

Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública



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



Brasília – DF
2016

2016 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

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

Tiragem: 1ª edição – 2016 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação
Setor Comercial Sul, Quadra 4, Edifício Principal
3º andar, sala 301, Unidade VI
CEP: 70304-000 – Brasília/DF
Site: www.saude.gov.br/svs
E-mail: cghde@saude.gov.br

Coordenação-Geral:

Rosa Castália França Ribeiro Soares – CGHDE/DEVIT/SVS/MS

Apoio Técnico Internacional:

Santiago Nicholls – Assessoria das Doenças Transmissíveis
Negligenciadas e Hanseníase/Organização Pan-Americana
de Saúde – OPAS/OMS

Organização:

Danielle Bandeira Costa Sousa Freire – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Elaine da Ros Oliveira – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Elaine Faria Morelo – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Estefânia Caires de Almeida – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Jurema Guerrieri Brandão – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Larissa Lopes Scholte – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Magda Levantezi – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Margarida Cristiana Napoleão Rocha – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Rosa Castália França Ribeiro Soares – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Vera Lúcia Gomes de Andrade – CGHDE/DEVIT/SVS/MS

Colaboração:

Clovis Lombardi – Faculdade de Saúde Pública/USP
Eliane Ignotti – Faculdade de Ciências da Saúde/Unemat
Jaison Antônio Barreto – Instituto Lauro de Souza Lima/USP
Marco Andrey Ciprini Frade – Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto/USP
Marcos César Floriano – Universidade Federal de São
Paulo/Unifesp
Marcos da Cunha Lopes Virmond – Instituto Lauro de
Souza Lima/USP
Maria Ângela Bianconcini Trindade – HCFM/USP
Maria Eugênia Noviski Gallo – SES/RJ
Tadiana Maria Alves Moreira – Instituto Educacional
Luterano Bom Jesus/IELUSC

Produção editorial:

Capa e projeto gráfico: Núcleo de Comunicação/SVS
Diagramação: Sabrina Lopes

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Tatiane Souza e Khamila Silva

Ficha Catalográfica

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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

58 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <www.saude.gov.br/svs>.

ISBN 978-85-334-2348-0

1. Hanseníase. 2. Saúde Pública. 3. Agravos à Saúde. I. Título.

CDU 616-002.73

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0141

Título para indexação:

Guidelines for surveillance, care and elimination of Leprosy as a Public Health problem: technical and operational manual

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Definição de caso	6
1.2 Notificação dos casos	6
2 AÇÕES PARA REDUÇÃO DA CARGA DA HANSENÍASE NO BRASIL	7
2.1 Educação em saúde	7
2.2 Investigação epidemiológica para o diagnóstico precoce de casos	8
2.3 Tratamento dos casos diagnosticados	10
2.4 Prevenção e tratamento de incapacidades	10
2.5 Vigilância epidemiológica	11
2.6 Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública	12
2.7 Indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase	15
3 ATENÇÃO À SAÚDE	17
3.1 Diagnóstico de caso de hanseníase	17
3.2 Diagnóstico das reações hansênicas	18
3.3 Avaliação do grau de incapacidade física e da função neural	19
3.4 Tratamento de Poliquimioterapia – PQT/OMS	21
3.4.1 Apresentação das cartelas	21
3.4.2 Esquemas terapêuticos	21
3.4.3 Esquemas terapêuticos substitutivos	25
3.4.4 Seguimento de casos	29
3.4.5 Critérios de encerramento do tratamento na alta por cura	30
3.4.6 Orientações no momento da alta	31
3.5 Tratamento de reações hansênicas	31
3.5.1 Tratamento clínico das reações	32
3.6 Prevenção e tratamento de incapacidades	36
3.6.1 Técnicas simples de autocuidado	37
3.6.2 Indicação de cirurgia de reabilitação	37

3.7	Situações pós-alta por cura	37
3.7.1	Reações pós-alta por cura	37
3.7.2	Recidiva	37
3.7.3	Prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta por cura	41
4	RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA EM HANSENÍASE	42
5	ATENÇÃO AOS EX-HOSPITAIS COLÔNIAS DE HANSENÍASE	43
6	GERÊNCIA	44
6.1	Organização do Sistema de Informação	44
6.1.1	Prontuário e documentação	44
6.1.2	Seguimento	44
6.1.3	Fluxo de informação	45
6.2	Programação de Medicamentos e Insumos	45
6.3	Referência e contrarreferência	46
	REFERÊNCIA	47
	BIBLIOGRAFIA	48
	ANEXOS	49
Anexo A	Ficha de Notificação / Investigação Hanseníase	49
Anexo B	Boletim de Acompanhamento de Hanseníase	50
Anexo C	Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos – PCID<15	51
Anexo D	Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva	53
Anexo E	Formulário de Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico e na Alta de PQT	55
Anexo F	Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada	57

APRESENTAÇÃO

Este manual fornece subsídios, apoio e orientação aos profissionais que atuam na vigilância em saúde, atenção básica e demais níveis de atenção, no que se refere às diretrizes para vigilância, à assistência e à eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil.

Este documento foi produzido a partir do levantamento e da análise de portarias, manuais e guia de vigilância do Ministério da Saúde, bem como de publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) voltadas ao enfrentamento da doença.

O presente manual resulta de esforços da equipe técnica que compõe a Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação/Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (CGHDE/DEVIT/SVS/MS), instituições parceiras, colaboradores e especialistas em hanseníase no País.

Dessa forma, espera-se que este trabalho contribua para a uniformização do atendimento ao paciente acometido pela doença, nos diversos âmbitos de atenção à saúde, bem como dos procedimentos de vigilância em hanseníase, tendo por finalidade primordial a redução da carga de doença.

OBJETIVOS DO MANUAL

Objetivo geral

- Padronizar as diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Brasil.

Objetivos específicos

- Aprimorar e qualificar o atendimento integral à pessoa acometida pela hanseníase no âmbito da atenção básica nos serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar.
- Orientar o trabalho dos gestores, técnicos e profissionais de saúde nas questões que permeiam a gestão, o planejamento, o monitoramento e a avaliação no que se refere ao acolhimento, ao diagnóstico, ao tratamento e cura, à prevenção de incapacidades e à organização do serviço.

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO DE CASO

Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT):

- a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou
- b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou
- c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele.

1.2 NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de Notificação/Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (Anexo A).

AÇÕES PARA REDUÇÃO DA CARGA DA HANSENÍASE NO BRASIL

Em virtude de não existir proteção específica para a hanseníase, as ações a serem desenvolvidas para a redução da carga da doença incluem as atividades de:

- Educação em saúde.
- Investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos.
- Tratamento até a cura.
- Prevenção e tratamento de incapacidades.
- Vigilância epidemiológica.
- Exame de contatos, orientações e aplicação de BCG.

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Educação em saúde é dirigida às equipes de saúde, aos casos suspeitos e doentes, aos contatos de casos índices, aos líderes da comunidade e ao público em geral. Visa prioritariamente: incentivar a demanda espontânea de doentes e contatos nos serviços de saúde para exame dermatoneurológico; eliminar falsos conceitos relativos à hanseníase; informar quanto aos sinais e sintomas da doença, importância do tratamento oportuno; adoção de medidas de prevenção de incapacidades; estimular a regularidade do tratamento do doente e a realização do exame de contatos; informar os locais de tratamento; além de orientar o paciente quanto às medidas de autocuidado.

Cabe às três esferas de governo trabalhar em parceria com as demais instituições e entidades da sociedade civil para a divulgação de informações atualizadas sobre a hanseníase.

O Ministério da Saúde, bem como as secretarias estaduais e municipais de Saúde, devem atuar em parceria com o Ministério da Educação e secretarias municipais e estaduais de Educação, como agentes facilitadores da integração ensino-serviço nos cursos de graduação, pós-graduação e nos cursos técnicos profissionalizantes do ensino médio.

Atenção deve ser dada aos demais segmentos da sociedade civil no desenvolvimento de ações educativas sobre hanseníase voltadas à população geral.

2.2 INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CASOS

A investigação epidemiológica tem como objetivo a descoberta de doentes e é feita por meio de:

- Atendimento da demanda espontânea.
- Busca ativa de casos novos.
- Vigilância de contatos.

O atendimento da demanda compreende o exame dermatoneurológico de pessoas suspeitas de hanseníase que procuram a unidade de saúde espontaneamente, exames de indivíduos com dermatoses e/ou neuropatias periféricas e dos casos encaminhados por meio de triagem.

A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase diagnosticado (caso índice). Além disso, visa também descobrir suas possíveis fontes de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente de qual seja a classificação operacional do doente – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB).

Considera-se contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase. Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais, que incluem vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado. Atenção especial deve ser dada aos contatos familiares do paciente (pais, irmãos, avós, tios etc.).

NOTAS

Contatos familiares recentes ou antigos de pacientes MB e PB devem ser examinados, independente do tempo de convívio.

Sugere-se avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais. Após esse período os contatos devem ser liberados da vigilância, devendo, entretanto, serem esclarecidos quanto à possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos da hanseníase.

A investigação epidemiológica de contatos consiste em:

- Anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase.
- Exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos, independente da classificação operacional.
- Vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB.

Todo contato de hanseníase deve ser informado que a vacina BCG não é específica para hanseníase.

A vacina BCG-ID deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independente da classificação operacional do caso índice. A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e/ou da presença de cicatriz vacinal e deve seguir as recomendações a seguir:

QUADRO 1

Esquema de Vacinação com BCG

CICATRIZ VACINAL	CONDUTA
Ausência cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever

Fonte: (BRASIL, 2008).

NOTAS

- a) Contatos de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.
- b) As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), disponível no endereço eletrônico: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>.
- c) É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para doentes HIV positivos, seguir as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados, disponíveis no endereço eletrônico: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>.
- d) Doentes em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam vacinação BCG profilática para hanseníase.

2.3 TRATAMENTO DOS CASOS DIAGNOSTICADOS

O tratamento é realizado em regime ambulatorial, independente da classificação operacional da hanseníase, nas unidades básicas de saúde, ou ainda, desde que notificados e seguidos todas as ações de vigilância, em serviços especializados, hospitais públicos, universitários e/ou clínicas. Deve ser assegurado, obrigatoriamente, tratamento adequado a todos os doentes por parte dos serviços públicos de saúde.

Os serviços de saúde devem garantir orientação e recursos anticoncepcionais para as mulheres em tratamento de hanseníase ou em episódios reacionais mesmo após o término da PQT, principalmente aquelas que possam eventualmente precisar fazer uso de medicamentos com efeitos teratogênicos, em cumprimento da Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003.

Após eventual necessidade de hospitalização, o doente deverá continuar o seu tratamento em regime ambulatorial, em sua unidade de saúde de origem.

2.4 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INCAPACIDADES

A prevenção de incapacidades em hanseníase inclui conjunto de medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e socioeconômicos. Em caso de danos já existentes, a prevenção significa adotar medidas que visam evitar complicações.

A prevenção e o tratamento das incapacidades físicas são realizados pelas unidades de saúde, mediante utilização de técnicas simples (educação em saúde, exercícios preventivos, adaptações de calçados, férulas, adaptações de instrumentos de trabalho e cuidados com os olhos). Os casos de incapacidade física que requererem técnicas complexas devem ser encaminhados aos serviços especializados ou serviços gerais de reabilitação.

Componentes da prevenção de incapacidades em hanseníase:

- Educação em saúde.
- Diagnóstico precoce da doença, tratamento regular com PQT e vigilância de contatos.
- Detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites.
- Apoio à manutenção da condição emocional e integração social.
- Realização de autocuidado.

2.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica envolve a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. A produção e a divulgação das informações subsidiam análises e avaliações da efetividade das intervenções e embasam o planejamento de novas ações e recomendações a serem implementadas.

A vigilância epidemiológica deve ser organizada em todos os níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde, de modo a garantir informações sobre a distribuição, magnitude e carga da doença, nas diversas áreas geográficas.

A descoberta do caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento).

Considera-se caso novo de hanseníase a pessoa que nunca recebeu qualquer tratamento específico para a doença.

A Ficha de Notificação/Investigação do Sinan deve ser preenchida por profissionais das unidades de saúde onde o(a) paciente foi diagnosticado(a), na semana epidemiológica do diagnóstico, sejam estes serviços públicos ou privados, dos três níveis de atenção à saúde. A notificação deve ser enviada em meio físico, magnético ou virtual, ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário.

Para o devido acompanhamento e seguimento da evolução clínica dos doentes, o Sinan possui como instrumento de monitoramento o Boletim de Acompanhamento de Hanseníase, que demanda a atualização dos dados de acompanhamento pelas unidades de saúde (Anexo B). O Boletim de Acompanhamento deve ser encaminhado pela unidade de saúde no final de cada mês à Vigilância Epidemiológica do município. Esta, por sua vez, após digitação e verificação de inconsistências, enviará os dados para a Vigilância Estadual. A Vigilância Epidemiológica Estadual após verificação de inconsistências e de duplicidades enviará os dados ao DATASUS.

As alterações dos dados referentes aos casos de hanseníase no Sinan só podem ser realizadas estritamente pelos municípios.

O Boletim de Acompanhamento deverá conter informações relativas ao monitoramento do número de contatos domiciliares registrados e o número de contatos domiciliares examinados no primeiro ano após o diagnóstico do caso índice. Informações relativas aos contatos sociais, bem como aos cinco anos de seguimento, deverão constar no prontuário do paciente.

A Ficha de Notificação/Investigação e o Boletim de Acompanhamento são essenciais para a composição e a atualização dos indicadores epidemiológicos e operacionais, os quais subsidiam as avaliações das intervenções e embasam o planejamento de novas ações.

2.6 INDICADORES DE MONITORAMENTO DO PROGRESSO DA ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE ENQUANTO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

QUADRO 2
Indicadores de Monitoramento do Progresso da Eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública

NOME DO INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes	Numerador: casos em curso de tratamento em determinado local em 31/12 do ano de avaliação Denominador: população total no mesmo local de tratamento e ano de avaliação Fator de multiplicação: 10 mil	Medir a magnitude da endemia	Hiperendêmico: ≥20,0 por 10 mil hab. Muito alto: 10,0 a 19,9 por 10 mil hab. Alto: 5,0 a 9,9 por 10 mil hab. Médio: 1,0 a 4,9 por 10 mil hab. Baixo: <1,0 por 10 mil hab.
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	Numerador: casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação Denominador: população total residente, no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100 mil	Medir força de morbidade, magnitude e tendência da endemia	Hiperendêmico: >40,0/100 mil hab. Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab. Alto: 10,00 a 19,99 /100 mil hab. Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab. Baixo: <2,00/100 mil hab.

continua

NOME DO INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes	Numerador: casos novos em menores de 15 anos de idade residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação Denominador: população de zero a 14 anos de idade, no mesmo local e período Fator de multiplicação: 100 mil	Medir força da transmissão recente da endemia e sua tendência	Hiperendêmico: $\geq 10,00$ por 100 mil hab. Muito alto: 5,00 a 9,99 por 100 mil hab. Alto: 2,50 a 4,99 por 100 mil hab. Médio: 0,50 a 2,49 por 100 mil hab. Baixo: $<0,50$ por 100 mil hab.
Taxa de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico por 100 mil hab. (1)	Numerador: casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: população residente no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100 mil	Avaliar as deformidades causadas pela hanseníase na população geral e compará-las com outras doenças incapacitantes. Utilizado em conjunto com a taxa de detecção para monitoramento da tendência de detecção oportuna dos casos novos de hanseníase	A tendência de redução da taxa de detecção, acompanhada da queda deste indicador, caracteriza redução da magnitude da endemia.
Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano (1)	Numerador: casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: casos novos com grau de incapacidade física avaliado, residentes no mesmo local e período. Fator de multiplicação: 100	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5 a 9,9% Baixo: $<5\%$

continua

NOME DO INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano (1)	Numerador: número de casos de hanseníase residentes e curados com incapacidade física grau 2 no ano da avaliação Denominador: total de casos de hanseníase residentes e que foram encerrados por cura com grau de incapacidade física avaliados no ano da avaliação Fator de multiplicação: 100	Avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5 a 9,9% Baixo: $< 5\%$
Proporção de casos de hanseníase, segundo gênero entre o total de casos novos	Casos de hanseníase do sexo feminino/Total de casos novos Fator de multiplicação: 100	Avaliar a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase	Não especifica parâmetro
Proporção de casos segundo classificação operacional entre o total de casos novos	Casos de hanseníase multibacilares/Total de casos novos Fator de multiplicação: 100	Avaliar os casos em risco de desenvolver complicações e para o correto reabastecimento de PQT	Não especifica parâmetro
Taxa de detecção de casos novos, segundo raça/cor entre população das respectivas raças/cor	Numerador: casos de hanseníase segundo raça/cor Denominador: população da respectiva raça/cor Fator de multiplicação: 100 mil	Medir a magnitude da endemia segundo raça/cor	Não especifica parâmetro

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

2.7 INDICADORES PARA AVALIAR A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE HANSENÍASE

QUADRO 3

Indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase

Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes ^{(2) (3)}	Numerador: casos novos de hanseníase residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12 do ano da avaliação Denominador: total de casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes Fator de multiplicação: 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento	Bom: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$;
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes ^{(2) (3) (4)}	Numerador: casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento até 31/12 do ano de avaliação Denominador: total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes Fator de multiplicação: 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completitude do tratamento	Bom $< 10\%$ Regular 10 a $24,9\%$ Precário $\geq 25\%$
Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes ^{(2) (3)}	Numerador: nº de contatos dos casos novos de hanseníase examinados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) Denominador: total de contatos dos casos novos de hanseníase registrados por local de residência atual e diagnosticados nos anos das coortes (PB diagnosticados no ano anterior ao ano da avaliação e MB diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação) Fator de multiplicação: 100	Mede a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase, aumentando a detecção oportuna de casos novos	Interpretação: Bom: $\geq 90,0\%$ Regular: $\geq 75,0$ a $89,9\%$ Precário: $< 75,0\%$

continua

conclusão

Proporção de casos de recidiva entre os casos notificados no ano	Número de casos de recidiva de hanseníase notificados/ total de casos notificados no ano x 100	Identificar municípios notificantes de casos de recidiva para monitoramento de falência terapêutica	Não especifica parâmetro
Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico	Numerador: casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação Denominador: casos novos de hanseníase, residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação Fator de multiplicação: 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde	Bom $\geq 90\%$ Regular ≥ 75 a 89,9% Precário $< 75\%$
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes ^{(2) (3)}	Numerador: casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local Denominador: total de casos curados no ano residentes no mesmo local Fator de multiplicação: 100	Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde	Bom $\geq 90\%$ Regular ≥ 75 a 89,9% Precário $< 75\%$

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Notas referentes aos dois quadros acima:

⁽¹⁾Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%.

⁽²⁾Indicador a ser calculado por local de residência atual do paciente. Deverão ser retirados do denominador os casos considerados como erro diagnóstico e nas seguintes situações:

- Para avaliação municipal, desmarque transferências para outros municípios, outros estados e outros países;
- Para avaliação regional, desmarque transferências para outros municípios fora de sua regional, outros estados e outros países;
- Para avaliação estadual, exclua transferência para outros estados e outros países.

⁽³⁾Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional atual e data de diagnóstico de hanseníase:

Paucibacilar (PB) – todos os casos novos paucibaciares que foram diagnosticados um ano antes do ano da avaliação.

Multibacilar (MB) – todos os casos novos multibaciares que foram diagnosticados dois anos antes do ano da avaliação.

⁽⁴⁾A saída por “abandono” deverá ser informada quando os pacientes PB não compareceram ao tratamento por mais de três meses e os pacientes MB por mais de seis meses, mesmo após inúmeras tentativas de busca e retorno ao tratamento por parte dos profissionais.

3.1 DIAGNÓSTICO DE CASO DE HANSENÍASE

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da anamnese, exame geral e dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas.

Para os casos diagnosticados, deve-se utilizar a classificação operacional de caso de hanseníase, visando definir o esquema de tratamento com poliquimioterapia, que se baseia no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

Paucibacilar (PB) – casos com até cinco lesões de pele.

Multibacilar (MB) – casos com mais de cinco lesões de pele.

A classificação operacional deve ser feita pelos critérios clínicos (história clínica e epidemiológica e exame dermatoneurológico). Quando disponível a baciloscopia, o seu resultado positivo classifica o caso como MB, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase e também não classifica obrigatoriamente o doente como PB.

Para os serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar devem ser referenciados os casos suspeitos de comprometimento neural sem lesão cutânea, por serem de diagnóstico e/ou classificação mais difícil. Recomenda-se que nesses serviços de saúde os indivíduos sejam novamente submetidos ao exame dermatoneurológico e a exames complementares que incluem a baciloscopia, a histopatologia (cutânea ou de nervo periférico sensitivo), os eletrofisiológicos e, se necessário, sejam submetidos a outros exames mais complexos para identificar o comprometimento cutâneo ou neural discreto, à avaliação por ortopedista, ao neurologista e a outros especialistas para diagnóstico diferencial de outras neuropatias periféricas.

Dessa forma, os casos que apresentarem mais de um nervo comprometido, desde que devidamente documentado pela perda ou diminuição de sensibilidade nos respectivos territórios, a unidade de referência deverá tratar como MB, independentemente da situação de envolvimento cutâneo.

3.2 DIAGNÓSTICO DAS REAÇÕES HANSÊNICAS

Os estados reacionais ou reações hansênicas (tipos 1 e 2) são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, podendo ocorrer em qualquer paciente, porém são mais frequentes nos pacientes MB. Elas podem surgir antes, durante ou depois do tratamento PQT.

A Reação Tipo 1 ou Reação Reversa caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

A Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como: febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

Frente a suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- a) Confirmar o diagnóstico de hanseníase e sua classificação operacional.
- b) Diferenciar o tipo de reação hansênica.
- c) Investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros).
- d) Avaliar a função neural.

As reações, com ou sem neurite, devem ser diagnosticadas por meio da investigação cuidadosa dos sinais e sintomas mais frequentes e exame físico geral, com ênfase na avaliação dermatoneurológica. Tais procedimentos são fundamentais para definir a terapêutica antirreacional e para monitorar o comprometimento dos nervos periféricos

Lembrar da possibilidade da ocorrência de neurite isolada como manifestação única de reação hansênica.

Os pacientes de hanseníase devem ser agendados para consulta odontológica e orientados quanto à higiene dental. A boa condição de saúde bucal reduz o risco de reações hansênicas.

3.3 AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA E DA FUNÇÃO NEURAL

É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta por cura (término da poliquimioterapia).

A avaliação neurológica (Anexo F) deve ser realizada:

- 1) No início do tratamento.
- 2) A cada três meses durante o tratamento se não houver queixas.
- 3) Sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parastésicas.
- 4) No controle periódico de doentes em uso de corticoides por estados reacionais e neurites.
- 5) Na alta do tratamento.
- 6) No acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15, 45, 90 e 180 dias.

Para verificar a integridade da função neural, recomenda-se a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (Anexo F).

Todos os doentes devem ter o grau de incapacidade física avaliado, no mínimo, no diagnóstico e no momento da alta por cura. Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste de força muscular e de sensibilidade dos olhos, mãos e pés.

Para o teste de sensibilidade recomenda-se a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0,05 g, 0,2 g, 2 g, 4 g, 10 g e 300 g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Nas situações em que não estiver disponível o estesiômetro, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés ao leve toque da ponta da caneta esferográfica.

Para avaliação da força motora preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada, ou de zero a cinco, conforme o quadro a seguir:

QUADRO 4

Critérios para Avaliação da Força Motora

FORÇA		DESCRIÇÃO
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência.
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade sem resistência.
	2	Realiza o movimento parcial.
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento).

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

O Formulário para Avaliação do Grau de Incapacidade Física (Anexo E) deverá ser preenchido e obedecer às características expressas no quadro a seguir:

QUADRO 5

Critérios para Avaliação do Grau de Incapacidade Física

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Olhos: Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas e conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60. Mãos: Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica. Pés: Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.
1	Olhos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar. Mãos: Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica. Pés: Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2 g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.
2	Olhos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central; iridociclite e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $< 0,1$ ou 6:60, excluídas outras causas. Mãos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas. Pés: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

3.4 TRATAMENTO DE POLIQUIMIOTERAPIA – PQT/OMS

3.4.1 Apresentação das cartelas

QUADRO 6

Apresentação das cartelas para Poliquimioterapia (PQT) – PB e MB

FAIXA	CARTELA PB	CARTELA MB
Adulto	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)
	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 100 mg (3) e cápsula de 50 mg (27)
Criança	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 300 mg (1)	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 300 mg (1)
	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 50 mg (16)

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

3.4.2 Esquemas terapêuticos

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando-se esquemas terapêuticos padronizados, de acordo com a classificação operacional.

QUADRO 7

Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES: 6 cartelas

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Duração: 6 cartelas em até 9 meses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento está concluído com 6 cartelas em até 9 meses. Na dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

QUADRO 8

Esquema terapêutico para casos MULTIBACILARES: 12 cartelas

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Duração: 12 cartelas em até 18 meses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com 12 cartelas em até 18 meses. Na 12ª dose supervisionada, os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

Os doentes MB que, excepcionalmente, não apresentarem melhora clínica, com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas), devem ser encaminhados para avaliação em serviço de referência para verificar a conduta mais adequada para o caso.

Todos os esforços devem ser feitos para assegurar que os pacientes PB completem o tratamento em 6 meses e os MB em 12 meses. O regime de tratamento para os pacientes PB deverá ser concluído dentro de um período máximo de nove meses. No mesmo contexto, o tratamento para os pacientes MB deverá ser concluído dentro de um prazo máximo de 18 meses.

NOTAS

- a) A gravidez e o aleitamento não contraindicam o tratamento PQT padrão.
- b) Para mulheres em idade reprodutiva atentar ao fato de que a rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.
- c) Para o tratamento de crianças com hanseníase, deve-se considerar o peso corporal como fator mais importante do que a idade, seguindo as seguintes orientações: para crianças com peso superior a 50 kg deve-se utilizar o mesmo tratamento prescrito para adultos; para crianças com peso entre 30 kg e 50 kg deve-se utilizar as cartelas infantis (marrom/azul); para crianças menores que 30 kg deve-se fazer os ajustes de dose conforme quadro a seguir:

QUADRO 9

Esquema terapêutico para crianças menores de 30 kg

DROGA	DOSE PQT	DOSE MG/KG
Rifampicina (RFM) em suspensão	Mensal	10-20
Dapsona (DDS)	Mensal	1-2
	Diária	1-2
Clofazimina (CFZ)	Mensal	5,0
	Diária	1,0

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

- d) Nos casos de hanseníase neural primária, o tratamento com PQT deve ser realizado de acordo com a classificação (PB ou MB), definida pelo serviço de referência e o tratamento adequado do dano neural. Os doentes devem ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora, mesmo após a alta por cura.
- e) Quando disponíveis, os exames laboratoriais complementares como hemograma, TGO, TGP e creatinina devem ser solicitados no início do tratamento, episódios reacionais e efeitos adversos a medicamentos no seguimento dos doentes. A análise dos resultados desses exames não deve retardar o início da PQT, exceto nos casos em que a avaliação clínica sugerir doenças que contraindiquem o início do tratamento.
- f) Hanseníase e gestação: em que pese à recomendação de se restringir a ingestão de medicamentos no primeiro trimestre da gravidez, os esquemas padrão PQT/OMS, para tratamento da hanseníase, têm

sua utilização recomendada. Contudo, mulheres com diagnóstico de hanseníase e não grávidas que desejem engravidar devem receber aconselhamento para planejar a gestação após a finalização do tratamento. Especial atenção deve ser dada ao período compreendido entre o terceiro trimestre da gravidez e o puerpério, no qual as reações hansênicas podem ter sua frequência aumentada.

- g) Hanseníase e tuberculose: para o doente com tuberculose e hanseníase, manter o esquema terapêutico apropriado para a tuberculose (lembrando que nesse caso a dose de rifampicina de 600 mg será administrada diariamente), acrescido dos medicamentos específicos para a hanseníase, nas doses e tempos previstos no esquema padrão PQT/OMS:
- Paucibacilar – acrescentar a dapsona.
 - Multibacilar – acrescentar a dapsona e a clofazimina até o término do tratamento da tuberculose, quando deve ser acrescida a rifampicina do esquema padrão da hanseníase.
 - Casos em que não se utilize a rifampicina no tratamento da tuberculose, por contraindicação dessa droga: deverá ser prescrito esquema substitutivo próprio para esses casos na hanseníase.
 - Casos em que não se utilize a rifampicina no tratamento da tuberculose por resistência do *Mycobacterium tuberculosis* a essa droga: utilizar o esquema padrão PQT/OMS da hanseníase.
- h) Hanseníase e infecção pelo HIV/aids: para o doente em tratamento para HIV/aids e hanseníase, manter o esquema PQT/OMS, de acordo com a classificação operacional.
- i) Hanseníase e outras doenças: casos de associação da hanseníase com doenças hepáticas, renais ou hematológicas devem ser encaminhados para os serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar.
- j) A dapsona é gastrotóxica e sua absorção não é alterada substancialmente pela presença de alimentos. Mesmo a rifampicina, ingerida após 2 horas de uma refeição completa, não tem sua biodisponibilidade e eficácia bactericida alterada. Portanto, orientar sobre o uso da medicação (dose diária ou supervisionada), preferencialmente no período da tarde, duas horas após o almoço. Caso ainda persistam sintomas dispépticos, medicações para alívio sintomático deverão ser prescritas (cimetidina, ranitidina, omeprazol, metoclopramida).
-

3.4.3 Esquemas terapêuticos substitutivos

Os esquemas apresentados a seguir devem ser utilizados nos casos de intolerância grave ou contraindicação a uma ou mais drogas do esquema padrão PQT/OMS e estão disponíveis nos serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar.

QUADRO 10

Doente com intolerância à dapsona (DDS)

PAUCIBACILARES	MULTIBACILARES
Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada + clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada + clofazimina (CFZ): dose diária de 50 mg autoadministrada	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada + clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada + ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada + clofazimina (CFZ): dose diária de 50 mg, autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada
Duração: 6 doses	Duração: 12 doses

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta por cura: para doente PB quando o tratamento estiver concluído com seis doses supervisionadas em até nove meses. Para doente MB a cura se dá com a conclusão do tratamento com 12 (doze) doses supervisionadas (12 cartelas MB sem dapsona) + ofloxacino (ou minociclina) em até 18 meses.

QUADRO 11**Doente com intolerância à clofazimina (CFZ)**

PAUCIBACILARES	MULTIBACILARES
Não previsto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada. + dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada (28 dias). + ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Duração: 12 meses

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada clofazimina + ofloxacino (ou minociclina) em até 18 meses. Na 12ª dose os pacientes devem ser submetidos ao exame dermatológico, às avaliações neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Critério de alta: o tratamento estar concluído com 12 doses supervisionadas (12 cartelas MB sem clofazimina) + ofloxacino ou minociclina em até 18 meses.

QUADRO 12**Doente com intolerância à rifampicina (RFM)**

PAUCIBACILARES	MULTIBACILARES
Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada + ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada + clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada + clofazimina (CFZ): dose diária de 50 mg, autoadministrada + ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Duração: 6 doses	Duração: 24 doses

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.

Critério de alta: o tratamento do doente PB está concluído com 6 doses supervisionadas (6 cartelas PB sem rifampicina) + ofloxacino (ou minociclina) em até 9 meses. Para o MB o tratamento está concluído com 24 doses supervisionadas de clofazimina e dapsona (24 cartelas MB sem rifampicina) + ofloxacino (ou minociclina) em até 36 meses.

QUADRO 13

Doente com intolerância à rifampicina (RFM) e dapsona (DDS)

PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Clofazimina (CFZ): dose mensal supervisionada 300 mg, e dose diária de 50 mg autoadministrada. + ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.	Nos seis primeiros meses: clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50 mg, autoadministrada. + ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg, autoadministrada. + minociclina (MNC): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada. Nos 18 meses subsequentes: clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada + ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada OU Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada +minociclina (MNC): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Duração: 6 doses	Duração: 24 doses em até 36 meses

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico, incluindo exames complementares baciloscópico, específicos na 12^a e 24^a doses nos MB.

Critério de alta: tratamento PB concluído com seis doses supervisionadas em até nove meses; tratamento MB concluído com seis doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + minociclina + ofloxacino e 18 doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + ofloxacino OU clofazimina + minociclina.

QUADRO 14

Doente com intolerância a dapsona e clofazimina

FAIXA	PAUCIBACILARES	MULTIBACILARES
Adulto	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)
	Ofloxacino (OFX): comprimido de 400 mg (1)	Ofloxacino (OFX): comprimido de 400 mg (1)
	Minociclina (MNC): comprimido de 100 mg (01)	Minociclina (MNC): comprimido de 100 mg (01)
	Duração: 6 doses	Duração: 24 doses

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.

Critério de alta: o tratamento PB está concluído com seis doses supervisionadas em até nove meses. O tratamento MB está concluído com 24 doses supervisionadas em até 36 meses.

NOTAS

- Em crianças MB menores de 8 anos de idade: quando houver necessidade de retirada da dapsona, encaminhar o paciente à unidade de referência para avaliação do caso e definição da conduta terapêutica.
- Em crianças menores de 8 anos de idade, tanto MB quanto PB: quando houver necessidade de retirada da rifampicina, este medicamento deverá ser substituído pelo ofloxacino na dose de 10 mg/kg/dia, não pela minociclina que implica riscos para esta faixa etária.
- Em gestantes com intolerância a dapsona, a ofloxacino e minociclina são contraindicadas. O esquema terapêutico recomendado é associação da rifampicina com clofazimina.
- O doente deve ser orientado a não tomar a dose autoadministrada no dia da dose supervisionada.
- No final do tratamento substitutivo, os doentes PB ou MB deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, às avaliações

neurológicas simplificadas e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

- h) Os doentes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica e com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento preconizado, deverão ser encaminhados para avaliação na referência (nos serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar), para verificar a conduta mais adequada para o caso.
-

3.4.4 Seguimento de casos

Agendar o retorno do doente a cada 28 dias. Nessas consultas o paciente toma a dose supervisionada na unidade de saúde e recebe a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio. Aproveitar a oportunidade para avaliar o doente, fazer orientações e esclarecer dúvidas. Além disso, reforçar a importância do exame dos contatos, com agendamento do exame clínico e vacinação.

O cartão de agendamento deve ser usado para registro da data de retorno à unidade de saúde e para o controle da adesão ao tratamento. O doente que não comparecer à dose supervisionada deve ser visitado no domicílio, no máximo em até 30 dias, buscando-se continuar o tratamento e evitar o abandono.

No retorno para tomar a dose supervisionada, o(a) paciente deve ser submetido(a) à consulta por médico(a) e/ou enfermeiro(a) responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico. Essa medida visa identificar reações ansiosas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural. Em caso de reações ou outras intercorrências, realizar o seguimento na referência.

A demonstração e a prática de autocuidado devem fazer parte das orientações de rotina do atendimento mensal, sendo recomendada a organização de grupos de doentes e familiares ou de pessoas de sua convivência que possam apoiá-los na execução dos procedimentos recomendados. A prática das técnicas de autocuidado deve ser avaliada sistematicamente por profissional da unidade de saúde para evitar piora do dano neural por execução inadequada. Em todas as situações, valorizar o esforço realizado pelo paciente para estimular a continuidade das práticas de autocuidado.

Ainda que os efeitos adversos aos medicamentos da PQT sejam pouco frequentes, estes podem ser graves e requerem a suspensão do tratamento, com imediato encaminhamento do doente para avaliação em unidade de maior nível de atenção, apoio de exames laboratoriais complementares e prescrição da conduta adequada.

Os efeitos colaterais mais frequentes são os relacionados à dapsona, como anemia hemolítica, hepatite medicamentosa, meta-hemoglobinemia, gastrite, agranulocitose, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa e distúrbios renais. Em relação à rifampicina, destacam-se a alteração da cor da urina, distúrbios gastrointestinais, diminuição da eficácia dos anticoncepcionais orais, hepatotoxicidade (rara quando tomada de forma isolada), síndrome pseudogripal e plaquetopenia. Em relação à clofazimina, esta pode desencadear pigmentação cutânea, ictiose e distúrbios gastrointestinais. Os efeitos mais graves estão relacionados à dapsona e, em geral, ocorrem nas primeiras seis semanas de tratamento.

O doente de hanseníase que apresentar outras doenças associadas (aids, tuberculose, nefropatias, hepatopatias, endocrinopatias), se necessário, deve ser encaminhado para avaliação em unidades de saúde especializadas de maior nível de atenção.

Pode ocorrer falência terapêutica por:

- Resistência bacteriana (muito rara) que deverá ser investigada clínica e laboratorialmente na referência.
- Alterações enzimático-metabólicas que implicam na diminuição da eficácia dos medicamentos.

Nestes casos, consultar fluxo estabelecido pelo Ministério da Saúde (Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE e Coordenação-Geral dos Laboratórios de Saúde Pública – CGLAB) a respeito do envio de amostras para análise e confirmação de falência terapêutica.

3.4.5 Critérios de encerramento do tratamento na alta por cura

O encerramento da PQT (alta por cura) deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento: número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta.

Situações a serem observadas:

- a) Condutas para doentes irregulares: os doentes que não completaram o tratamento preconizado – PB: 6 doses em até 9 meses e MB: 12 doses em até 18 meses – reiniciar o tratamento, exceto casos em que o médico considerar que o paciente recebeu doses suficientes.
- b) Condutas para casos MB sem melhora clínica ao final do tratamento preconizado de 12 doses PQT/OMS (cartelas): o doente MB que

excepcionalmente não apresentar melhora clínica e com presença de lesões ativas da doença, no final do tratamento, deve ser encaminhado para avaliação em serviço de referência, quanto à necessidade de 12 doses adicionais de PQT/MB.

Casos MB que iniciam o tratamento com numerosas lesões ou extensas áreas de infiltração cutânea podem ter um risco maior de desenvolver reações e dano neural após completar as 12 doses. Esses casos poderão apresentar regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará a melhorar após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos não demonstrem qualquer melhora e por isso deverão ser avaliados em serviço de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) quanto à necessidade de 12 doses adicionais de PQT/MB.

Considera-se um caso de abandono todo paciente que não conseguiu completar o tratamento dentro do prazo máximo permitido, apesar de repetidas tentativas para o retorno e seguimento do tratamento. Assim, sempre que um paciente PB perdeu mais de três meses de tratamento ou um paciente MB mais de seis meses de tratamento, não será possível completá-lo no tempo máximo permitido e deverão ser informados no campo correspondente como abandono.

3.4.6 Orientações no momento da alta

Doente que no momento da alta por cura apresente reações ou deficiências sensitivo-motoras e/ou incapacidades deve ser monitorado, com agendamento, de acordo com cada caso.

Deve ser orientado para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora.

3.5 TRATAMENTO DE REAÇÕES HANSÊNICAS

O tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por médico. Essas ocorrências devem ser consideradas como situações de emergência e encaminhadas às unidades de saúde do nível secundário e terciário, para tratamento nas primeiras 24 horas.

Para iniciar o tratamento das reações hansênicas é imprescindível diferenciar o tipo de reação; avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas; investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais; conhecer as contraindicações, interações

e efeitos adversos dos medicamentos usados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais; instituir precocemente a terapêutica medicamentosa antirreacional e medidas coadjuvantes adequadas visando à prevenção de incapacidades; encaminhar os casos graves para internação hospitalar.

Nas situações em que haja dificuldade de encaminhamento imediato para serviços de referência, os seguintes procedimentos devem ser aplicados:

1. Orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite.
2. Iniciar prednisona na dose 1 mg/kg/dia, devendo-se tomar as seguintes precauções para a sua utilização: garantia de acompanhamento médico, registro do peso, da pressão arterial, da glicemia de jejum no sangue, tratamentos profiláticos da estreptocidose e da osteoporose.

NOTA

Nos casos em que o doente for portador de hipertensão arterial sistêmica ou insuficiência cardíaca, pode-se utilizar a dexametasona na dosagem equivalente (0,15 mg/kg/dia).

O acompanhamento do doente com reação deve ser realizado em serviços de referência. Para o encaminhamento deverá ser usada a Ficha de Referência/Contrarreferência padronizada pelo município, contendo todas as informações necessárias, incluindo-se a data do início do tratamento, esquema terapêutico, número de doses administradas e o tempo de tratamento.

3.5.1 Tratamento clínico das reações

A) REAÇÃO TIPO 1

- 1 Iniciar prednisona na dose de 1 mg/kg/dia ou dexametasona 0,15 mg/kg/dia em casos de doentes hipertensos ou cardiopatas, conforme avaliação clínica.
- 2 Manter a poliquimioterapia se o doente ainda estiver em tratamento específico, não reintroduzi-la em situação de alta.
- 3 Imobilizar o membro afetado em caso de neurite associada.
- 4 Avaliar a função neural sensitiva e motora antes do início da corticoterapia.
- 5 Reduzir a dose de corticoide conforme a resposta terapêutica.
- 6 Programar e realizar ações de prevenção de incapacidades.

Na utilização de corticosteroides, devem ser tomadas algumas precauções:

- 1 Registro do peso, da pressão arterial e da glicemia de jejum para controle.
- 2 Tratamento antiparasitário com medicamento específico para *Strongiloides stercoralis*, prevenindo a disseminação sistêmica deste parasita (tiabendazol 50 mg/kg/dia, em 3 tomadas por 2 dias; ou 1,5 g em dose única; ou Albendazol na dose de 400 mg/dia durante 3 a 5 dias consecutivos). Verificar antes se não há gestação.
- 3 Profilaxia da osteoporose: cálcio 1.000 mg/dia associado à vitamina D 400-800 UI/dia e/ou Bifosfonatos (alendronato 70 mg/semana, administrado com água, pela manhã, em jejum. Recomenda-se que o desjejum ou outra alimentação matinal seja realizado(a), no mínimo 30 minutos após a ingestão do comprimido do alendronato).

Para aqueles com quadro de neurite de difícil controle, os serviços de referência em ambiente hospitalar podem também adotar protocolo clínico de pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa, na dose de 1 g/dia por 3 dias seguidos (1º pulso). O segundo e terceiro pulsos devem ser de 1 g/dia, dose única quinzenal ou mensal, conforme melhora clínica dos sinais e sintomas, quando será suspensão ou substituída por prednisona via oral em dose menor.

B) REAÇÃO TIPO 2 OU ERITEMA NODOSO HANSÊNICO (ENH)

A talidomida é o medicamento de escolha na dose de 100 a 400 mg/dia, conforme a gravidade do quadro. Na impossibilidade do seu uso prescrever prednisona na dose de 1 mg/kg peso/dia, ou dexametasona na dose equivalente. Além disso, será preciso:

- 1 Manter a poliquimioterapia se o doente ainda estiver em tratamento específico e não a reintroduzir na situação de alta.
- 2 Associar corticosteroide em caso de comprometimento de nervos (bem definido após palpação e avaliação da função neural), segundo o esquema já referido.
- 3 Imobilizar o membro afetado em caso de neurite associada.
- 4 Monitorar a função neural sensitiva e motora.
- 5 Reduzir a dose da talidomida e/ou do corticoide conforme resposta terapêutica.
- 6 Programar e realizar ações de prevenção de incapacidades.
- 7 Na associação de talidomida e corticoide, usar AAS 100 mg/dia como profilaxia para tromboembolismo.

C) REAÇÃO TIPO 2 (ENH) – INDICAÇÕES DA CORTICOTERAPIA

- 1 Contraindicações da talidomida: Devido aos graves efeitos teratogênicos, a talidomida somente pode ser prescrita para mulheres em idade fértil após avaliação médica com exclusão de gravidez por meio de método sensível e mediante a comprovação de utilização de, no mínimo, dois métodos efetivos de contracepção para mulheres em uso de talidomida (RDC nº 11, de 22 de março de 2011 e Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003), sendo pelo menos um método de barreira.
- 2 Presença de lesões oculares reacionais, com manifestações de hiperemia conjuntival com ou sem dor, embaçamento visual, acompanhadas ou não de manifestações cutâneas.
- 3 Edema inflamatório de mãos e pés (mãos e pés reacionais).
- 4 Glomerulonefrite, orquiepididimite, artrite, vasculites, eritema nodoso necrotizante e neurite.

D) ESQUEMA TERAPÊUTICO SUBSTITUTIVO PARA REAÇÃO TIPO 2

Utilizar a pentoxifilina na dose de 1.200 mg/dia, dividida em doses de 400 mg de 8/8 horas, após alimentação, associada ou não ao corticosteroide. Sugere-se iniciar com a dose de 400 mg/dia, com aumento de 400 mg a cada semana, no total de três semanas, para alcançar a dose máxima e minimizar os efeitos gastrintestinais. Pode ser uma opção para os casos em que a talidomida for contraindicada, como em mulheres em idade fértil. A pentoxifilina pode beneficiar os quadros com predomínio de vasculites. Reduzir a dose conforme resposta terapêutica, após pelo menos 30 dias, observando a regressão dos sinais e sintomas gerais e dermatoneurológicos.

Anti-inflamatórios não hormonais também são úteis em reações leves.

E) CONDUTA NOS CASOS DE REAÇÃO CRÔNICA OU SUBINTRANTE

A reação subintrante é a reação intermitente, cujos surtos são tão frequentes que, antes de terminado um, surge o outro. Os pacientes respondem ao tratamento com corticosteroides e/ou talidomida, mas tão logo a dose seja reduzida ou retirada, a fase aguda recrudescer. Isso pode acontecer mesmo na ausência de doença ativa e perdurar por muitos anos após o tratamento. Nesses casos, recomenda-se investigar fatores predisponentes como: infecções concomitantes, parasitose intestinal, infecção periodontal, distúrbios hormonais, fatores emocionais como estresse, fatores metabólicos, diabetes descompensado, sinusopatia, contato com doente MB sem diagnóstico e tratamento.

F) CARACTERIZAÇÃO DE DOR NEUROPÁTICA E NEURITE

Quando há algum grau de perda de função neural (sensibilidade e/ou força muscular), com ou sem dor (neurite silenciosa), caracteriza-se a neurite. Caso haja somente sintomas (dor, alodinia, hiperpatia, parestesias), sem perda progressiva da função neural, caracteriza-se como dor neuropática, a qual deve ser tratada com antidepressivos tricíclicos, anticonvulsivantes e/ou neurolépticos.

G) TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS NEURITES

Este tratamento é indicado depois de esgotados todos os recursos clínicos para reduzir a compressão do nervo periférico por estruturas anatômicas constritivas próximas. O doente deve ser encaminhado para avaliação em unidade de referência de maior nível de complexidade da Rede de Atenção à Saúde para descompressão neural cirúrgica, de acordo com as seguintes indicações:

- 1 Abscesso de nervo.
- 2 Neurite que não responde ao tratamento clínico padronizado dentro de quatro semanas.
- 3 Neurites subentrantes ou reentrantes.
- 4 Neurite do nervo tibial com ou sem a presença de úlcera plantar, por ser geralmente silenciosa e nem sempre responder bem ao corticoide. A cirurgia, por atuar na descompressão do plexo neurovascular (angioneurolise), pode auxiliar na prevenção e/ou cicatrização de úlceras plantares, por melhorar a vascularização.
- 5 Neurite deficitária crônica com dor crônica.
- 6 Neurite com outras comorbidades associadas (glaucoma, DM, HAS) que contraindicam o uso do corticoide.

H) DOR NEURAL NÃO CONTROLADA

A dor neuropática (neuralgia), associada ou não à compressão neural, pode ocorrer durante o processo inflamatório ou por sequela da neurite, e deve ser contemplada no tratamento da neuropatia. Doentes com dor persistente, quadro sensitivo e motor normal e sem agravamento devem ser encaminhados ao centro de referência para o tratamento adequado com antidepressivos tricíclicos, neurolépticos ou anticonvulsivantes. Em geral, devem-se associar antidepressivos tricíclicos com neurolépticos e/ou anticonvulsivantes, pelo sinergismo de ação.

QUADRO 15

Antidepressivos tricíclicos

FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	DOSE HABITUAL/DIA	DOSE MÁXIMA/DIA
Cloridrato de amitriptilina	25 mg comprimido	25-150 mg	300 mg
Cloridrato de nortriptilina	25 mg e 50 mg cápsula	10-50 mg (0,2-3 mg kg)	150 mg

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

QUADRO 16

Neurolépticos

FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	DOSE HABITUAL/DIA	DOSE MÁXIMA/DIA
Clorpromazina	Gotas/comprimidos	5 gotas 12/12h 12,5 mg 12/12h	20 gotas 12/12h 100 mg 12/12h

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

QUADRO 17

Anticonvulsivantes

FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	DOSE HABITUAL/DIA	DOSE MÁXIMA/DIA
Carbamazepina	200 mg comprimido 20 mg/ml suspensão oral	200-1.200 mg	3.000 mg
Gabapentina	300 mg e 400 mg cápsula	900-2.400 mg	2.400 mg

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

3.6 PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INCAPACIDADES

A principal forma de prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas é o diagnóstico oportuno. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não deve ser dissociada do tratamento PQT. Essas ações devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde e recomendadas para todos os doentes.

3.6.1 Técnicas simples de autocuidado

A prevenção das incapacidades físicas e deformidades decorrentes da hanseníase são realizadas por meio de técnicas simples e de orientação ao doente para a prática regular de autocuidado. Elas devem ser aplicadas e

ensinadas nas unidades de saúde durante o acompanhamento do doente e após a alta.

Autocuidado são procedimentos, técnicas e exercícios que o próprio doente, devidamente orientado, pode realizar regularmente no seu domicílio e em outros ambientes. O doente deve ser orientado a fazer a autoinspeção diária e, se necessário, estimulado a usar proteção, especialmente voltada para os olhos, o nariz, as mãos e os pés.

3.6.2 Indicação de cirurgia de reabilitação

O doente com incapacidade instalada, apresentando mão em garra, pé caído, lagofthalmo, madarose superciliar, desabamento da pirâmide nasal, queda do lóbulo da orelha, atrofia cutânea da face, deve ser encaminhado para avaliação e indicação de cirurgia de reabilitação em centros de atenção especializada hospitalar. Para isso, o paciente deve atender aos seguintes critérios: ter completado o tratamento PQT e não apresentar estado inflamatório reacional e/ou uso de medicamentos antirreacionais há pelo menos um ano.

3.7 SITUAÇÕES PÓS-ALTA POR CURA

3.7.1 Reações pós-alta por cura

Doentes pós-alta por cura podem apresentar reações hansênicas. Neste caso, é preciso fazer o diagnóstico diferencial com recidivas e seguir os esquemas de tratamento já apresentados.

3.7.2 Recidiva

Define-se como RECIDIVA todos os casos de HANSENÍASE, tratados regularmente com esquemas oficiais padronizados e corretamente indicados, que receberam alta por cura, isto é, saíram do registro ativo da doença no Sinan, e que voltam a apresentar novos sinais e sintomas clínicos de doença infecciosa ativa. Os casos de recidiva em hanseníase geralmente ocorrem em período superior a cinco anos após a cura. Após a confirmação da recidiva, esses casos devem ser notificados no modo de entrada “recidiva”.

Considerando que a hanseníase apresenta critérios clínicos distintos para a sua classificação operacional (paucibacilar e multibacilar) e consequentemente esquemas terapêuticos diferentes, estabelece-se o diagnóstico de recidiva, segundo a classificação operacional como:

PAUCIBACILAR (PB)

Paciente que, após alta por cura e tratamento com seis doses de PQT-PB ou com outros esquemas substitutivos protocolados em portaria, apresentar novos nervos afetados, novas áreas com alterações de sensibilidade, novas lesões e/ou exacerbação de lesões anteriores e que **NÃO RESPONDEM** ao tratamento com corticosteroide nas doses recomendadas – por pelo menos 30 dias para lesões cutâneas de reação reversa (reação tipo 1) e por 90 dias para comprometimento neurológico (neurite) –, além de pacientes com surtos reacionais tardios, que em geral ocorrem cinco anos após a alta.

MULTIBACILAR (MB)

Paciente que, após alta por cura e tratamento com 12/24 doses de PQT-MB ou com outros esquemas substitutivos preconizados em portaria, apresentar novas lesões cutâneas e/ou evolução de lesões antigas, novas alterações neurológicas que **NÃO RESPONDEM** ao tratamento com talidomida e/ou corticosteroide nas doses e nos prazos recomendados; baciloscopia positiva (índice baciloscópio) igual ou maior que a do momento da cura, coletado nos mesmos sítios (se disponível, considerar a baciloscopia existente); pacientes com surtos reacionais tardios geralmente após cinco anos da alta, podendo ocorrer em período menor, além de, quando disponível, manutenção de altos níveis de ELISA anti-PGL1 e/ou com bacilos íntegros bem definidos no raspado dérmico e/ou biópsia de pele.

Para a investigação dos casos de recidiva, deve ser preenchida a Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva (Anexo D) a ser encaminhada com a Ficha de Notificação do Sinan para a Vigilância Epidemiológica do município. É importante investigar e diferenciar recidiva das situações de reação reversa hansênica, insuficiência terapêutica, falência terapêutica, definidas a seguir:

A – REAÇÃO REVERSA (REAÇÃO TIPO 1)

Considerando que os quadros de reação reversa se caracterizam por reagudização das lesões antigas e o surgimento de novas lesões eritemato-placares inflamatórias e agudas, é importante avaliar sua distinção dos quadros de recidivas, geralmente insidiosos e pouco inflamatórios. O diagnóstico diferencial entre reação e recidiva deverá ser baseado na associação de exames clínicos e laboratoriais, especialmente a baciloscopia de raspado intradérmico nos casos MB. Os casos que não respondem ao tratamento proposto para os estados reacionais deverão ser encaminhados às unidades de referência para confirmação de recidiva. No quadro a seguir, encontram-se descritas as diferenças clínicas que se aplicam à maioria dos casos, a saber:

QUADRO 18**Diferenças clínicas entre REAÇÃO e RECIDIVA na hanseníase**

CARACTERÍSTICAS	REAÇÃO	RECIDIVA
Período de ocorrência	Frequente durante a PQT e/ou menos frequente no período de dois a três anos após término do tratamento	Em geral, período superior a cinco anos após término da PQT
Surgimento	Súbito e inesperado	Lento e insidioso
Lesões antigas	Algumas ou todas podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas	Geralmente imperceptíveis
Lesões recentes	Em geral, múltiplas	Poucas
Ulceração	Pode ocorrer	Raramente ocorre
Regressão	Presença de descamação	Ausência de descamação
Comprometimento neural	Muitos nervos podem ser rapidamente envolvidos ocorrendo dor e alterações sensitivo-motoras	Poucos nervos podem ser envolvidos com alterações sensitivo-motoras de evolução mais lenta.
Resposta a medicamentos antirreacionais	Excelente	Não pronunciada

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

B – INSUFICIÊNCIA TERAPÊUTICA

Situação especial em que o paciente, por diferentes motivos, não recebeu tratamento adequado e suficiente, tais como:

- Casos com irregularidade ao tratamento padrão PQT.
- Casos que foram erroneamente classificados como PB quando deveriam ser classificados como MB.
- Casos MB tratados com esquemas nos quais os pacientes receberam apenas clofazimina diária e rifampicina mensal, por inviabilidade de utilizar a dapsona do esquema padrão.
- Casos geralmente muito avançados e anérgicos, com muitos hansenomas e infiltrações, com índice baciloscópico maior que 3+ e/ou ELISA anti-PGLI elevados que receberam 12 doses PQT/MB e após avaliação clínica e/ou baciloscópica na referência terão necessidade de 12 doses adicionais. A insuficiência terapêutica com o esquema padrão, trata-se de caso especial

por problemas de biodisponibilidade, interações medicamentosas e/ou falhas de absorção.

Esses casos NÃO devem ser notificados como “Recidiva” e sim como “Outros Reingressos” explicando o motivo “insuficiência terapêutica” no campo observação, se já estiverem em alta do tratamento. Casos que ainda não receberam alta por cura do tratamento, como no caso das 12 doses, continuarão no registro ativo sem necessidade de nova notificação, devendo ser informado apenas no Boletim de Acompanhamento Mensal a necessidade de 12 doses adicionais.

C – FALÊNCIA TERAPÊUTICA

Situação rara que deve ser suspeitada quando:

- O paciente diagnosticado com hanseníase NÃO apresenta sinais de melhora clínica durante o tratamento regular e adequadamente indicado de 6 ou 12 doses PQT.
- Situação em que o paciente MB recebeu até 24 doses de PQT/MB, portanto já ultrapassou o critério de insuficiência terapêutica, e que, na alta por cura, apresenta sinais de atividade clínica e/ou presença de bacilos íntegros bem definidos no raspado dérmico e/ou exame histopatológico de pele e, quando disponível, manutenção de altos níveis de ELISA anti-PGL1 (IgM). Esse tipo de caso pode ocorrer por:
 - » Resistência bacteriana aos medicamentos preconizados, que deverá ser investigada clínica e laboratorialmente na referência.
 - » Alterações enzimático-metabólicas dos pacientes que implicam na diminuição da eficácia dos medicamentos, que será aventada quando, na investigação molecular de resistência medicamentosa, o bacilo não apresenta a mutação de resistência a algum dos principais medicamentos da poliquimioterapia.

Esses casos de falência terapêutica NÃO devem ser notificados como “Recidiva” e sim como “Outros Reingressos” explicando o motivo “falência terapêutica” no campo observação, se já estiverem em alta do tratamento. Casos que ainda não receberam alta por cura do tratamento, como no caso das 24 doses, continuarão no registro ativo sem necessidade de nova notificação, devendo ser informado apenas no Boletim de Acompanhamento Mensal a mudança de esquema terapêutico.

3.7.3 Prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta por cura

Todas as medidas recomendadas para o doente em tratamento devem ser extensivas ao período pós-alta por cura, especialmente dos casos que apresentam graus 1 e 2 para acompanhamento das práticas de autocuidado, adaptação de calçados, tratamento de feridas e reabilitação cirúrgica. Esse deve ser orientado para o retorno pós-alta por cura, de acordo com suas necessidades.

Casos de hanseníase com suspeita de falência do tratamento com PQT são os que têm maior probabilidade de apresentar bacilo com resistência medicamentosa e, por isso, devem ser encaminhados às unidades de referência capacitadas para o acompanhamento desse tipo de paciente, seguindo estratégias padronizadas em âmbito nacional.

Recomenda-se que essas populações sejam contempladas com as seguintes ações de vigilância da hanseníase:

- Integração dessas instituições à rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Investigação de casos de recidiva, pela possibilidade de ocorrência de resistência medicamentosa em pacientes tratados com monoterapia sulfônica ou esquema DNDS (rifampicina 600 mg/dia durante seis meses, dapsona 100 mg/dia até cinco anos após a negatificação bacilar).
- Vigilância de contatos ou exame de coletividade.
- Desenvolvimento de ações de prevenção e reabilitação física, psicossocial e profissional.

6 GERÊNCIA

6.1 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

6.1.1 Prontuário e documentação

O prontuário do paciente de hanseníase deve ser o mesmo usado para os demais atendimentos realizados na unidade de saúde, acrescido de anexos constituídos por impressos específicos.

É importante reiterar que conste no prontuário os seguintes documentos: cópia da ficha de notificação/investigação de hanseníase do Sinan (Anexo A); Registro da vigilância de contatos domiciliares de hanseníase; Protocolo Complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos (Anexo C); Formulário para Avaliação do Grau de Incapacidade Física (Anexo E); Formulário para avaliação neurológica simplificada (Anexo F); Ficha de investigação de suspeita de recidiva (Anexo D); e quando o caso exigir, usar outros formulários que se fizerem necessários para o acompanhamento eficiente dos pacientes.

Informações sobre evolução clínica e psicossocial, administração de doses supervisionadas e vigilância de contatos deverão constar do registro regular no prontuário de todos os pacientes. Nos pacientes menores de 15 anos suspeitos de hanseníase deverá ser aplicado o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos – PCID <15, conforme Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde, 2009 (Anexo C).

6.1.2 Seguimento

O paciente de hanseníase deverá ser agendado para dose supervisionada a cada 28 dias. No ato do comparecimento à unidade de saúde, para receber a dose supervisionada da medicação, o doente deve ser submetido à consulta médica ou de enfermagem para o monitoramento clínico e terapêutico, objetivando identificar quaisquer anormalidades clínicas que requeiram intervenção, como por exemplo: reações hansênicas, efeitos adversos ao medicamento em uso, presença de dano neural etc.

Recomenda-se aproveitar a presença do paciente na unidade de saúde para a convocação dos contatos, realização do exame clínico e administração da primeira dose ou reforço da vacina BCG.

Para monitorar a ocorrência de recidiva, recomenda-se que as gerências estaduais e municipais investiguem as entradas por recidiva no Sinan e a utilização da Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva (Anexo D).

6.1.3 Fluxo de informação

O fluxo de informações em hanseníase deve ser construído segundo lógica do envio sistemático mensal dos dados e atualização permanente do sistema de informação, desde o nível municipal até a esfera federal.

No acompanhamento mensal dos casos em tratamento, o órgão municipal responsável pela emissão do Boletim de Acompanhamento deve enviá-lo às unidades de saúde para preenchimento e devolução no final de cada mês. Nas unidades de saúde que já possuem o Sinan implantado, deve-se realizar a digitação, caso contrário o boletim é enviado ao setor municipal responsável.

6.2 PROGRAMAÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

É de responsabilidade da unidade básica de saúde dispor do tratamento completo para cada caso, conforme faixa etária e classificação operacional, na forma do esquema de Poliquimioterapia (PQT) em caixas fechadas contendo cartelas PB e caixas com cartelas MB. O armazenamento das caixas com cartelas de PQT deve ser em local apropriado, sem umidade, calor e luminosidade excessiva.

As referências (serviços especializados, ambulatorial e/ou hospitalar) são responsáveis por disponibilizar o tratamento completo para cada caso que necessitar de esquemas substitutivos.

O estoque regulador das medicações disponíveis para o tratamento da hanseníase (esquema padrão PQT/OMS, esquemas substitutivos e antirreacionais), a ser disponibilizado para a assistência, é estimado a partir do número de casos novos detectados no ano anterior, conforme matriz programática específica.

O Ministério da Saúde é responsável pela programação, aquisição e distribuição nacional dos medicamentos, com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde. Cabe às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a gestão da distribuição às unidades que atendem pacientes de hanseníase onde são dispensados, zelando para que não haja descontinuidade na oferta desses medicamentos.

Os medicamentos antirreacionais também são adquiridos e distribuídos às Secretarias Estaduais de Saúde pelo Ministério da Saúde. As secretarias e unidades

de saúde devem dar atenção ao cumprimento da Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003, que dispõe sobre o uso da talidomida para mulheres em idade fértil.

Da mesma forma, devem-se seguir protocolos para corticoterapia prolongada e uso dos insumos para apoio à prevenção de incapacidades físicas de olhos, mãos e pés, durante e após o tratamento, conforme indicação.

Outros insumos, como material para testes de sensibilidade (estesiômetro) e para coleta de material para baciloscopia, devem estar disponíveis em todos os serviços de saúde. Os serviços de referência precisam dispor de insumos para exames complementares na elucidação de casos de difícil diagnóstico.

6.3 REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Para atenção integral à pessoa com hanseníase e suas complicações ou sequelas, os serviços com incorporação de tecnologias diferenciadas na rede de saúde, deve-se estruturar, organizar e oficializar as referências municipais, estaduais e regionais e o sistema de contrarreferência, conforme as políticas vigentes do SUS, definidas por meio de pactuações do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (Coap) e das Comissões Bipartites e Tripartite, que estabelecem as atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com as respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades.

Na presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta, o caso deve ser encaminhado para os serviços de referência. Após agendamento prévio na unidade de referência, o paciente deverá estar acompanhado de formulário contendo todas as informações necessárias ao atendimento (motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, resultados de exames realizados, diagnóstico, evolução clínica, esquema terapêutico e dose a que o paciente está submetido, entre outras).

Do mesmo modo, a contrarreferência deve ser acompanhada de formulário próprio, contendo informações detalhadas a respeito do atendimento prestado, condutas e orientações para o seguimento do doente no estabelecimento de origem.

Diante da necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico, o paciente de hanseníase ou seus familiares devem ser encaminhados para acompanhamento em saúde mental, na própria unidade básica ou em serviço de referência.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde:** dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno da Atenção Básica, 21).

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS nº 3.125, de 7 de outubro de 2010.** Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. [Brasília], 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 25 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde:** volume único. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Guia para controle da Hanseníase.** 2. ed. Brasília: 1984. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, 6).

_____. Ministério da Saúde. **Hanseníase na Atenção Básica de Saúde.** 2. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria GM/MS nº 594, de 29 de outubro de 2010.** [Brasília], 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0594_29_10_2010.html>. Acesso em: 25 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Conjunta SVS/SAS nº 125, de 26 de março de 2009.** Define as ações de controle da hanseníase. [Brasília], 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html>. Acesso em: 25 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy (2011-2015).** Genebra, 2009.

_____. **Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy: questions and answers.** Genebra, 2012.

_____. **Guia para a eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública.** Genebra, 2000.

_____. **Resolução AMS 44.9.** Genebra, 1991.

ANEXOS

ANEXO A FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE		Nº		
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual			
	2	Agravado/doença			Código (CID10)		3 Data da Notificação	
	HANSENÍASE			A 3 0. 9				
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9 Data de Nascimento			
	10	(ou) Idade	11	Sexo M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado	12	Gestante	13	Raça/Cor
	14 Escolaridade			15 Número do Cartão SUS				
	16 Nome da mãe							
	17 UF			18	Município de Residência	Código (IBGE)	19	Distrito
Dados de Residência	20		Bairro	21		Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22		Número	23		Complemento (apto., casa, ...)	24	Geo campo 1
	25		Geo campo 2	26		Ponto de Referência	27	
	28		(DDD) Telefone	29		Zona	30	
	31		Nº do Prontuário	32		Ocupação		
Dados Complementares do Caso								
Dados Clínicos	33		Nº de Lesões Cutâneas	34		Forma Clínica	35	Classificação Operacional
	36		Nº de Nervos afetados	37		Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		
Atendimento	38		Modo de Entrada	39		Modo de Detecção do Caso Novo		
	40		Baciloscopia	41		Data do Início do Tratamento	42	
Tratamento	43		Número de Contatos Registrados	44		Esquema Terapêutico Inicial		
	45		Observações adicionais:	46		Observações adicionais:		
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde				
	Nome			Função			Assinatura	
Hanseníase			Sinan NET			SVS 30/10/2007		

ANEXO B BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE



República Federativa
do Brasil
Ministério da Saúde

SES -

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Boletim de Acompanhamento de
Hanseníase

Página: 1

UF:
Unidade:

Município de Notificação:

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Município residência Atual	Distrito Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último comparec.	CO	AI	ET	N D	ER	Data mudança esquema	Cont. Reg.	Cont. Exam.	Tipo saída	Data alta
-------------------------------	---------------------------------	------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------	----	----	----	--------	----	----------------------------	---------------	----------------	---------------	--------------

CO: Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)

AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado ET: Esquema Terapêutico Atual

NC: Número de Contatos Examinados ND: Número de Doses recebidas

ER: Episódio reacional durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 1 e 2 4- Sem reação Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 -Outros Esquemas substitutivos

Tipo de Saída: 1 – Cura 2 – Transf p/ mesmo município 3 – Transf p/ outro município 4 – Transf p/outro Estado 5 – Transferência para outro País 6 – Óbito 7 – Abandono 8 – Erro diagnóstico

ANEXO C PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS – PCID <15



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica
de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15**

1 - Unidade de Saúde: _____

2 - Município: _____ 3 - UF: _____

4 - Nome do Paciente: _____ 5 - N° Prontuário: _____

6 - Nome da Mãe: _____

7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos

9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____

11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____

12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?

☐ Menos de 6 meses ☐ De 6 meses há 1 ano ☐ Mais de 1 ano

13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? ☐ Não ☐ Sim

Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____

15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____

17 - Tipos/características de lesões:

Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade

Mancha(s) com alteração da coloração da pele ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade

Placas eritematomatosas com bordas elevadas ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade

Nódulos/pápulas ☐ Infiltração ☐ Outras (especificar): _____

18 - Cicatriz de BCG: ☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ou mais

19 - Existem áreas com rarefação de pelo?

☐ não ☐ sim Onde? _____

20 - Existem nervos acometidos?

☐ não ☐ sim Quantos? _____

21 - Teste de Histamina:

☐ não realizado ☐ realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofortale e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquiase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
							Contratura do tornozelo		

24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? ☐ não ☐ sim

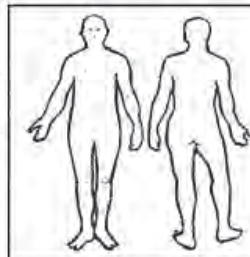
25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: ☐ PB ☐ MB

26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____

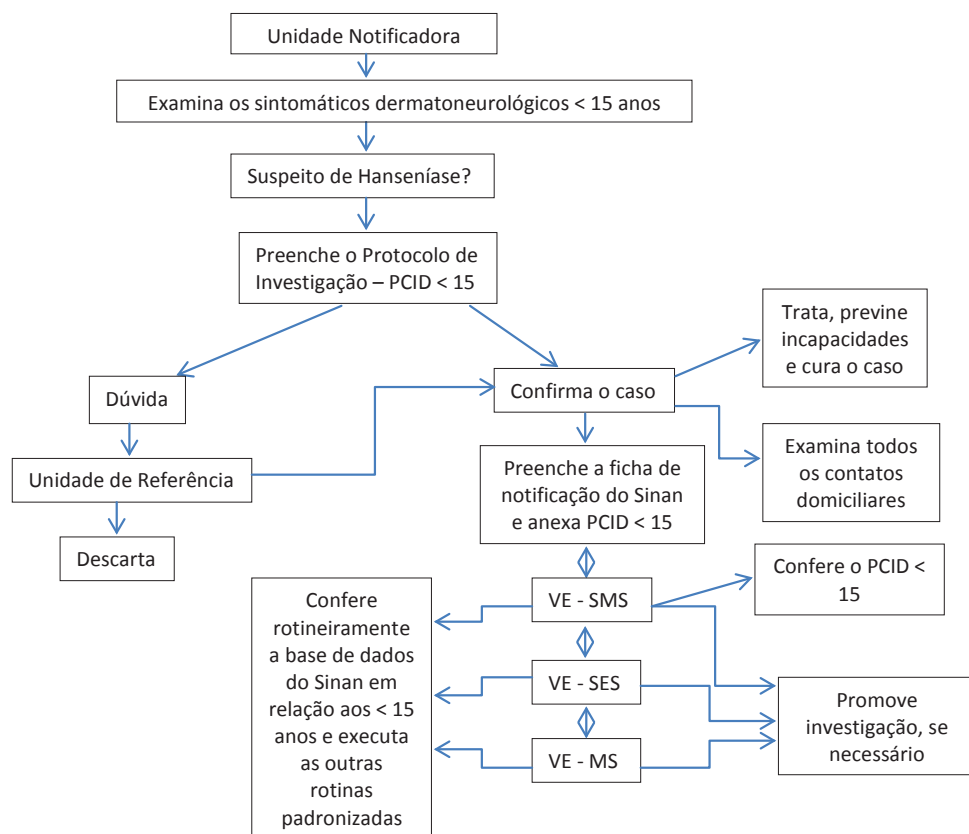
27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.

SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS



1 – As Unidades de Saúde dos municípios, diante de um caso suspeito, preenchem o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos – PCID - <15 e, se confirmado o caso, remetem esse protocolo à Secretaria Municipal de Saúde com a ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do paciente.

2 – As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), mediante a análise do PCID <15, encaminhados pelas Unidades de Saúde, avaliam a necessidade de promover a investigação/validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes, ou referência regional/estadual, para confirmação do diagnóstico.

3 – As Secretarias Estaduais de Saúde (SES), por intermédio das Coordenações Estaduais do Programa de Hanseníase, ao identificarem o caso no sistema de informação, confirmam com as SMS ou Regionais de Saúde correspondentes, o preenchimento do PCID <15, ou solicitam cópia dele, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica.

4 – O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE/SVS), ao identificar o caso no sistema de informação, confirma com as SES o preenchimento do protocolo, ou solicita cópia dele, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.

ANEXO D FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE RECIDIVA

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO	
CGHDE/SVS/MS	Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva
Regional de Saúde _____	N.º Reg. Sinan: _____
Mun. Notificação: _____ UF: _____	N.º Prontuário: _____
Unidade de Saúde: _____	
Identificação do Paciente	
Nome: _____	
Idade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M) Masc F) Fem ☐
Nome da Mãe: _____	
Endereço: _____	
Município de Residência: _____ UF: _____	
História Anterior	
1. Exame Dermatoneurológico: 1) Sim, 2) Não	
Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ Infiltrações ☐ N.º De Lesões _____ ☐	
Outros: _____	
1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não	
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐	
2. Classificação	3. Baciloscopia
1) PB 2) MB ☐	1) Positiva lb ☐
1) I, 2) T, 3) D, 4) V, ☐	2) Negativa
Data do Diagnóstico ____/____/____	3) Não Realizada/Não Informada
4. Grau Incapacidade ☐	
0) Zero	
1) Um	
2) Dois	
3) Não Avaliado/Não Informado	
5. TRATAMENTO	
Data do Início do Tratamento Anterior: ____/____/____	
1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ ☐	
Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses Regularidade: 1) Sim 2) Não ☐	
Data do Término do Tratamento: ____/____/____	
Observações: _____	
6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:	
1) Sim, 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I / II ☐ NEURITES ☐ N.º DE EPISÓDIOS _____	
Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas): _____	
SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA	
1. Exame Dermatológico 1) Sim 2) Não ☐	
Áreas hipoanestésicas	Infiltrações ☐
Manchas ☐	Lesão residual ☐
Placas ☐	Sem lesão cutânea ☐
Nódulos ☐	N.º de lesões _____ ☐
1.1 Nervos Acometidos	
Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não ☐	
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐	
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I / II ☐	
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas): _____	
3. Grau De Incapacidade:	
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐	

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECÍDIVA					
Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos primeiros sintomas: ____/____/____					
1. EXAME DERMATOLÓGICO 1) Sim, 2) Não <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Infiltrações ☐ Outras ☐ No De Lesões _____ </td> </tr> </table>				Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐	Infiltrações ☐ Outras ☐ No De Lesões _____
Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐	Infiltrações ☐ Outras ☐ No De Lesões _____				
1.1 NERVOS ACOMETIDOS 1) Sim, 2) Não ☐ Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐					
2. BACILOSCOPIA 1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada IB _____ ☐		3. GRAU DE INCAPACIDADE 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐			
4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim, 2) Não ☐ TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO III ☐ NEURITES ☐ Conduta Medicamentosa (Drogas usadas) _____					
5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> ☐ Aparcimento súbito e inesperado ☐ Acompanhados de febre e mal estar ☐ Aparcimento de várias lesões novas ☐ Ulceração das lesões ☐ Envolvimento de muitos nervos ☐ Boa resposta aos esteroides </td> <td style="width: 50%; border: none;"> ☐ Lento e insidioso ☐ Sem febre e mal estar ☐ Poucas lesões novas ☐ Sem ulceração ☐ Nenhum ou algum nervo envolvido ☐ Resposta não pronunciada aos esteroides </td> </tr> </table>				☐ Aparcimento súbito e inesperado ☐ Acompanhados de febre e mal estar ☐ Aparcimento de várias lesões novas ☐ Ulceração das lesões ☐ Envolvimento de muitos nervos ☐ Boa resposta aos esteroides	☐ Lento e insidioso ☐ Sem febre e mal estar ☐ Poucas lesões novas ☐ Sem ulceração ☐ Nenhum ou algum nervo envolvido ☐ Resposta não pronunciada aos esteroides
☐ Aparcimento súbito e inesperado ☐ Acompanhados de febre e mal estar ☐ Aparcimento de várias lesões novas ☐ Ulceração das lesões ☐ Envolvimento de muitos nervos ☐ Boa resposta aos esteroides	☐ Lento e insidioso ☐ Sem febre e mal estar ☐ Poucas lesões novas ☐ Sem ulceração ☐ Nenhum ou algum nervo envolvido ☐ Resposta não pronunciada aos esteroides				
6. DIAGNÓSTICO PROVAVEL: 1) Sim, 2) Não ☐ Estado reacional de hanseníase ☐ Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente) ☐ Recidiva de hanseníase ☐ Recidiva e estado reacional de hanseníase ☐ Suspeita de resistência medicamentosa ☐ Outros _____ (Especificar) _____					
7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não DATA ____/____/____ ☐ Introduzido medicação anti-reacional ☐ Introduzida PQT/PB ☐ Introduzida PQT/MB ☐ Iniciada investigação para resistência medicamentosa ☐ Retirado material para inoculação ☐ Outros _____ (Especificar) _____					
8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECÍDIVA 1) J, 2) T 3) D 4) V ☐ 1) PB 2) MB ☐ Data Diagnóstico ____/____/____					

_____ de _____ de _____
 NOME (CRM) Médico da Unidade de Saúde

 NOME DA UNIDADE DE SAÚDE

 NOME (CRM) Médico do Centro de Referência

 NOME DO CENTRO DE REFERÊNCIA

 NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL

ANEXO E FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENIASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT

Nome do paciente: _____

Data de

Nascimento: ____/____/____ SINAN: _____

Ocupação: _____

Município: _____ UF: _____

Data diagnóstico ____/____/____ Classificação Operacional () PB () MB

Data Cura ____/____/____

Grau	Olhos			Mãos			Pés		
		D	E		D	E		D	E
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq$ 0,1 ou 6:60			Força muscular das mãos preservadas E Sensibilidade palmar; sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar; sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis 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 das mãos sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		

2	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquias; opacidade corneana central, iridociclite. E/OU Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, excluídas outras causas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.				
MAIOR GRAU OLHOS		(a)	(b)	MAIOR GRAU MÃOS		(c)	(d)	MAIOR GRAU PÉS		(e)	(f)
Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: ____/____/____ GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ____ (valor de 0-12) Grau de Incapacidades NA ALTA PQT Data da avaliação: ____/____/____ GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ____ (valor de 0-12) Assinatura e carimbo avaliador:											

ANEXO F FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis
Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ Data Nasc. ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M ☐ F ☐
 Município _____ Unidade Federada _____
 Classificação Operacional PB ☐ B ☐ Data início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

FACE	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Nariz	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Ressecamento (S/N)									
Ferida (S/N)									
Perfuração de septo (S/N)									
Olhos	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Fecha olhos s/ força (mm)									
Fecha olhos c/ força (mm)									
Triquíase (S/N) / Ectrópio (S/N)									
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)									
Opacidade córnea (S/N)									
Catarata (S/N)									
Acuidade Visual									

Membros Superiores	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Palpação de nervos	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Ulnar									
Mediano									
Radial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Abrir dedo mínimo	D		E	D		E	D		E
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)									
Elevar o polegar									
Abdução do polegar (nervo mediano)									
Elevar o punho									
Extensão de punho (nervo radial)									

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspecção e Avaliação Sensitiva

1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
D		E	D		E	D		E

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: Ferida:

MEMBROS INFERIORES	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Queixa principal									
Palpação de nervos	D		E	D		E	D		E
Fibular									
Tibial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
	D		E	D		E	D		E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 									
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 									

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
D	E		D	E		D	E	
								

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

ISBN 978-85-334-2348-0



DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Secretaria de Vigilância em Saúde:
www.saude.gov.br/svs

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:
www.saude.gov.br/bvs



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA