

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica

# Eu me Cuido e vivo Melhor

Série F. Comunicação e Educação em Saúde



Brasília—DF  
2010

© 2010 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:  
<http://www.saude.gov.br/editora>

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2010 – 20.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações:*

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Coordenação-Geral do Programa Nacional de  
Controle da Hanseníase  
Setor Comercial Sul, Quadra 4, Bloco A, Edifício  
Principal, 3º andar  
CEP: 70304-000, Brasília – DF  
E-mail: [svs@saude.gov.br](mailto:svs@saude.gov.br)  
Home page: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

*Coordenação geral:*

Maria Aparecida de Faria Grossi  
(Coordenadora do CGPNCH)  
Carmelita Ribeiro de Oliveira  
Danusa Fernandes Benjamim  
Maria Leide W. de Oliveira

*Assessoria editorial e coordenação de texto:*

Maria Rita Coêlho Dantas

*Fotos da capa:*

Renato Mendes (obtidas no espaço GAMAH – Grupo de  
Apoio às Mulheres Atingidas pela Hanseníase)

Editora MS

Documentação e Informação  
SIA, trecho 4, lotes 540/610  
CEP: 71200-040, Brasília – DF  
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020  
Fax: (61) 3233-9558  
E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)  
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

*Assessoria de conteúdo:*

Claudia Maria Escarabel (fisioterapeuta)  
Claudia Maria Rocha (terapeuta ocupacional)  
Emília dos Santos Ferreira (enfermeira)  
Geísa Cristina Pereira Campos (fisioterapeuta)  
Hannelore Vieth (enfermeira)  
Maria Leide W. de Oliveira, médica  
Maria Madalena (enfermeira)  
Maria Bernadete Rocha Moreira (enfermeira)  
Kátia Souto (jornalista)  
Sonia Maria Ferreira da Silva (enfermeira)

*Colaboração:*

Jaqueline Caracas (enfermeira)  
Saskia Schoolland (psicóloga)  
Zilda Borges (psicóloga)

*Ilustração:*

Eduardo Abreu

*Equipe editorial:*

Normalização: Vanessa Leitão  
Revisão: Mara Pamplona  
Capa: Rodrigo Abreu  
Projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

---

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Eu me cuido e vivo melhor / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

128 p. : il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1674-1

1. Hanseníase. 2. Doenças de notificação compulsória. 3. Autocuidado. I. Título. II. Série.

CDU 616-002.73

---

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0054

*Títulos para indexação:*

Em inglês: I take care of myself and I live better

Em espanhol: Yo me cuido y vivo mejor

# Agradecimentos

Nossos agradecimentos aos participantes da oficina para apresentação e discussão dos materiais educativos de autocuidado: “Guia de apoio para grupos de Autocuidado em Hanseníase”; caderno de autoavaliação “Eu me cuido e vivo melhor” e a cartilha “Autocuidado em Hanseníase: face, mãos e pés”.

## **Auxiliar de enfermagem:**

*Ivone Soares Costa (RJ)*

## **Enfermeiras:**

*Lucia Rodrigues de Farias (AL)*

*Maria Anete Queiroz de Moraes (AM)*

## **Fisioterapeutas:**

*Alexandra de Freitas Costa (AM)*

*Cleene Guimarães dos Santos (MA)*

*Emanuelle Rozado de Sá Xavier (PB)*

*Genilda Morais Mendes Barros (PB)*

*Juliana Abreu Oliveira (MG)*

*Maristela Groba Andrés (RJ)*

*Silvio Cesar Leite Parente (DF)*

## **Médica:**

*Roseanne Pereira de Deus (DF)*

## **Terapeutas ocupacionais:**

*Ana Maria dos Santos Martins Pinho (MA)*

*Diany Ibrabin de Souza Camilo (AL)*

*Mara Firmato Esteves (MG)*

## **Usuários:**

*João Alves de Lima (DF)*

*Maurinho Mendes Rodrigues (MG)*

*José Augusto da Silva Lima (PB)*

*Quitéria Germino da Silva (AL)*

*Kethleen Souza Monteiro (MA)*

*Reinaldo Matos Carvalho (SP)*



# Sumário

Caro(a) usuário (a)	7
Grupo de apoio ao autocuidado: ficha do participante	8
Cadastro de dois possíveis cuidadores	9
Agenda: reuniões do grupo de autocuidado	11
Situação de saúde do participante: dados de acompanhamento	13
Autoavaliação do participante durante 12 meses	15
1ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas	15-25
2ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas	26-34
3ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas	35-43
4ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas	44-52
5ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas	53-61
6ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas	62-70
7ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas	71-79
8ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas	80-88

<b>9ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas</b>	<b>89-97</b>
<b>10ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas</b>	<b>98-106</b>
<b>11ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas</b>	<b>107-115</b>
<b>12ª Autoavaliação dos olhos, nariz, mãos e braços, pés e pernas</b>	<b>116-124</b>
<b>Recomendações</b>	<b>125</b>
<b>Referências</b>	<b>127</b>

## **Caro(a) usuário (a)**

Você recebeu a cartilha de autocuidado: face, mãos e pés. Ela foi construída para orientá-lo(a) a cuidar de você mesmo, prevenindo incapacidades e deformidades geradas pela hanseníase.

O direito à saúde é um direito que você tem e que o protege na sua família e na sua comunidade. Mas assim como você tem o direito à saúde, você tem também o dever de cuidar de você mesmo, quando isso for possível, ou buscar alguém que possa ajudá-lo(a) a realizar alguns cuidados que podem evitar danos maiores à sua saúde.

Este caderno **Eu me cuido e vivo melhor** é dedicado a você como participante de um grupo de apoio em autocuidado. Ele traz algumas orientações para você, contém uma agenda para as reuniões do grupo e dados de acompanhamento para as autoavaliações mensais de olhos, de nariz, de braços e mãos e de pernas e pés.

Você precisa usar este caderno, juntamente com a cartilha de autocuidado, buscando sempre o apoio dos profissionais de saúde que o auxiliarão no grupo.

Maria Aparecida de Faria Grossi  
*Coordenação Geral do Programa  
Nacional de Controle da  
Hanseníase*

Gerson de Oliveira Penna  
*Secretário de Vigilância em Saúde*

# Grupo de apoio ao autocuidado: ficha do participante

Esta ficha é para você preencher com seus dados como participante de um grupo de autocuidado

Nome:

Sexo:

Idade:

Identidade:

CPF:

Estado civil:

Endereço:

CEP:

Ponto de referência:

Telefone:

Local da reunião

Coordenador do grupo:

Você acabou de preencher sua ficha. Parabéns! Você acaba de ingressar no grupo de autocuidado.

# Cadastro de dois possíveis cuidadores

Fichas de cadastro de duas pessoas que podem ser minhas possíveis cuidadoras.

*1ª pessoa que pode cuidar de mim, caso eu precise de ajuda.*

Nome:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Identidade:

CPF:

Esta pessoa é meu ou minha ...

Endereço:

CEP:

Ponto de referência:

Telefone:

*2ª pessoa que pode cuidar de mim, caso eu precise de ajuda*

Nome:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Identidade:

CPF:

Esta pessoa é meu ou minha ...

Endereço:

CEP:

Ponto de referência:

Telefone:





# Situação de saúde do participante: dados de acompanhamento

Você precisa preencher a ficha abaixo para que o seu coordenador de grupo possa acompanhar a sua situação de saúde.

Em tratamento PQT: ( ) Sim ( ) Não ( ) Qual:  
( ) PB ( ) MB

outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em alta por cura: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mês/ano

Em tratamento para REAÇÕES: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Outras doenças: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Você participa de algum grupo: ( ) Sim ( ) Não

Qual(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

O que você faz para se divertir? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quais profissionais de saúde acompanham o seu tratamento?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Autoavaliação do participante durante 12 meses

## Autoavaliando os Olhos

Você tem dificuldade para enxergar? SIM ( ) NÃO ( )

Tem dificuldade de enxergar de longe? SIM ( ) NÃO ( )

Tem dificuldade de enxergar de perto? SIM ( ) NÃO ( )

Você usa óculos? SIM ( ) NÃO ( )

Você já fez cirurgia nos olhos? SIM ( ) NÃO ( )

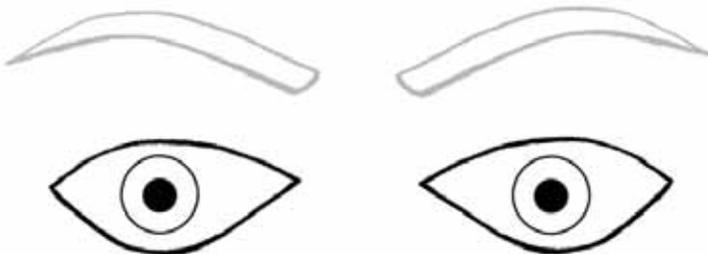
Se você respondeu SIM, qual a cirurgia? \_\_\_\_\_

---

---

### *1ª Autoavaliação dos Olhos*

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrima muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## Autoavaliando o Nariz

Você já fez cirurgia no nariz? SIM ( ) NÃO ( )

Se fez cirurgia, qual \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1ª Autoavaliação do Nariz

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## **Autoavaliando Mãos e Braços**

Você tem dificuldade para realizar alguma atividade:

( ) Sim ( ) Não Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

---

---

Você já fez cirurgia? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual(is):

---

---

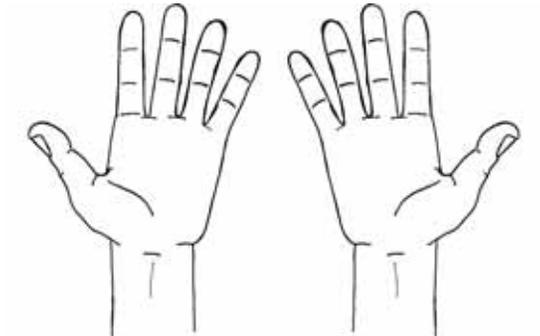
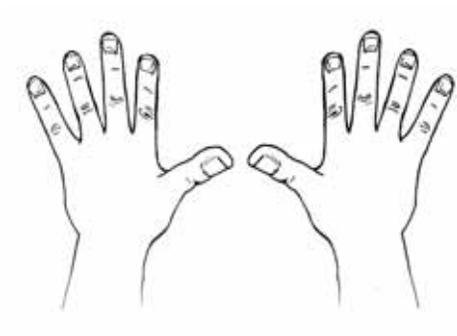
Em que serviço de saúde? \_\_\_\_\_

---

---

## 1ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



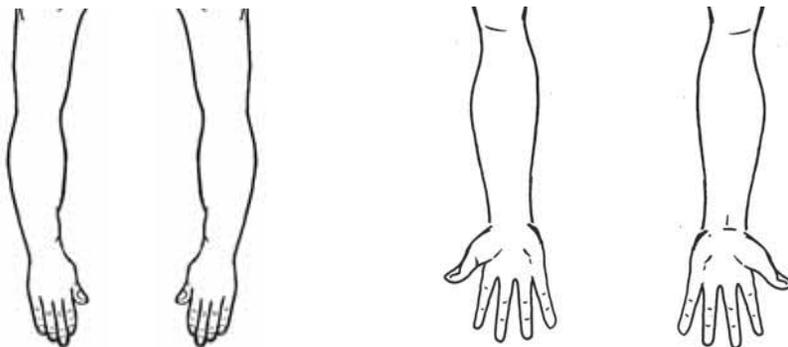
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 1ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## Autoavaliando Pés e Pernas

Você tem dificuldade para realizar alguma atividade:

( ) Sim ( ) Não Se sim, qual(is): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Você já fez cirurgia? ( ) Sim ( ) Não Se sim, qual(is):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

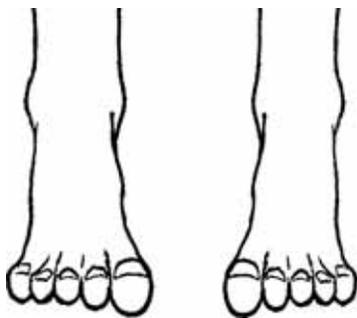
Em que serviço de saúde? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 1ª Autoavaliação dos Pés

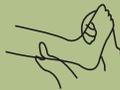
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



## Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

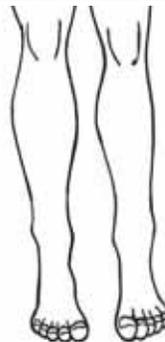
Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa fêrula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé? 				
Levanta o peito do pé? 				

## 1ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



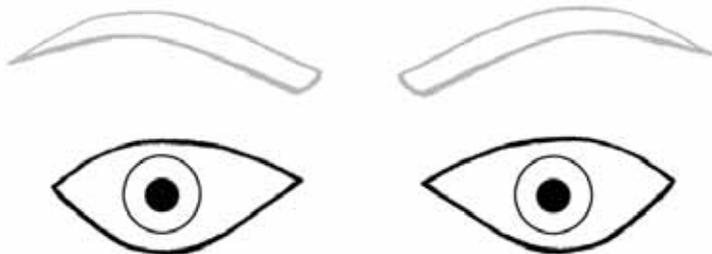
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 2ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimēja muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 2ª Autoavaliação do Nariz

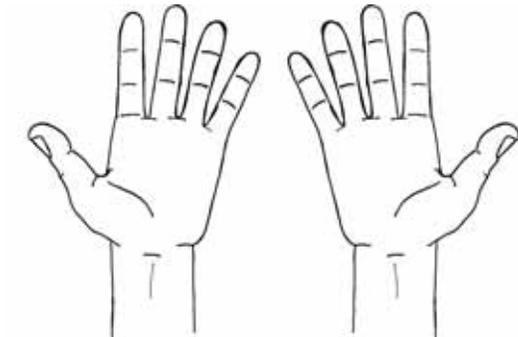
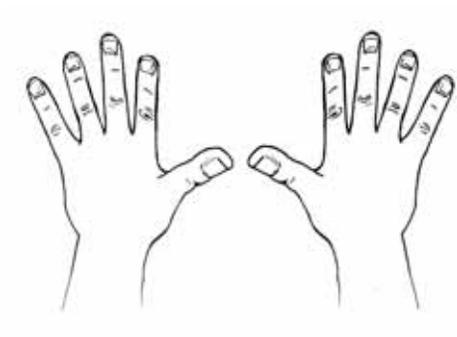
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 2ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



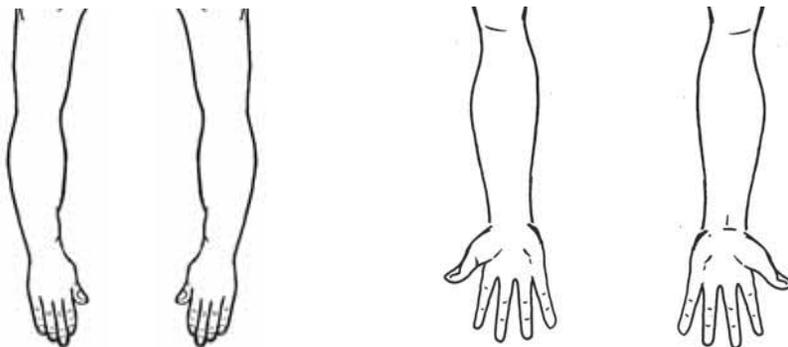
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 2ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



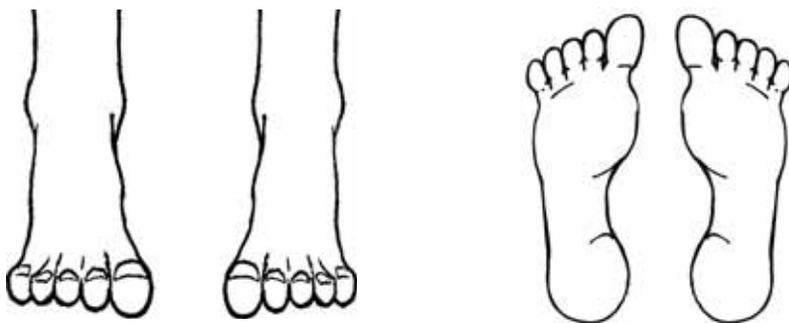
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 2ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

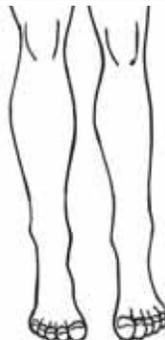
Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ressecamento?				
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa fêrula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



## 2ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



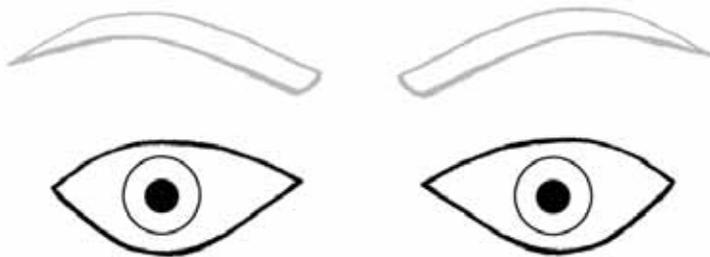
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

### 3ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimeja muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

### 3ª Autoavaliação do Nariz

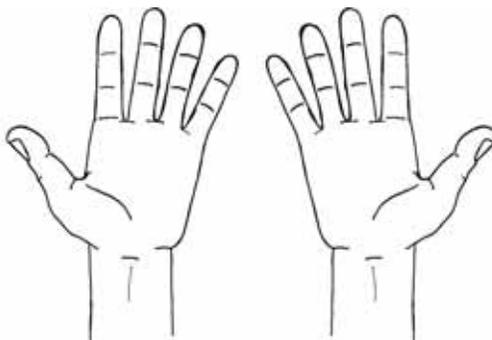
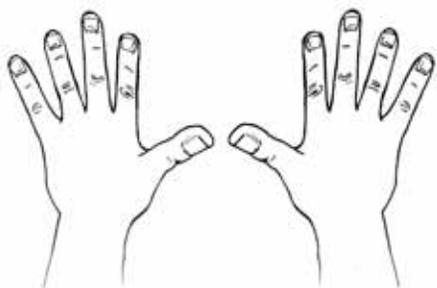
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

### 3ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



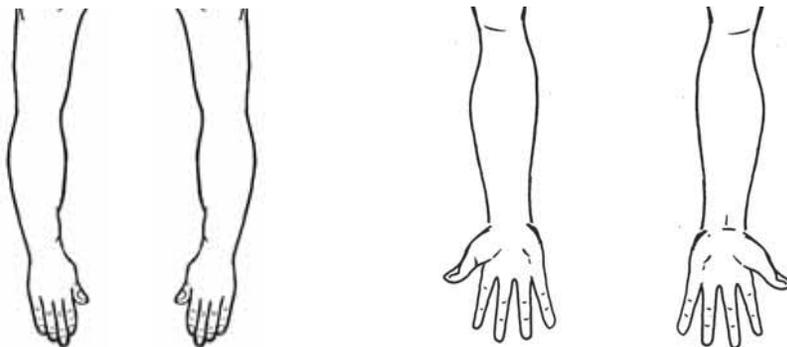
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

### 3ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



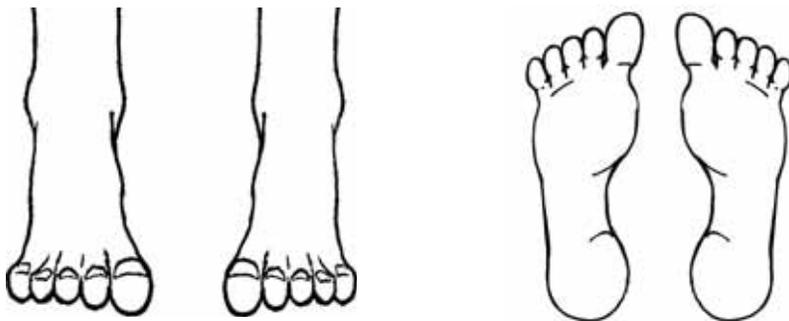
**Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)**

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

### 3ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

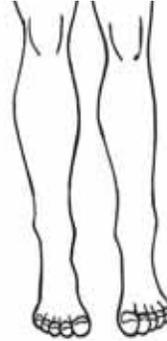
Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa férula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



### 3ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



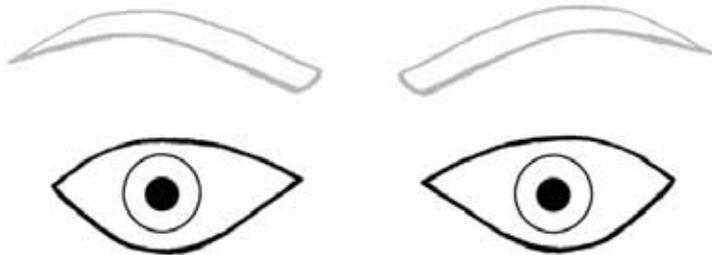
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 4ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimação muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 4ª Autoavaliação do Nariz

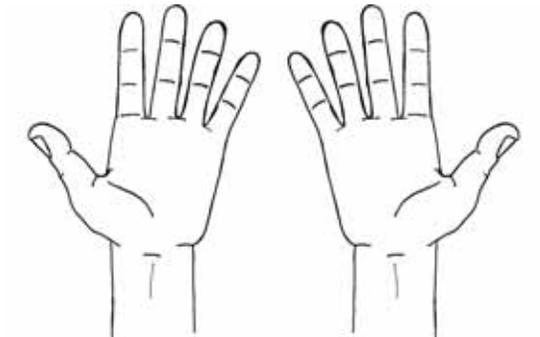
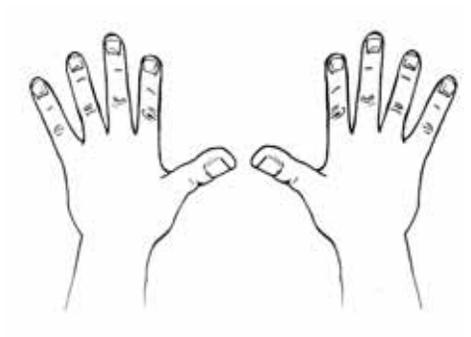
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 4ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



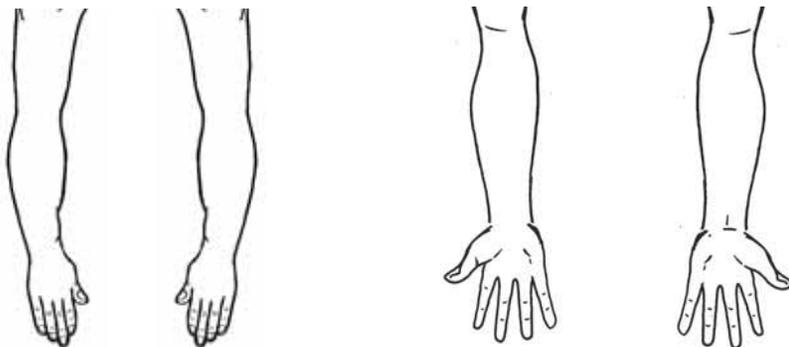
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 4ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



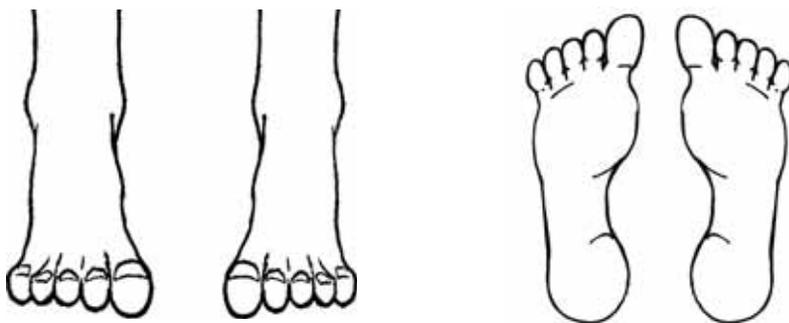
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 4ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

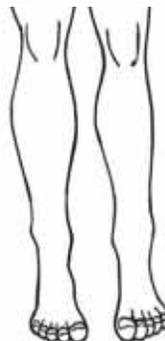
Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa férula?				
Sente dor na perna?				
Sente cãimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



## 4ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



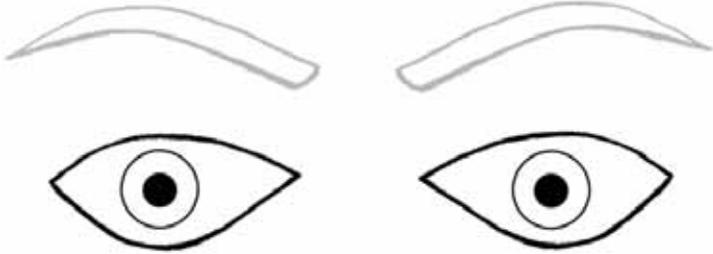
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 5ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimeja muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 5ª Autoavaliação do Nariz

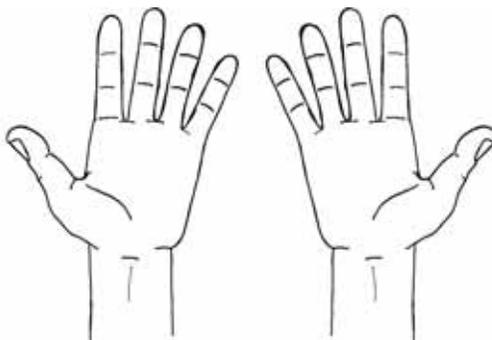
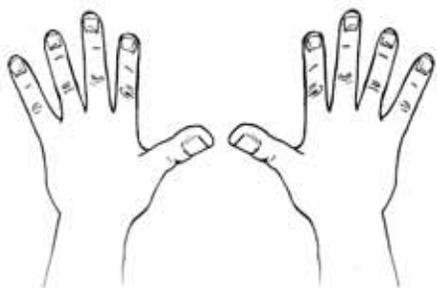
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 5ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



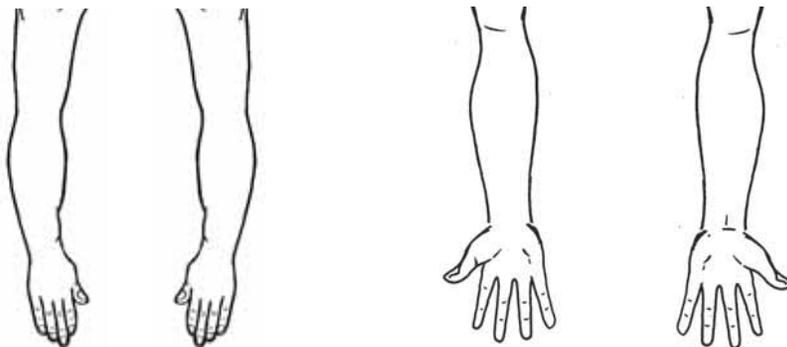
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 5ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



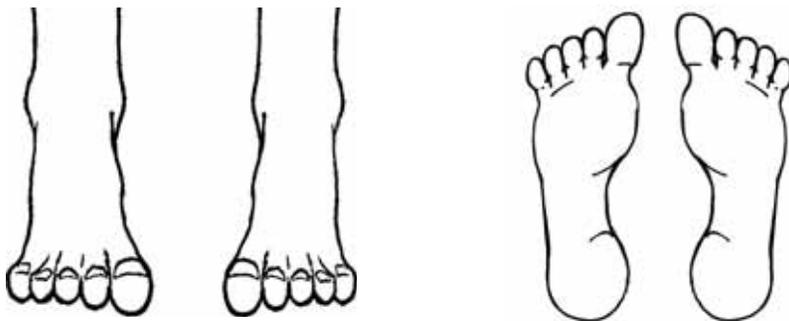
**Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)**

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 5ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ressecamento?				
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa fêrula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



## 5ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



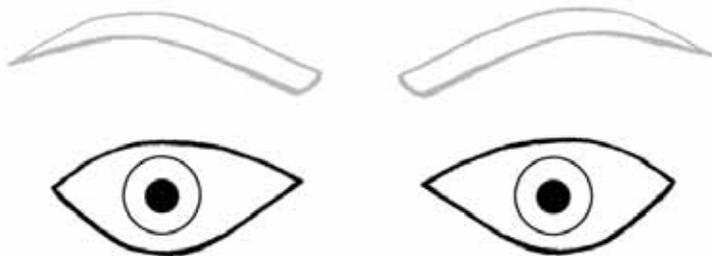
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 6ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimação muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 6ª Autoavaliação do Nariz

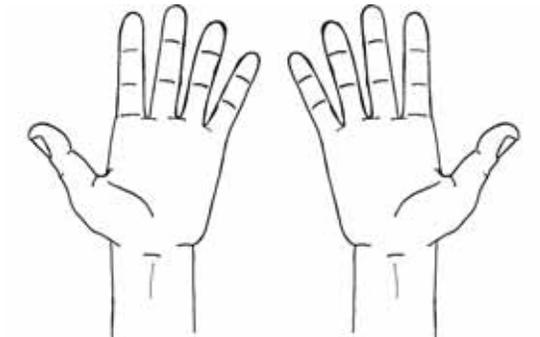
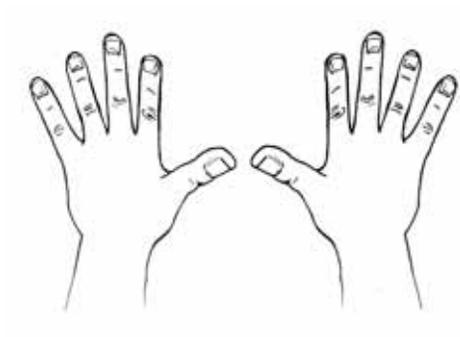
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 6ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



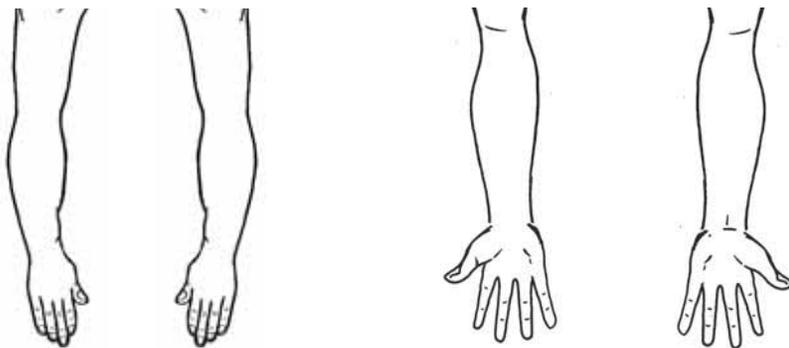
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 6ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



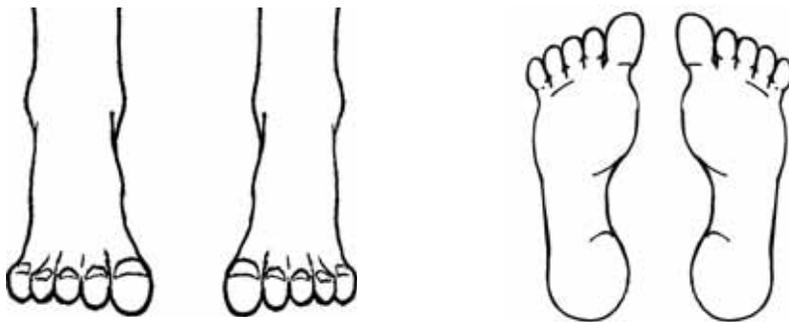
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas	<input type="checkbox"/>	Rachaduras	<input type="checkbox"/>	Sensibilidade	<input type="checkbox"/>
Queimadura	<input type="checkbox"/>	Bolhas	<input type="checkbox"/>		

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem queimadura no braço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem bolhas no braço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem ferimentos no braço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente dor no braço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente dor no cotovelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente dor no punho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sente dor no meio do braço?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

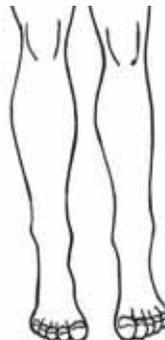
Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ressecamento?				
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa fêrula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



## 6ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



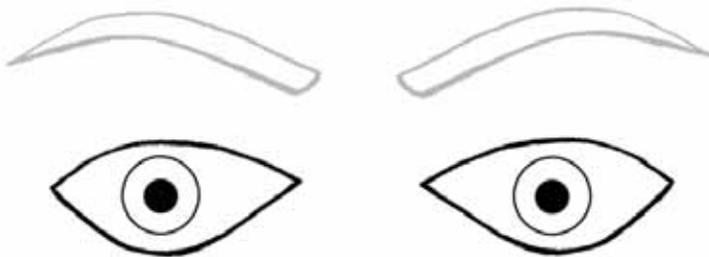
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 7ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimeja muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 7ª Autoavaliação do Nariz

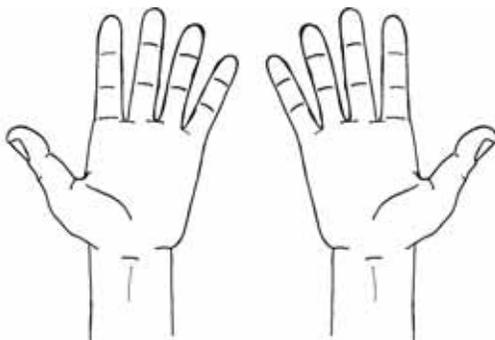
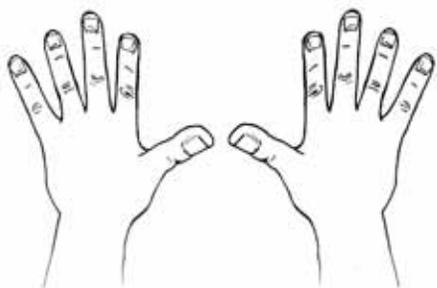
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 7ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



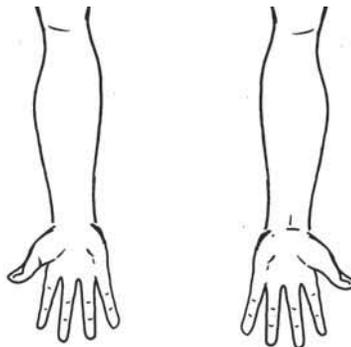
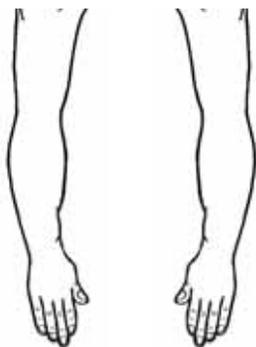
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 7ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



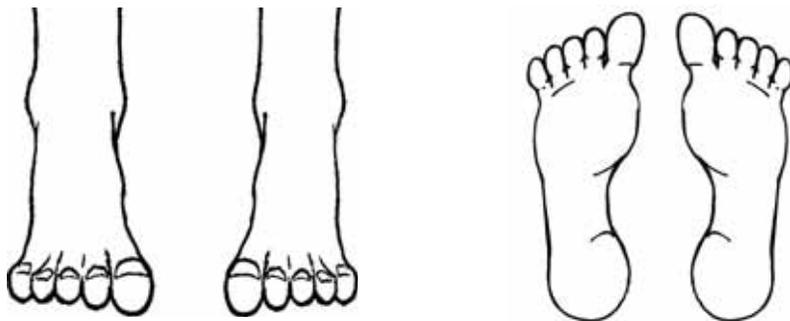
**Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)**

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 7ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

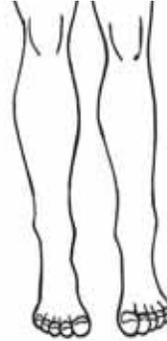
Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa férula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



## 7ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



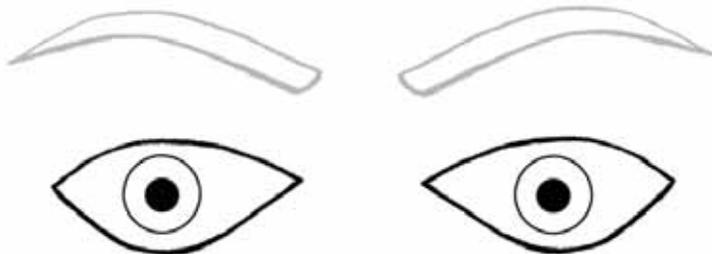
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 8ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Sente alguma outra coisa?				
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimaja muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 8ª Autoavaliação do Nariz

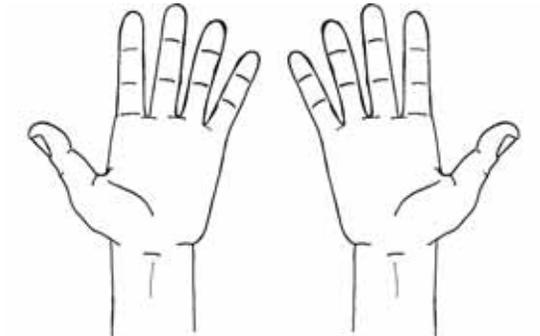
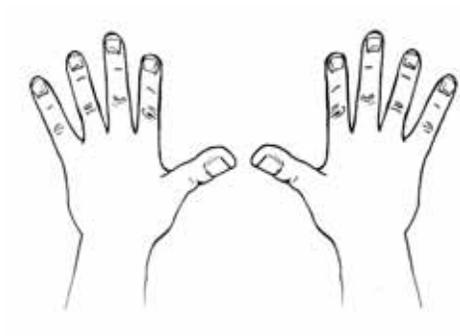
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 8ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



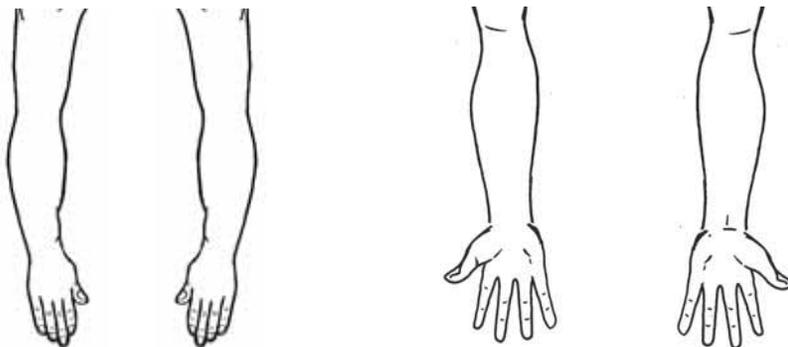
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 8ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



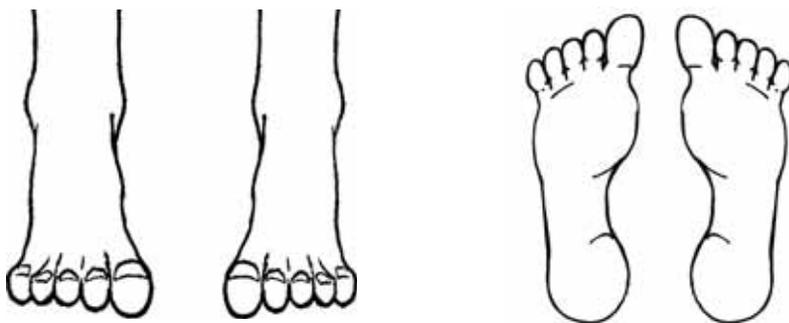
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 8ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

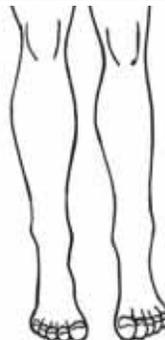
Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa férula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé? 				
Levanta o peito do pé? 				

## 8ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



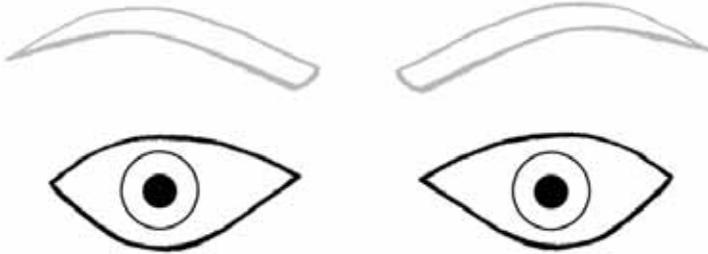
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 9ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimeja muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 9ª Autoavaliação do Nariz

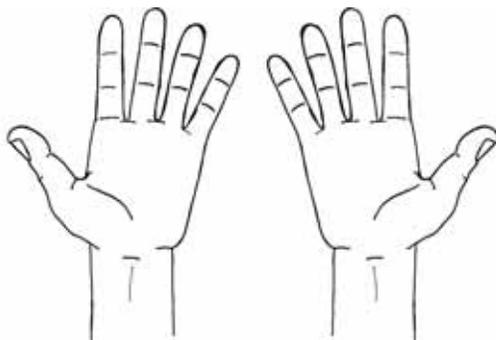
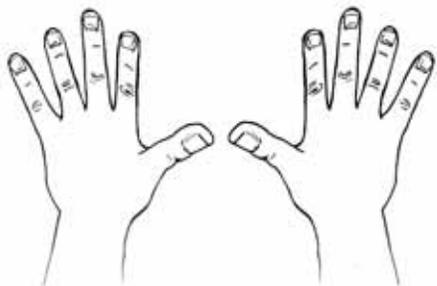
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 9ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



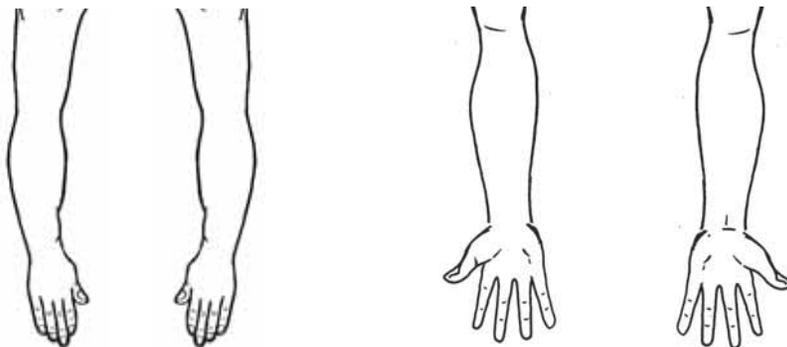
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 9ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



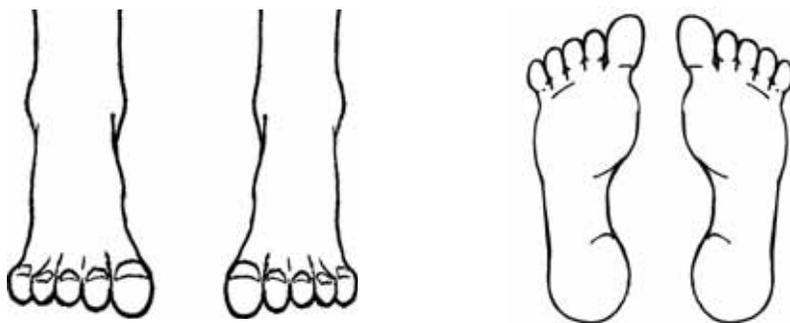
**Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)**

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

<b>Braços</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 9ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

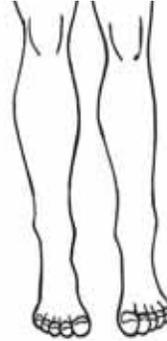
Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa férula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



## 9ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



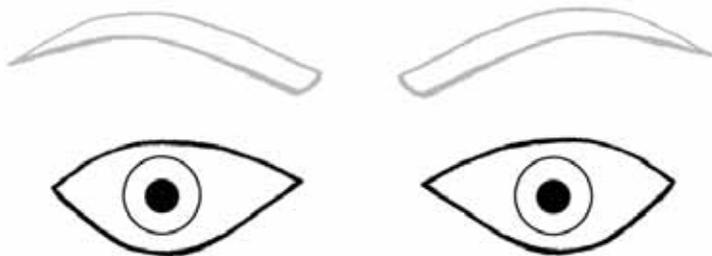
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

10ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimēja muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 10ª Autoavaliação do Nariz

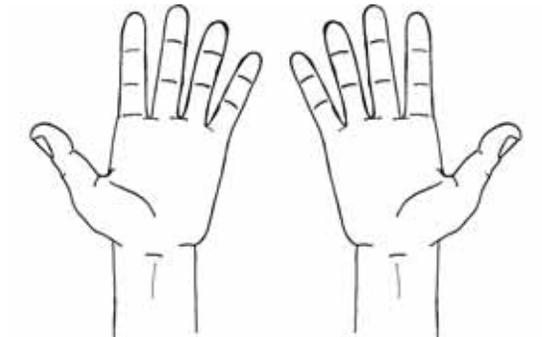
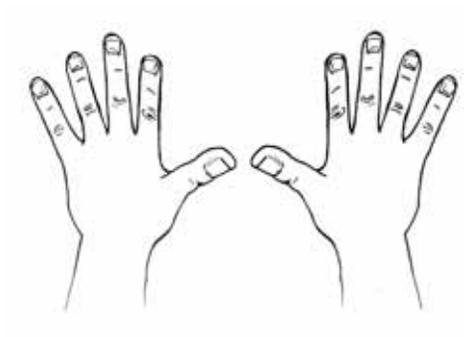
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 10ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



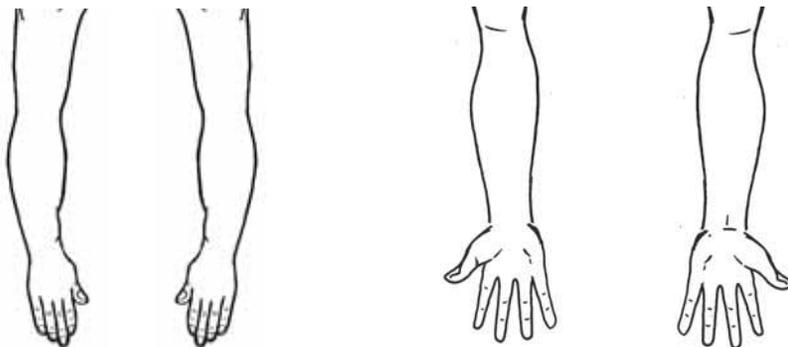
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 10ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



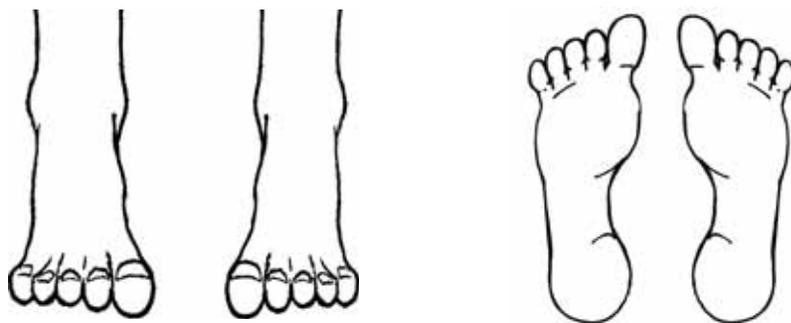
**Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)**

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 10ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

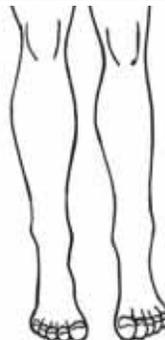
Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa férula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



## 10ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



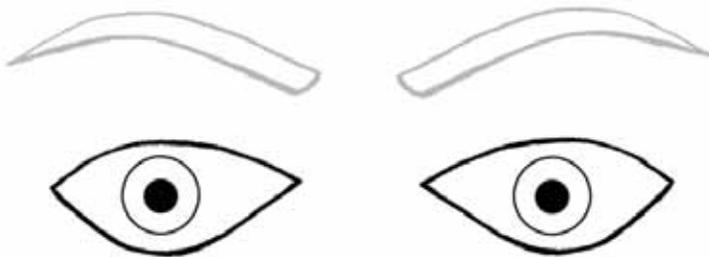
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 11ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimeja muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 11ª Autoavaliação do Nariz

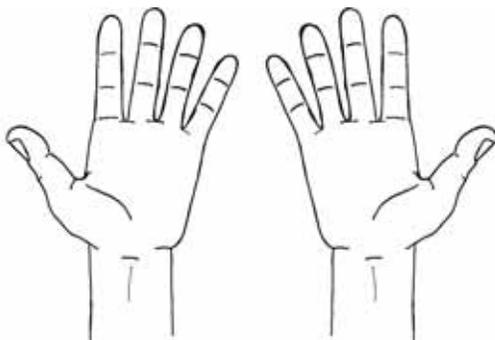
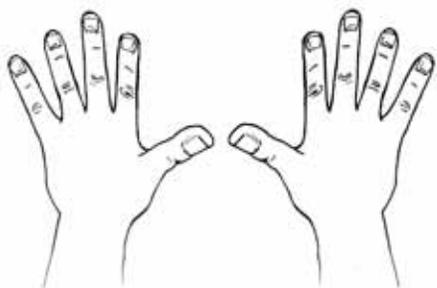
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 11ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



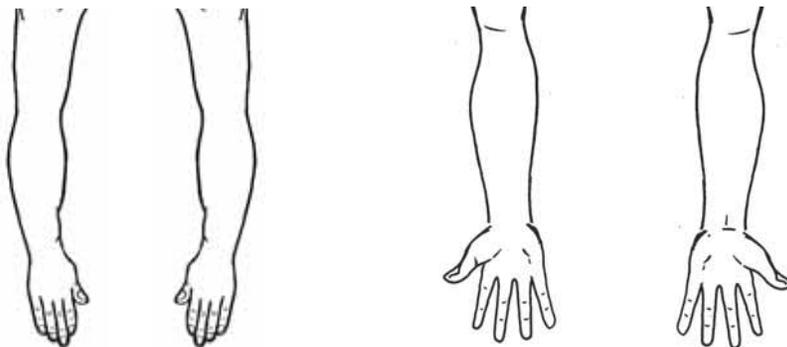
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 11ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



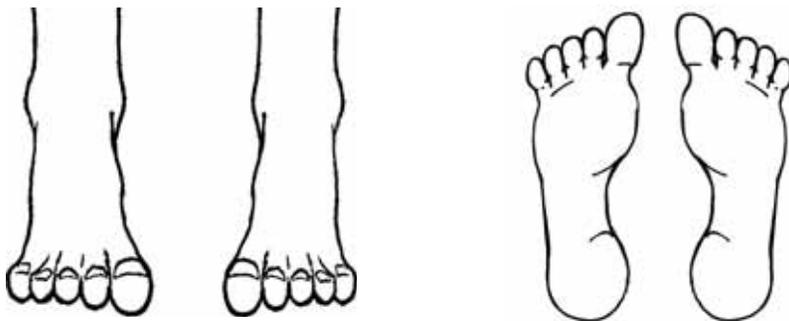
**Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)**

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 11ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

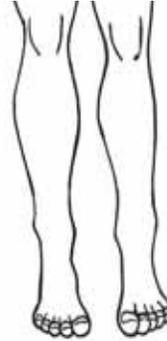
Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa férula?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Levanta o dedão do pé?				
Levanta o peito do pé?				



## 11ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



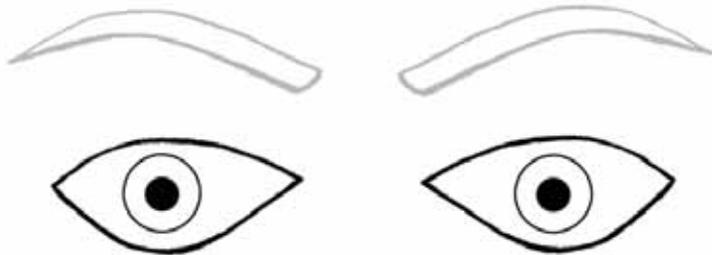
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## 12ª Autoavaliação dos Olhos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Olhos	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Sente ardor?				
Sente como se tivesse areia?				
Sente a visão embaçada?				
As pálpebras estão pesadas?				
Fecha os olhos normalmente?				
Tem cílio raspando? Virado para dentro?				
O olho está vermelho?				
Sente dor?				
Sente alguma outra coisa?				

<b>Olhos</b>	<b>Esquerdo</b>		<b>Direito</b>	
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Secreção (remela)?				
Prurido (coceira)?				
Lacrimação muito?				
Você tem dificuldade para enxergar?				
Você usa óculos?				
Você já fez cirurgia nos olhos?				

## 12ª Autoavaliação do Nariz

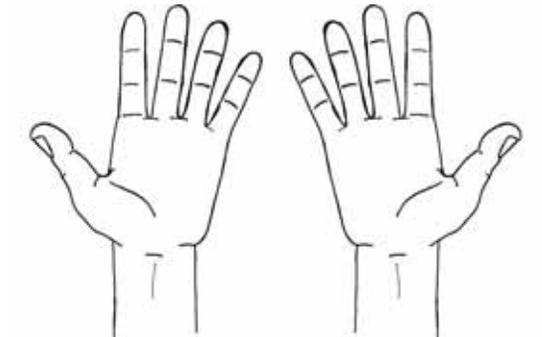
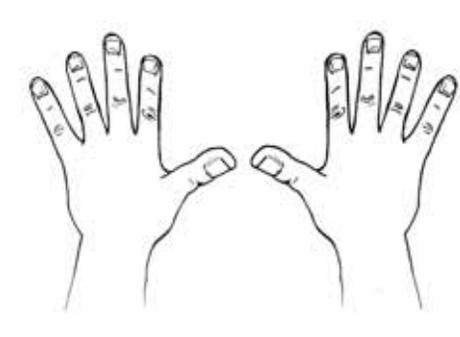
Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



Nariz	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Entupimento frequente no nariz?				
Tem secreção? Tem coriza (nariz escorrendo)?				
Tem casca?				
Ferida no nariz?				
Sangramento no nariz?				
Tem mau cheiro?				

## 12ª Autoavaliação de Mãos

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



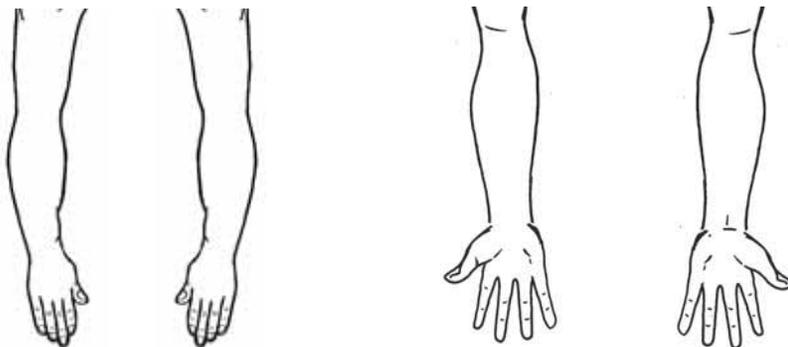
### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Calos		Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas		Garras (dedo torto)		Reabsorção	

Mãos	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência?				
Machuca as mãos com frequência?				
Tem ressecamento nas mãos?				
Tem ferimentos nas mãos?				
Tem rachaduras nas mãos?				
Tem calos nas mãos?				
Tem fraqueza nas mãos?				
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?				
Pega objetos, coisas?				
Levanta objetos, coisas?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Abre o dedo mindinho? 				
Levanta o polegar? 				
Consegue dobrar o punho para cima? 				

## 12ª Autoavaliação dos Braços

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



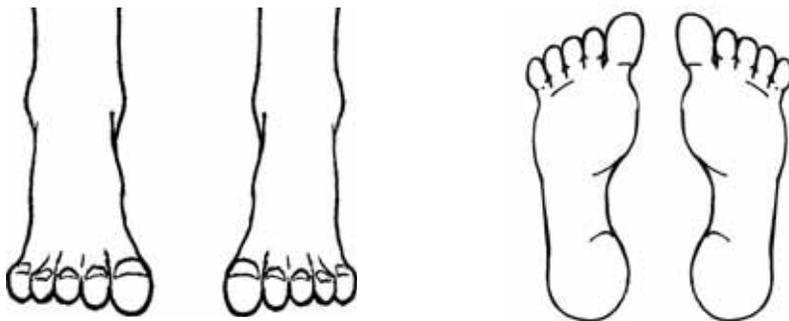
### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Rachaduras		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Braços	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência no braço?				
Tem queimadura no braço?				
Tem bolhas no braço?				
Tem ferimentos no braço?				
Sente dor no braço?				
Sente dor no cotovelo?				
Sente dor no punho?				
Sente dor no meio do braço?				

## 12ª Autoavaliação dos Pés

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_



### Legenda (vai ser escolhida pelo (a) paciente)

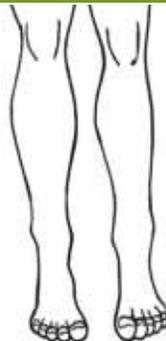
Calos	Feridas	Rachaduras	Sensibilidade
Queimadura	Bolhas	Garras (dedo torto)	Reabsorção

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem dormência nos pés?				
A sandália sai do pé sem perceber?				
Machuca os pés com frequência?				
Tem ressecamento?				

Pés	Esquerdo		Direito	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem calos?				
Tem fissuras?				
Tem rachaduras?				
Tem queimaduras?				
Tem ferimentos?				
Tem fraqueza nos pés?				
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?				
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?				
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?				
Usa palmilha adaptada?				
Usa férula?				
Sente dor na perna?				
Sente cãimbra?				
Levanta o dedão do pé? 				
Levanta o peito do pé? 				

## 12ª Autoavaliação das Pernas

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_



### Legenda(vai ser escolhida pelo (a) paciente)

Feridas		Ressecamento		Sensibilidade	
Queimadura		Bolhas			

Pernas	Esquerda		Direita	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Tem ferimento na perna?				
Tem dormência na perna?				
Tem queimadura na perna?				
Tem bolhas na perna?				
Sente dor na perna?				
Sente câimbra?				
Sente dor no joelho?				
Sente dor no tornozelo?				

## Recomendações

- Tome regularmente a medicação prescrita. Mesmo que esteja se sentindo melhor, só pare de tomar a medicação quando o seu profissional de saúde orientar.
- Qualquer coisa que você sentir em relação ao tratamento da hanseníase procure o serviço de saúde.
- Caso sinta qualquer alteração como dor, dificuldades para segurar objetos, dificuldade para fazer algum movimento, qualquer reação ao medicamento volte imediatamente ao serviço de saúde e informe à equipe que acompanha o seu tratamento.
- É necessário que todas as pessoas que convivem no mesmo domicílio sejam examinadas. E caso apresentem qualquer sinal ou sintoma da hanseníase, mesmo depois de examinadas, retornem para nova avaliação.
- É importante hidratar todo o corpo quando houver sinais de ressecamento.



## Referências

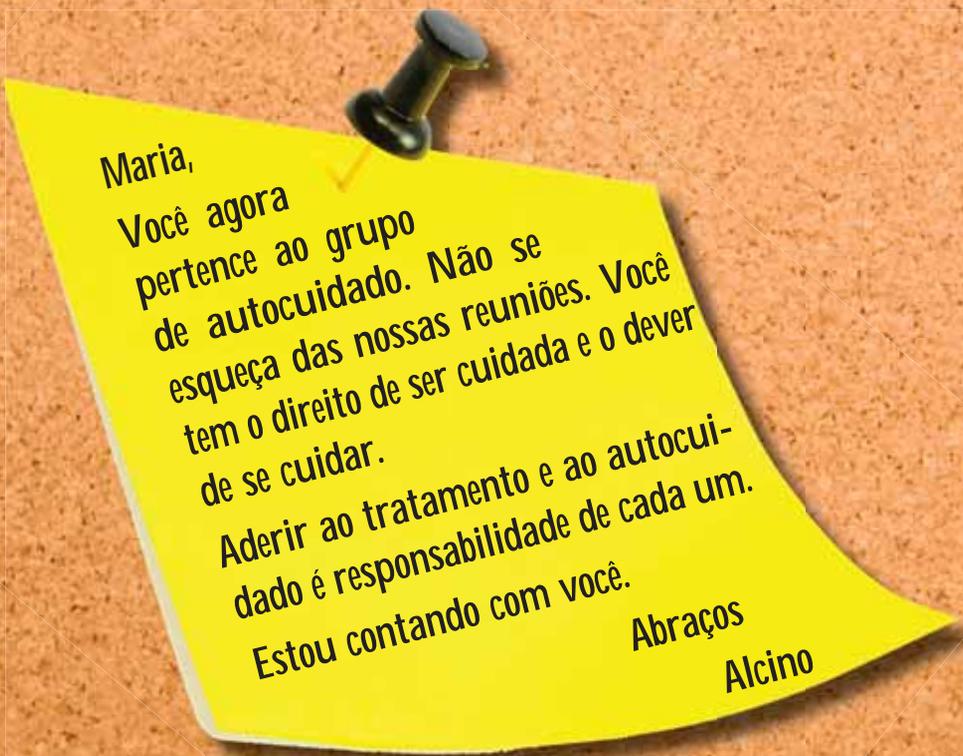
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS. Brasília, 2008. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Manual de prevenção de incapacidades. 3. ed. rev. e ampl. Brasília, 2008. 140 p.

INTERNATIONAL LEADERS IN EDUCATION PROGRAM. Prevention des Invalidités. Londres, 1994. Versão original em inglês, em março de 1993, publicada por ILEP. ISBN 0-947543-10-4.

LEHMAN, Linda Faye et al. Para uma vida melhor: vamos fazer exercícios. Belo Horizonte: ALM International, 1997. 68 p., il.

OLIVEIRA, M. L. V. W. et al. Hanseníase: cuidados para evitar complicações. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.



Maria,

Você agora  
pertence ao grupo  
de autocuidado. Não se  
esqueça das nossas reuniões. Você  
tem o direito de ser cuidada e o dever  
de se cuidar.

Aderir ao tratamento e ao autocui-  
dado é responsabilidade de cada um.

Estou contando com você.

Abraços

Alcino