Os Quadros 2 e 3 (ANEXO B e C - ver final deste capítulo) apresentam, respectivamente, as ações de enfermagem na abordagem clínica sob uma suspeita de hanseníase e as ações de enfermagem após a confirmação diagnóstica. Depois de confirmado o diagnóstico de hanseníase, o enfermeiro deverá prosseguir com o acompanhamento do caso até após a alta, por cura.

Tratamento

O tratamento é ambulatorial, utilizando-se os esquemas terapêuticos padronizados e combinação de medicamentos (PQT/OMS). De acordo com a classificação operacional, uma dose mensal é administrada na unidade de saúde (dose supervisionada), e as demais doses autoadministradas (pelo paciente em sua moradia), conforme esquematizado e detalhado no Quadro 4 (ANEXO D - ver final deste capítulo) (BRASIL, 2021).

Reações Hansênicas

As intercorrências agudas que ocorrem por manifestação do sistema imunológico aparecem no início da doença, durante o tratamento e após a alta. Não exige a suspensão ou reinício da PQT: Reação Tipo I - aparecem novas lesões dermatológicas, com alterações de cor e edema nas lesões antigas. Ocorre antes de iniciar o tratamento, após o tratamento e raramente após 5 anos da alta medicamentosa. Reação tipo II – nódulos subcutâneos, febre, dores articulares e mal-estar generalizado. Surge, geralmente, durante os três primeiros anos, após o início da PQT, podendo ocorrer antes do seu início ou até cinco anos após seu término (ANDRADE *et al.*, 2007).

Vigilância e Exame dos Contatos

A Vigilância de Contatos é um conjunto de medidas que objetivam a intervenção na cadeia de transmissão no espaço mais provável de sua ocorrência (BRASIL, 2016). No Quadro 5 (ANEXO E - ver final deste capítulo), estão descritas as principais ações a serem realizadas na consulta de enfermagem em vigilância aos contatos intradomiciliares e sociais de pessoas sob suspeita de hanseníase.

Avaliação do Grau de Incapacidade

No momento do diagnóstico, avalia-se o grau de incapacidade física (conforme o Formulário 1, (ANEXO F - ver final deste capítulo), a função neural e o estado reacional do paciente. Esta avaliação, realizada no diagnóstico e na alta, permite classificar e prevenir as incapacidades físicas e detectar existência de deformidades visíveis como: lagofalmo, úlceras, garras, reabsorções, pé caído, mão caída e outros (BRASIL, 2021).

Avaliação Neurológica Simplificada

Consiste na avaliação da integridade da função neural da face, membros superiores e inferiores. É realizada através de testes de sensibilidade, força muscular e palpação de nervos periféricos, permitindo monitoração e registro, visando evitar incapacidades físicas. É realizada no início do tratamento, após 3/3 meses e na alta (BRASIL, 2021). Essas avaliações devem ser feitas e registradas conforme indicado no Formulário 1 (ANEXO F – ver final deste capítulo).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. C. *et al.* (Ed.). **Como reconhecer e tratar reações hansênicas**. 2. ed. Belo Horizonte: Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais, 2007. 90 p. (Guias de aprendizagem sobre hanseníase).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Capacitação para Profissionais da Atenção Primária em Saúde** [CD]: 375 Slides. 2011. 1 CD.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **Nota Técnica Nº 16/2021-CGDE/. DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre a ampliação do uso da clofazimina para hanseníase paucibacilar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/07/SEI_MS-0020845770-Nota-Te%CC%81cnica-16.pdf.

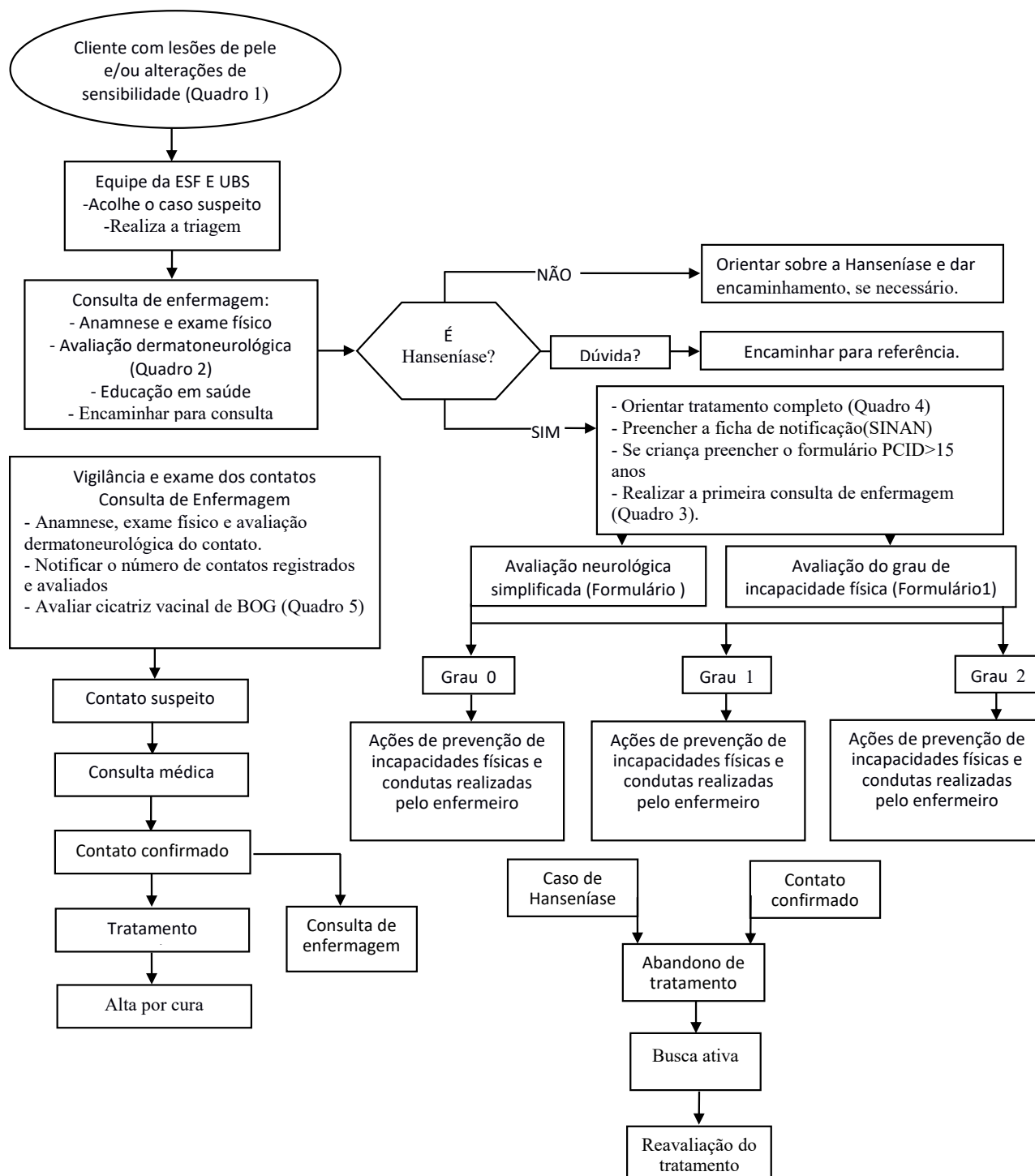
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **Nota Técnica Nº 5/2022-CGDE/. DCCI/SVS/MS**. Dispõe sobre Alterações no Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e Classificação do Grau de Incapacidade Física em Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?Codigo_verificador_0025612804_e_o_codigo_CRC_68498DD9.

COREN-RJ. Protocolo de Enfermagem para cuidados e tratamento de Hanseníase. In: _____. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **Protocolos de enfermagem na atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. p. 140-145.

GOIÁS. Governo do Estado de Goiás. Secretaria de Estado de Saúde. **Hanseníase**. 2015. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2015-11/o-que-E-hansenlase-texto-revisado-2015.pdf

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 30, p. 325-334, jul./set. 1997.

ANEXO A. FLUXOGRAMA I. ATENÇÃO AO PORTADOR DE HANSENÍASE



Fonte: Adaptado de COREN-RJ (2012).

ANEXO B. QUADRO 2. AÇÕES DO ENFERMEIRO NA SUSPEITA DE HANSENÍASE

Consulta de enfermagem:

- Anamnese: história epidemiológica, sinais e sintomas, duração e evolução das lesões;
- Avaliação dermatoneurológica: pesquisa de sensibilidade nas lesões de pele (térmica, dolorosa e tátil), palpação de troncos nervosos e avaliação da força muscular;
- Ações de educação e comunicação em saúde;
- Encaminhar para consulta médica.

Fonte: COREN-RJ, (2012).

ANEXO C. QUADRO 3. AÇÕES DO ENFERMEIRO APÓS A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DE HANSENÍASE

| |
|---|
| <p>1ª Consulta de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica, e registrar na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (Formulário 1 p.11, 12, 13) Administrar a dose supervisionada e fornecer a autoadministrada; Orientar sobre a realização de exames complementares: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas (direta e indireta), glicemia de jejum e exame parasitológico de fezes; Encaminhar para outras especialidades, se necessário, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, oftalmologia, serviço social, dentre outras; Agendar e avaliar os contatos intradomiciliares; Realizar atividades de educação em saúde: orientações para o autocuidado, sobre episódios reacionais, efeitos colaterais dos hansenostáticos. |
| <p>Consultas subsequentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Realizar anamnese e exame físico com avaliação dermatoneurológica e registrar na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (de 3/3 meses (Formulário 1 p.11, 12, 13); Investigar possíveis sinais e sintomas de efeitos colaterais da PQT e/ou reação hansênica; Suspender PQT e encaminhar para consulta médica, em casos de reações adversas à PQT; Encaminhar para consulta médica, em caso de reação hansênica; Supervisionar a tomada da dose mensal da PQT, e fornecer as doses diárias autoadministradas; Agendar consulta de retorno para 28 dias, a contar da dose supervisionada; Monitorar o comparecimento do paciente, e proceder à busca de casos faltosos. |

Fonte: COREN-RJ (2012).

ANEXO D. QUADRO 4. ESQUEMA PARA TRATAMENTO DE HANSENÍASE

| POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA DA HANSENÍASE – PQTU | |
|--|---|
| Adulto | Rifampicina: dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg), com administração supervisionada. |
| | Clofazimina: dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100mg), com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg, autoadministrada. |
| | Dapsona: dose mensal de 100mg (1 comprimido de 100mg), supervisionada, e uma dose diária de 100mg, autoadministrada. |
| Criança | Rifampicina: dose mensal de 450mg (1 cápsula de 150mg e 1 cápsula de 300mg), com administração supervisionada |
| | Clofazimina: dose mensal de 150mg (3 cápsulas de 50mg), com administração supervisionada, e uma dose de 50mg, autoadministrada, em dias alternados. |
| | Dapsona: dose mensal de 50mg (1 comprimido de 50mg), supervisionada, e uma dose diária de 50mg, autoadministrada. |
| Duração do tratamento | Classificação Paucibacilar: 6 meses |
| | Classificação Multibacilar: 12 meses |

Fonte: COREN-RJ (2012).

ANEXO E. QUADRO 5. PRINCIPAIS AÇÕES NA CONSULTA DE ENFERMAGEM E NA VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE PESSOAS SUSPEITAS DE HANSENÍASE.

| CONSULTA DE ENFERMAGEM: |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Anamnese, exame físico e avaliação dermatoneurológica do contato; Notificar o número de contatos registrados e avaliados Avaliar cicatriz vacinal de BCG. |

Fonte: COREN-RJ (2012).

ANEXO F. FORMULÁRIO 1. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE

Nome: _____

Sexo: M: F:

Ocupação: _____

Data Nasc: ____/____/____

Município: _____

UF: _____

Classificação Operacional: PB: MB:

Data início PQT-U: ____/____/____

Data Alta PQT-U: ____/____/____

| FACE | | 1ª | / | / | 2ª | / | / | 3ª | / | / | 4ª | / | / |
|---|-----------------------|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|
| Nariz | | D | | E | D | | E | D | | E | D | | E |
| Queixas | | | | | | | | | | | | | |
| Ressecamento | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| Ferida | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| Perfuração de septo | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| Olhos | | D | | E | D | | E | D | | E | D | | E |
| Queixas | | | | | | | | | | | | | |
| Diminuição da sensibilidade da córnea | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| Diminuição da força muscular das pálpebras superiores | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| Fecha olhos sem força | (Fenda) | | | | | | | | | | | | |
| Fecha olhos com força | "mm" ou "0" | | | | | | | | | | | | |
| Triquíase | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| Ectrópio | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| Opacidade da córnea central | (S/N) | | | | | | | | | | | | |
| Acuidade Visual | (Anotação em decimal) | | | | | | | | | | | | |

Legenda: Sim = S; Não = N;

Notas: Em caso de fenda, 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.

| MEMBROS SUPERIORES | | 1ª | / | / | 2ª | / | / | 3ª | / | / | 4ª | / | / |
|--------------------|--|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|
| PALPAÇÃO DE NERVOS | | D | | E | D | | E | D | | E | D | | E |
| Queixas | | | | | | | | | | | | | |
| Radial | | | | | | | | | | | | | |
| Ulnar | | | | | | | | | | | | | |
| Mediano | | | | | | | | | | | | | |

Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C

| AVALIAÇÃO DE FORÇA | | D | | E | D | | E | D | | E | 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: 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 1

| 1ª | / | / | 2ª | / | / | 3ª | / | / | 4ª | / | / |
|----|---|---|----|---|---|----|---|---|----|---|---|
| D | | E | D | | E | D | | E | D | | E |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Legenda: Seguir as cores dos monofilamentos

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

| MEMBROS INFERIORES | | 1ª | | 2ª | | 3ª | | 4ª | | |
|--|--|-----|---|-----|--|---|---|------------------------|----------------------|-------------------------|
| Queixas | | | | | | | | | | |
| PALPAÇÃO DE NERVOS | | D | E | D | E | D | E | D | E | |
| Fibular | | | | | | | | | | |
| Tibial | | | | | | | | | | |
| Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C | | | | | | | | | | |
| AVALIAÇÃO DE FORÇA | | D | E | D | E | D | E | D | E | |
| Elevar o hálux / Extensão de hálux (nervo fibular) | | | | | | | | | | |
| Elevar o pé / Dorsiflexão do pé (nervo fibular) | | | | | | | | | | |
| Legenda: 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 2 | | | | | | | | | | |
| 1ª | | 2ª | | 3ª | | 4ª | | | | |
| D | E | D | E | D | E | D | E | D | E | |
| | | | | | | | | | | |
| Legenda: Seguir as cores dos monofilamentos Garra móvel = M Garra rígida = R Reabsorção = Lesões tróficas = Lesões traumáticas = | | | | | | | | | | |
| DATA DA AVALIAÇÃO | Olhos | | Mãos | | Pés | | Maior Grau | Soma OMP (a+b+c+d+e+f) | ASSINATURA E CARIMBO | OBSERVAÇÕES IMPORTANTES |
| | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) | (f) | | | | |
| ___/___/___ | D | E | D | E | D | E | | | | |
| ___/___/___ | | | | | | | | | | |
| ___/___/___ | | | | | | | | | | |
| ___/___/___ | | | | | | | | | | |
| GRAU | CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA | | | | | | LEGENDAS | | | |
| | OLHOS | | MÃOS | | PÉS | | Monofilamentos | | | |
| 0 | Força muscular das pálpebras preservadas • Consegue ocluir com força e formação de pregas palpebrais simétricas e com grande resistência à abertura da pálpebra forçada pelo examinador. E | | Força muscular das mãos preservada E | | Força muscular dos pés preservada E | | Verde (0,07 g) – preencher círculo na cor verde | | | |
| | Sensibilidade da córnea preservada. E | | Sensibilidade palmar preservada: sente o monofilamento 2 g (violeta/roxa) . | | Sensibilidade plantar preservada: sente o monofilamento 2 g (violeta/roxa) . | | Azul (0,2 g) – preencher círculo na cor azul | | | |
| 1 | Acuidade visual $\geq 0,1$ (a tabela de optotipos "E" de 3 metros ou Conta dedos a 6 metros) | | Diminuição da força muscular da(s)mão(s) sem deficiências visíveis E/OU | | Diminuição da força muscular do(s) pé(s) sem deficiências visíveis E/OU | | Violeta (2,0 g) – preencher círculo na cor violeta/roxa | | | |
| | Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis: • Apresenta resistência mínima à abertura forçada pelo examinador E/OU | | Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2 g (violeta/roxa) . | | Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2 g (violeta/roxa) . | | Vermelho (4,0 g) – preencher círculo na cor vermelha | | | |
| 2 | Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: • Resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar. | | Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: • Garras • Reabsorção óssea • Atrofia muscular • Mão caída • Lesões tróficas • Lesões traumáticas | | Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: • Garras • Reabsorção óssea • Atrofia muscular • Pé caído • Lesões tróficas • Lesões traumáticas | | Laranja (10,0g) – marcar círculo com X na cor vermelho | | | |
| | Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: • Lagofalmo • Ectrópio • Triquiase • Opacidade corneana central E/OU | | Acuidade visual $< 0,1$ (a tabela de optotipos "E" de 3 metros ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas). | | | | Rosa (300 g) – Circular na cor vermelho sem preencher | | | |
| | | | | | | Não sentiu Rosa (300 g) – preencher na cor preta | | | | |
| | | | | | | NOTAS: Inspeção e avaliação sensitiva: 1. O círculo fora da palma da mão indica a avaliação da região dorsal entre o polegar e indicador, inervado pelo nervo radial. 2. O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º artelho, inervado pelo nervo fibular. ATENÇÃO: As incapacidades classificadas como grau 1 e/ou 2, somente serão atribuídas à hanseníase quando excluídas outras causas. | | | | |

FONTE: Brasil (2022).