

HANSENÍASE

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM

HANSENÍASE

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

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM

HANSEN **HANSENÍASE**

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 |
| 1. Acolhimento do Usuário | 11 |
| 2. Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde | 13 |
| 3. Fatores de Risco Epidemiológico para Contrair Hanseníase | 13 |
| 4. Abordagem Clínica | 13 |
| 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 |
| 5. Tratamento da Hanseníase | 18 |
| 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 |
| 6. Critérios de Alta | 19 |
| 6.1 Casos Paucibacilares | 19 |
| 6.2 Casos Multibacilares | 20 |
| 6.3 Pontos Importantes a Observar na Época da Alta | 20 |
| 7. Identificação de Intercorrências Durante o Tratamento dos Casos de Hanseníase | 20 |
| 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 |
| 8. Acompanhamento dos Pacientes com Incapacidades | 25 |
| 9. Organização da Assistência das Competências das Unidades de Saúde | 25 |
| 10. Sistema de Informação | 28 |
| I. Protocolo de Referência e Contra-Referência em Hanseníase | 29 |
| II. Quadro de Situações e Encaminhamento para Unidades de Referência | 30 |
| Anexos | |

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.

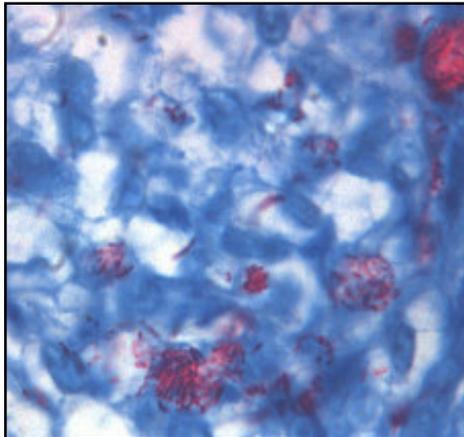
Observação: Toda a orientação para a utilização da vacina BCG em contatos de paciente de Hanseníase está descrita no MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO (PNI).

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. Condutas 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 |

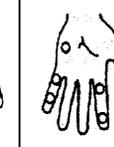
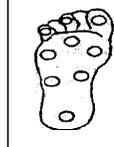
Quadro das Atribuições dos Profissionais da Equipe de Saúde

| 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.

PROTOCOLO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA EM HANSENÍASE

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

AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

CLASSIFICAÇÃO 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>• Reações</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Tratar corretamente o estado reacional - Prevenir deformidades e incapacidades; - monitorar a função neural. | <ul style="list-style-type: none"> - na ausência de profissional médico. Tipo I: paciente que não responde a corticoterapia na dose preconizada por quatro semanas; pacientes que tenha contra-indicação para o uso de corticoterapia. Tipo II: 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. | <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"> - Protocolo de referência e cont devidamente preenchido; |
| <p>• Neurites Agudas (menos de um mês)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir deformidades e incapacidade; - TTO cirúrgico do quadro agudo. | <ul style="list-style-type: none"> - contra indicação para o uso de corticoterapia; - abscesso de nervo; - presença de neuropatia que não responde ao tratamento clínico para neurite dentro de quatro semanas, verificado através de avaliações neurológicas continuada; - paciente com neurites subentrantes; - paciente com dor não controlada e/ou crônica. | <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"> Protocolo de referência e contra devidamente preenchido; |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| 3. Neurite Crônica (com Dor Crônica há mais de seis meses) | <ul style="list-style-type: none"> - tratar dor; - Prevenir deformidades e incapacidade; - TTO cirúrgico do quadro crônico. | Reagudização da neurite após desmame de corticoíde. | Unidade Mista da Regional Sul (CSB Nº 1) W3 Sul 508/509 5ª feira das 13:00 às 18:00 hs HUB | - Protocolo de referência e cont devidamente preenchido |
| 4. Pé com falta de sensibilidade e/ou alteração biomecânica (pé caído, calcanhar evertido ou invertido). | <ul style="list-style-type: none"> - manter integridade e mobilidade de tecidos moles e articulares; - Prevenir úlceras plantares - indicar e confeccionar órteses, ou adaptações; - indicar cirurgia reparadora; - manter ou melhorar a força muscular. | - 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 Nº 1) – 5º feiras às 13:00 às 18:00 hs | - Protocolo de referência e cont devidamente preenchido; |
| 5. Úlcera Plantar ou Feridas Infectadas | <ul style="list-style-type: none"> - Prevenir osteomielite; - Prevenir deformidades e incapacidades; | - 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 Nº 1) – 5º feiras das 13:00 às 18:00 hs | - Protocolo de referência e cont devidamente preenchido; |
| 6. Alteração na Acuidade Visual Aguda e/ou olho vermelho, dor, e/ou com dor e/ou com fotofobia | <ul style="list-style-type: none"> - Preservação da visão do paciente. | - 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; |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| 7. Dificuldades para fazer as Atividades Diárias devido a Hanseníase | - 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 |
| 8. Restrições na participação familiar, social, trabalho, etc devido a Hanseníase | - 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

| | | | | |
|---|-------------------------------------|--|--|--|
| •Ectrópio | - 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; |
| •Lagofalmo | - Preservação da visão do paciente | -sem melhora com exercícios e tratamento clinico durante 2 a 3 meses. | HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento. | - Protocolo de referência e cc devidamente preenchido; |
| •Catarata | - 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; |
| •Triquiase | - 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; |
| •Dacrioscrite | - Preservação da visão do paciente | - falha do tratamento clínico. | HRAN – Dra. Ana Cristina com agendamento. | - Protocolo de referência e cc devidamente preenchido; |
| •Opacidade corneana com cegueira | - 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