



***Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde  
Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de  
Cuidado e Programas Especiais***

## ***Linha de Cuidado da Hanseníase***

***2010***

## **LINHA DE CUIDADO DA HANSENÍASE**

### **Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde**

Superintendência de Atenção Primária

Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais

Gerência de Dermatologia Sanitária

Equipe: Rachel Tebaldi Tardin

Adriana Cristina Rodrigues D'Ângeles

Flavia de Freire Cássia

Cláudia Meneses da Silva

Maria Cristina Dias da Silva

Maria Edilene Vicente Lopes

Roberto José Januário

## SUMÁRIO

Introdução .....	3
I. As diretrizes para o atendimento .....	4
1.1 O acolhimento do usuário .....	4
1.2 Os fatores de risco .....	5
1.3 As medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos .....	7
II. A abordagem clínica .....	8
2.1 As consultas em hanseníase e o exame dos contatos.....	8
2.2 Acompanhamento .....	10
III. A organização da assistência.....	28
3.1 As atribuições dos profissionais da equipe de saúde.....	28
3.2 As competências por níveis de atenção.....	29
3.3 A estratificação de risco por níveis e pontos de atenção.....	29
3.4 As competências da unidade de saúde	30
3.5 Interfaces do atendimento em hanseníase.....	31
IV. O sistema de informação.....	32
4.1 A notificação do caso.....	32
4.2 Acompanhamento do caso .....	32
4.3 A planilha de programação.....	33
4.4 Os indicadores epidemiológicos e operacionais.....	36
Anexos .....	39
Referências bibliográficas .....	50

## Introdução

Embora a endemia hanseniana esteja mostrando sinais de declínio na década atual, os coeficientes de detecção ainda são expressivos, com diagnóstico de casos em todas as Áreas de Planejamento. Devido ao diagnóstico tardio, muitas pessoas ainda correm o risco de desenvolver incapacidades físicas, perfeitamente evitáveis com o diagnóstico e tratamento nas fases iniciais da doença. O diagnóstico tardio contribui ainda para a manutenção da cadeia de transmissão, com o surgimento de novos casos da doença. Isto faz com que a hanseníase ainda seja um problema de saúde pública.

Entre as intervenções realizadas no município nos últimos anos, destacam-se a instituição de um programa de capacitação continuada para profissionais de saúde, a lotação de profissionais, a descentralização das ações de controle, sobretudo em áreas de maior gravidade epidemiológica, a intensificação de supervisões às unidades de saúde, a implantação de pólos regionais de tratamento de incapacidades e a realização de atividades educativas voltadas para a comunidade.

No entanto, persistem obstáculos importantes ao efetivo controle da hanseníase no município, como a baixa cobertura de unidades com atividades de diagnóstico e tratamento, o pouco conhecimento da comunidade e profissionais de saúde sobre hanseníase e a falta de motivação da população para procurar os serviços, principalmente com sinais iniciais da doença. O estigma associado à hanseníase, identificado mesmo entre profissionais de saúde, ainda representa um desafio ao desenvolvimento pleno das ações de controle desse agravo.

O modelo de intervenção proposto pelo Ministério da Saúde para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, no tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a alta por cura, na prevenção de incapacidades e na vigilância dos contatos intradomiciliares. A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e seqüelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso e com os princípios de equidade e integralidade. Dessa forma, as ações de controle devem estar implantadas em todas as unidades de atenção primária do SUS, para que toda a população tenha acesso a elas. A atenção integral ao portador de hanseníase deverá ser garantida através de uma rede horizontal integrada, conformada por pontos de atenção de diversas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre elas. Aspectos fundamentais dessa atenção dizem respeito à educação em hanseníase, à qualidade do acolhimento do usuário e ao desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde.

As linhas de cuidado aqui apresentadas estão de acordo com as diretrizes atuais propostas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Visam subsidiar a organização dos serviços, a racionalização dos recursos, a otimização do trabalho, a melhoria da qualidade do atendimento e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada. Elas devem orientar os profissionais quanto à gestão clínica, conforme a complexidade de cada ponto de atenção, e quanto ao fluxo de atendimento aos usuários desses serviços. Em última análise, tentam estabelecer estratégias e diretrizes para a melhoria das condições de saúde da população.

## **I. AS DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO**

### **1.1 O acolhimento do usuário**

- Deve ocorrer através da prática de atendimento humanizado, por meio do processo de escuta e identificação adequada do problema.
- A identificação de um caso suspeito de hanseníase é feita pela presença de manchas e/ ou áreas com alteração de sensibilidade, que pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde, treinado e sensibilizado para o problema hanseníase.
- Uma vez identificado, o caso suspeito é encaminhado a uma Unidade de Saúde de Atenção Primária, onde será feito o atendimento.
- O primeiro atendimento poderá ser feito pelo enfermeiro capacitado que realizará uma triagem antes de encaminhá-lo para a consulta médica que confirmará ou não o diagnóstico.
- Confirmado o diagnóstico, o paciente iniciará o tratamento e receberá as orientações pela equipe de atenção primária.
- O paciente não deve sofrer nenhum tipo de restrição em relação às suas atividades cotidianas relacionadas com a família, trabalho, escola e lazer.
- Quando necessário, o paciente poderá ser encaminhado às Policlínicas e Centros de Referência, aonde será acolhido por uma equipe multidisciplinar com assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc, de acordo com a realidade estrutural de cada local.
- Os critérios para o encaminhamento do paciente serão explicitados no decorrer do texto.

## **1.2 Os fatores de risco**

### **Epidemiológico**

- Sendo a hanseníase uma doença transmissível, o principal fator de risco está ligado ao contato com pacientes das formas contagiantes multibacilares que não estão em tratamento.
- Nesse caso, a população de maior risco é a dos contatos intradomiciliares, ou seja, os conviventes, nos últimos cinco anos, dos casos diagnosticados.
- Do mesmo modo que nas demais doenças infecciosas, as condições de moradia, sanitárias, nutricionais interferem no panorama da manutenção da endemia.
- Iniciado o tratamento, os pacientes multibacilares deixam de transmitir a infecção imediatamente.

### **Acompanhamento dos casos**

#### **Baixo risco**

- A maioria dos pacientes cursa o tratamento sem maiores intercorrências, tomando a medicação prevista para 6 ou 12 meses e, em seguida, recebendo a alta cura. Poderão ser atendidos na atenção primária.

#### **Alto risco**

- Alguns casos requerem maior atenção e dedicação de tempo de toda a equipe. São aqueles com surtos reacionais recorrentes que podem ultrapassar o período do tratamento específico. Esses pacientes serão acompanhados sistematicamente no curso agudo das reações até a retirada total dos medicamentos utilizados para tratamento das reações. Poderão ser referenciados para acompanhamento em unidades de atenção secundária.
- Pacientes que apresentarem reações adversas aos medicamentos do esquema padrão deverão ser encaminhados para as unidades de referência, para avaliação, condutas e indicação de esquemas alternativos.
- Os casos diagnosticados e tratados mais tardiamente podem apresentar seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés. Deverão receber orientação, atenção e cuidado continuado, não só da unidade local, como também da de referência de média e alta complexidade, de acordo com a necessidade de cada caso.

#### **Sinais de alerta**

O profissional de saúde deverá ficar atento para alguns sinais de alerta relacionados aos surtos reacionais. Esses sinais exigem cuidado imediato e pronto encaminhamento para os centros de referências. Podem ocorrer antes durante ou após o tratamento poliquimioterápico. São eles:

- Inflamação súbita de manchas pré-existentes;

- Dor aguda em nervos de face, mãos e pés;
- Aparecimento súbito de caroços vermelhos e doloridos;
- Piora da sensibilidade de mãos e pés;
- Perda súbita da força muscular em face, mãos e pés;
- Piora do quadro geral com febre, mal-estar, feridas e ínguas;
- Dor e vermelhidão nos olhos;
- Diminuição súbita da acuidade visual;
- Edema de mãos, pernas, pés e face.

O paciente poderá, durante o tratamento, apresentar alguns efeitos adversos dos medicamentos utilizados na poliquimioterapia, como:

- Anemia grave;
- Cianose de extremidades;
- Sintomas parecidos com a gripe após a dose supervisionada;
- Icterícia;
- Náuseas e vômitos incontroláveis;
- Pele apresentando edema, eritema, vesículas, bolhas, descamação.

Nesses casos, suspender os medicamentos, e encaminhar o paciente para unidade de referência secundária ou terciária.

Se o paciente estiver em corticoterapia para tratamento dos surtos reacionais, observar:

- Aparecimento súbito de queixas relativas à hipertensão arterial como dor de cabeça, tontura;
- Sede excessiva e micções freqüentes (diabetes induzido);
- Sintomas como fraqueza, mal-estar, hipotensão arterial, dores musculares e articulares pela interrupção abrupta do corticóide.
- Aumento da pressão intra-ocular (glaucoma).

Atenção:

- o corticóide não deve ser suspenso abruptamente;
- o corticóide aumenta o risco para infecções de um modo geral.

### **1.3 As medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos**

- As medidas de promoção à saúde das pessoas afetadas pela hanseníase são as mesmas aplicadas à população geral, devendo ser dirigidas às melhorias da qualidade de vida em aspectos relacionados às condições de trabalho, moradia, saneamento, lazer, alimentação e outros.
- Promover e manter a mobilização social e educação dirigida à população, aos contatos e aos profissionais de saúde. É fundamental veicular informação buscando construir uma representação social positiva da hanseníase, baseada na cura, na existência de medicamentos gratuitos, nos sinais e sintomas e na divulgação dos locais de tratamento, de forma a estimular a auto-suspeição diagnóstica e a procura das unidades de saúde.
- A principal medida de prevenção está justamente na detecção e tratamento precoce da doença, diagnosticando o paciente na forma inicial, paucibacilar e sem alteração de incapacidade física, quando o tratamento cursa num tempo menor e com menor probabilidade de complicações reacionais.
- O controle dos contatos tem importância fundamental como medida preventiva, através do exame dermatoneurológico e vacinação com BCG, conforme normas do Ministério da Saúde.

**É essencial a divulgação de sinais e sintomas da hanseníase para a população em geral, para que o diagnóstico precoce aconteça.**



## **II. A ABORDAGEM CLÍNICA**

### **2.1 As consultas em hanseníase e o exame dos contatos**

#### **2.1.1 O roteiro para a primeira consulta**

##### **2.1.1.1 História clínica**

- Anamnese;
- Antecedentes pessoais e doenças concomitantes;
- Antecedentes familiares;

##### **2.1.1.2 Exame físico**

- Exame físico geral;
- Exame dermatoneurológico:
  - exame da superfície corporal;
  - teste de sensibilidade nas lesões suspeitas;
  - avaliação neurológica simplificada:
    - ♦ palpação de nervos;
    - ♦ teste de força muscular;
    - ♦ teste de sensibilidade de córnea, palmas e plantas;
    - ♦ determinar o grau de incapacidade nas mãos, pés, olhos;

##### **2.1.1.3 Diagnóstico**

- Informar ao paciente o diagnóstico firmado;
- Informações gerais e específicas sobre a patologia, o tratamento, a cura, as medidas preventivas, etc;

##### **2.1.1.4 Exames laboratoriais**

- Pesquisa de BAAR em raspado dérmico de lesão, lóbulos, e em cotovelo;
- Solicitação de outros exames laboratoriais (Hemograma, provas de função hepática, provas de função renal)

##### **2.1.1.5 Tratamento**

- Prescrição e administração da dose supervisionada;
- Orientar sobre a dose diária auto-administrada;
- Agendar retorno a cada 28 dias;

##### **2.1.1.6 Atividades de controle**

- Preenchimento das fichas de notificação, do prontuário, do cartão de aprazamento, etc;
- Agendar exame dos contatos intradomiciliares;

### **2.1.1.7 Outros**

- Encaminhamento para exames laboratoriais mais complexos, quando necessário;
- Encaminhamento para outros profissionais, conforme a rotina do serviço e/ou necessidade.

### **2.1.2 O roteiro para as consultas subseqüentes**

- Verificar queixas gerais e, em especial, checando sinais e sintomas de surtos reacionais e efeitos adversos dos medicamentos utilizados; dificuldade e/ ou limitação na realização de atividades por estigma, preconceito;
- Exame clínico geral e dermatoneurológico, a cada 3 meses
- Avaliação neurológica simplificada, no mínimo de 3 em 3 meses ou semanal ou quinzenalmente no caso de surto reacional.
- Administração da dose supervisionada e entrega da medicação auto-administrada/ blister.
- Agendar retorno.
- Encaminhamento para outros profissionais em caso de intercorrências.

### **2.1.3 O exame de contatos**

- O exame de contato poderá ser realizado pelo enfermeiro e pelo médico.
- Anamnese dirigida a sinais e sintomas da hanseníase.
- Exame dermatoneurológico (exame da superfície corporal, palpação de troncos nervosos).
- Checar presença de cicatriz de BCG.
- Se o contato é indene (não apresenta sinais e sintomas de hanseníase), orientar sobre hanseníase e encaminhar para aplicação de BCG, conforme os critérios: na ausência de cicatriz ou na presença de uma cicatriz, faz-se uma dose de BCG. Se existirem duas cicatrizes, não aplicar BCG.
- Se o contato apresenta lesões suspeitas de hanseníase, encaminhar para consulta médica.

## **2.2 O acompanhamento**

### **2.2.1 Os critérios para diagnóstico**

Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta uma ou mais características a seguir, com ou sem história epidemiológica, e requer tratamento específico:

- Lesões ou áreas da pele com alteração ou diminuição de sensibilidade;
- Acometimento de nervo(s) periférico(s) com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ ou motoras e/ ou autonômicas; e
- Baciloscopia positiva para *Mycobacterium leprae*.

Os principais sinais e sintomas dermatológicos são:

- Manchas esbranquiçadas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade (formigamentos, choques e câimbras que evoluem para dormência – se queima ou se machuca sem perceber);
- Pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas;
- Diminuição ou queda de pêlos, localizada ou difusa, especialmente sobrancelhas;
- Falta ou ausência de sudorese local – pele seca.

Outros sinais e sintomas:

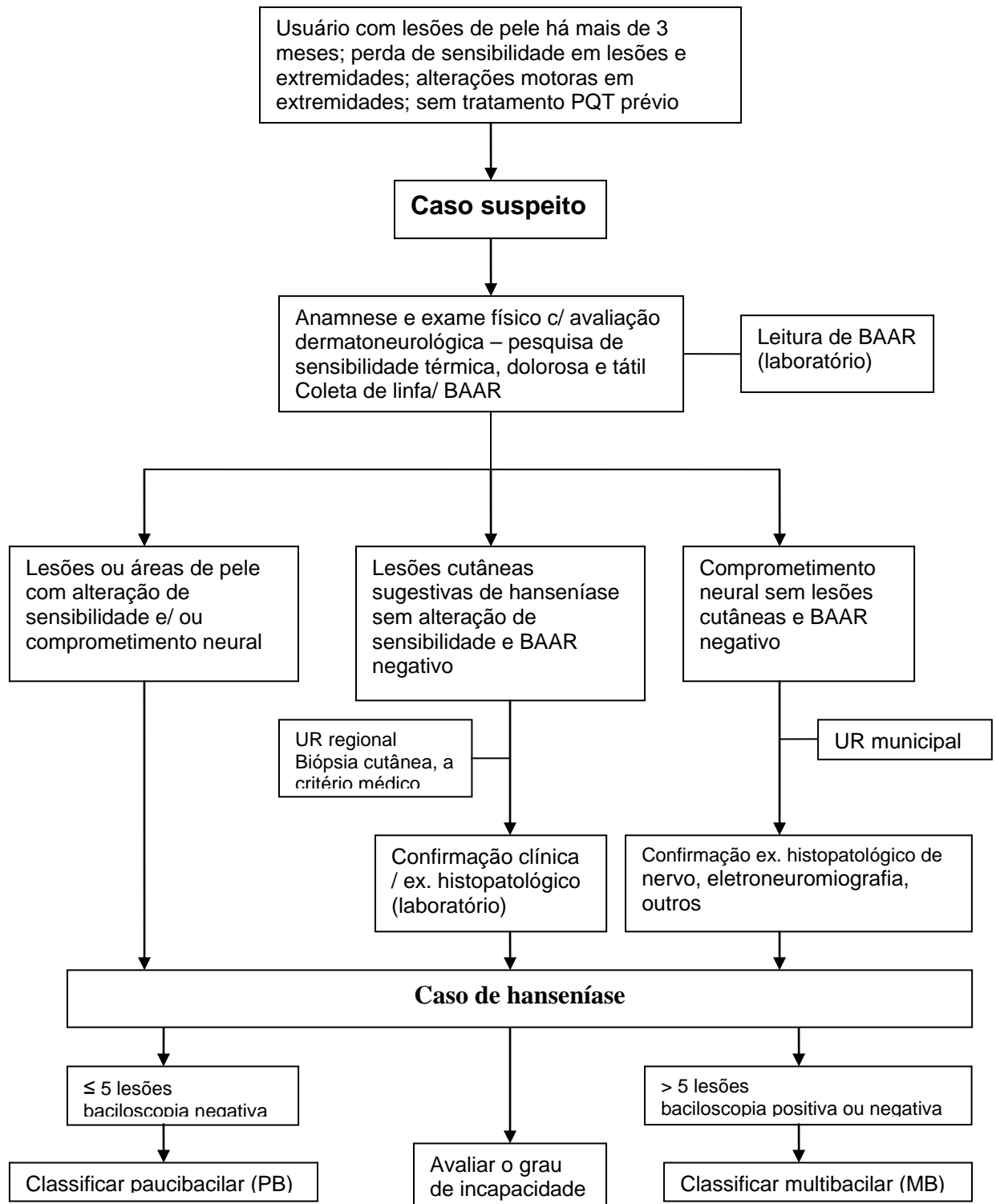
- Dor e/ ou espessamento de nervos periféricos;
- Diminuição e/ ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés;
- Diminuição e/ ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e por vezes, pálpebras;
- Edema de mãos e pés;
- Febre e artralgia;
- Entupimento, feridas e ressecamento do nariz;
- Nódulos eritematosos dolorosos;
- Mal estar geral;
- Ressecamento dos olhos.

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, por meio do exame dermatoneurológico. Quando a única manifestação clínica for neural - espessamento e/ou perda de sensibilidade, e/ou alteração motora (forma neural pura), o diagnóstico deverá ser feito e confirmado pelo serviço de referência.

### **2.2.2 Critérios para classificação operacional da hanseníase**

- Paucibacilares – PB: casos com até cinco lesões de pele;
- Multibacilares – MB: casos com mais de cinco lesões de pele e/ ou com baciloscopia positiva, independentemente do número de lesões;

## FLUXOGRAMA – O DIAGNÓSTICO E A CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE



## **2.2.3 Critérios para tratamento**

### **Casos paucibacilares**

Tratar com seis blisters de paucibacilar sendo:

- Blister de adulto
  - Dose supervisionada com 600 mg de rifampicina e 100 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de seis doses num período máximo de 9 meses;
  - Dose auto-administrada com 100 mg de dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos.
- Blister infantil
  - Dose supervisionada com 300 a 450 mg de rifampicina, 50 mg de dapsona, a cada 28 dias num total de seis doses, num período máximo de 9 meses;
  - Dose auto-administrada com 50 mg de dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos.

### **Casos multibacilares**

Tratar com doze blisters de multibacilar sendo:

- Blister de adulto:
  - Dose supervisionada com 600 mg de rifampicina, 300 mg de clofazimina e 100 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de doze doses, num período máximo de 18 meses;
  - Dose auto-administrada com 100 mg de dapsona e 50 mg de clofazimina, diárias, num total de 27 unidades de cada uma.
- Blister infantil:
  - Dose supervisionada com 300 a 450 mg de rifampicina, 150 mg de clofazimina e 50 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses;
  - Dose auto-administrada com 50 mg de dapsona diária, num total de 27 unidades, e 150 mg de clofazimina por semana, num total de 13 unidades.
  - Crianças com menos de 30 Kg deverão ter a dose ajustada por Kg de peso corporal:
    - Dapsona 1,5 mg/kg/dia
    - Clofazimina 1,5 mg/kg na dose auto-administrada e 5 mg/kg na dose supervisionada
    - Rifampicina 10 mg/kg na dose supervisionada.

**Após a 1ª dose de poliquimioterapia, os pacientes das formas infectantes deixam de transmitir a doença.**

- Os esquemas alternativos utilizam medicamentos de 2ª linha como ofloxacina e minociclina. Pacientes que apresentarem reações adversas aos medicamentos do esquema padrão deverão ser encaminhados para as unidades de referência, para avaliação e indicação de esquemas alternativos. Esquemas alternativos são da competência da média complexidade.
- Pacientes com surtos reacionais devem ser encaminhados para as unidades de referência de média complexidade.

### Esquemas substitutivos para hanseníase

Indicação	Casos Paucibacilares (PB)	Casos Multibacilares (MB)
Intolerância à Dapsona (DDS)	<b>Duração: 6 DS em até 9 meses</b> Seguimento: Do esquema padrão  1.Rifampicina (RFM): DS mensal de 600 mg 2.Clofazimina (CFZ): DS mensal de 300 mg e dose diária de 50 mg AA	<b>Duração: 12 DS em até 18 meses</b> Seguimento: Do esquema padrão  1.Rifampicina (RFM): DS mensal de 600 mg 2.Clofazimina (CFZ): DS mensal de 300 mg e dose diária de 50 mg AA 3.Ofloxacina (OFX): DS mensal de 400mg e dose diária de 400 mg AA OU Minociclina (MNC) DS mensal de 100mg e dose diária de 100 mg AA
Intolerância à Clofazimina (CFZ)	Não previsto	<b>Duração: 12 DS em até 18 meses</b> Seguimento: Exame DN e baciloscópico na 12ª DS  1.Rifampicina (RFM): DS mensal de 600 mg 2.Dapsona (DDS): DS mensal de 100mg e dose diária de 100 mg AA 3.Ofloxacina (OFX): DS mensal de 400mg e dose diária de 400 mg AA OU Minociclina (MNC): DS mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100 mg AA
Intolerância à Rifampicina (RFM)	<b>Duração: 6 DS em até 9 meses</b> <b>Seguimento:</b> Do esquema padrão 1. Dapsona (DDS): DS mensal de 100mg e dose diária AA 2.Ofloxacina (OFX): DS mensal de 400mg e dose diária de 400 mg AA OU Minociclina (MNC) DS mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100 mg AA	<b>Duração: 24 DS em até 36 meses</b> <b>Seguimento:</b> Exame DN e baciloscópico na 12ª e 24ª DS 1.Dapsona (DDS): DS mensal de 100mg e dose diária AA 2.Clofazimina (CFZ): DS mensal de 300 mg e dose diária de 50 mg AA Ofloxacina (OFX): DS mensal de 400mg e dose diária de 400 mg AA OU Minociclina (MNC): DS mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100 mg AA
Intolerância à Dapsona (DDS) e à Rifampicina (RFM)	<b>Duração: 6 doses em até 9 meses</b> <b>Seguimento:</b> Do esquema padrão 1.Clofazimina (CFZ): DS mensal de 300 mg e dose diária de 50 mg AA 2.Ofloxacina (OFX): DS mensal de 400mg e dose diária de 400 mg AA OU Minociclina (MNC): DS mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100 mg AA	<b>Duração: 24 doses em até 36 meses.</b> <b>Seguimento:</b> Exame DN e baciloscópico na 12ª e 24ª DS <b>Nos 6 primeiros meses:</b> 1.Clofazimina (CFZ): DS mensal de 300 mg e dose diária de 50 mg AA 2.Ofloxacina (OFX): DS mensal de 400mg e dose diária de 400 mg AA 3.Minociclina (MNC): DS mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100 mg AA <b>Nos 18 meses subsequentes:</b> 1.Clofazimina (CFZ): DS mensal de 300 mg e dose diária de 50 mg AA 2.Ofloxacina (OFX): DS mensal de 400mg e dose diária de 400 mg AA OU Clofazimina (CFZ): DS mensal de 300 mg e dose diária de 50 mg AA 3.Minociclina (MNC): DS mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100 mg AA

## **2.2.4 Critérios para alta**

### **Casos paucibacilares**

- Serão considerados curados os pacientes que completarem as seis doses supervisionadas num período de até 09 meses.

### **Casos multibacilares**

- Serão considerados curados os pacientes que completarem as doze doses supervisionadas num período de até 18 meses.
- Pacientes que apresentarem pouca ou nenhuma melhora após completarem o tratamento devem ser encaminhados para unidade de referência.

### **Pontos importantes**

- O paciente faltoso pode ter as doses anteriores contabilizadas desde que o período de 9 meses para paucibacilares e 18 meses para multibacilares não seja ultrapassado.
- Não existem relatos de resistência medicamentosa múltipla para a PQT.
- Os casos de recidiva após a PQT são pouco comuns. Frente a um caso de suspeita de recidiva, preencher a Ficha de Investigação Pós-Alta por Cura e encaminhá-lo para avaliação em unidade de referência. O tratamento indicado para esses casos é a PQT padrão que será reiniciada após confirmação pela unidade de referência.
- O critério de alta adotado pela OMS e pelo MS é ter completado o esquema terapêutico padrão.

### **Importante lembrar que na época da alta:**

- As lesões cutâneas nem sempre terão desaparecido totalmente;
- A alteração da função neural, sensitivo-motora pode persistir, indefinidamente, se o dano neural ocorrer em mais de 1/3 do nervo;
- A baciloscopia pode necessitar de um tempo maior para negativar, uma vez que o índice baciloscópico diminui em média 0,6 a 1,0 log/ano;
- As reações podem ocorrer em 30 % dos casos após o término do tratamento.
- O encontro desses achados não significa que o paciente esteja apresentando recidiva da doença.

## **2.2.5 Acompanhamento dos pacientes com reação, efeitos adversos e incapacidades**

### **2.2.5.1 Acompanhamento dos pacientes com reação**

Os episódios ou surtos reacionais são episódios inflamatórios agudos, de origem imunológica que ocorrem antes, durante ou após o tratamento. Exigem cuidado e tratamento imediato para evitar a instalação de incapacidade e deformidade. Os surtos reacionais podem ser do tipo 1 (reação reversa) e do tipo 2.

### **Reação tipo 1 (ou reação reversa)**

As lesões cutâneas antigas ficam mais eritematosas, edematosas e dolorosas, e podem surgir lesões novas.

A neurite (espessamento e dor) é a sua manifestação mais grave, uma vez que o dano neural pode se instalar e ocasionar incapacidade e deformidade. A neurite pode manifestar-se isolada ou acompanhada de lesões cutâneas.

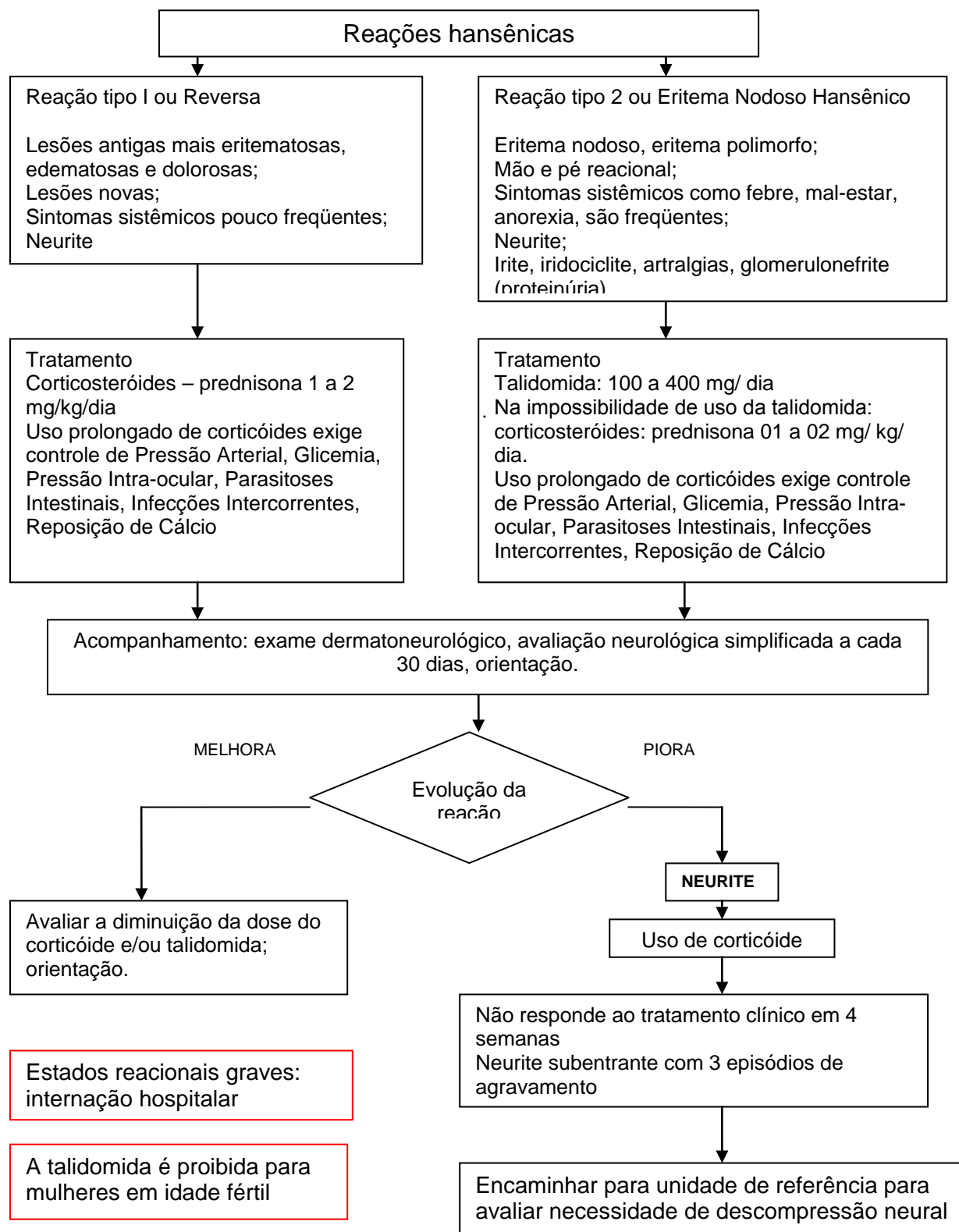
### **Reação tipo 2**

A manifestação mais comum é o eritema nodoso que pode atingir todo o tegumento cutâneo. Sintomas sistêmicos como febre, mal-estar, anorexia são freqüentes. Outras manifestações como linfadenopatias, orquite, irite, iridociclite e glomerulonefrite podem ocorrer. A neurite na reação tipo 2 é menos dramática que na reação tipo 1.

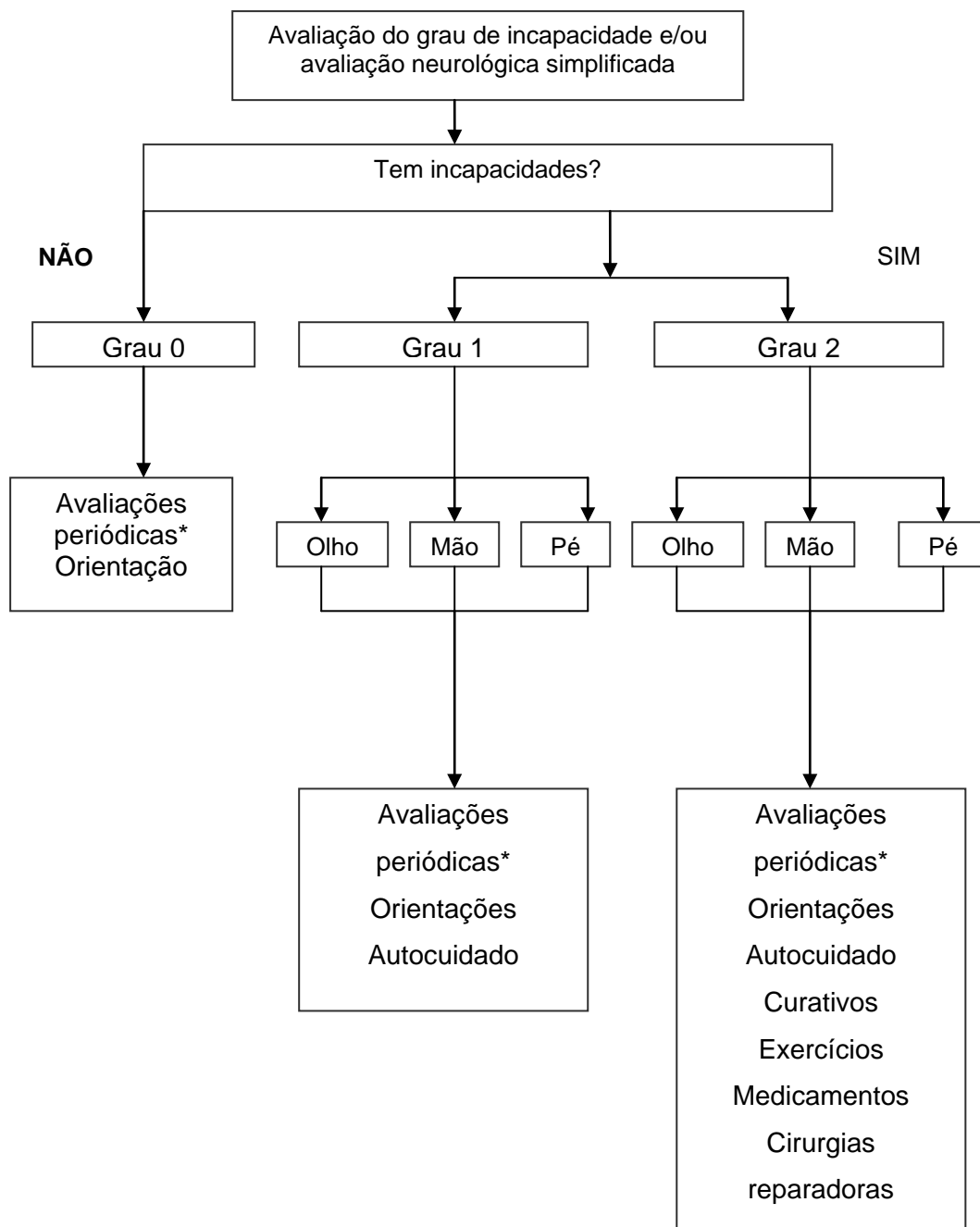
**Pacientes com episódio reacional devem ser encaminhados para um centro de referência de média complexidade.**



## FLUXOGRAMA – REAÇÕES HANSÊNICAS DURANTE E APÓS O TRATAMENTO



## FLUXOGRAMA – A AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE EM HANSENÍASE



\* As avaliações periódicas devem ser feitas, no mínimo, a cada 3 meses.

### 2.2.5.2 Acompanhamento dos pacientes com efeitos adversos à PQT

A PQT é geralmente bem tolerada e a ocorrência de efeitos adversos que justifiquem a mudança de esquema terapêutico é pouco freqüente. Pacientes com suspeita de efeitos adversos devem ser referenciados. Após avaliação e conduta em unidade de referência, serão reencaminhados com indicação de esquema substitutivo para acompanhamento mensal na unidade de atenção primária.

#### Quadro resumo dos efeitos adversos graves à PQT e condutas

<b>Efeito</b>	<b>Medicamento</b>	<b>Conduta</b>
Síndrome sulfona: 1º mês de tratamento (Anemia, dermatite esfoliativa, febre, dores abdominais, poliadenomegalia, icterícia, aumento de transaminases, linfocitose com linfócitos atípicos. Síndrome mononucleose-símile) Pode ser fatal.	DDS	Suspender PQT Internação hospitalar de urgência Introduzir esquema substitutivo após compensação
Anemia macrocítica (Sonolência, astenia; paciente hipocorado)	DDS	Investigar causas e prescrever ácido fólico Hb > 9 g/dL, sem sinais de descompensação – manter DDS e acompanhar nível de Hb com hemograma completo mensal Hb < 9 g/dL e/ou sinais de descompensação – suspender DDS e acompanhar com hemograma completo mensal. Introduzir esquema substitutivo após compensação
Metahemoglobinemia (Cianose, dispnéia, astenia, taquicardia, cefaléia)	DDS	Suspender PQT Avaliar saturação de O <sub>2</sub> em hospital O <sub>2</sub> > 90% - Esquema substitutivo após compensação O <sub>2</sub> < 90% - Internação clínica de urgência Introduzir esquema substitutivo após compensação
Anemia hemolítica (Sonolência, astenia; paciente hipocorado)	DDS RFM	Suspender PQT Hemograma completo de urgência em hospital Htc < 30% e/ou Hb < 9 g/dL e/ou sinais de descompensação cardíaca: Internação clínica de urgência: hemotransfusão Htc > 30% e Hb > 9 g/dL sem sinais de descompensação cardíaca: Esquema substitutivo após compensação
Síndromes de hipersensibilidade tegumentar	DDS RFM	Suspender PQT Dermatite esfoliativa leve a moderada: Centro de referência municipal (ambulatorial) Síndrome de Stevens-Johnson, eritrodermia: internação hospitalar Esquema substitutivo após compensação
Icterícia	DDS RFM	Suspender PQT Com sinais de descompensação: internação hospitalar Sem sinais de descompensação: UR ambulatorial – diagnóstico diferencial: Por PQT - Esquema substitutivo após compensação. Por outras causas: reintroduzir PQT após compensação Associada a anemia hemolítica: conduta descrita
Síndrome pseudogripal: a partir da 2ª DS	RFM	Suspender PQT UR ambulatorial, dependendo da gravidade, internação hospitalar Introduzir esquema substitutivo após compensação
Náuseas e vômitos incontroláveis	RFM	Suspender PQT Internação hospitalar; investigar causa; verificar se ocorre após DS Avaliar esquema após compensação

Os principais efeitos adversos são: **Rifampicina (RFM)** – síndrome pseudo-gripal, exantema e prurido, insuficiência renal, pênfigo induzido por drogas; hepatopatia; **Dapsona (DDS)** – A anemia hemolítica é o mais comum. A metahemoglobinemia, agranulocitose, hepatite, e a síndrome da hipersensibilidade à sulfona são eventos raros; **Clofazimina (CFZ)** – pigmentação cutânea (vermelho e cinza) e iciose. Desaparecem progressivamente após o término da PQT.

### 2.2.5.3 Acompanhamento dos pacientes com incapacidades

Após a avaliação do grau de incapacidade e avaliação neurológica simplificada, o paciente será acompanhado de acordo com os seguintes critérios:

1. Pacientes com grau zero de incapacidade nos olhos, mãos e pés devem ser orientados e submetidos a avaliações periódicas, a cada 3 meses na atenção primária.
2. Pacientes com grau 1 de incapacidade, ou seja, alteração da sensibilidade nos olhos e/ou mãos e/ou pés devem ser referenciados pela ESF para acompanhamento em unidade de atenção secundária (pólo de prevenção de incapacidades - PI), para avaliação e condutas, incluindo orientação de como conviver com olhos, mãos ou pés insensíveis, serem informados da necessidade e da importância dos autocuidados e serem avaliados, no mínimo, a cada 3 meses.
3. Pacientes com grau 2 também devem ser referenciados para acompanhamento em unidade de atenção secundária (pólo de PI). Exigem orientação para o autocuidado, curativos para as feridas existentes, exercícios para manutenção da força muscular e para a mobilidade articular, prescrição e confecção de órteses e até mesmo cirurgias reparadoras no Centro de Referência de Alta Complexidade.

**Quadro: resumo de prevenção de incapacidades por níveis de atenção e condutas**

<b>Nível de atenção</b>	<b>Achados</b>	<b>Condutas</b>
<b>Primário</b> (ESF, PS)	<b>Grau 0 de incapacidade física</b> → Nenhum problema com olhos, mãos e pés no momento do diagnóstico	<p>Avaliar o grau de incapacidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PB - no diagnóstico e na alta</li> <li>• MB – no diagnóstico, de 3/3 meses e na alta.</li> </ul> <p>Fazer orientação para o autocuidado durante o tratamento PQT e pós-alta:</p> <p>Observar sinais e sintomas de reações e neurites.</p> <p>Inspecionar olhos, mãos e pés.</p> <p>Fazer avaliação dermatoneurológica no momento da dose supervisionada mensal.</p> <p>Encaminhar pacientes com reações hansênicas, neurites e outras alterações de mãos, pés e olhos para o nível secundário</p>
<b>Secundário</b>  (Unidades de saúde pólos de prevenção e tratamento de incapacidades/). Unidades com o PCH)	Neurites de membros superiores e/ou inferiores, mão e pé reacional (durante o tratamento PQT e pós-alta)	<p>Avaliar/ Prescrever corticóide (vide fluxograma de reações).</p> <p>Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor.</p> <p>Orientar paciente e familiares para o repouso.</p> <p>Imobilizar com órtese em gesso e/ou tipóia.</p> <p>Acompanhar evolução clínica.</p> <p>Encaminhar para cirurgia de descompressão neural:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurites persistentes; paciente com contra indicação formal ao corticóide; abscesso de nervo; neurite subentrante e reentrante; nervo ulnar subluxante; neuropatia crônica com déficit motor tardio e dor.</li> </ul>
	<b>Grau 1 de incapacidade física</b> → Diminuição ou ausência de sensibilidade em: CÓRNEA (não reponde ao toque com fio dental) MÃOS (não responde ao monofilamento de 2,0g -lilás) PÉS (não responde ao monofilamento de 4,0g – vermelho fechado)	<p>Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor.</p> <p>Prescrever material de proteção como óculos, boné, luvas antitérmicas.</p> <p>Prescrever e confeccionar material de proteção para adequação de calçado (palmilha simples e outros)</p> <p>Fazer orientação e demonstração para o autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspecionar olhos, mãos e pés.</li> <li>• Hidratar e lubrificar a pele.</li> <li>• Observar sinais e sintomas de reações e neurites.</li> <li>• Usar colírio</li> <li>• Usar material de proteção para olhos, mãos e pés</li> </ul>

Nível de cuidado	Achados	Condutas
<b>Secundário</b>  <b>(Unidades de saúde pólos de prevenção e tratamento de incapacidades/ Unidades com o PCH)</b>	<b>Grau 2 de incapacidade física e outras afecções</b>	
	Lagoftalmo; ectrópio; entrópio	Prescrever colírio e óculos Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>Exercícios</li> <li>Lubrificar com colírio</li> <li>Usar óculos para proteção noturna e diurna.</li> </ul> Encaminhar para cirurgia de reabilitação Fazer acompanhamento
	Triquíase	Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspecionar os olhos</li> <li>Comparecer à US em caso de irritação ocular, crescimento de cílios</li> </ul> Retirar os cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessário, com pinça de sobrancelha. Encaminhar para cirurgia de reabilitação
	Opacidade corneana; acuidade visual < 0,1	Encaminhar para o oftalmologista.
	Úlceras e lesões traumáticas em mãos	Prescrever medidas de proteção nas atividades do cotidiano, trabalho e lazer. Orientar e demonstrar autocuidado. Fazer curativo
	Garras em mãos	Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa Realizar exercícios Encaminhar para cirurgia de reabilitação Realizar programa de pré e pós-operatório de terapia física Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fazer exercícios e alongamento; Usar órtese dinâmica diurna e noturna.</li> </ul>
	Mão caída	Avaliar condição neural: em caso de neurite prescrever corticóide Prescrever e confeccionar órtese Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fazer exercícios; Usar órtese</li> </ul> Sem regressão, encaminhar para cirurgia de reabilitação Realizar programa de pré e pós-operatório de terapia física

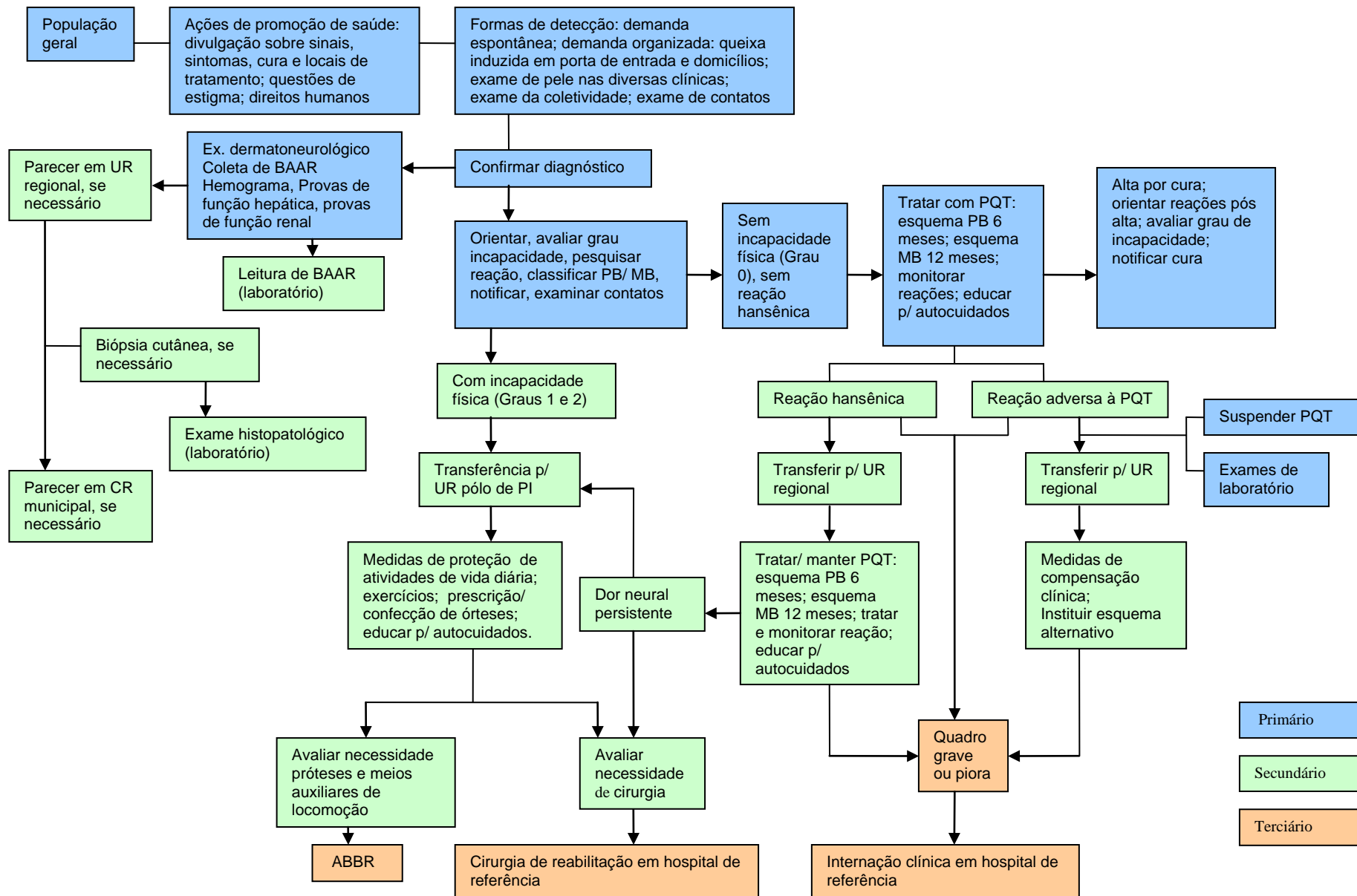
<b>Nível de cuidado</b>	<b>Achados</b>	<b>Condutas</b>
<b>Secundário</b>  <b>(Unidades de saúde pólos de prevenção e tratamento de incapacidades/ Unidades com o PCH)</b>	Lesões traumáticas em pés	Avaliar o calçado/ prescrever calçado adequado Prescrever e confeccionar órtese plantar Realizar curativo Prescrever medidas de proteção para as atividades de vida diária e laborativa Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar órtese</li> </ul>
	Úlcera plantar (mal perfurante plantar)	Úlceras superficiais: Prescrever e confeccionar órtese plantar, avaliar/ prescrever calçado adequado Realizar curativo Úlceras sem regressão; úlceras profundas; infectadas; em suspeita de osteomielite: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografar o pé</li> <li>• Encaminhar para avaliação/ conduta cirúrgica ortopédica; em caso de suspeita de osteomielite, a cirurgia deve ser de urgência</li> <li>• Fornecer muletas para o pós-operatório</li> </ul> Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar órtese; Em caso de cirurgia, usar muletas no pós-operatório.</li> </ul>
	Pé caído	Avaliar condição neural: em caso de neurite, prescrever corticóide Prescrever e confeccionar aparelho dorsiflexor para uso diurno; órtese em gesso para uso noturno para manter o alongamento; Sem regressão do quadro, encaminhar para cirurgia de reabilitação Orientar o paciente quanto à cirurgia Realizar programa de pré e pós-operatório de terapia física; Fornecer muletas Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer exercícios e alongamento; Usar órtese</li> <li>• Em caso de cirurgia, usar muletas no pós-operatório.</li> </ul>
	Garras em pés	Prescrever e confeccionar órtese plantar, avaliar/ prescrever calçado adequado Fazer exercícios Encaminhar para cirurgia de reabilitação Realizar programa de pré e pós-operatório de terapia física Fornecer muletas para o pós-operatório Orientar e demonstrar autocuidado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer exercícios e alongamento; Usar órtese; Usar muletas no pós-operatório.</li> </ul>

<b>Nível de cuidado</b>	<b>Achados</b>	<b>Condutas</b>
<b>Terciário</b>  <b>(Unidades hospitalares de referência em cirurgia de reabilitação)</b>	Lagoftalmo, triquiase, ectrópio, entrópio, blefarocalase, madarose, megalóbulo, desabamento nasal.	Cirurgia plástica Responder a Contra Referência ao profissional / unidade de origem.
	Neurites persistentes em membros superiores e/ou inferiores; paciente com contra indicação formal ao corticóide; abscesso de nervo; neurite subentrante e reentrante; nervo ulnar subluxante; neuropatia crônica com déficit motor tardio e dor.	Procedimentos cirúrgicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Descompressão neural, de acordo com a avaliação (nervos ulnar, mediano, fibular, tibial).</li> </ul> Responder a Contra Referência ao profissional da unidade de origem com encaminhamento para o pós-operatório de terapia física
	Atrofia dos músculos primeiro interosseo dorsal e adutor do polegar; Depressão do primeiro espaço intermetacárpico da mão.	Procedimento cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Comissuroplastia do primeiro espaço intermetacárpico da mão com enxerto autólogo ou alógeno.</li> </ul> No pós-operatório, encaminhar a contra-referência ao profissional de reabilitação da unidade de origem para o pós-operatório de terapia física.
	Mão caída	Procedimento cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Artrodese de punho.</li> </ul> No pós-operatório, encaminhar a contra-referência ao profissional da unidade de origem para o pós-operatório de terapia física.
	Deformidades ou garras móveis em mãos, deficitárias dos nervos ulnar e mediano	Procedimento cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Transferência de tendões.</li> </ul> No pré-operatório, encaminhar a contra-referência ao profissional de reabilitação da unidade de origem relatando a técnica a ser usada (Laço de Zancolli ou de Bunnell-Brand) para orientar o pré e pós-operatório de terapia física.
	Garra móvel de artelhos	Procedimento cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Transferência do flexor longo dos dedos pró-extensores, de G. Taylor ou tenodese.</li> </ul> No pós-operatório, encaminhar a contra-referência ao profissional de reabilitação da unidade de origem relatando a técnica usada para o pós-operatório de terapia física.
	Garra rígida de artelhos	Procedimento cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Artrodese da(s) interfalângica(s)</li> </ul> No pós-operatório, encaminhar a contra-referência ao profissional de reabilitação da unidade de origem relatando a técnica usada para o pós-operatório de terapia física.
	Úlcera Plantar profunda não infectada	Procedimento cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>De acordo com avaliação: desbridamento, descompressão neural, outros</li> </ul> No pós-operatório, encaminhar a contra-referência ao profissional de reabilitação da unidade de origem com relato do procedimento e orientações para o pós-operatório.
	Úlcera plantar infectada, suspeita de osteomielite – avaliação cirúrgica ortopédica considerada de urgência.	Procedimento cirúrgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se necessário, de acordo com avaliação</li> </ul> Encaminhar a contra-referência ao profissional da unidade de origem, com relato do quadro, procedimentos adotados e orientações sobre condutas.



Nível de cuidado	Achados	Condutas
<b>Terciário</b>  <b>(Unidades hospitalares de referência em cirurgia de reabilitação)</b>	Pé eqüino – pé caído	<p>Procedimento cirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transferência do músculo tibial posterior (TTP) ou do músculo fibular longo (TFL) .</li> </ul> <p>No pós-operatório, encaminhar a contra-referência ao profissional de reabilitação da unidade de origem com relato do procedimento e orientações para o pós-operatório de terapia física.</p>
	Lagoftalmo, triquiase, ectrópio, entrópio, blefarocalase, madarose, megalóbulo, desabamento nasal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirurgia plástica</li> <li>Contra-referência ao profissional da US de origem.</li> </ul>
	Neurites persistentes em MMSS e MMII; contra indicação ao corticóide; abscesso de nervo; neurite subentrante e reentrante; nervo ulnar subluxante; neuropatia crônica com déficit motor tardio e dor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Descompressão neural, de acordo com a avaliação (nervos ulnar, mediano, fibular, tibial).</li> <li>Contra-referência ao profissional da unidade de origem com encaminhamento para o pós-operatório de terapia física</li> </ul>
	Atrofia dos músculos primeiro interósseo dorsal e adutor do polegar;	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comissuroplastia do primeiro espaço intermetacárpico da mão com enxerto autógeno ou alógeno.</li> <li>Contra-referência ao profissional de reabilitação para o pós-operatório de terapia física.</li> </ul>
	Mão caída	<ul style="list-style-type: none"> <li>Artrodese de punho.</li> <li>Contra-referência ao profissional de reabilitação para o pós-operatório de terapia física.</li> </ul>
	Deformidades ou garras móveis em mãos, deficitárias dos nervos ulnar e mediano	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transferência de tendões.</li> <li>Contra-referência ao profissional de reabilitação relatando a técnica a ser usada (Laço de Zancolli ou de Bunnell-Brand) para orientar o pré e pós-operatório de terapia física.</li> </ul>
	<b>Garra móvel de artelhos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transferência do flexor longo dos dedos pró-extensores, de G. Taylor ou tenodese.</li> <li>Contra-referência ao profissional de reabilitação para o pós-operatório de terapia física.</li> </ul>
	<b>Garra rígida de artelhos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Artrodese da(s) interfalângica(s)</li> <li>Contra-referência ao profissional de reabilitação para o pós-operatório de terapia física.</li> </ul>
	<b>Úlcera Plantar profunda não infectada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De acordo com avaliação: desbridamento, descompressão neural, outros</li> <li>Contra-referência ao profissional de reabilitação para o pós-operatório.</li> </ul>
	<b>Úlcera plantar infectada, suspeita de osteomielite – avaliação cirúrgica ortopédica de urgência.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cirurgia, de acordo com avaliação</li> <li>Contra-referência ao profissional da unidade de origem, com relato do quadro, procedimentos adotados e orientações sobre condutas.</li> </ul>
	<b>Pé eqüino – pé caído</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Transferência do músculo tibial posterior (TTP) ou do músculo fibular longo (TFL) .</li> <li>Contra-referência ao profissional de reabilitação para o pós-operatório de terapia física.</li> </ul>

## Quadro: resumo da linha de cuidado da hanseníase





## 2.2.6 Critérios para acompanhamento das intercorrências pós-alta

- Cerca de 30% dos pacientes podem apresentar reações no momento da alta;
- Cerca de 30 a 40% dos pacientes podem desenvolver reações pós-alta;
- Cerca de 10% dos pacientes podem evoluir com deformidades físicas, e 30% com incapacidades (alteração de sensibilidade nos olhos, mãos e pés).

### Reações pós-alta por cura

Pacientes que, no momento da alta por cura, apresentam reações ou deficiências sensitivo-motoras e/ou incapacidades deverão ser monitorados. Deverão ser orientados para retorno imediato em casos de novas lesões de pele, dores no trajeto dos nervos e/ ou piora da função sensitivo-motora.

### Critérios clínicos para a suspeição de recidiva

A recidiva é um fenômeno pouco comum, ocorrendo geralmente cinco anos após a cura. O diagnóstico diferencial entre reação e recidiva é baseado na associação de exames clínicos e laboratoriais. Os casos que não responderem ao tratamento proposto para os estados reacionais deverão ser encaminhados a unidades de referência para confirmação de recidiva. As principais características da recidiva, de acordo com a classificação operacional, são:

- Paucibacilares (PB) – dor no trajeto dos nervos, novas áreas com alteração de sensibilidade, lesões novas e/ ou exacerbação de lesões anteriores que não respondem ao tratamento com corticosteróides, por pelo menos 90 dias.
- Multibacilares – lesões cutâneas e/ ou exacerbação de lesões anteriores, novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com talidomida e/ ou corticosteróide nas doses e prazos recomendados, baciloscopia positiva, quadro compatível com pacientes virgens de tratamento.

### Principais aspectos para distinção entre reação e recidiva

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

## III A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

### 3.1 As atribuições dos profissionais da equipe de saúde

Atribuições	Profissionais			
	Médico	Enfermeiro	Aux. Enf.	ACS
Fazer levantamento epidemiológico e operacional	X	X	X	X
Planejar ações de assistência e controle do paciente/ contato	X	X	X	X
Programar atividades segundo normas vigentes	X	X	X	X
Prever material necessário p/ prestação do cuidado	X	X	X	X
Promover mobilização social, em parceria com agentes de comunicação, lideranças comunitárias organizações governamentais e não-governamentais na comunidade	X	X	X	X
Executar ações de educação em saúde	X	X	X	X
Avaliar estado de saúde do indivíduo	X	X		
Identificar as doenças transmissíveis e não-transmissíveis prevalentes na sua região	X	X	X	X
Realizar medidas de controle de contatos	X	X	X	X
Realizar busca ativa de casos	X	X	X	X
Realizar visitas domiciliares	X	X	X	X
Aplicar técnicas simples de atividades de vida diária em pacientes de hanseníase	X	X	X	X
Identificar as incapacidades físicas (grau de incapacidade)	X	X	X	
Aplicar técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas	X	X	X	
Fazer avaliação clínica dermatoneurológica (simplificada)	X	X		
Diagnosticar, classificar, prescrever tratamento e dar alta	X			
Identificar e encaminhar pacientes com reações hansênicas, reações medicamentosas e para confirmação diagnóstica	X	X		
Dispensar medicamentos		X	X	
Realizar busca de faltosos e contatos	X	X	X	X
Fazer supervisão de medicamentos, em domicílio	X	X	X	X
Realizar e avaliar as atividades de controle das doenças	X	X	X	
Estabelecer referência e contra-referência para atendimento em outras unidades de saúde	X	X		
Prever e requisitar medicamentos, imunobiológicos e material de consumo		X		
Preencher formulários do sistema de informação em hanseníase	X	X	X	
Administrar dose supervisionada	X	X	X	

### 3.2 As competências por níveis de atenção

- A maioria das atividades é desenvolvida na unidade de saúde de atenção primária, entretanto, poderão ocorrer situações em que se fará necessário encaminhar o paciente para as Unidades de Referência Especializadas, para Unidades Hospitalares Gerais, dos demais níveis de complexidade do SUS, garantindo assim a integralidade da assistência.
- A unidade de saúde deve estabelecer rotinas com o fluxo de operacionalização das atividades de controle, bem como o fluxo dos encaminhamentos necessários, dispondo de uma relação oficial destas referências.
- O retorno desse paciente à unidade de origem, para continuidade do tratamento, deve ser garantido por meio de uma contra-referência oficial.

Ações	Atenção primária	Atenção secundária regional (por AP)	Centro municipal de referência
Divulgação de sinais e sintomas	X	X	X
Diagnóstico de casos novos	X	X	X
Diagnóstico forma neural pura			X
Diagnóstico de recidiva		X (de acordo com a experiência)	X
Tratamento PQT - padrão	X	X	X
Esquemas alternativos		X	X
Vigilância de contatos / BCG	X	X	X
Tratamento de reações e neurites		X (de acordo com a experiência)	X
Avaliação do grau de incapacidade	X	X	X
Avaliação neurológica simplificada	X	X	X
<b>Prevenção e tratamento de incapacidades</b>			
Orientações e autocuidados	X	X (Pólos de PI)	X
Prevenção de incapacidades com técnicas simples		X (Pólos de PI)	X
Adaptação de calçados, palmilhas e confecção de órteses simples		X (Pólos de PI)	X
Reabilitação cirúrgica			X

### 3.3 A estratificação de risco por níveis e pontos de atenção

Risco	Nível de atenção	Ponto de atenção
Hanseníase sem incapacidade, sem reação	Primário	ESF; UBS; Unidades de atenção secundária regional; Centros Municipais de Referência (Ambulatórios especializados de hospitais)
Hanseníase com efeitos adversos à PQT (para conduta e retorno à US de origem com indicação de esquema substitutivo)	Secundário	Unidades de atenção secundária regional; Centros Municipais de Referência (Ambulatórios especializados de hospitais)
Hanseníase cursando com incapacidade física e/ ou com estado reacional leve a moderado	Secundário	Unidades de atenção secundária regional com pólo de PI (PS, CMS, Policlínicas)
Hanseníase com estado reacional e/ ou efeitos adversos graves	Terciário	Centros Municipais de Referência (Ambulatórios especializados de hospitais), Hospitais de Referência clínica
Hanseníase com indicação de descompressão neural e cirurgia reparadora	Terciário	Centros Municipais de Referência (Ambulatórios especializados de hospitais); Hospitais de Referência cirúrgica

### **3.4 As competências da unidade de saúde**

Estabelecer rotinas para operacionalização das atividades:

- Suspeição diagnóstica;
- Diagnóstico;
- Investigação epidemiológica;
- Tratamento integral.

#### **Suspeição diagnóstica**

- Demanda espontânea, vigilância de contatos e exame de comunidade.
- Atividades educativas para profissionais e comunidades divulgando sinais e sintomas da doença e trabalhando especialmente o estigma.

#### **Diagnóstico**

- Estabelecer rotina para operacionalização das atividades de diagnóstico de hanseníase nos casos suspeitos através de exame clínico dermatoneurológico, e exame baciloscópico sempre que possível, para tanto deve obedecer aos requisitos dos recursos humanos capacitados nas diversas áreas.
- Desenvolver atividades educativas, oferecer infra-estrutura adequada, desenvolver sistema de informação, providenciando toda documentação necessária (prontuários, fichas, etc).

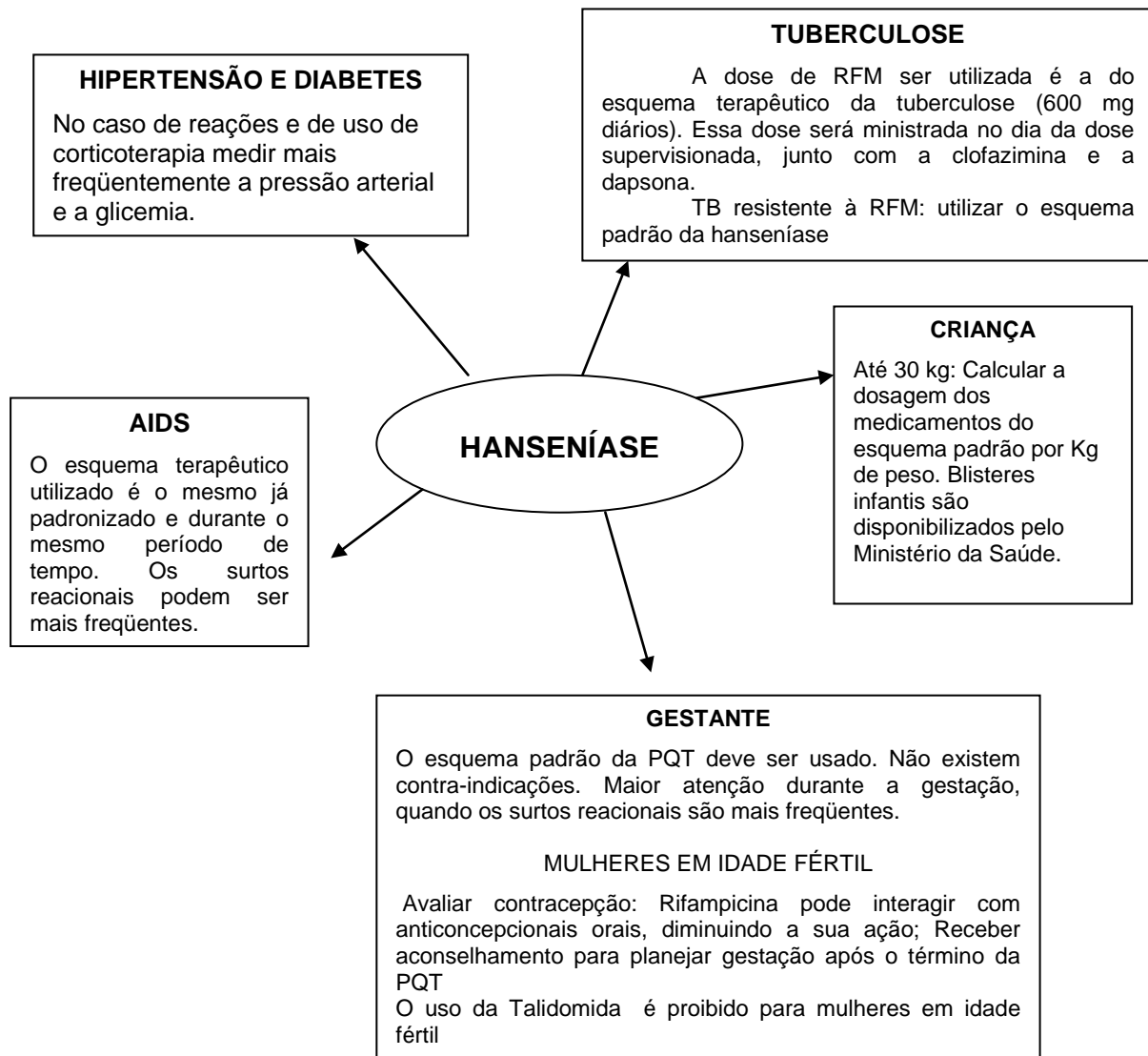
#### **Investigação epidemiológica**

- Estabelecer rotina para operacionalização das atividades de investigação epidemiológica de um caso de hanseníase através do exame dos seus contatos intradomiciliares.
- Dispor de recursos humanos capacitados, infra-estrutura adequada, atividades educativas, sistema de informação e programação de insumos.

#### **Tratamento integral**

- Estabelecer rotina de operacionalização das atividades de tratamento integral da hanseníase e de suas respectivas atividades, obedecendo a requisitos de recursos humanos capacitados, atividades educativas, infra-estrutura adequada, sistema de informação, relação de sistema de referência e contra-referência e programação de insumos.

### 3.5 Interfaces do atendimento em hanseníase





## IV O SISTEMA DE INFORMAÇÃO

- Para a operacionalização e a eficácia da vigilância epidemiológica da hanseníase na obtenção e no fornecimento de informações fidedignas e atualizadas sobre a doença, sobre o seu comportamento epidemiológico e sobre as atividades de controle da mesma, é necessário um sistema de informação efetivo e ágil.
- O sistema de informação é um componente fundamental da vigilância epidemiológica, subsidiando a tomada de decisão, o planejamento das ações e o controle das atividades.
- Cada unidade de saúde deve manter um sistema de informações organizado: com a definição do fluxo de informações, com as atribuições de responsabilidades e com os prazos e a periodicidade.
- As informações geradas são úteis para o diagnóstico e para análise da situação de saúde da população, para o processo de planejamento – identificação de prioridades, programação de atividades, alocação de recursos, avaliação das ações.
- Portanto, é necessário que todos os profissionais de saúde, bem como a comunidade, tenham acesso a essas informações.

### 4.1 A notificação do caso

- A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória.
- A ficha de notificação/ investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN deve ser preenchida para os casos novos, recidivas, transferidos, reingressos de abandono, outros reingressos e enviada à Gerência de Dermatologia Sanitária (GDS). Para os casos diagnosticados em menores de quinze anos, preencher o Protocolo complementar de diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos (PCID<1%) e anexar à notificação.

### 4.2 Acompanhamento do caso

- Os dados relativos ao acompanhamento dos casos são úteis para a avaliação da efetividade do tratamento e para o monitoramento da prevalência da doença.
- Esses dados devem ser registrados nas unidades de saúde, no prontuário e no livro acompanhamento PQT, sendo utilizados para preencher o formulário “Casos de Hanseníase Saídos de Registro”, de periodicidade mensal, e atualizar o Boletim de Acompanhamento do SINAN, de periodicidade semestral. Ambos são enviados à GDS para atualização do banco informatizado do SINAN.
- As orientações para o registro de dados estão contidas no manual “Instruções para o sistema local de registro de dados da hanseníase”.
- A unidade deve manter uma cópia de todos os instrumentos enviados à GDS.
- A partir desses dados, são construídos indicadores epidemiológicos e operacionais para análise da doença e acompanhamento do programa.

**O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é o sistema oficial brasileiro para toda e qualquer informação de hanseníase.**

### 4.3 A planilha de programação

- Foi construída a partir de indicadores fundamentados nos princípios da Atenção Primária à Saúde: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a abordagem familiar, o enfoque comunitário.
- Os indicadores referentes ao primeiro contato possibilitam monitorar o acesso dos portadores de hanseníase para a ESF ou à Unidade de Saúde.
- Os indicadores referentes a longitudinalidade possibilitam monitorar a continuidade do cuidado, o manejo clínico – englobando desde as medidas de prevenção até o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.
- Os indicadores referentes à integralidade possibilitam monitorar a integração com os demais pontos de atenção, a intersetorialidade e a multidisciplinaridade.
- Os indicadores referentes à coordenação possibilitam monitorar todo o cuidado prestado para os portadores de hanseníase e o controle desse agravo.
- Os indicadores referentes à abordagem familiar possibilitam monitorar as ações da equipe de saúde direcionadas aos portadores de hanseníase e suas famílias, por meio de visita e/ ou atendimento domiciliar, atividades educativas, entre outras.
- Os indicadores referentes ao enfoque comunitário possibilitam monitorar as ações da equipe de saúde direcionadas à comunidade, com atividades educativas, feiras, reuniões em associações, escolas, lideranças comunitárias, igrejas, conselho local de saúde, entre outros.

Identificação da população-alvo		
Usuário	Número	Parâmetro
Usuários sintomáticos dermatológicos		2,5% da população geral
Usuários com hanseníase		9,77 casos novos para cada 100.000 habitantes no MRJ em 2009.

<b>Hanseníase: planilha de programação local</b>		
<b>Resultado</b>	<b>Atividade</b>	<b>Parâmetro</b>
Identificação de todos os usuários da área de abrangência da UBS com hanseníase	Identificar todos os sintomáticos dermatológicos para identificação dos suspeitos de hanseníase.	100% dos sintomáticos dermatológicos identificados.
	Realizar exame de enfermagem para todos os sintomáticos dermatológicos para identificação dos suspeitos de hanseníase.	100% dos sintomáticos dermatológicos realizam exame de enfermagem
	Realizar consulta médica para diagnóstico de hanseníase de todos os usuários suspeitos de hanseníase.	100% dos usuários com suspeição de hanseníase realizam consulta médica.
	Notificar os casos novos diagnosticados conforme o estabelecido na linha de cuidado.	100% dos casos novos notificados.
Vigilância dos contatos dos casos novos.	Realizar exame dermatoneurológico, por enfermeiro, de todos os contatos dos usuários com hanseníase.	100% dos contatos são examinados.
	Realizar consulta médica de todos os contatos com suspeição de hanseníase.	100% dos contatos com suspeição realizam consulta médica.
	Realizar tratamento e acompanhamento de todos os contatos com diagnóstico de hanseníase confirmado.	100% dos contatos com diagnóstico confirmado realizam tratamento.
	Aplicar vacina BCG em contatos com diagnóstico não confirmado, conforme norma.	100% dos contatos com diagnóstico não confirmado e com 1 cicatriz ou sem cicatriz de BCG recebem 1 dose de BCG; 100% dos contatos com diagnóstico não confirmado e com 2 cicatrizes de BCG não recebem BCG
Tratamento e acompanhamento dos casos novos diagnosticados.	Realizar consultas médicas anuais de todos os usuários com hanseníase.	100% dos usuários realizam consulta médica, sendo: paucibacilares: 2 consultas; multibacilares: 4 consultas
	Realizar consultas anuais de enfermagem para todos os usuários com hanseníase, alternadas com as consultas médicas.	100% dos usuários realizam consulta de enfermagem, sendo: paucibacilares: 2 consultas; multibacilares: 4 consultas
	Realizar dose supervisionada mensal, por auxiliar de enfermagem, para todos os usuários com hanseníase.	100% dos usuários com hanseníase recebem dose supervisionada, sendo: . paucibacilares: 6 doses . multibacilares: 12 doses
Acompanhamento dos usuários com hanseníase com algum grau de incapacidade	Avaliar todos os usuários com hanseníase quanto ao grau de incapacidade	100% dos usuários com hanseníase recebem avaliação quanto ao grau de incapacidade, sendo: . paucibacilares: no mínimo 2 avaliações (no diagnóstico e na alta). . multibacilares: no mínimo 3 avaliações (no diagnóstico, com 6 meses de tratamento e na alta).
	Realizar orientação para todos os usuários com grau 1 e 2 de incapacidade.	100% dos usuários com grau 1 e 2 de incapacidade recebem orientação.
	Encaminhar para tratamento complementar todos os usuários com grau 1 e 2 de incapacidade.	100% dos usuários com grau 1 e 2 de incapacidade são encaminhados para unidade de referência.

Prevenção, redução ou manutenção do grau de incapacidade no momento da alta, com relação ao diagnóstico.	Identificar precocemente todos os usuários com surtos reacionais.	100% dos usuários com surtos reacionais são identificados
	Realizar consultas médicas mensais para tratamento – medicamentoso e de estimulação do autocuidado – dos usuários com reações.	100% dos usuários com reações realizam consultas médicas para tratamento.
Alta e acompanhamento pós-alta.	Dar alta por cura a todos os usuários com hanseníase.	100% dos usuários recebem alta, sendo: . paucibacilares: após 6 doses supervisionadas em até 9 meses; . multibacilares: após 12 doses supervisionadas em até 18 meses.
	Identificar todos os usuários com reações no momento ou após a alta e/ou suspensão medicamentosa e todos os com incapacidade ou deformidade física.	100% dos usuários identificados.
	Acompanhar e encaminhar para tratamentos complementares estes usuários.	100% dos usuários acompanhados e encaminhados

## 4.4 Os indicadores epidemiológicos e operacionais

Os indicadores apresentados a seguir são utilizados para a vigilância epidemiológica e operacional da hanseníase (Portaria nº. 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009).

Alguns deles compõem o Pacto pela Vida (SISPACTO) e o Plano Municipal de Saúde (PMS) – proporção de cura; e a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) - proporção de contatos examinados, proporção de casos novos com grau avaliado e proporção de casos curados com grau avaliado.

INDICADORES DA HANSENÍASE			
INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETRO
Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes	Casos novos, residentes em determinado local, diagnosticados no ano da avaliação/ População total residente do ano x 100.000	Medir força de morbidade magnitude e tendência da endemia	<b>Hiperendêmico</b> ≥ 40,00/100.000 habitantes <b>Muito Alto</b> = 20,00 a 39,99 /100.000 habitantes <b>Alto</b> = 10,00 a 19,99 /100.000 habitantes <b>Médio</b> = 2,00 a 9,99 / 100.000 habitantes <b>Baixo</b> < 2,00 / 100.000 habitantes
Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes	Casos novos em menores de 15 anos de idade, residentes em determinado local, diagnosticados no ano da avaliação/ População de 0 a 14 anos no mesmo local e período x 100. 000	Medir força de transmissão recente da endemia e sua tendência	<b>Hiperendêmico</b> ≥ 10,00/100.000 habitantes <b>Muito Alto</b> = 5,00 a 9,99 /100.000 habitantes <b>Alto</b> = 2,50 a 4,99 /100.000 habitantes <b>Médio</b> = 0,50 a 2,49 / 100.000 habitantes <b>Baixo</b> < 0,50 / 100.000 habitantes
Proporção de casos de hanseníases com grau 2 de incapacidade no momento do diagnóstico entre os casos novos e avaliados no ano (1)	Casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação / Casos novos, com grau de incapacidade avaliado, residentes no mesmo local e período x 100	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ ou precoce de casos.	<b>Alto</b> ≥ 10% <b>Médio</b> 5 a 9,9% <b>Baixo</b> < 5%
Coeficiente de prevalência anual de hanseníase por 10.000 habitantes	Casos residentes em determinado local e em tratamento em 31/12 do ano de avaliação/ População total residente no mesmo local no ano de avaliação x 10.000	Medir a magnitude da endemia.	<b>Hiperendêmico</b> ≥ 20,0/10.000 habitantes <b>Muito Alto</b> = 10,0 a 19,9/10.000 habitantes <b>Alto</b> = 5,0 a 9,9 /10.000 habitantes <b>Médio</b> = 1,0 a 4,9/ 10.000 habitantes <b>Baixo</b> < 1,0/ 10.000 habitantes

Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade dentre os avaliados no momento da alta por cura no ano (1)	Casos com grau 2 de incapacidade física na alta por cura, residentes em determinado local e curados no ano da avaliação / Casos com grau de incapacidade física avaliados na alta por cura, no mesmo local e período x 100	Avaliar a transcendência da doença e subsidiar a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta por cura	<b>Alto</b> ≥ 10% <b>Médio</b> 5 a 9,9% <b>Baixo</b> < 5%
Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico	Casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação/ Casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação x 100	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde e monitorar os resultados das ações da Programação de Ações de Vigilância em Saúde - PAVS	<b>Bom</b> ≥ 90% <b>Regular</b> 75 a 89,9% <b>Precário</b> < 75%
Proporção de cura de hanseníase entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes (2) (3)	Casos novos residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12 do ano de avaliação/ Total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes x 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento. Monitorar o Pacto pela Vida (Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008)	<b>Bom</b> ≥ 90% <b>Regular</b> 75 a 89,9% <b>Precário</b> < 75%
Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado	Casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local/ Total de casos curados no ano residentes no mesmo local x 100	Medir a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e monitorar os resultados das ações da PAVS.	<b>Bom</b> ≥ 90% <b>Regular</b> 75 a 89,9% <b>Precário</b> < 75%
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano	Contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação/ Total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos diagnosticados residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação x 100	Avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de novos casos. Monitorar o resultados das ações da PAVS.	<b>Bom</b> ≥ 75% <b>Regular</b> 50 a 74,9% <b>Precário</b> < 50%

Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (2)	Casos residentes em determinado local, informados como abandono entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes/ Total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos das coortes x 100	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento.	<b>Bom &lt;10%</b> <b>Regular 10 a 24,9%</b> <b>Precário &gt; 25%</b>
---	---	---	---

(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 apenas os casos considerados como erro diagnóstico.

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

a) *Paucibacilar (PB)* – todos os casos novos paucibaciliares que foram diagnosticados 1 ano antes do ano da avaliação;

b) *Multibacilar (MB)* – todos os casos novos multibaciliares que foram diagnosticados 2 anos antes do ano da avaliação.

Fonte: PORTARIA Nº. 125/SVS-SAS, DE 26 DE MARÇO DE 2009.

# **ANEXOS**



## Anexo IA – Ficha SINAN hanseníase

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE		Nº
<b>Caso confirmado de Hanseníase:</b> 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	
	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 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	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 CEP	
Dados Complementares do Caso	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
	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	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado		
Atendimento	38 Modo de Entrada	39 Modo de Detecção do Caso Novo		
	40 Baciloscopia	41 Data do Início do Tratamento		
Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial	43 Número de Contatos Registrados		
	Observações adicionais:			
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura	
Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007

## Anexo IB - Verso ficha estendida do SINAN hanseníase (MRJ)

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	HANSENÍASE		3 Data da Notificação
	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 <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade		15 Número do Cartão SUS	
	16 Nome da mãe		17 UF	
Dados de Residência	18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
	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 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso			
	31 Nº do Prontuário	32 Ocupação		
	33 Nº de Lesões Cutâneas	34 Forma Clínica	35 Classificação Operacional	36 Nº de Nervos afetados
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico			
	38 Modo de Entrada			
	39 Modo de Detecção do Caso Novo			
Dados Lab.	40 Baciloscopia			
	41 Data do Início do Tratamento			
Tratamento	42 Esquema Terapêutico Inicial			
	43 Número de Contatos Registrados			
Med. Cont.	Observações adicionais:			
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
	Hanseníase	Sinan NET	SVS 30/10/2007	

<b>História clínica (sinais e sintomas iniciais, evolução, tratamento anterior para hanseníase):</b>		
<b>Antecedentes mórbidos (pessoais e familiares):</b>		
<b>Exame clínico:</b>		
<b>Cicatriz de BCG:</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Ex. histopatológico:</b>  <div style="text-align: right;">Data / /</div>	<b>Saída de registro:</b> Cura ( ) Transf ( ) Óbito ( ) Aband ( ) <div style="text-align: right;">Data / /</div>

**Registro de incapacidades físicas**

GRAUS	OLHO	MÃO	PÉ	
	Sinais e/ou sintomas	Sinais e/ou sintomas	Sinais e/ou sintomas	
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase	Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase	Nenhum problema com pés devido à hanseníase	
1	Diminuição ou perda da sensibilidade	Diminuição ou perda da sensibilidade	Diminuição ou perda da sensibilidade	
2	Lagofalmo ou ectrópio	Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	
	Triquíase	Garra	Garra	
	Opacidade corneana central	Reabsorção	Reabsorção	
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros	Mão caída	Pé caído	
			Contratura do tornozelo	

Comprometimento da laringe ☐ SIM ☐ NÃO

Desabamento do nariz ☐ SIM ☐ NÃO

Paralisia facial ☐ SIM ☐ NÃO

Maior grau atribuído  
 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐


**Registro de contatos intradomiciliares dos últimos cinco anos**

Nome	Idade	Parentesco	BCG nº de cicatrizes	BCG aplicação (S/N)	Exame clínico			
					Data	Normal	Suspeito	Doente

# Anexo IIA – Protocolo de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos (frente)

## ANEXO II

### FRENTE



**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 - Nº 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:

Áreas com alteração da sensibilidade sem manchas(s) ☐ ci alter. sensibilidade ☐ si alter. sensibilidade

Mancha(s) com alteração da coloração da pele ☐ ci alter. sensibilidade ☐ si alter. sensibilidade

Placas eritematosas com bordas elevadas ☐ ci alter. sensibilidade ☐ si alter. sensibilidade

Nódulos/pápulas ☐ Infiltração ☐ Outras (especificar): \_\_\_\_\_

18 - Cúrculo de DCG: ☐ Nenhum ☐ Uma ☐ Duas ou mais

19 - Existem áreas com alteração do tato? ☐ não ☐ sim Onde? \_\_\_\_\_

20 - Existem nervos acometidos? ☐ não ☐ sim Quais? \_\_\_\_\_

21 - Teste de Hislamina: ☐ não realizado ☐ realizado Resultado: \_\_\_\_\_

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

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	O L h o			M ã o			P é		
	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	Agglutinação ou escótipo			Lesões tróficas ou lesões traumáticas			Lesões tróficas ou lesões traumáticas		
	Tiquiase			Ceras			Ceras		
	Oxidade cerosa central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou 80 cartas de Snellen			Micropsia			Deformidade		

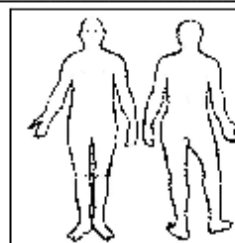
24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? ☐ não ☐ sim

25 - Data da diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Classificação Operacional: ☐ PB ☐ MB

26 - Nome do profissional: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

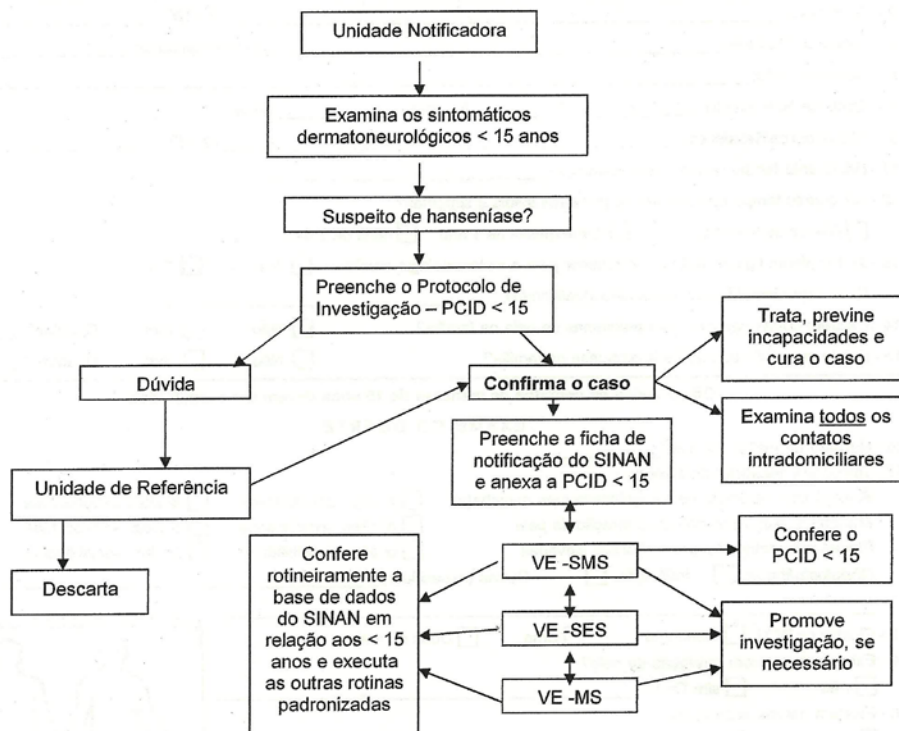
27 - Data da preenchimento do protocolo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

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**



## Anexo IIB – Protocolo de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos (verso)

### VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE QUINZE 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 junto com a ficha de notificação do SINAN, anexando cópia ao 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, através das Coordenações Estaduais do Programa de Controle da 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 do mesmo, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica;

3- O Ministério da Saúde- MS, através da Coordenação Nacional do Programa de Controle da Hanseníase- PNCH/SVS, ao identificar o caso no sistema de informação, confirma com as SES o preenchimento do protocolo, ou solicita cópia do mesmo, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.



# ANEXO III A

## AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES EM HANSENÍASE




Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

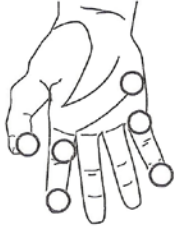
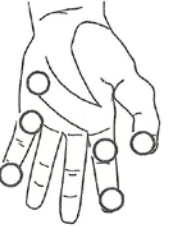
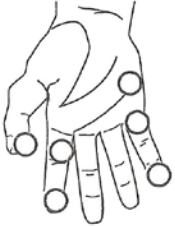

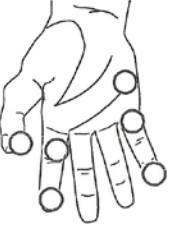

Classificação operacional: \_\_\_\_\_ Nº Registro: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

FACE	1º ____/____/____		2º ____/____/____		3º ____/____/____	
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 os olhos s/ força (mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Opacidade córnea (S/N)						
Acuidade visual						
MEMBROS SUPERIORES	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
PALPAÇÃO DE NERVOS	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

**Legenda:** N = Normal E = Espessado D = Dor

AVALIAÇÃO DA FORÇA	1º ____/____/____		2º ____/____/____		3º ____/____/____	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º (dedo ulnar) 						
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho Extensão do punho (nervo radial) 						

**Legenda:** F = Forte D = Diminuição P = Paralisado  
 0 = Paralisado 1 = Contração 2 = Movimento Parcial 3 = Movimento Completo 5 = Forte

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA					
1º		2º		2º	
D	E	D	E	D	E
					

**Legenda:** Caneta filamento lilás (2g): Sente Não sente X monofilamentos: seguir cores  
 Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: ■ Ferida: ○

### ANEXO III B

MEMBROS INFERIORES	1º ____/____/____		2º ____/____/____		3º ____/____/____	
	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
<b>PALPAÇÃO DE NERVOS</b>						
Fibular						
Tibial posterior						
<b>Legenda:</b> N = Normal E = Espessado D = Dor						

AVALIAÇÃO DA FORÇA	1º ____/____/____		2º ____/____/____		3º ____/____/____	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular)						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular)						
<b>Legenda:</b> F = Forte D = Diminuição P = Paralisado 0 = Paralisado 1 = Contração 2 = Movimento Parcial 3 = Movimento Completo 5 = Forte						

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA					
1º		2º		2º	
D	E	D	E	D	E
<b>Legenda:</b> Caneta filamento lilás (2g): Sente Não sente X monofilamentos: seguir cores Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: ■ Ferida: ○					

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)									
Avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	Assinatura	Data
	D	E	D	E	D	E			
No diagnóstico									___/___/___
Na alta									___/___/___
MONOFILAMENTOS									
COR						GRAMAS			
Verde						0,05			
Azul						0,2			
Lilás						2,0			
Vermelho fechado						4,0			
Vermelho cruzado						10,0			
Vermelho aberto						300,0			
Preto						Sem resposta			

# ANEXO IV A – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS APÓS ALTA POR CURA

Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Departamento de Vigilância Epidemiológica  
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

PNCH/SVS-MS	Ficha de Investigação de Intercorrências Após Alta por Cura	
Regional de Saúde Mun. Notificação Unidade de Saúde	UF	N.º Reg. Siman N.º Prontuário
<b>Identificação do Paciente</b>		
Nome: _____		
Idade: _____	Data de Nascimento: _____	Sexo: M) Masc F) Fem <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe: _____		
Endereço: _____		
Município de Residência: _____ UF: _____		
<b>História Anterior</b>		
1. Exame Dermatoneurológico:		
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não		
Manchas <input type="checkbox"/>	Placas <input type="checkbox"/>	Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____
Outras: _____		
1.2 Nervos acometidos: 1) Sim, 2) Não		
Auricular <input type="checkbox"/>	Ulnar <input type="checkbox"/>	Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>
<b>2. Classificação</b>		
1) PB 2) MB <input type="checkbox"/>	3. Baciloscopia <input type="checkbox"/>	
1) I, 2) L, 3) D, 4) V, <input type="checkbox"/>	1) Positiva Ib	
Data do Diagnóstico: _____	2) Negativa	
	3) Não Realizada/Não Informada	
<b>4. Grau Incapacidade</b> <input type="checkbox"/>		
0) Zero		
1) Um		
2) Dois		
3) Não Avaliado/Não Informado		
<b>5. TRATAMENTO</b>		
Data do Início do Tratamento Anterior: _____		
1) PQT-OMS-PB 2) PQT-OMS-MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ <input type="checkbox"/>		
Tempo de Tratamento: _____ Anos	Doses: _____	Meses: _____ Regularidade: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>
Data do Término do Tratamento: _____		
Observações: _____		
<b>6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:</b>		
1) Sim, 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> N.º DE EPISÓDIOS _____		
Conduta (Medicamentos usados): _____		
<b>SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA</b>		
1. Exame Dermatoneurológico		
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim 2) Não		
Áreas hipoanestésicas <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/>	
Manchas <input type="checkbox"/>	Lesão residual <input type="checkbox"/>	
Placas <input type="checkbox"/>	Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/>	
Nódulos <input type="checkbox"/>	N.º de lesões _____	
1.2 Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não		
Auricular <input type="checkbox"/>	Ulnar <input type="checkbox"/>	Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>
<b>2. Episódios Reacionais:</b> 1) Sim 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I/II <input type="checkbox"/>		
Conduta (Medicamentos usados): _____		
<b>3. Grau De Incapacidade:</b>		
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/>		



## ANEXO IV B

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA	
Tempo de alta por cura	(Meses/Anos) Data dos sintomas na suspeita de recidiva
<b>1. EXAME DERMATONEUROLÓGICO</b>	
1.1 Lesões cutâneas 1) Sim, 2) Não Manchas <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> No De Lesões <input type="checkbox"/>
1.2 Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>	
<b>2. BACILOSCOPIA</b> <input type="checkbox"/> IB	<b>3. GRAU DE INCAPACIDADE</b> <input type="checkbox"/>
1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada Não Informada	0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado Não Informado
<b>4. EPISÓDIOS REACIONAIS</b> 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO III <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> Conduta (Medicamentos usados):	
<b>5. SINAIS E SINTOMAS</b> 1) Sim, 2) Não <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Aparecimento súbito e inesperado  <input type="checkbox"/> Acompanhados de febre e mal estar  <input type="checkbox"/> Aparecimento de várias lesões novas  <input type="checkbox"/> Ulceração das lesões  <input type="checkbox"/> Envolvimento de muitos nervos  <input type="checkbox"/> Boa resposta aos esteróides             </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Lento e insidioso  <input type="checkbox"/> Sem febre e mal estar  <input type="checkbox"/> Poucas lesões novas  <input type="checkbox"/> Sem ulceração  <input type="checkbox"/> Nenhum ou algum nervo envolvido  <input type="checkbox"/> Resposta não pronunciada aos esteróides             </div> </div>	
<b>6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:</b> 1) Sim, 2) Não <input type="checkbox"/> Estado reacional de hanseníase <input type="checkbox"/> Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente) <input type="checkbox"/> Recidiva de hanseníase <input type="checkbox"/> Recidiva e estado reacional de hanseníase <input type="checkbox"/> Suspeita de resistência medicamentosa <input type="checkbox"/> Outros (especificar)	
<b>7. CONDUTA</b> 1) Sim, 2) Não <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;">           Data         </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Introduzida medicação anti-reacional  <input type="checkbox"/> Introduzida PQT PB  <input type="checkbox"/> Introduzida PQT MB  <input type="checkbox"/> Iniciada investigação para resistência medicamentosa retirado material para inoculação  <input type="checkbox"/> Outros (especificar)             </div> </div>	
<b>8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA</b> 1) I, 2) II, 3) D, 4) V <input type="checkbox"/> 1) PB, 2) MB <input type="checkbox"/> Data diagnóstico da recidiva	

DE

DE

NOME (CRM)

NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL

# ANEXO V – BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE

## ANEXO V



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
SES - ALAGOAS

Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

Página: 1

UF: AL

Município: MACEIO

Unidade: I CENTRO DE SAUD E- DR AUGUSTO DIAS CARDOSO

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Mun. de Residência Atual	Distrito de Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último Comparec.	CO	AI	ET	ND	ER	Data mudança esquema	Contatos examinados	Tipo saída	Data da alta
0005129	20/04/2007	HANSEILDO DE SOUZA E SILVA	270430	LEVOA	20/08/07	1	1	6	4	1	4	1	4	1	20/08/07

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/ outro município 3 - Transf. p/ outro País 4 - Transferência para outro País 5 - Abandono 6 - Erro diagnóstico

Emitido em: 28/03/2008

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. 200p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Secretaria de Políticas de Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília, 2001. p. 177.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Manual de Prevenção de Incapacidades. Brasília, 2001, 178p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Secretaria de Políticas de Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Cadernos de Atenção Básica nº 10. Brasília, 2002, 89p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 125 de 25 de março de 2009. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009. Seção I, p 1.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase n. 1. Manual de prevenção de incapacidades. Brasília, 2008, 140p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase n. 2. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes. Brasília, 2008, 92p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase n. 3. Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase e diabetes. Brasília, 2008, 92p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase n. 4. Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase e diabetes. Brasília, 2008, 148p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase n. 5. Manual de adaptações de palmilhas e calçados. Brasília, 2008, 100p.

ESPÍRITO SANTO. *Secretaria de Estado de Saúde*. Gerência de Regulação e Assistência à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Diretrizes clínicas Hanseníase. Coleção Uma Nova Saúde 3.1ª ed. Vitória, 2008.

MINAS GERAIS. *Secretaria de Estado de Saúde*. Atenção à saúde do adulto: hanseníase. Belo Horizonte: SAS/ MG, 2006.