

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)												
Teste SCHIRMER*	>10 mm <10 mm												

*Em São Paulo a Divisão de Oftalmologia (CVE) disponibiliza o Teste de SCHIRMER para identificação de OLHO SECO.

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
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

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 Sensibilidade da córnea preservada. E Acuidade visual $\geq 0,1$ (a tabela de optotipos "E) de 3 metros ou Conta dedos a 6 metros	Força muscular das mãos preservada E Sensibilidade palmar preservada: <i>sente</i> o monofilamento 2 g (violeta/roxa).	Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar preservada: <i>sente</i> o monofilamento 2 g (violeta/roxa).	Verde (0,07 g) – preencher círculo na cor verde 	
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis: • Apresenta resistência mínima à abertura forçada pelo examinador E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: • Resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar.	Diminuição da força muscular da(s)mão(s) sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: <i>não sente</i> o monofilamento 2 g (violeta/roxa).	Diminuição da força muscular do(s) pé(s) sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: <i>não sente</i> o monofilamento 2 g (violeta/roxa).	Vermelho (4,0 g) – preencher círculo na cor vermelha 	
				Laranja (10,0g) – marcar o círculo com X na cor vermelha 	
				Rosa (300 g) – Circular na cor vermelho sem preencher 	
2	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.	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	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, innervado pelo nervo radial. 2. O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º artelho, innervado pelo nervo fibular. ATENÇÃO: As incapacidades classificadas como grau 1 e/ou 2, somente serão atribuídas à hanseníase quando excluídas outras causas.	

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

NOTA TÉCNICA Nº 5/2022-CGDE/DCCI/SVS/MS

ASSUNTO

Alterações no Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e Classificação do Grau de Incapacidade Física em Hanseníase.

ANÁLISE

Esta Nota Técnica contém detalhamento sobre as alterações realizadas no formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e Classificação do Grau de Incapacidade Física em Hanseníase (GIF), bem como orientações para o preenchimento dos campos alterados.

Foram realizadas as seguintes alterações:

- Mudanças estéticas na diagramação do formulário;
- Alteração da nomenclatura do esquema básico de tratamento (PQT) para (PQT-U) no cabeçalho;
- Ampliação de espaços para o registro de 4 avaliações clínicas do paciente;
- Inclusão do campo “Diminuição da força muscular da pálpebra superior”;
- Mudança na forma de registro dos campos “Fecha olhos sem força” e “Fecha olhos com força”;
- Avaliação da acuidade visual – Adoção da tabela de optotipos “E” a 3 metros em substituição a de 6 metros;
- Correção da força correspondente ao monofilamento verde (de 0,05 g para 0,07 g);
- Inserção do registro do ponto de avaliação da sensibilidade na região dorsal da mão e do pé (círculo fora da mão e do pé);
- Reorganização e atualização dos campos para a classificação do grau de incapacidade física (GIF);

Mudanças estéticas na diagramação do formulário

Foram realizados ajustes estéticos para melhor compreensão, preenchimento e utilização do mesmo.

Alteração da nomenclatura do esquema básico de tratamento (PQT) para (PQT-U) no cabeçalho;

A partir de 1º de julho de 2021, o esquema básico de tratamento dos casos novos de hanseníase paucibacilar (PB) incluiu o medicamento clofazimina. Com isso, o esquema básico se tornou o mesmo em relação ao indicado para hanseníase multibacilar (MB), denominando-se Poliquimioterapia única da hanseníase (PQT-U). Destaca-se que não houve alteração do período de tratamento farmacológico, mantendo-se seis (6) meses para PB e doze (12) meses para MB.

Ampliação de espaços para o registro de 4 avaliações do paciente;

- Nos campos correspondentes à ANS, foram adicionadas duas colunas para contemplar inserção de dados sobre uma quarta avaliação. Dessa forma, considerando período de avaliação trimestral, o formulário contempla informações para o período de um ano.
- Nos campos correspondentes à classificação do GIF, foram adicionadas duas linhas para contemplar inserção de dados em todas as quatro avaliações.

Inclusão do campo “Diminuição da força muscular da pálpebra superior”

Nos pacientes em que o tônus muscular está normal, há ausência de lagoftalmo (fenda), com a oclusão completa palpebral. As pálpebras normais apresentam resistência à abertura nos testes de força muscular, além de um pregueamento cutâneo simétrico.

Mesmo que o paciente já apresente diminuição inicial do tônus e/ou tenha pregueamento cutâneo assimétrico significa paresia, contudo não

tem presença de lagoftalmo (fenda). Dessa forma, é importante a avaliação da força muscular das pálpebras.

Preenchimento do campo

- **Tônus muscular normal:** não há lagoftalmo, consegue ocluir completamente o globo ocular sem a fenda palpebral. As pálpebras normais apresentam resistência à abertura nos testes de força muscular, além de um pregueamento cutâneo simétrico. O campo deve ser preenchido com “N”
- **Diminuição inicial do tônus e da força muscular e pregueamento cutâneo assimétrico:** indicam paresia, porém podem ainda não ter lagoftalmo (fenda) comprovado ao exame. O campo deve ser preenchido com “S”.

Mudança na forma de registro dos campos “Fecha olhos sem força” e “Fecha olhos com força”

O lagoftalmo (fenda) designa uma deficiência da dinâmica da pálpebra superior e/ou inferior, de origem neural ou restritiva, ocasionando a incapacidade de oclusão da fenda palpebral. Na hanseníase, a etiologia do lagoftalmo é sempre de origem neural, implicando lesão do nervo facial, com paresia ou paralisia do músculo orbicular.

Preenchimento do campo

- **Lagoftalmo comprovado (fenda):** tem diminuição ou mesmo ausência do tônus e da força muscular, com assimetria evidente do pregueamento cutâneo palpebral e, nos casos avançados, uma total incapacidade de fechar o olho. Esses lagoftalmos devem ser medidos com régua e anotado em milímetros.

Fecha olhos com força e sem força: anotar em milímetro “**mm**” quando tiver fenda e zero “**0**” quando não tiver.

Avaliação da acuidade visual – Adoção da tabela de optotipos “E” a 3 metros em substituição a de 6 metros;

A visão é a capacidade dinâmica que o olho tem de perceber o universo que o cerca. Esta capacidade depende da ação coordenada entre o sistema visual e o cérebro.

A acuidade visual é a percepção da forma e contorno dos objetos. Sua medida é um teste simples, feito através da utilização de sinais, letras ou figuras (optótipos), que pode levar a um primeiro diagnóstico do estado da saúde ocular, permitindo uma avaliação do funcionamento do olho.

A acuidade visual pode ser cortical ou angular. A cortical mede a capacidade que o sistema visual tem de reconhecer um optótipo de um conjunto de optótipos, por ex: em uma tabela de Snellen ou em uma tabela logarítmica. A angular mede a capacidade de reconhecimento de ver um único optótipo isolado no campo visual circundante.

A medida da acuidade visual pode detectar problemas oculares em todas as faixas etárias, sendo um instrumento fundamental nas ações de saúde ocular. Esta atividade pode ser realizada por pessoas não especializadas, desde que devidamente capacitadas.

Neste sentido, considerando as alterações oculares ocasionadas pela hanseníase e a importância da avaliação da acuidade visual para o acompanhamento do comprometimento da visão, a Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação (CGDE/DCCI/SVS/MS) **padroniza a tabela de optotipos “E” a 3 metros para a avaliação da acuidade visual.**

Preenchimento do campo

- As anotações de acuidade visual devem ser feitas em decimais, de acordo com o valor disposto no lado esquerdo da tabela de optótipos “E” padronizada.

Técnica da medida da acuidade visual para longe (tabela de optótipos “E” a 3 metros)

Tem por finalidade conhecer a visão do indivíduo para longe.

O material a ser utilizado é:

- tabela de optotipos “E” a 3 m;
- ponteiro ou lápis preto;
- cartão ocluser;
- cadeira (opcional);
- metro, trena ou fita métrica;

- fita adesiva;
- impresso para anotação dos resultados;
- giz;

Local do exame

Calmo, iluminado e sem ofuscamento. A luz deve vir por trás ou dos lados da pessoa que vai ser submetida ao teste. Deve-se evitar que a luz incida diretamente sobre a escala.

A tabela de optotipos “E” deve ser colocada numa parede a uma distância de 3 metros da pessoa a ser examinada. O examinador deve fazer uma marca no piso com giz ou fita adesiva, colocando a cadeira de exame de forma que as pernas traseiras desta coincidam com a linha demarcada.

O examinador deve verificar, ainda, se as linhas de optotipos correspondentes 0,8 a 1,0 estão situadas ao nível dos olhos do examinado.

Preparo para a aplicação do teste

A prontidão da resposta do examinado ao teste depende da sua familiaridade com os optotipos. Por essa razão é conveniente que haja um adequado preparo para tal finalidade. Em se tratando de crianças, deve-se fazer um preparo coletivo ou individual, como:

- o examinador deve explicar e demonstrar o que vai fazer;
- deve-se colocar a pessoa próxima à escala e pedir-lhe que indique a direção para onde está voltado cada optótipo;
- O examinador deve ensinar a cobrir o olho sem comprimi-lo e lembrar que, os dois olhos devem ficar abertos, mesmo o que está com o oclisor.

Aplicação da técnica

Se a pessoa usar óculos para longe, os mesmos devem ser mantidos durante o exame. Os optotipos devem ser mostrados com um ponteiro ou lápis preto. A medida da acuidade visual deve ser realizada primeiramente no olho direito, com o esquerdo devidamente coberto com o oclisor; o exame deve ser iniciado com os optotipos maiores, continuando a sequência de leitura até onde a pessoa consiga enxergar sem dificuldade. Utilizar a mesma conduta para medir a acuidade visual do olho esquerdo.

O examinador deve mostrar o maior número possível de optotipos de cada linha.

A acuidade visual a ser registrada será aquela em que a pessoa consiga enxergar até 2/3 da linha de optotipos. Exemplo: na linha com 5 optotipos, o examinado deverá enxergar no mínimo 4.

Se a pessoa que estiver sendo examinada não conseguir identificar corretamente o optótipo maior, fazer com que ela se aproxime da tabela até que possa enxergar o optótipo. Anotar a distância, em metros, onde o examinado conseguiu enxergar.

Se o examinado a um metro de distância da escala não conseguir distinguir os optotipos maiores, verificar se ele consegue contar os dedos da mão do examinador e, em caso afirmativo, anotar qual é a distância máxima onde isto ocorreu. Exemplo: CD a 50 cm = conta dedos a 50 cm.

Se a pessoa for incapaz de detectar os movimentos da mão do examinador, deve-se fazer uso de um foco luminoso, movimentá-lo em frente e perto dos olhos do examinado e indagar se percebe a luz. Em seguida, anotar o resultado. Exemplo: PL = percebe luz e NPL = não percebe luz.

Sinais e sintomas a serem observados

Durante o exame da medida da acuidade visual convém verificar se o examinado apresenta outros sinais ou sintomas, tais como:

- lacrimejamento;
- inclinação da cabeça;
- piscar contínuo dos olhos;
- estrabismo (olho vesgo);
- cefaléia (dor de cabeça);

Crítérios de encaminhamento para consulta com o oftalmologista

- ter visão inferior a 0,8 em ambos os olhos – com ou sem sinais e sintomas;

- apresentar diferença de visão, entre os dois olhos, de duas linhas ou mais (em relação à escala). Exemplo: OD (olho direito) = 0,6 e OE (olho esquerdo) = 1,0;
- ser estrábico (vesgo);
- apresentar visão igual a 1,0 (normal) – com presença de sinais e/ou sintomas oftalmológicos;
- ter anormalidades externas dos olhos e região periocular.

Medida do oclutor

Para confeccionar um oclutor, utiliza-se cartolina ou outro material – podendo ser um cartão simples de 8 x 16cm, ou um cartão de 8cm de diâmetro e 12cm x 3cm de haste (ver figura a seguir).

Correção da força correspondente ao monofilamento verde (de 0,05 g para 0,07 g)

No teste de sensibilidade utilizando estesiômetro de monofilamentos sintéticos, as forças são graduadas em passos refletindo os limiares funcionais considerados mais críticos para as mãos e os pés. Tais forças eram compreendidas em seis faixas entre 0,05 gf (0,49 mN) e 300 gf (2,94 N).

Ao detectar a modificação em novos kits de estesiômetros fabricados pela SORRI-BAURU®, fez-se contato com a empresa para esclarecimentos. Com isso, definiram-se as seguintes orientações:

O filamento, sua composição e suas dimensões permanecem sem alteração.

O filamento verde continua sendo o mesmo filamento de Nylon 612, padronizado por Semmes e Weinstein com diâmetro de extrusão de 5 milésimos de polegada e 38 mm de comprimento, e identificado por eles com o número logarítmico de Marcação de “2.83”, indicando uma força crítica de flambagem em torno de 0,068 gf. O mesmo filamento que o Weinstein considerou um bom indicador do limiar de sensibilidade tátil normal nas mãos.

A mudança é somente o reconhecimento que o filamento inicia flambagem na aplicação de uma força axial de aproximadamente 0,07 gf.

No passado, especialmente durante a época do desenvolvimento do conjunto resumido e portátil de 5, 6 e 7 filamentos, como pode ser visto em

diversas publicações como Bell-Krotoski (1990, 1993), Lehman (1993), o filamento verde, com seu diâmetro padrão de 5 milésimos de polegada, era conhecido como “o filamento de 50 mg” – parece que virou um apelido, mas não representa uma boa aproximação à força crítica de flambagem do filamento.

Seguindo as recomendações dos pioneiros em mapeamento de sensibilidade cutânea do Centro de Hanseníase em Carville, EUA, os filamentos usados pela SORRI-BAURU, na confecção de Kits de Estesiômetro, utilizam o mesmo tipo de nylon 612 e os mesmos diâmetros de extrusão utilizados por Weinstein e Semmes nos seus estudos seminais nos anos 50 e 60.

O filamento selecionado para identificar o limiar de sensibilidade considerado por eles como “normal” para o tronco e os membros superiores, especialmente as mãos – isto é, nosso filamento verde, foi identificado por Weinstein com o número “M = 2.83” – calculado como o logaritmo comum de 10 vezes a força em miligramas-força necessário para iniciar a flambagem do filamento montado em haste rígido, com 38mm de comprimento livre.

$$M = \log (10.Fmg)$$

Invertendo o cálculo, pode ser visto que a força crítica para iniciar flambagem do filamento era, em média: 0,068 gramas-força (ou 68 miligramas-força).

Assim, durante muito tempo foi perpetuada a identificação “nominal” de 0,05 g, reconhecendo, porém, o valor de 0,07 gf como uma melhor aproximação do valor da força crítica de flambagem do filamento.

Dessa forma, para as instruções contidas no Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e Classificação do GIF em Hanseníase, definiu-se a correção de 0,05 g para 0,07 g, sem alterações na forma de se realizar a avaliação de sensibilidade.

Sobre a padronização da unidade de medida de força, a forma com “gf” significa “grama força” e representa a força axial exercida pelo uso do monofilamento. É comum a simplificação dessa unidade de medida para “g”, que significa “grama”. Por estar assim descrito na maior parte dos estesiômetros utilizados, visando à facilidade de compreensão do Formulário pelos profissionais, padronizou-se o uso da unidade de medida “g”.

Inserção do registro do ponto de avaliação da sensibilidade na região dorsal da mão e do pé (círculos fora da mão e do pé);

Foi inserido o círculo fora da palma da mão, indicando a avaliação da região dorsal entre o polegar e indicador, inervado pelo nervo radial. Também foi inserido o círculo fora da planta do pé, indicando a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º artelho, inervado pelo nervo fibular.

Reorganização e atualização dos campos para a classificação do GIF

A reorganização e atualização dos campos para a classificação do grau incluiu a tabela de optotipos “E” a 3 metros como padrão e as orientações sobre o preenchimento das respostas sobre avaliação sensitiva e as respectivas cores.

CONCLUSÃO

Com as alterações no Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e Classificação do GIF em Hanseníase, espera-se que o instrumento torne-se mais acessível aos profissionais de saúde. A nota consolidou atualizações técnicas do procedimento de avaliação e possibilitou a ampliação de informações sobre o acompanhamento das pessoas acometidas por hanseníase.

Documento assinado eletronicamente por **Carmelita Ribeiro Filha Coriolano, Coordenador(a)-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação**, em 04/03/2022, às 09:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

Documento assinado eletronicamente por **Gerson Fernando Mendes Pereira, Diretor(a) do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis**, em 04/03/2022, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_org

[ao acesso externo=0](#), informando o código verificador **0025612804** e o código CRC **68498DD9**.

Referência: Processo nº 25000.121791/2021-74

SEI nº 0025612804

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação - CGDE
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040
Site - <http://www.aids.gov.br/>