

**ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO
HANSENÍASE**



1ª Edição

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte, 2006

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Governador

Aécio Neves da Cunha

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Secretário

Marcelo Gouvêa Teixeira

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Superintendente

Benedito Scaranci Fernandes

GERÊNCIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Gerente

Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

GERÊNCIA DE NORMALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE

Gerente

Marco Antônio Bragança de Matos

COORDENADORIA DO PROGRAMA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

Coordenador

Maria Aparecida de Faria Grossi

Aporte financeiro

Este material foi produzido com recursos do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF

Projeto gráfico e editoração eletrônica

Casa de Editoração e Arte Ltda.

Ilustração

Mirella Spinelli

Produção, distribuição e informações Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Rua Sapucaí, 429 – Floresta – Belo Horizonte – MG – CEP 30150 050

Telefone (31) 3273.5100 –

E-mail: secr.ses@saude.mg.gov.br

Site: www.saude.mg.gov.br

1ª Edição. 2006

WC MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde
do adulto: hanseníase. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.
335 62 p.
MI 1. Saúde do adulto - hanseníase. 2. Hanseníase - Atenção à Saúde do
AT Adulto.I.Título.

AUTORES

Ana Regina Coelho de Andrade

Maria Aparecida de Faria Grossi

Maria do Carmo Rodrigues de Miranda

COLABORADORA

Maria Ana Araújo Leboeuf

APRESENTAÇÃO

A situação da saúde, hoje, no Brasil e em Minas Gerais, é determinada por dois fatores importantes. A cada ano acrescentam-se 200 mil pessoas maiores de 60 anos à população brasileira, gerando uma demanda importante para o sistema de saúde (MS, 2005). Somando-se a isso, o cenário epidemiológico brasileiro mostra uma transição: as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, em 2003 foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres e aos acidentes e à violência. À frente do grupo das dez principais causas da carga de doença no Brasil já estavam, em 1998, o diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cérebro-vascular e o transtorno depressivo recorrente. Segundo a Organização Mundial de Saúde, até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença nos países em desenvolvimento (OMS, 2002).

Este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas inovadoras, que mudem a lógica atual de uma rede de serviços voltada ao atendimento do agudo para uma rede de atenção às condições crônicas.

Para responder a essa situação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estabeleceu como estratégia principal a implantação de redes de atenção à saúde em cada uma das 75 microrregiões do estado que permitam prestar uma assistência contínua à população. E a pré-condição para a eficácia e a equidade dessa rede é que o seu centro de coordenação seja a atenção primária.

O programa Saúde em Casa, em ato desde 2003, tendo como objetivo a melhoria da atenção primária, está construindo os alicerces para a rede de atenção à saúde: recuperação e ampliação das unidades básicas de saúde, distribuição de equipamentos, monitoramento através da certificação das equipes e avaliação da qualidade da assistência, da educação permanente para os profissionais e repasse de recursos mensais para cada equipe de saúde da família, além da ampliação da lista básica de medicamentos, dentro do programa Farmácia de Minas.

Como base para o desenvolvimento dessa estratégia, foram publicadas anteriormente as linhas-guias Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, Atenção à Saúde da Criança e Atenção Hospitalar ao Neonato, e, agora, apresentamos as linhas-guias Atenção à Saúde do Adolescente, Atenção à Saúde do Adulto (Hipertensão e Diabetes, Tuberculose, Hanseníase e Hiv/aids), Atenção à Saúde do Idoso, Atenção em Saúde Mental e Atenção em Saúde Bucal e os manuais da Atenção Primária à Saúde e Prontuário da Família. Esse conjunto de diretrizes indicará a direção para a reorganização dos serviços e da construção da rede integrada.

Esperamos, assim, dar mais um passo na consolidação do SUS em Minas Gerais, melhorando as condições de saúde e de vida da nossa população.

Dr. Marcelo Gouvêa Teixeira

Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais

PREFÁCIO

É com grande satisfação que apresento a “Linha-guia em Hanseníase”, destinada aos profissionais de saúde que atendem hanseníase na atenção primária.

A hanseníase representa ainda hoje, um problema de saúde pública em Minas Gerais. Doença infecciosa, fácil para tratar e curar, tem como fator agravante a repercussão sócio-psicológica gerada pelas incapacidades físicas, que podem ocorrer na evolução da doença e que são a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade.

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado permitem que a doença se cure sem deixar seqüelas. É de suma importância, portanto, que o profissional de saúde tenha subsídios que facilitem identificar, diagnosticar e tratar a hanseníase.

O presente instrumento é parte das medidas que vem sendo adotadas em Minas Gerais para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Eliminar não é erradicar, mas significa alcançar e manter a taxa de prevalência menor de 1 caso em cada 10.000 habitantes. Nos últimos anos o Estado tem detectado mais de 3.000 casos novos por ano o que exige a manutenção de serviços capacitados para o diagnóstico e tratamento, visando a manutenção da pessoa com hanseníase na sociedade, sem incapacidades e deformidades. Este é o real desafio que se espera alcançar com um atendimento humanizado, adequado e resolutivo para todos os usuários do Sistema Único de Saúde, incluindo a pessoa com hanseníase.

Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária

AGRADECIMENTOS

International Federation of Anti-Leprosy Association – ILEP

Netherlands Leprosy Relief – NLR – Brasil

Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde do Brasil

Oficina de Monitores e Centros de Referência em hanseníase de 24 e 25 de agosto de 2006.

Marcelo Grossi Araújo, professor de Dermatologia e referência estadual em hanseníase do Hospital das Clínicas da UFMG.

Simone Passos Bacha – Gerência de Saúde de Varginha

COMENTÁRIOS DE VALIDAÇÃO

“... parabéns pelo trabalho. Imagino que o mesmo esteja sendo validado em unidades do PSF dos municípios prioritários de Minas Gerais”.

Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira
Departamento de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Dermatologia

“... meus parabéns à equipe que trabalhou e produziu um material tão importante para o controle da hanseníase na rede SUS com as Linhas-Guia”.

“Desde já agradeço a oportunidade de contribuir e mais uma vez parabéns pelo excelente material”.

Isabela Goulart
Centro de Referência Nacional em Hanseníase
Uberlândia/MG

“ A linha-guia Hanseníase não poderia ter melhor momento para a sua chegada. A consolidação das ações para o controle da hanseníase na atenção básica, num cenário que se vislumbra de baixa endemicidade, certamente foram decisivos para o empenho dessa equipe que, mais uma vez, mostra a sua competência técnica e sensibilidade para esta doença que ainda não pode ser esquecida. Parabéns!”

Marcelo Grossi Araújo
Centro de Referência em Hanseníase
Hospital das Clínicas da UFMG

SUMÁRIO

Introdução	15
I. As diretrizes para o atendimento	17
1.1 O acolhimento do usuário	19
1.2 Os fatores de risco	21
1.3 As medidas de promoção de saúde e prevenção de agravos	23
II. A abordagem clínica	25
2.1 As consultas em hanseníase e o exame dos contatos.....	27
2.2 Acompanhamento	30
III. A organização da assistência.....	39
3.1 As atribuições dos profissionais da equipe de saúde.....	41
3.2 As competências da unidade de saúde	42
3.3 As competências de outros pontos de atenção...	43
3.4 Interfaces do atendimento em hanseníase.....	43
IV. O sistema de informação gerencial	45
4.1 A notificação do caso	47
4.2 Acompanhamento do caso	47
4.3 A planilha de programação	48
4.4 Os indicadores epidemiológicos	51
Anexos	53
Referências bibliográficas	60

INTRODUÇÃO

Com a proposição da Organização Mundial da Saúde – OMS de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2005, várias medidas foram adotadas e recomendadas, mobilizando governos e profissionais.

As medidas propostas foram:

- Aumentar a cobertura, descentralizando as ações de controle de Hanseníase;
- Diagnosticar e tratar todos os casos novos esperados;
- Dar alta por cura e diminuir o abandono;
- Adequar sistema de informação e arquivos das Unidades de Saúde.

Em 2005, com a expansão da cobertura para as equipes de Saúde da Família, com o maior envolvimento das Secretarias Municipais de Saúde e das Universidades e com a implementação de Centros Colaboradores de Referência, Minas Gerais conseguiu reduzir a taxa de prevalência para 1,5 / 10 000 habitantes.

O preconceito em relação à doença, a desinformação dos profissionais e da população, a concentração do atendimento ao portador de Hanseníase em poucas Unidades Básicas de Saúde ainda são barreiras que impedem a detecção precoce dos casos existentes.

A política atual da SES-MG, no intuito de melhorar o atendimento dos pacientes, por meio da construção de protocolos e de linhas-guia vem de encontro aos anseios desta Coordenadoria de Dermatologia Sanitária para descentralização e facilitação do atendimento à pessoa com hanseníase pela Atenção Básica.

Coordenadoria de Dermatologia Sanitária



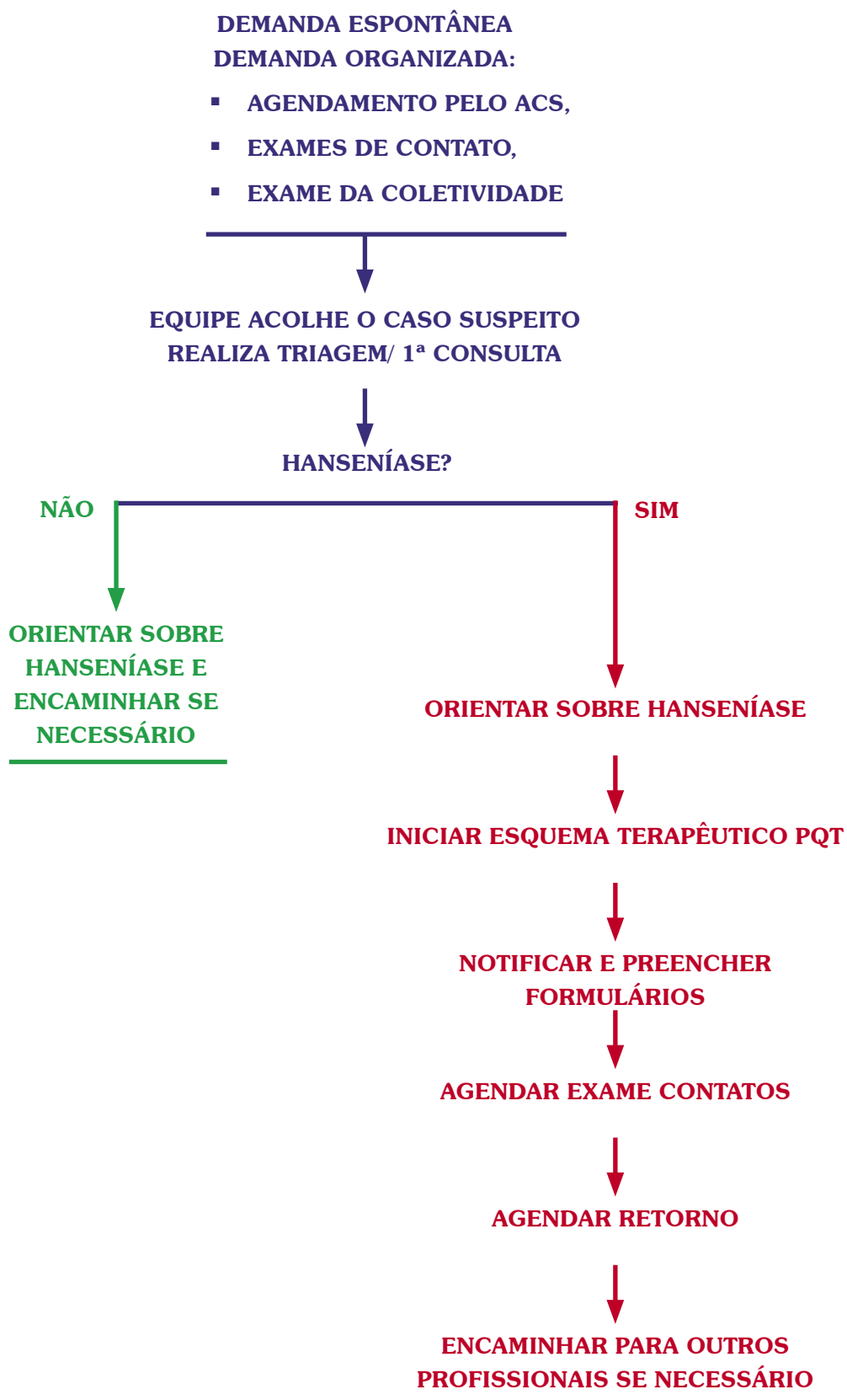
I. AS DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO



1.1 O ACOLHIMENTO DO USUÁRIO

- 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 Básica de Saúde, 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.

FLUXOGRAMA - O PRIMEIRO ATENDIMENTO EM HANSENÍASE



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 05 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.
- O risco do profissional de saúde contrair Hanseníase é igual ao da população geral.
- 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. Serão sempre atendidos na atenção primária.

Alto risco

- Alguns casos requerem maior atenção e disponibilização 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. Podem necessitar de encaminhamento para as unidades de referência.
- 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.
- 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 o centro de referência mais próximo.

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 intracelular (glaucoma).

Lembre-se:

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

Esses casos devem ser encaminhados para uma unidade de pronto atendimento existente no município e avaliados, posteriormente, pelo centro de referência.

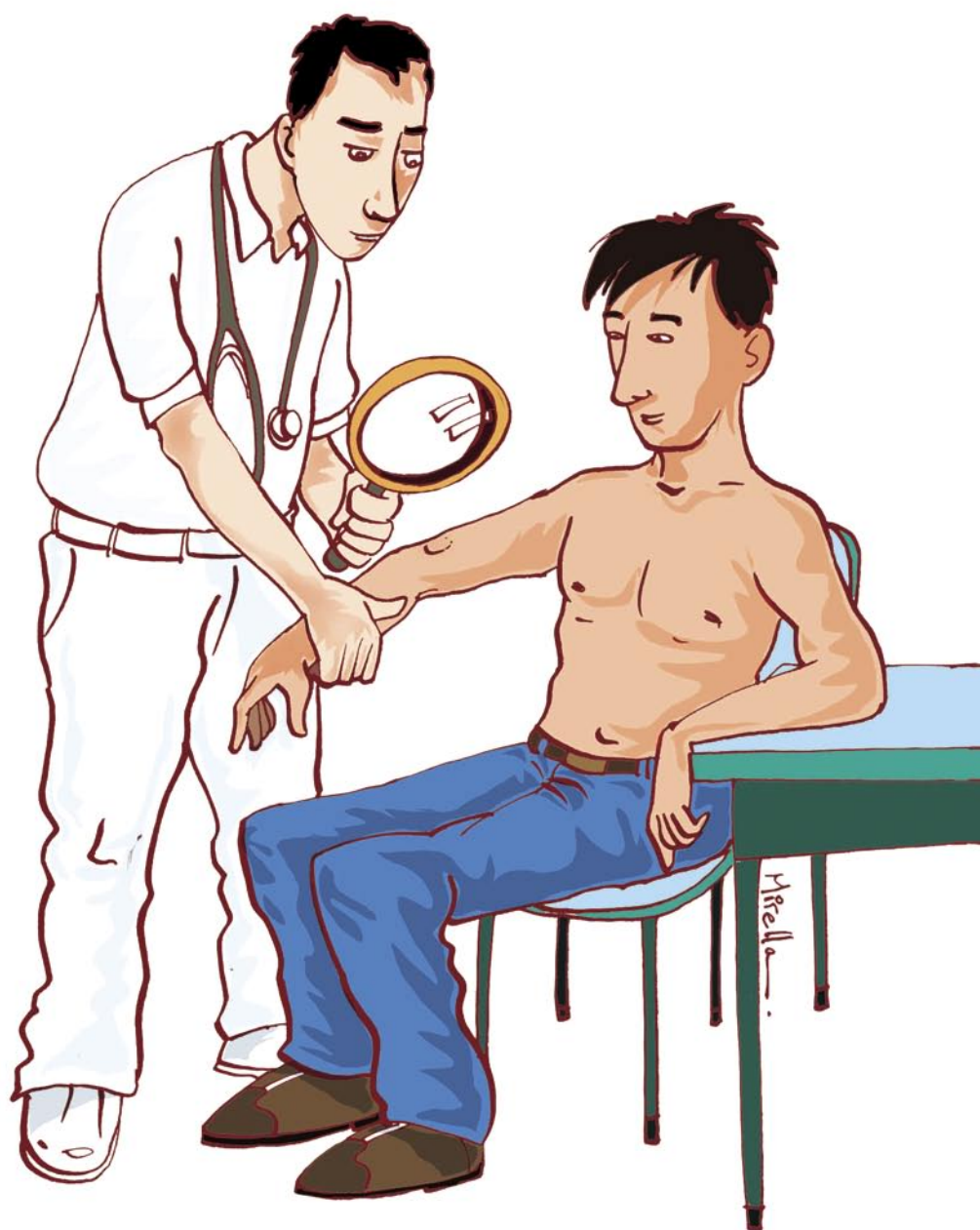
1.3 AS MEDIDAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

- Promover e manter a mobilização social e educação dirigida à população, aos contatos, aos profissionais de saúde sobre a presença de manchas e áreas dormentes, o tratamento e a cura, através da realização de campanhas, palestras, etc. A abordagem do estigma é de fundamental importância para a desvinculação do termo lepra e hanseníase.
- 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 dermato-neurológico
 - 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, se necessário;

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

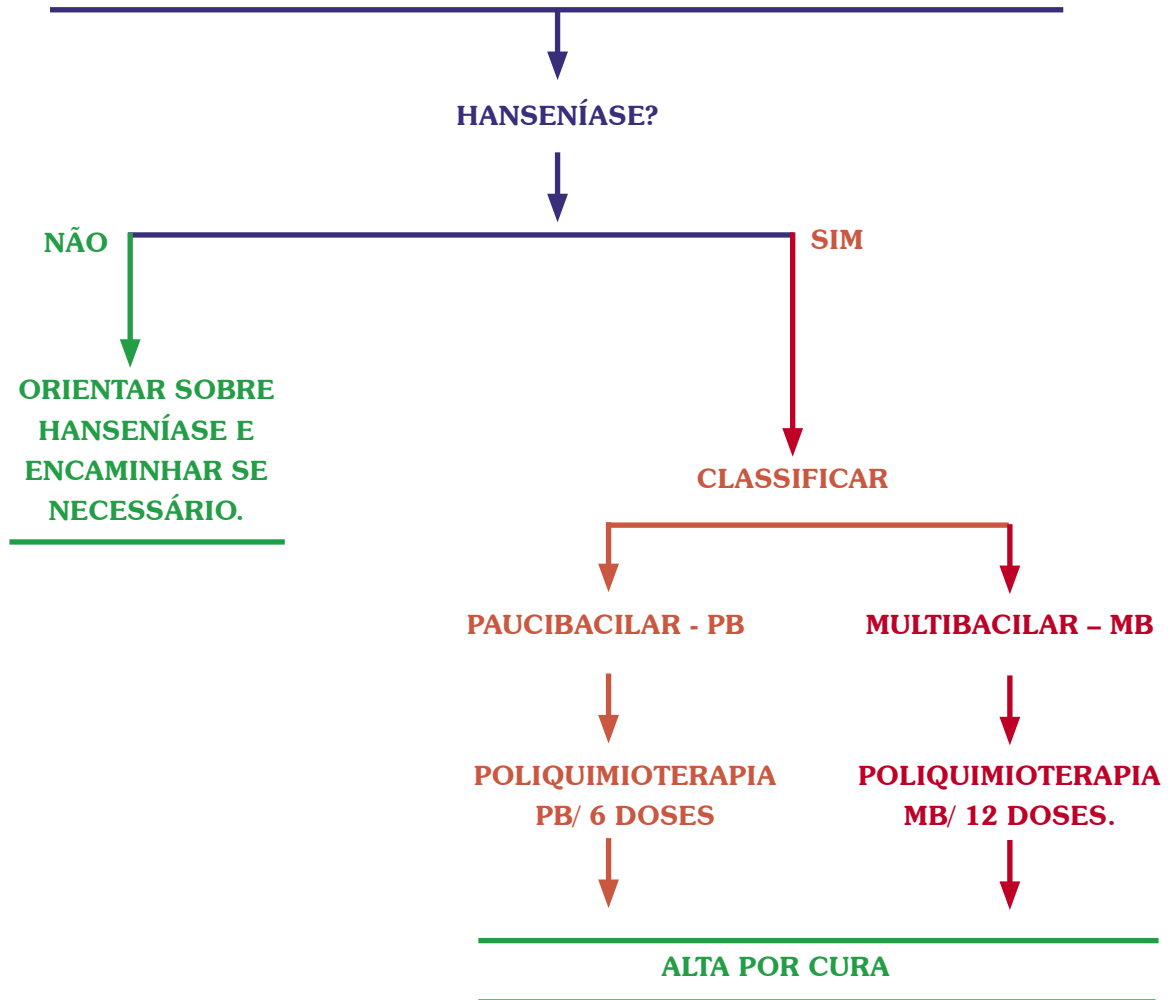
- Verificar queixas gerais e, em especial, checando sinais e sintomas de surtos reacionais e efeitos adversos dos medicamentos utilizados; dificuldade e/ou limitação na realização de atividades por estigma, preconceito;
- Exame clínico geral e dermato-neurológico, a cada 03 meses
- Avaliação neurológica simplificada, no mínimo de 03 em 03 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 dermato-neurológico (exame da superfície corporal, palpação de troncos nervosos).
- Checar presença de cicatriz de BCG. Na ausência de cicatriz, fazem-se duas doses com intervalo de 6 meses. Na presença de uma cicatriz, faz-se a segunda dose, desde que o tempo decorrido em relação à 1ª dose seja igual ou maior do que 6 meses. Se existirem duas cicatrizes de BCG, passar para o tópico seguinte.
- Se o contato é indene (não apresenta sinais e sintomas de hanseníase), orientar sobre hanseníase e encaminhar para aplicação de BCG, conforme critério anterior.
- Se o contato apresenta lesões suspeitas de hanseníase, encaminhar para consulta médica.

FLUXOGRAMA - O DIAGNÓSTICO, O TRATAMENTO E A ALTA EM HANSENÍASE

PACIENTE COM MANCHA OU ÁREA DE ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE,
E/OU NERVO ESPESSADO, E/OU BACILOSCOPIA POSITIVA.



2.2 ACOMPANHAMENTO

2.2.1 Os critérios para diagnóstico

Um caso de hanseníase é uma pessoa que apresenta uma ou mais de uma das seguintes características e que requer quimioterapia:



Fig 1. Lesão em placa (UFMG)

- Lesão(ões) e ou áreas da pele com diminuição ou perda de sensibilidade;



Fig 2. Nervo espessado (ILEP)

- Acometimento de nervo(s) periférico(s) com espessamento associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;

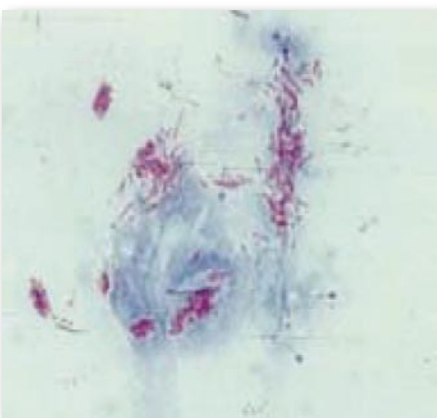


Fig 3. *Mycobacterium leprae* (ILEP)

- Baciloscopia positiva de esfregaço dérmico;

Baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase.

2.2.2 Critérios para classificação operacional da hanseníase

- Paucibacilares – PB: casos com até cinco lesões de pele;



Fig 4. Hanseníase tuberculóide (UFMG)



Fig 5. Hanseníase indeterminada (ILEP)

- Multibacilares – MB: casos com mais de 05 lesões de pele e/ou com baciloscopia positiva independentemente do número de lesões.



Fig 6. Hanseníase dimorfa (ILEP)



Fig 7. Hanseníase dimorfa (UFMG)



Fig 8. Hanseníase virchowiana (UFMG)

- Forma neural pura – Quando a única manifestação clínica for neural (espessamento e/ou perda de sensibilidade, e/ou alteração motora), o diagnóstico deverá ser feito e confirmado pelo serviço de referência.

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.

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 os serviços 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 raros, variando de zero a 2,04%. Frente a um caso de suspeita de recidiva, preencher a Ficha de Investigação Pós-Alta por Cura e encaminhá-lo para avaliação em Centro de Referência. O tratamento indicado para esses casos é a PQT padrão que será reiniciada após confirmação pelo centro de referência.
- O critério de alta adotado pela OMS e pelo MS é ter completado o esquema terapêutico padrão.

É útil lembrar que **na época da alta:**

- As lesões cutâneas nem sempre já 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 recidiva da infecção.

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.



Fig 9. Reação tipo 1 (ILEP)

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.



Figs. 10 e 11. Reação tipo 2 / Eritema nodoso (ILEP)

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

2.2.5.2 Acompanhamento dos pacientes com efeitos adversos

Pacientes com suspeita de efeitos adversos pelos medicamentos utilizados na poliquimioterapia devem ser encaminhados para avaliação e confirmação da suspeita. Esquemas alternativos devem ser indicados pelos centros de referência que acompanharão esses casos a cada 3 meses.

O acompanhamento mensal será de responsabilidade da Atenção Básica.

Os principais efeitos colaterais observados são:

- **Rifampicina** – síndrome pseudo-gripal, exantema e prurido, insuficiência renal, pênfigo induzido por drogas; hepatopatia
- **Dapsona** – A hemólise é o efeito colateral mais comum. A meta-hemoglobinemia, agranulocitose, hepatite, e a síndrome da hipersensibilidade à sulfona são eventos raros.
- **Clofazimina** – pigmentação cutânea (vermelho e cinza) e icterícia.

A PQT é geralmente bem tolerada e a ocorrência de efeitos colaterais que justifiquem a mudança de esquema terapêutico é pouco freqüente.

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 Básica.
2. Pacientes com grau I de incapacidade, ou seja, alteração da sensibilidade nos olhos e/ou mãos e/ou pés devem receber orientação como conviver com olhos, mãos ou pés insensíveis, serem informados da necessidade e da importância dos auto-cuidados e serem avaliados, no mínimo, a cada 3 meses no Centro de Referência de Média Complexidade.
3. Pacientes com grau II exigem além da orientação e do auto-cuidados, curativos para as feridas existentes, exercícios para manutenção da força muscular e para a mobilidade articular, e até mesmo cirurgias reparadoras no Centro de Referência de Alta Complexidade.

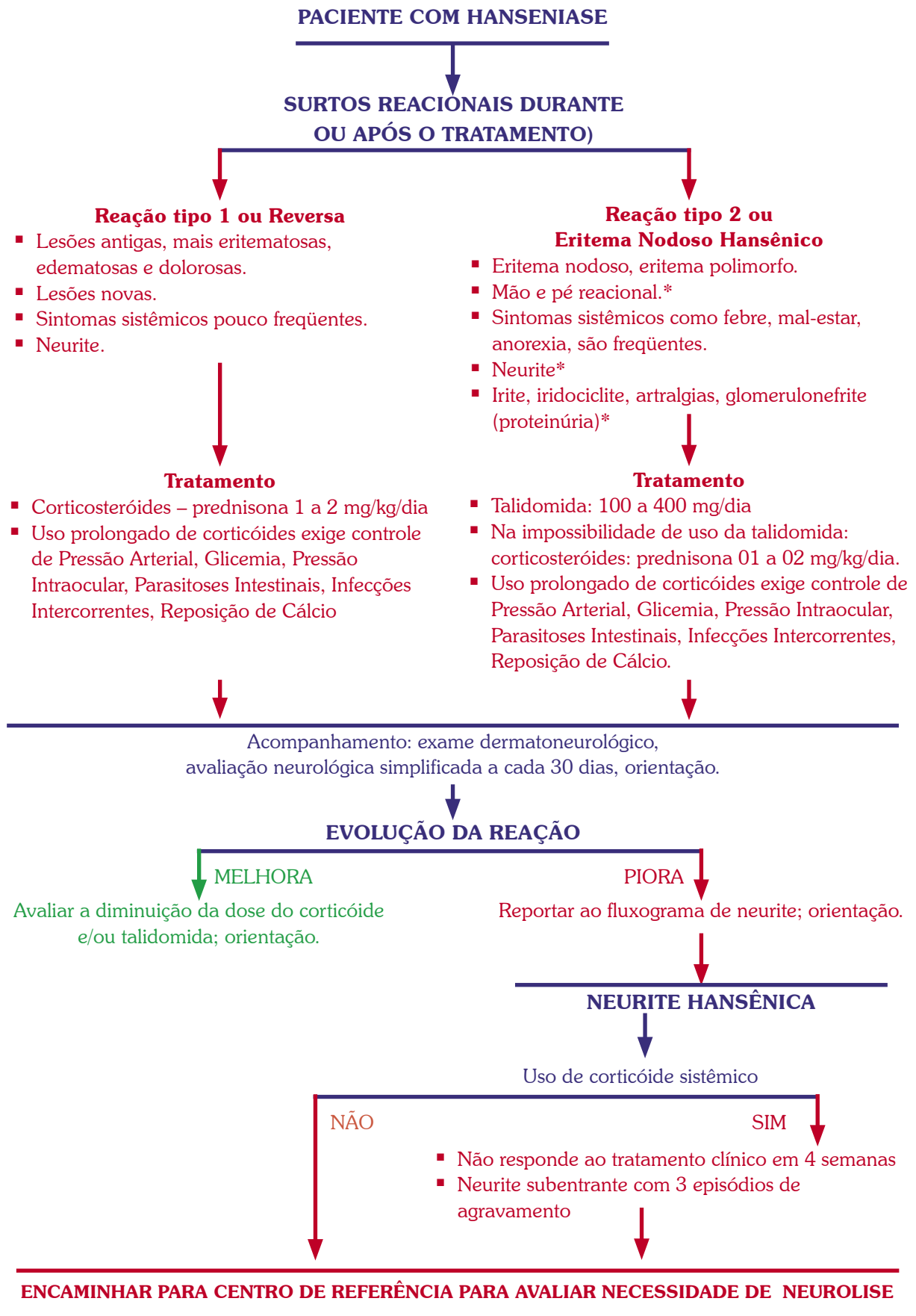
2.2.6 Critérios para acompanhamento das intercorrências pós-alta

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

2.2.7 Ações de controle de hanseníase segundo os níveis de atenção

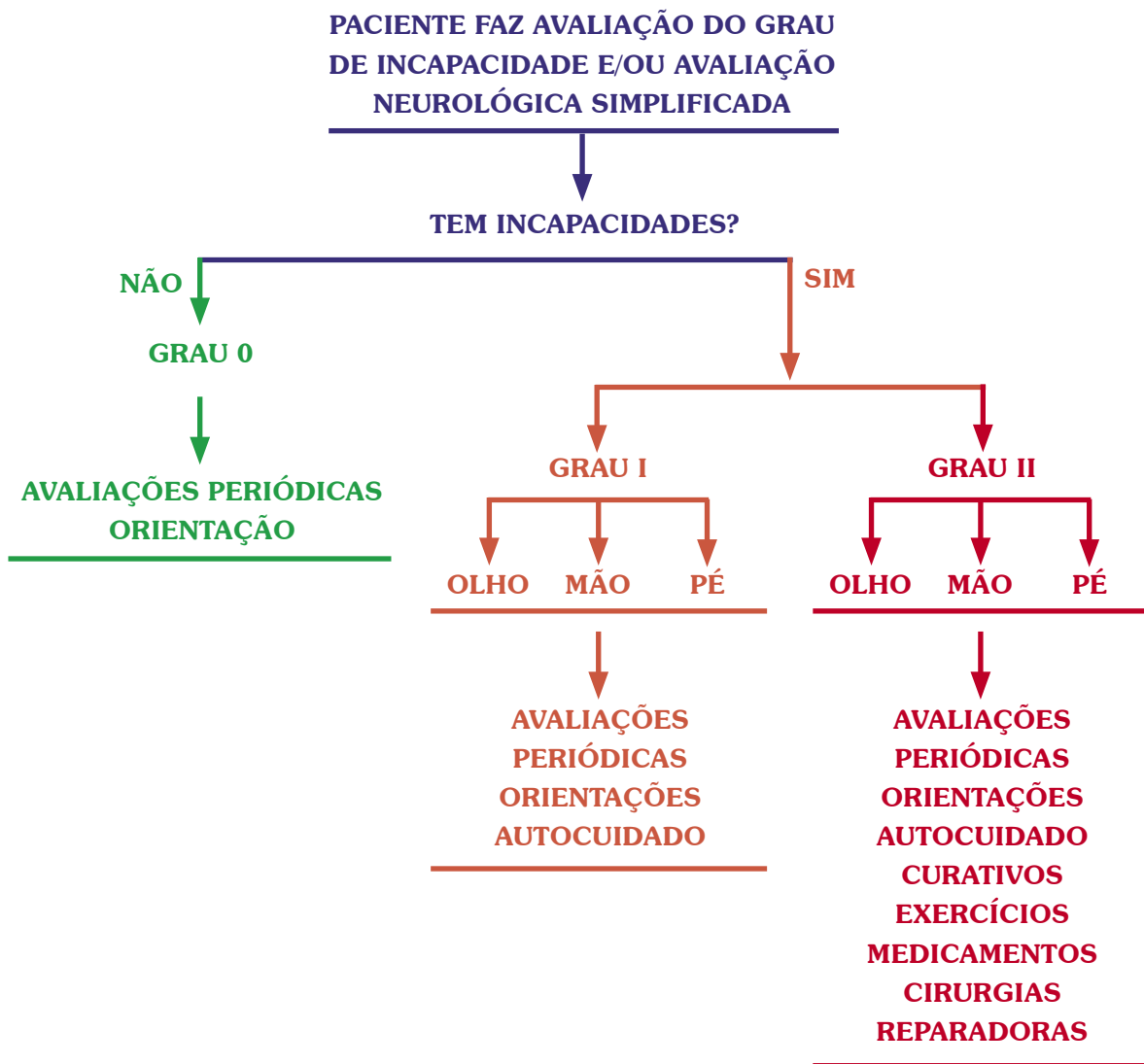
AÇÕES	ATENÇÃO BÁSICA	REFERÊNCIA MUNICIPAL	CENTRO DE REFERÊNCIA
Divulgação de sinais e sintomas/ Campanhas	X Obrigatório	X	X
Diagnóstico de casos novos	X	X	X
Diagnóstico forma neural pura			X
Diagnóstico de recidiva			X
Tratamento PQT - padrão	X	X	X
Esquemas alternativos			X
Vigilância de contatos / BCG	X Obrigatório	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
Prevenção e tratamento de incapacidades			
Orientações e auto-cuidados	X	X	X
Prevenção de incapacidades com técnicas simples		X	X
Adaptação de calçados, palmilhas e confecção de órteses simples		X	X
Reabilitação cirúrgica			X

FLUXOGRAMA - OS SURTOS REACIONAIS EM HANSENÍASE



* São indicações de corticoterapia sistêmica.

FLUXOGRAMA – A AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE EM HANSENÍASE



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

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 dermato-neurológica (simplificada)	X	X		
Diagnosticar, classificar, prescrever tratamento e dar alta de hanseníase.	X			
Identificar e encaminhar pacientes com reações hansênicas, reações medicamentosas e para confirmação diagnóstica	X	X		
Diagnosticar e prescrever tratamento	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 DA UNIDADE DE SAÚDE

Estabelecer rotinas para operacionalização das atividades de descoberta de casos e de suas respectivas subtarefas:

- 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 infraestrutura 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, infraestrutura adequada, atividades educativas, sistema de informação e programação de insumos.

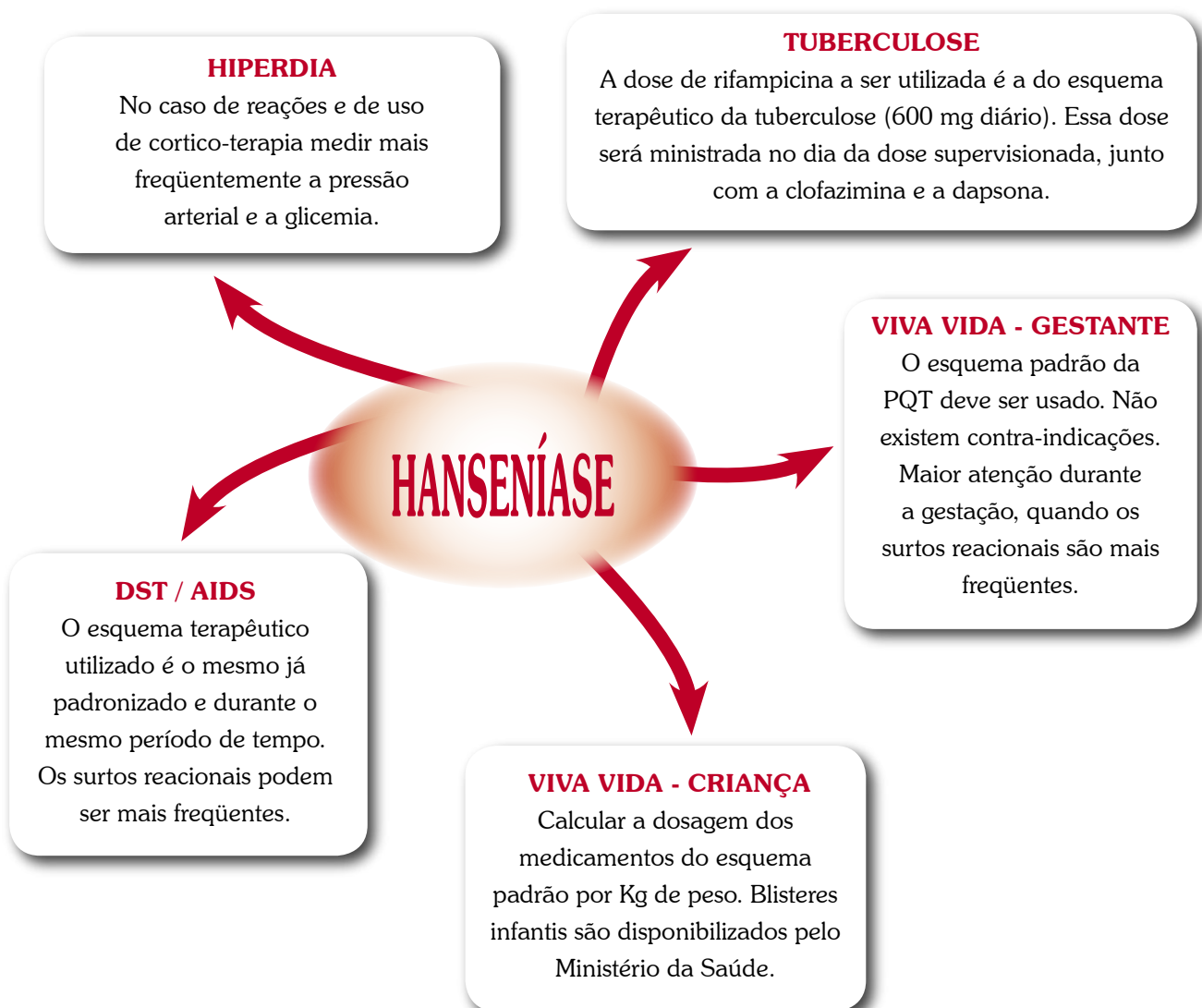
Tratamento integral

- 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, infraestrutura adequada, sistema de informação, relação de sistema de referência e contra-referência e programação de insumos.

3.3 AS COMPETÊNCIAS DE OUTROS PONTOS DE ATENÇÃO

- A maioria das atividades é desenvolvida na Unidade de Saúde, 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 deve estabelecer rotinas com o fluxo de operacionalização das atividades de controle e de suas subatividades, 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.

3.4 INTERFACES DO ATENDIMENTO EM HANSENÍASE



O calendário de acompanhamento

ATIVIDADES	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO – DOSES SUPERVISIONADAS MENSAS	ALTA
Anamnese	x	x	x
Exame físico	x	x	x
Avaliação dermatoneurológica	x	x(*)	x
Baciloscopia	x		
Exame dermatoneurológico de contatos	x		
Aplicação de BCG nos contatos	x(**)		

(*) A avaliação dermatoneurológica deverá ser feita a cada 03 meses, semanal ou quinzenal no caso de reações com neurites.

(**) Após exame dermatoneurológico, os contatos deverão ser encaminhados para BCG. Lembrar que a cicatriz vacinal deve ser considerada e que são recomendadas 02 doses.

IV. O SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL



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 tenha 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.
- Concluído o diagnóstico da doença, o caso deve ser notificado à vigilância epidemiológica, através da ficha de notificação/investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

4.2 ACOMPANHAMENTO DO CASO

- As informações relativas ao acompanhamento dos casos são úteis para a avaliação da efetividade do tratamento e para o monitoramento da prevalência da doença.
- Essas informações devem ser registradas nas Unidades de Saúde (no prontuário e na ficha de acompanhamento do caso) e enviadas para a vigilância epidemiológica, através do relatório de acompanhamento do caso.
- A partir destas informações, são construídos indicadores epidemiológicos e operacionais para análise da doença, acompanhamento do programa.
- É importante o controle semanal dos dados relativos ao seguimento dos portadores da doença, de seus contatos e a identificação dos faltosos.

- As pessoas que, conforme as normas, completaram o tratamento devem sair do registro ativo, através da alta por cura.
- A alta estatística deve ser dada aos pacientes paucibacilares que abandonaram o tratamento por 12 meses e que tenham permanecido no registro ativo por pelo menos 02 anos a contar da data do início do tratamento e aos doentes multibacilares que abandonaram o tratamento por 12 meses e tenham permanecido no registro ativo por pelo menos 04 anos a contar da data do início do tratamento. O serviço de vigilância epidemiológico municipal deve ser informado deste procedimento.
- Alta por óbito: os óbitos de portadores de hanseníase devem ser registrados no prontuário e retirados do registro ativo.
- Alta por múltiplo fichamento: retirar do registro ativo aqueles com múltiplos registros.
- Alta por erro diagnóstico: retirar do registro ativo aqueles que não têm diagnóstico de hanseníase.
- Transferência: aqueles que forem acompanhados por outra unidade. Estes casos não são considerados como alta para o SINAN, uma vez que será computada na prevalência nacional.

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

Esse sistema é gerenciado pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação de Saúde do Ministério da Saúde, que é o órgão responsável pela elaboração e pela expedição de normas que regem sua utilização e operacionalização no território nacional.

4.3 A PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO

A planilha de programação local possibilita

- A realização do diagnóstico situacional, por meio da caracterização: da população com hanseníase residente na área e, portanto, população alvo para atenção programada;
- A realização da programação de atendimento da ESF ou dos profissionais da UBS, através da análise da capacidade potencial de atendimento ano/mês/semana/dia para os portadores de hanseníase.

A planilha de programação local para hanseníase

- 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 multidisciplinariedade.
- Os indicadores referentes à coordenação possibilitam monitorar todo o cuidado prestado para os portadores de hanseníase e o controle dessa patologia.
- 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		1,54 para cada 10 000 habitantes, estimativa estadual ou conforme coeficiente de detecção regional
HANSENÍASE: PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO LOCAL		
RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO
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-guia.	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 todos os contatos com diagnóstico não confirmado.	100% dos contatos com diagnóstico não confirmado 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: <ul style="list-style-type: none"> . 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: <ul style="list-style-type: none"> . 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: <ul style="list-style-type: none"> . paucibacilares: 6 doses . multibacilares: 12 doses

RESULTADO	ATIVIDADE	PARÂMETRO
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: <ul style="list-style-type: none"> . 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 de incapacidade.	100% dos usuários com grau 1 de incapacidade recebem orientação
	Encaminhar para tratamento complementar todos os usuários com grau 2 de incapacidade.	100% dos usuários com grau 2 de incapacidade são encaminhados.
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 auto-cuidado – dos usuários com surtos reacionais.	100% dos usuários com surtos reacionais 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: <ul style="list-style-type: none"> . paucibacilares: após 6 doses supervisionadas em até 9 meses . multibacilares: após 12 doses supervisionadas em até 18 meses
	Identificar todos os usuários com surtos reacionais no momento ou após a alta / 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

Os indicadores da hanseníase apresentados abaixo são os utilizados pelos municípios, regionais e estados no Pacto da Atenção Básica e no Programa de Pactuação Integrada. Mesclam indicadores epidemiológicos (detecção, prevalência e percentual de Incapacidades Físicas entre os casos novos) e operacionais (Percentual de abandono e de cura). Estes são de construção obrigatória. Existem vários outros cuja construção e parâmetro está disponível nos Manuais de Hanseníase do MS, e na Portaria 1073 de 2000. (ver Referências)

INDICADORES DA HANSENÍASE

INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETRO
Coefficiente de Detecção anual de casos novos de hanseníase	$\frac{\text{Casos novos, residentes, diagnosticados no ano}}{\text{População total residente do ano}} \times 10\ 000$	Medir força de morbidade magnitude e tendência da endemia	Hiperendêmico $\geq 4,0/10.000$ habitantes Muito Alto = 4,0 – 2,0/10.000 habitantes Alto = 2,0 – 1,0/10.000 habitantes Média = 1,0 – 0,2 / 10.000 habitantes Baixo < 0,2 / 10.000 habitantes
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento	$\frac{\text{Casos em registro ativo sem tratamento nos últimos 12 meses}}{\text{Total de casos em registro no momento da avaliação}} \times 100$	Avaliar a capacidade dos serviços em assir aos casos de hanseníase	Bom < 10% Regular = 10 – 25% Precário > 25%
Coefficiente de prevalência de hanseníase	$\frac{\text{Casos residentes em curso de tratamento}}{\text{População total residente do ano}} \times 10\ 000$	Medir o nível de eliminação como problema de saúde pública e a magnitude da doença.	Hiperendêmico $\geq 20,0/10.000$ habitantes Muito Alto = 20,0 – 10,0/10.000 habitantes Alto = 10,0 – 5,0/10.000 habitantes Média = 5,0 – 1,0 / 10.000 habitantes Baixo < 1,0/ 10.000 habitantes
Proporção de casos de hanseníases com Grau II de incapacidade no momento do diagnóstico entre os casos novos e avaliados no ano	$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano, com Grau 2 de incapacidade}}{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano, com grau de incapacidade avaliado}} \times 100$	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos.	Alto $\geq 10\%$ Médio = 5 – 10% Baixo < 5%
Proporção de cura de hanseníase nos anos das coortes *	$\frac{\text{Casos registrados para tratamento nos anos das coortes que completaram a PQT até 31/12ano}}{\text{Casos registrados para tratamento nos anos das coortes}} \times 100$	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento até a completude do tratamento	Bom $\geq 90\%$ Regular = 75 – 90% Precário < 75%

*Este indicador deve ser construído separadamente para multi e paucibacilares.

Para multibacilares a coorte será feita com os dados de 2 anos anteriores ao ano da avaliação.

Para paucibacilares a coorte será feita com os dados de 1 ano anterior ao ano da avaliação.

Ex: em 2005, avaliam-se os dados de 2004. A coorte de paucibacilares será feita com os casos novos de 2003, e a de multibacilares com os de 2002.

ANEXOS



FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação	2 - Individual	1	Tipo de Notificação	2	Data de notificação		
	3	Município de Notificação				Código (IBGE)			
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código			
Dados do Caso	5	Agravo	HANSENÍASE		Código (CID10)	6	Data do Diagnóstico		
	7	Nome do Paciente	7	Nome do Paciente	7	Nome do Paciente	8	Data de Nascimento	
	9	(ou) Idade	D - dias M - meses A - anos	10	Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11	Raça/Cor	
					1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		12	Escolaridade (em anos de estudo concluídos)	
					1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado				
Dados de Residência	13	Número do Cartão SUS				14	Nome da mãe		
	15	Logradouro (rua, avenida, ...)				Código	16	Número	
	17	Complemento (apto., casa, ...)				18	Ponto de Referência	19	UF
	20	Município de Residência				Código (IBGE)	Distrito		
	21	Bairro				Código (IBGE)	22	CEP	
	23	(DDD) Telefone				24	Zona	25	Pais (se residente fora do Brasil)
					1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado		Código		
Dados Complementares do Caso									
Ocupação	26	Ocupação / Ramo de Atividade Econômica							
Dados Clínicos	27	N.º de Lesões Cutâneas	28	N.º de Troncos Nervosos Acometidos	29	Forma Clínica			
					1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não Classificado				
Atendimento	30	Avaliação da Incapacidade no Diagnóstico				31	Classificação Operacional		
			1 - Grau Zero 2 - Grau I 3 - Grau II 4 - Grau III 5 - Não Avaliado 9 - Ignorado						
Dados Lab.	32	Modo de Entrada							
			1 - Caso Novo 2 - Transferência do Mesmo Município 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Modos 9 - Ignorado						
Tratamento	33	Modo de Detecção do Caso Novo							
			1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado						
Med. Contr.	34	Baciloscopia							
			1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado						
Observações	35	Data do Início do Tratamento	36	Esquema Terapêutico Inicial					
					1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - PQT/MB/24 doses 4 - ROM 5 - Outros Esq. Alternativos 9 - Ignorado				
Investigador	37	Número de Contatos Registrados		38	Doença Relacionada ao Trabalho				
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
Investigador	39	Município/Unidade de Saúde				40	Código da Unid. de Saúde		
	41	Nome		42	Função		43	Assinatura	

HANSENIASE

Formulário para Classificação do Grau de Incapacidades Físicas

Unidade Federada: _____ Município: _____

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: _____ Forma Clínica: _____ N° da ficha: _____

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	Lagofalmo 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		

Maior Grau atribuído: 0 1 2 NA

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES







Unidade: _____ Município: _____ UF: _____

Nome: _____ Data nasc. _____

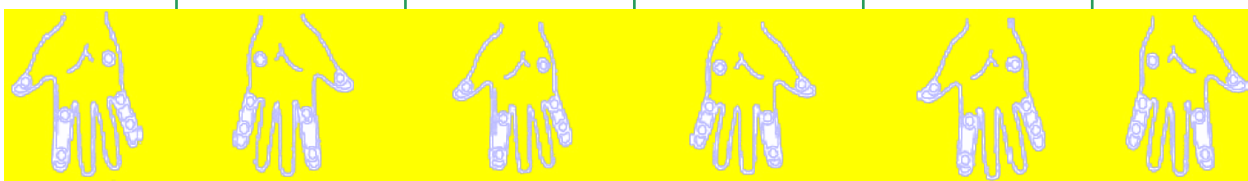
Classificação operacional: _____ N° Registro: _____ Ocupação: _____

FACE	1° ___/___/___		2° ___/___/___		3° ___/___/___	
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)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópico (S/N)						
Dimin. semsib. córnea (S/N)						
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 = Espassado D = Dor

AVALIAÇÃO DA FORÇA		1° ___/___/___		2° ___/___/___		3° ___/___/___	
		D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo							
Abdução do 5° (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					
1°			2°		
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: ○

MEMBROS INFERIORES	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
PALPAÇÃO DE NERVOS	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						

Legenda:
 N = Normal E = Espessado D = Dor

AVALIAÇÃO DA FORÇA	1°		2°		3°	
	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 = Diminuição P = Paralisado
 0 = Paralisado 1 = Contração 2 = Movimento Parcial 3 = Movimento Completo 5 = Forte

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA					
1°		2°		2°	
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: ○

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)								
Data da avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior Graus	Assinatura
	D	E	D	E	D	E		
Aval. diagnóstica								
Aval. de 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	s/resposta

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE INTERCORRÊNCIAS APOS ALTA FOR CURA

GRS: _____ N.º REG. ESTADUAL: _____
 MUNICÍPIO: _____ N.º PRONTUARIO: _____
 UNIDADE SANITÁRIA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: _____
 IDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: M F
 NOME DA MAE: _____
 ENDEREÇO: _____

HISTÓRIA ANTERIOR

1. Exame dermatoneurológico:

Manchas Placas Nódulos N.º lesões
 Infiltrações Outros

1.1 Nervos acometidos

SIM NÃO

Troncos nervosos afetados

Auricular Ulnar Mediano Fibular Comum Radial Tibial Posterior

2. Classificação

PB I T

MB D V

Data do diagnóstico

____/____/____

3. Baciloscopia

IB _____ Positiva

Negativa

Não realizada

4. Mitsuda

Positivo

Negativo

Não realizada

5. Grau incapacidade

0 I

II III

Não realizada

6. Tratamento

Data do início do tratamento: ____/____/____ Outros esquemas (especificar): _____

PQT/OMS PB MB Tempo de tratamento: _____ anos

Tempo de tratamento: ____ Doses ____ Meses Meses regularidade: sim não

Data do término do tratamento: ____/____/____

Observações:

7. Episódios reacionais durante o tratamento:

SIM NAO NEURITES

TIPO I TIPO II TIPO I / II

Nº de episódios _____

Conduta medicamentosa (drogas usadas): _____

SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA FOR CURA

1. Exame dermatológico

Áreas hipoanestésicas Infiltrações Manchas Lesão residual

Placas Sem lesão cutânea Nódulos N.o de lesões _____

1.1 Nervos acometidos

SIM NÃO

Troncos nervosos afetados

Auricular Ulnar Mediano Fibular Comum Radial Tibial Posterior

2. Episódios reacionais: Sim Não Tipo I Tipo II Tipo I/II Neurites

Conduta medicamentosa (drogas usadas):

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL 36:373-382,2003.
Hanseníase no Brasil. Araújo / MG.

MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. Portaria Nº 1073/GM de 26/09/2000. Publicada no D.O.U. - 188-E -pg 18 -Seção 1– 28 set. 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. *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.

HASTINGS, RC. *Leprosy*. Churchill Livingstone: Singapore, 1994.

TALHARI S, Neves RG. *Dermatologia tropical – Hanseníase*. Manaus: Gráfica Tropical, 1997.

EQUIPE RESPONSÁVEL

COLEÇÃO SAÚDE EM CASA

Organizador

Marco Antônio Bragança de Matos

Consultora

Maria Emi Shimazak

ATENÇÃO À SAÚDE DO ADULTO – HANSENÍASE

Autores

Ana Regina Coelho de Andrade

Maria Aparecida de Faria Grossi

Maria do Carmo Rodrigues de Miranda

Colaboradora

Maria Ana Araújo Leboeuf

