

HANSENÍASE

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM

HANSENÍASE



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM

**HANSEN** **HANSENÍASE**

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

## Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou em parte desta obra, desde que citada fonte.

1ª Edição - 2007

Elaboração, edição e distribuição.  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Subsecretaria de Vigilância à Saúde

Endereço:  
Setor de Indústrias e Abastecimento - SIA,  
Trecho I, lotes 1730/1760  
CEP 71.200-010  
DIVEP/SES-DF (Diretoria de Vigilância Epidemiológica)  
Telefones: (61) 3403.2427 Fax: (61) 3403.2404  
www.saude.df.gov.br

Diagramação:  
Meyriane Silva Simões - ASCOM/SES

Impressão:  
NÚCLEO DE PRODUÇÃO GRÁFICA - NPG/SES

Brasil. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal,  
Governo do Distrito Federal.  
Hanseníase: Protocolo de Atendimento – Brasília: Subsecretaria de  
Vigilância à Saúde, 2007.

36 Páginas, Ilustrações e Quadros.

**1. Acolhimento do Usuário. 2. Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde. 3. Fatores de Risco Epidemiológico para Contrair Hanseníase. 4. Abordagem Clínica. 5. Tratamento da Hanseníase. 6. Critérios de Alta. 7. Identificação de Intercorrências Durante o Tratamento dos Casos de Hanseníase. 8. Acompanhamento dos Pacientes com Incapacidades. 9. Organização da Assistência das Competências das Unidades de Saúde. 10. Sistema de Informação.**

Brasília-DF, 2007.

# Sumário

Apresentação .....	09
Diretrizes para o Atendimento de Hanseníase .....	11
<b>1. Acolhimento do Usuário .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde .....</b>	<b>13</b>
<b>3. Fatores de Risco Epidemiológico para Contrair Hanseníase .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Abordagem Clínica .....</b>	<b>13</b>
4.1 Primeira Consulta .....	13
4.2 Primeira Consulta .....	13
4.3 Diagnóstico Laboratorial .....	13
4.4 Tratamento .....	14
4.5 Atividades de Controle .....	14
4.6 Consultas Subseqüentes .....	15
4.7 Exame dos Contatos Intradomiciliares .....	15
4.8 Critérios para Diagnóstico .....	16
4.9 Critérios para Classificação Operacional da Hanseníase .....	17
<b>5. Tratamento da Hanseníase .....</b>	<b>18</b>
5.1 Casos Paucibacilares .....	18
5.2 Casos Multibacilares .....	18
5.3 Acompanhamento do Tratamento Segundo Risco .....	19
5.4 Pontos Importantes a Observar no Tratamento .....	19
<b>6. Critérios de Alta .....</b>	<b>19</b>
6.1 Casos Paucibacilares .....	19
6.2 Casos Multibacilares .....	20
6.3 Pontos Importantes a Observar na Época da Alta .....	20
<b>7. Identificação de Intercorrências Durante o Tratamento dos Casos de Hanseníase .....</b>	<b>20</b>
7.1 Efeitos Colaterais .....	20
7.1.1 Principais Efeitos Colaterais da PQT .....	20
7.1.2 Principais Efeitos Colaterais do Medicamento utilizado nos Estados Reacionais .....	21
7.1.3 Conduta frente aos efeitos colaterais .....	21
7.2 Estados Reacionais (Reação) .....	21
7.2.1 Sinais de Alerta do Surto Reacional .....	21

7.2.2 Acompanhamento dos Pacientes com Reação .....	22
7.2.3 Tipos de Reação .....	22
<b>8. Acompanhamento dos Pacientes com Incapacidades .....</b>	<b>25</b>
<b>9. Organização da Assistência das Competências das Unidades de Saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>10. Sistema de Informação .....</b>	<b>28</b>
I. Protocolo de Referência e Contra-Referência em Hanseníase .....	29
II. Quadro de Situações e Encaminhamento para Unidades de Referência .....	30
<b>Anexos</b>	

Governador do Distrito Federal  
**JOSÉ ROBERTO ARRUDA**

Secretário de Estado de Saúde do DF  
**JOSÉ GERALDO MACIEL**

Secretário-Adjunto de Saúde  
**JOSÉ RUBENS IGLÉSIAS**

Subsecretário de Atenção à Saúde  
**MILTON MENEZES DA COSTA NETO**

Subsecretário de Planejamento e Políticas de Saúde  
**JOÃO LUIZ ARANTES DE FREITAS**

Subsecretário de Apoio Operacional  
**ORNEL COSTA DE AZEVEDO**

Subsecretário de Vigilância à Saúde  
**EDUARDO PINHEIRO GUERRA**

Diretora de Vigilância Epidemiológica  
**DISNEY FABÍOLA ANTEZANA URQUIDI**





## Apresentação

A hanseníase é uma doença infecto-contagiosa crônica, considerada um problema de saúde pública especial devido ao fato de causar incapacidades físicas principalmente nos indivíduos que estão em sua fase laborativa. É uma doença que acomete pele e nervos, de fácil diagnóstico, porém o estigma e a falta de conhecimento sobre a mesma, tanto pela população como pelos profissionais de saúde, fazem com que na maioria das vezes o diagnóstico seja tardio, já estando o indivíduo com incapacidades físicas.

Em 1991 o Brasil assumiu o compromisso, junto a Organização Mundial de Saúde, de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública (ou seja, menos de um doente para cada 10.000 habitantes), até o final do ano de 2005 e o Distrito Federal alcançou esta meta registrando 0,78 pacientes para cada 10.000 habitantes. No entanto, entre os 242 casos novos, 12,9% apresentavam deformidades e incapacidades já instaladas, sinalizando o diagnóstico tardio da doença.

Para diagnóstico precoce, uniformidade, interação e qualidade no atendimento ao suspeito e/ou confirmado portador de hanseníase e conseqüente diminuição do número de casos novos com deformidades e incapacidades, observou-se a necessidade de elaborar este protocolo a fim de descentralizar o atendimento, com todos os profissionais de saúde aptos para o diagnóstico e tratamento precoce, tanto nas unidades básicas, nas equipes do Programa Saúde da Família e também nas emergências.

***”A maior doença hoje não é a lepra ou a tuberculose, é, antes, o sentimento de não ser desejado”. Madre Teresa de Calcutá.***

*Roseane Pereira de Deus*



# DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO DE HANSENÍASE

## 1. O Acolhimento do Usuário

O acolhimento do usuário é uma das condições determinantes na adesão do paciente ao tratamento. A abordagem humanizada e integral do portador de hanseníase permitirá logo no primeiro contato diminuir as barreiras do estigma, preconceito e sofrimento enfrentados pelos pacientes. No primeiro contato deverão ser discutidos detalhes da doença e o papel da equipe na sua visão técnica e humanitária.

### Componentes do acolhimento

- Acesso ao Diagnóstico: Todos os profissionais que atuam na rede básica de saúde devem estar sempre atentos à suspeição diagnóstica da hanseníase. Devem, portanto, estar capacitados para identificar sinais e sintomas em pessoas atendidas na unidade de saúde, na demanda espontânea na comunidade em geral ou em grupos específicos;
- Encaminhamento para Unidade Básica de Saúde;
- Avaliação por equipe multidisciplinar antes de encaminhá-lo para a consulta médica que confirmará ou não o diagnóstico;
- Confirmação do diagnóstico e início do tratamento;
- Orientação do paciente para não sofrer nenhum tipo de restrição em relação às suas atividades cotidianas relacionadas com a família, trabalho, escola e lazer;
- Convocação dos contatos intra-domiciliares se o caso for confirmado;
- Encaminhamento quando necessário aos Serviços de Referência da Regional de Saúde;
- Apoio à família para participar ativamente das ações preventivas e tratamento adequado do paciente.

**FLUXOGRAMA**  
- O PRIMEIRO ATENDIMENTO EM HANSENÍASE -

## 2. Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde

- A principal medida de prevenção está na busca ativa, detecção e tratamento precoce do portador da hanseníase;
- Exame dos contatos intra-domiciliares;
- Vacinação BCG para os contatos;
- Mobilização social e educação dirigida à população, comunidade e aos profissionais de saúde.

## 3. Fatores de Risco Epidemiológico para Contrair Hanseníase

O principal fator de risco é o contato com pacientes de formas multibacilares sem tratamento, por serem bacilíferos;

- População de maior risco é a dos contatos intradomiciliares;
- Condições de moradia, sanitárias e nutricionais interferem no panorama da manutenção da endemia;
- Risco do profissional de saúde é igual ao da população geral.

## 4. Abordagem Clínica

**4.1. Primeira Consulta** - A primeira consulta médica é posterior ao acolhimento, onde foi realizada a avaliação pela equipe de enfermagem;

**4.2. Diagnóstico Clínico** é realizado através de:

- História Clínica;
- Exame físico geral;
- Exame dermatoneurológico.

**4.3. Diagnóstico Laboratorial**

- Pesquisar BAAR para identificação direta do Bacilo em raspado dérmico de lesão, lóbulos de orelhas e um cotovelo;
- Solicitar exames: hemograma completo e bioquímica de sangue; elementos anormais e sedimento de urina e exame parasitológico de fezes.

### Quadro de Ações Desenvolvidas nas Diferentes Etapas do Acompanhamento ao Portador e Contato da Hanseníase

AÇÕES	ETAPAS		
	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, ou semanal ou quinzenal no caso de reações com neurites.  
(\*\*) Orientação de retornar na presença de sinais e sintomas de Hanseníase  
(\*\*\*) Após exame dermatoneurológico os contatos deverão ser encaminhados para BCG. Lembrar que a cicatriz vacinal deve ser considerada, e que são recomendadas 02 doses.

#### 4.4. Tratamento

- Prescrever os medicamentos e administrar as doses supervisionadas;
- Orientar sobre a dose diária auto-administrada;
- Agendar retorno a cada 28 dias, a fim de garantir a regularidade do tratamento e acompanhamento do caso, visando diagnosticar e tratar intercorrências, bem como prevenir e/ou tratar incapacidades e deformidades físicas provocadas pela doença.

#### 4.5. Atividades de Controle

- Preencher as fichas de notificação, prontuário, cartão de aprazamento e outros utilizados pelo programa;
- Agendar exame dos contatos intradomiciliares;
- Encaminhar para outras especialidades ou serviços quando o caso o requerer.

#### 4.6. Consultas Subseqüentes

As consultas subseqüentes são mensais com objetivo de administrar a dose supervisionada do tratamento quimioterápico, assim como observar:

- Queixas gerais – para identificar sinais e sintomas de surtos reacionais e efeitos adversos dos medicamentos utilizados;
- Exame clínico geral e dermato-neurológico completo, a ser realizado a cada 03 meses;
- Avaliação neurológica simplificada a qual poderá ser realizada com menor periodicidade, semanalmente ou quinzenalmente no caso do paciente apresentar surto reacional;
- Encaminhar para os centros de referencia e/ou outros profissionais em caso de intercorrências.

#### 4.7. Exame dos Contatos Intradomiciliares

O exame de contatos poderá ser realizado pelo médico e/ou equipe de enfermagem constando de:

- Anamnese, dirigida a sinais e sintomas da Hanseníase;
- Exame dermato-neurológico (exame da superfície corporal, palpação de troncos nervosos);
- Aplicação de duas doses da vacina BCG-ID a todos os contatos intradomiciliares, observando-se os seguintes casos:
  - Na ausência de cicatriz fazem-se duas doses com intervalo de seis meses;
  - Na presença de uma cicatriz, faz-se a segunda dose;
  - Se o contato apresenta lesões suspeitas de hanseníase encaminhar para consulta médica.

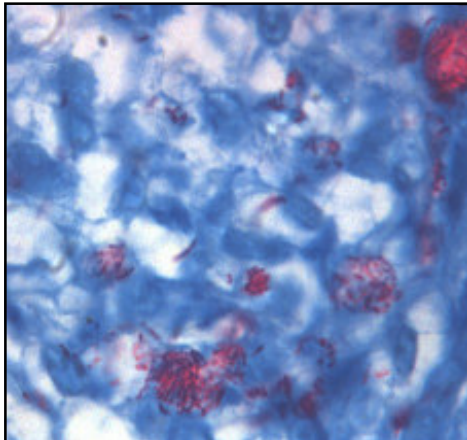
**Observação: Toda a orientação para a utilização da vacina BCG em contatos de paciente de Hanseníase está descrita no MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI).**

#### 4.8. Critérios para Diagnóstico

É considerado um caso de hanseníase a pessoa que apresenta uma ou mais de uma das características abaixo, com ou sem historia epidemiológica.



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



**Baciloscopia positiva de esfregaço dérmico**

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





## **BACILOSCOPIA NEGATIVA NÃO AFASTA O DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE**

### **4.9. Critérios para Classificação Operacional da Hanseníase**

- **Paucibacilares** – PB: casos com até 05 lesões de pele.



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



## 5. Tratamento da Hanseníase

O tratamento é realizado por meio da poliquimioterapia (PQT), seguindo esquemas de acordo com a classificação do paciente.

### 5.1. Casos Paucibacilares:

**Tratar com 06 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 06 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 06 doses, num período máximo de 9 meses;

**Dose auto-administrada** com 50 mg de dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos.

### 5.2. Casos Multibacilares:

**Tratar com 12 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 12 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 quilos deverão ter a dose ajustada por quilo 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 a 20 mg/kg

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 às unidades de referência, para avaliação e indicação de esquemas alternativos, que é competência das Unidades de Média Complexidade.***

### **5.3. Acompanhamento dos Tratamentos Segundo Risco**

- **Baixo risco**- A maioria dos pacientes cursa o tratamento sem maiores intercorrências, tomando a medicação como previsto em 6 ou 12 doses e, em seguida, recebendo a alta por cura;

- **Alto risco** - São aqueles casos que requerem maior atenção e encaminhamento para as unidades de referência para avaliação. São os seguintes:

- Diagnósticos e tratamentos tardios podem levar os pacientes a apresentar seqüelas nos olhos, nariz, mãos e pés;
- Surtos reacionais repetitivo;
- Reações adversas aos medicamentos do esquema padrão.

### **5.4. Pontos Importantes a Observar no Tratamento**

- 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, encaminhá-lo para avaliação em Centro de Referência;
- O tratamento indicado para casos de recidiva é a PQT padrão;
- **O critério de alta** adotado pela OMS e pelo MS é ter completado o esquema terapêutico padrão.

## **6. Critérios para Alta**

### **6.1. Casos Paucibacilares**

Serão considerados curados os pacientes que completarem as 06 doses supervisionadas num período de até 09 meses. O paciente faltoso pode ter as doses anteriores contabilizadas desde que o período de 9 meses não seja ultrapassado.

## **6.2. Casos Multibacilares**

Serão considerados curados os pacientes que completarem as 12 doses supervisionadas num período de até 18 meses. O paciente faltoso pode ter as doses anteriores contabilizadas desde que o período de 18 meses não seja ultrapassado.

## **6.3. Pontos Importantes a Observar na Época da Alta**

- As lesões cutâneas nem sempre desaparecem 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 baciloscópio 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.

## **7. Identificação de Intercorrências Durante o Acompanhamento dos Casos**

Podem ocorrer dois tipos de intercorrências, os efeitos colaterais e os estados reacionais, sendo necessário a detecção precoce dos mesmos.

Os medicamentos utilizados na poliquimioterapia (PQT) e no tratamento dos estados reacionais dos portadores de hanseníase também podem provocar efeitos colaterais a semelhança de outros medicamentos, sendo os mais importantes:

### **7.1. Efeitos Colaterais**

#### **7.1.1. Principais Efeitos Colaterais da PQT**

- Anemia grave;
- Síndrome Pseudogripal caracterizada por: febre, calafrios, astenias, mialgia cefaléia, dores ósseas. Ocorre raramente, e quando acontece se dá principalmente a partir da segunda ou quarta dose supervisionada;
- Icterícia, Náuseas e Vômitos incontroláveis.

## **7.1.2. Principais Efeitos Colaterais dos Medicamentos Utilizados nos Estados Reacionais**

### **Quando em Uso de Corticoide**

- Disseminação de infestação por *Strongiloides stercoralis*;
- Disseminação de tuberculose pulmonar;
- Dor de cabeça, tontura (hipertensão arterial);
- Sede excessiva e micções freqüentes (diabetes induzido);
- Fraqueza, mal estar, hipotensão arterial, dores musculares e articulares (ocorre pela interrupção abrupta do corticóide);

### **Quando em Uso de Talidomida**

- Teratogenicida;
- Sonolência, edema unilateral de membros inferiores, constipação intestinal, secura de mucosas e raramente linfopenia;
- Neuropatia periférica (menos freqüente);

## **7.1.3. Conduitas Frente aos Efeitos Colaterais**

### **Medidas Gerais:**

- Suspende os medicamentos;
- Encaminhar aos centros de referência os pacientes com suspeita de efeitos adversos pelos medicamentos utilizados na poliquimioterapia e nos estados reacionais para avaliação e confirmação da suspeita;
- Esquemas alternativos devem ser indicados pelos centros de referência que acompanharão esses casos a cada 3 meses.

## **7.2. Estados Reacionais (Reação)**

### **7.2.1. Sinais de Alerta do Surto Reacional**

- Inflamação súbita de manchas pré-existentes;
- Dor aguda em nervos de face, mãos e pés;
- Aparecimento súbito de caroços vermelhos e dolorosos;
- Perda súbita da força muscular em face, mãos e pés;
- Piora do quadro geral com febre, mal estar, adinamia;
- Dor e vermelhidão nos olhos;
- Diminuição súbita da acuidade visual;
- Edema de face, mãos, pernas e pés.

## 7.2.2- Acompanhamento dos Pacientes com Reação

Estudos epidemiológicos mostram que aproximadamente:

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

## 7.2.3. Tipos de Reação

### - Reação Tipo 1



- As lesões cutâneas antigas ficam mais eritematosas, edematosas e dolorosas, e podem surgir lesões novas.
- A neurite é um processo inflamatório agudo ou crônico de nervos periféricos, podendo evoluir com ou sem dor e com ou sem déficit sensitivo ou motor. 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.

### **TRATAMENTO:**

- Reação reversa sem neurite, sem lesões na face e lesão não próximas a troncos nervosos importantes.
  - Predinisona 0,5 – 1 mg/kg/dia
- Reação reversa com neurite, com lesões na face ou próximas a troncos nervosos importantes e ou neurite isolada, orqui-epidimite, mão e pé reacionais.
  - Predinisona 1 – 2 mg/kg/dia

***Em casos com comprometimento neural, introduzir corticosteróide, segundo esquema já referido, imobilizar o segmento afetado, e programar ações de prevenção de incapacidades. Em caso de persistência de dor neural crônica, reagudização ou agravamento do quadro neurológico, deve-se avaliar a necessidade de cirurgia descompressiva.***

### **Indicações de Tratamento Cirúrgico para Neurites**

- Pacientes com contra-indicação ao uso de corticosteróide
- Abscesso de nervo;
- Paciente com neuropatia que não responde ao tratamento clínico para neurite dentro de 4 semanas;
- Paciente com neuropatia (neurites) subentrante;
- Paciente com dor não controlada e/ou crônica.

**Observação: O PACIENTE DEVERÁ SER ENCAMINHADO POR MEIO DO PROTOCOLO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM HANSENÍASE.**

#### **ANEXO II**

##### **- 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.



## **Tratamento:**

### **Eritema Nodoso Hansênico (ENH) em Homens:**

#### **Verificar a gravidade e tentar classificar em Leve, Moderado, Grave.**

**Leve:** Lesões cutâneas em pequeno número, com pouco ou nenhum acometimento do estado geral.

-Talidomida – 100mg/dia – 1 mês.- Antiinflamatório não hormonal (AINH) – Paracetamol – 750mg 2-3 vezes ao dia;

- Diclofenaco 50mg – 2 – 3 vezes/dia

**Moderado:** Lesões cutâneas disseminadas, com cometimento geral presente.

-Talidomida – 200mg/dia – 1 mês.

100mg/dia – 1 mês

50mg/dia – 1 mês

**Grave:** Lesões cutâneas disseminadas, com grave acometimento do estado geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa;

OU ACOMPANHADOS DE – ENH necrótico, mão e pé reacional, orqui-epididimite, irite/ iridociclite, NEURITE

-Talidomida – 300mg/dia – 1 mês.

200mg/dia – 1 mês

100mg/dia – 1 mês

50mg/dia – 1 mês

- Predinisona – 1 mg/kg/dia, associado, obedecendo os critérios anteriormente citados

### **- Eritema Nodoso Hansênico em Mulheres:**

#### **Verificar a gravidade e tentar classificar em leve, moderado, grave, conforme critérios já definidos.**

**Leve:** Lesões cutâneas em pequeno número, com pouco ou nenhum acometimento do estado geral.

- AINH – paracetamol 1,5-2g/dia ou PREDINISONA – 0,5mg/kg/dia até controle e redução da dose, conforme esquema anterior da reação reversa.

**Moderado:** Lesões cutâneas disseminadas, com acometimento geral presente.

- AINH – paracetamol 1,5-2g/dia ou PREDINISONA – 0,5mg/kg/dia até controle e redução da dose, conforme esquema anterior da reação reversa.

**Grave:** Lesões cutâneas disseminadas, com grave acometimento do estado geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa

- AINH – paracetamol -1,5-2g/dia ou

- PREDINISONA – 1-2mg/kg/dia até controle e redução da dose, conforme esquema anterior da reação reversa.



- CLOFAZIMINA - 300mg/dia – 1 mês.
  - 200mg/dia – 1 mês
  - 100mg/dia – 1 mês
  - 50mg/dia, até alta da PQT.

## 8. Acompanhamento dos Pacientes com Incapacidades

- Após a avaliação do grau de incapacidade e avaliação neurológica simplificada o paciente encontra-se em uma das 3 situações abaixo:
- Grau zero de incapacidade nos olhos mãos e pés devem ser orientados e submetidos a avaliações periódicas, a cada 3 meses;
- Grau 1 de incapacidade: devem receber orientação como conviver com olhos, mãos ou pés insensíveis, serem informados da necessidade e importância dos auto cuidados e serem avaliados a cada 3 meses e encaminhados para o Centro de Referência em Reabilitação.
- Grau 2 de incapacidade: exigem além da orientação e auto cuidados, curativos para as feridas existentes, exercícios para manutenção da força muscular e mobilidade articular, e até mesmo cirurgias reparadoras.

***Observação: Se ocorrerem neurites e reações ou quando houver suspeita das mesmas a avaliação neurológica deverá ser realizada durante ou após o tratamento de PQT, e sempre que houver queixas.***

## 9. Organização da Assistência

### • Competências das Unidades

A maioria das atividades, desde a suspeição diagnóstica, diagnóstico, investigação epidemiológica até o tratamento integral é desenvolvida nas Unidades Básicas de Saúde . Em casos especiais como os surtos reacionais e os efeitos adversos dos medicamentos, o paciente será encaminhado para as Unidades de Referência Especializadas, garantindo a integralidade da assistência .

### • Interfaces do Atendimento em Hanseníase

Este protocolo deverá ter interfaces com os diferentes níveis de assistência, preconizados pela atenção básica tais como tuberculose, DST / AIDS, Programa do Adulto, da Criança, da Mulher, do Idoso e do Adolescente.

## Quadro de Atribuições Segundo Nível de Complexidade

Div
sin
Dia
no
Dia
pu
Dia
Tra
Es
Vig
BC
Tra
ne
Av
inc
Av
sin
Pre
de
•
aut
•
inc
téc
•
cal
co
sin



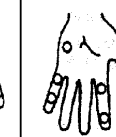

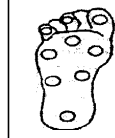

## Quadro das Atribuições dos Profissionais da Equipe de Saúde

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 e 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
Realizar visitas domiciliares para busca ativa de casos suspeitos, de faltosos e de contatos	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) e aplicar técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas	x	x	x	
Avaliação clínica dermato-neurológica (simplificada) e do estado geral do paciente	x	x		
Diagnosticar, classificar, tratar e dar alta de hanseníase / identificar e tratar reações hansênicas	x			
Identificar e encaminhar pacientes com reações hansênicas e/ou medicamentosas para confirmação diagnóstica		x	x	
Dispensar medicamentos		x	x	
Fazer supervisão da dose medicamentosa, em domicílio.	x	x	x	x
Estabelecer referência e contra-referência para atendimento em outras unidades de saúde	x	x	x	
Preencher formulários do sistema de informação em Hanseníase	x	x	x	

## 10. O Sistema de Informação

O Sistema de Notificação de Agravos Notificáveis (SINAN) é o sistema oficial brasileiro para toda e qualquer informação de hanseníase. Este sistema é gerenciado pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação de Saúde do Ministério da Saúde, que é o órgão responsável pela elaboração e expedição de normas que regem sua utilização e operacionalização no território nacional. A unidade de saúde deve registrar dados fidedignos e atualizados sobre todos os casos de hanseníase. A documentação necessária para registrar o paciente no SINAN é a ficha de notificação do caso e é por meio deste sistema que é possível avaliar os resultados das ações de controle da endemia por meio de indicadores. O Ministério da Saúde acompanha o desempenho e o impacto das ações através da pactuação dos seguintes indicadores: Coeficiente de Detecção; Coeficiente de Prevalência; Proporção de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das cortes e proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano.

PROTÓCOLO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM HANSENÍASE

Nome: _____	Força Muscular	D	E	D	E	Sexo _____
Data de Nascimento: ____/____/____	Abdução (abrir) dedão					Naturalidade: _____
Grau de Instrução: _____	Profissão / Ocupação: _____					
Dominância* ( ) D ( ) E	Procedência: _____					
Endereço: _____	1ª / / 2ª / /					Fone: _____
Extensão (ele DADOS CLÍNICOS	D	E	D	E		
Local tratamento					Alta: ____/____/____	Estado atual: _____
Forma clínica da						
Motivo principal						
Encontra-se em						
Data do 1º surto						
Dosagem:					Terapia: _____	
Doenças associa						
Intervenções ciru						
Rotina de exercícios: ( ) sim ( ) não Por quanto tempo? _____						

AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES CLASSE DE INCAPACIDADE DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

Queixa principal	Data da Avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	Assinatura
		D	E	D	E	D	E		
Fechar olhos s/ força (mm)									
Fechar olhos s/ força (mm)									
Triquiase (S/N)									
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)									
Opacidade córnea (S/N)									
Catarata (S/N)									
Acuidade visual									

## Quadro de Situação e Encaminhamento para Unidades de Referência

Condição clínica	Objetivo a ser alcançado	Critério para intervenção / encaminhamento	Local de atendimento	Protocolos de referência
<p><b>•Reações</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tratar corretamente o estado reacional</li> <li>- Prevenir deformidades e incapacidades;</li> <li>- monitorar a função neural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- na ausência de profissional médico.</li> <li><b>Tipo I:</b> paciente que não responde a corticoterapia na dose preconizada por quatro semanas; pacientes que tenha contra-indicação para o uso de corticoterapia.</li> <li><b>Tipo II:</b> paciente que não responde ao TTO padronizado para reação do tipo II durante quatro semanas; contra-indicação para o uso de drogas de 1º escolha.</li> </ul>	<p>Regional com Dermatologistas e/ou outras profissionais capacitados HRAN Unidade Mista/Regional. Sul (CSB nº 1) HUB, HRS , HRPa, CSP nº 1, HRC, HRT, Policlínica de Taguatinga, HRGu, HRG</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de referência e cont devidamente preenchido;</li> </ul>
<p><b>•Neurites Agudas</b> (menos de um mês)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir deformidades e incapacidade;</li> <li>- TTO cirúrgico do quadro agudo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- contra indicação para o uso de corticoterapia;</li> <li>- abscesso de nervo;</li> <li>- presença de neuropatia que não responde ao tratamento clínico para neurite dentro de quatro semanas, verificado através de avaliações neurológicas continuada;</li> <li>- paciente com neurites subentrantes;</li> <li>- paciente com dor não controlada e/ou crônica.</li> </ul>	<p>Unidade Mista da Regional Sul (CSB Nº 1) W3 Sul 508/509 5ª feira das 13:00 às 18:00 hs HUB</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocolo de referência e contra devidamente preenchido;</li> </ul>

<b>3. Neurite Crônica</b> (com Dor Crônica há mais de seis meses)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tratar dor;</li> <li>- Prevenir deformidades e incapacidade;</li> <li>- TTO cirúrgico do quadro crônico.</li> </ul>	Reagudização da neurite após desmame de corticoíde.	Unidade Mista da Regional Sul (CSB N° 1) W3 Sul 508/509 5ª feira das 13:00 às 18:00 hs HUB	- Protocolo de referência e cont devidamente preenchido
<b>4. Pé com falta de sensibilidade e/ou alteração biomecânica</b> (pé caído, calcanhar evertido ou invertido).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manter integridade e mobilidade de tecidos moles e articulares;</li> <li>- Prevenir úlceras plantares</li> <li>- indicar e confeccionar órteses, ou adaptações;</li> <li>- indicar cirurgia reparadora;</li> <li>- manter ou melhorar a força muscular.</li> </ul>	- ausência do profissional habilitado pra avaliar / confeccionar adaptações.	Serviço de Órtese e Prótese – 2º as 6º feiras das 8:00 às 12:00 hs Unidade Mista da Regional Sul (CSB N° 1) – 5º feiras às 13:00 às 18:00 hs	- Protocolo de referência e cont devidamente preenchido;
<b>5. Úlcera Plantar ou Feridas Infectadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir osteomielite;</li> <li>- Prevenir deformidades e incapacidades;</li> </ul>	- úlcera com piora ou manutenção do quadro clínico, mesmo quando submetido a curativos adequados e adaptações para os calçados.	Unidade Mista da Regional Sul (CSB N° 1) – 5º feiras das 13:00 às 18:00 hs	- Protocolo de referência e cont devidamente preenchido;
<b>6. Alteração na Acuidade Visual Aguda e/ou olho vermelho, dor, e/ou com dor e/ou com fotofobia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservação da visão do paciente.</li> </ul>	- perda da visão (comprovada) de duas linhas em até 3 meses, com ou sem alterações: olho vermelho com dor, fotofobia com dor, sensação de corpo estranho com ou sem dor, com ou sem olho vermelho.	Pronto Socorro com Oftalmologia e HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento.	Protocolo de referência e cont devidamente preenchido;

<b>7. Dificuldades para fazer as Atividades Diárias devido a Hanseníase</b>	- manter ou melhorar a independência funcional nas AVD's; - indicar orteses e adaptações;	- ausência de profissional capacitado na UBS para atender as necessidades específicas.	Serviço Fisioterapia e Terapia Ocupacional localizado no HRAN, Policlínica Taguatinga, NUFIRF (Sobradinho), HRG, HRGu, HUB	Protocolo de referência e com devidamente preenchido
<b>8. Restrições na participação familiar, social, trabalho, etc devido a Hanseníase</b>	- melhorar ou restabelecer vínculos e reduzir estigma.	Transtornos psicossociais que coloquem o paciente em situação de risco.	Psicólogo, assistente social e / ou psiquiatra da SES-DF	*Modelo de avaliação psicossocial padronizado (existente no ser



## Alterações Específicas dos Olhos

• <b>Ectrópio</b>	- Preservação da visão do paciente.	- paciente pós-alta; - paciente sem corticoide há 12 meses.	HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento.	- Protocolo de referência e cc devidamente preenchido;
• <b>Lagofalmo</b>	- Preservação da visão do paciente	- sem melhora com exercícios e tratamento clínico durante 2 a 3 meses.	HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento.	- Protocolo de referência e cc devidamente preenchido;
• <b>Catarata</b>	- Preservação da visão do paciente	- perda da visão que inviabilize a realização das atividades diárias.	HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento.	- Protocolo de referência e cc devidamente preenchido;
• <b>Triaquiasse</b>	- Preservação da visão do paciente	- paciente pós-alta; - paciente sem corticoide há 12 meses; - mais de 5 cílios tocando a córnea.	HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento.	- Protocolo de referência e cc devidamente preenchido;
• <b>Dacrioscrite</b>	- Preservação da visão do paciente	- falha do tratamento clínico.	HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento.	- Protocolo de referência e cc devidamente preenchido;
• <b>Opacidade corneana com cegueira</b>	- Preservação da visão do paciente	Todos os pacientes nesta condição.	HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento.	- Protocolo de referência e cc devidamente preenchido;

## Alterações Específicas dos Membros Superiores e Inferiores



**Referências Bibliográficas:**

1. GUIA PARA O CONTROLE DA HANSENIASE, Ministério da Saúde Brasília - DF 2002.
2. HANSENIASE- Atividades de Controle e Manual de Procedimentos - Ministério da Saúde – Brasília.,DF - 2001.
3. Manual de Cirurgias, Ministério da Saúde – Brasília., DF - 2002.

Elaboração

**Roseane Pereira de Deus**

Colaboradores:

**Eliza Roberta Scian Meneghin**

**Maria Madalena**

**Silvio César Leite Parente**

Revisores:

**Maria Madalena**

**Rosa Nancy Urribarri Runzer Sallenave**

Editoração:

**Meyriane Silva Simões - ASCOM/SES-DF**

Governo do Distrito Federal  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal  
Subsecretaria de Vigilância à Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica