MINISTÉRIO DA SAÚDE

GUIA PRÁTICO SOBRE A HANSENÍASE



Brasília – DF
2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis

GUIA PRÁTICO SOBRE A HANSENÍASE



Brasília – DF
2017

2017 Ministério da Saúde.

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

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

Tiragem: 1ª edição – 2017 – versão eletrônica

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

Coordenação:
Adeilson Loureiro Cavalcante – SVS/MS
Carmelita Ribeiro Filha – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
João Paulo Toledo – DEVIT/SVS/MS

Organização:
Jaison Antonio Barreto – ILSL
Marcos César Floriano – GIAH/UNIFESP
Marco Andrey Cipriani Frade – FMRP/USP
Vera Lucia Gomes de Andrade – OPAS/OMS Brasil
Larissa Lopes Silva Scholtte – CPqRR/FIOCRUZ

Elaboração de Texto:
Jaison Antonio Barreto – ILSL
Jurema Guerrieri Brandão – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Marco Andrey Cipriani Frade – FMRP/USP
Vera Lucia Gomes de Andrade – OPAS/OMS Brasil

Colaboração:
Carla Simone Girotto de Almeida Pina – CGDEP/DEGEVS/SVS/MS
Danielle Bandeira – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Elaine da Rós Oliveira – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Elaine Faria Morelo – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Elaine Silva Nascimento Andrade – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Eliane Ignotti – FACIS/UNEMAT
Estefânia Caires de Almeida – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Fabio Fortunato Brasil de Carvalho – CGGAB/DAB/MS
João Geraldo de Oliveira Júnior – CGGAB/DAB/MS
Larissa Lopes Silva Scholte – CPqRR/FIOCRUZ
Luciléia Aguiar da Silva – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Magda Levantezi – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Marcos Antônio Dias – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Marcos César Floriano – GIAH/UNIFESP
Margarida Rocha – CGHDE/DEVIT/SVS/MS
Rosa Castália França Ribeiro Soares – FUNASA/BA

Fotografias:
Acervo do Instituto Lauro Sousa Lima – ILSL
Marco Andrey Cipriani Frade – FMRP/USP
Marcos César Floriano – GIAH/UNIFESP

Normalização:
Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.
Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
68 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniase.pdf>
ISBN 978-85-334-2542-2

1. Hanseníase. 2. Atenção Básica. 3. Diagnóstico e Tratamento. 4. Vigilância Epidemiológica

CDU 616-002.73

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2017/0019

Título para indexação:
Practical guide on leprosy

Sumário

Apresentação 5
1 O que é hanseníase? 6
2 Como se transmite a hanseníase? Como se pega hanseníase? 8
3 Quadro clínico e diagnóstico (quando pensar em hanseníase?) 9
3.1 Sintomas e sinais na pele, nervos e formas da doença 10
3.1.1 Hanseníase indeterminada (paucibacilar) 10
3.1.2 Hanseníase tuberculóide (paucibacilar) 11
3.1.3 Hanseníase dimorfa (multibacilar) 12
3.1.4 Hanseníase virchowiana (multibacilar) 14
3.2 Outros sintomas e sinais clínicos de suspeita de Hanseníase (presença de um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas) 15
3.3 Sintomas e sinais dermatológicos e neurológicos agudos (de aparecimento rápido e recente) 17
4 Exame físico (da pele e dos nervos periféricos) 18
4.1 Como abordar o paciente? 18
4.2 Exame dermatoneurológico (teste de sensibilidade) 20
4.2.1 Teste da sensibilidade térmica 21
4.2.2 Teste da sensibilidade dolorosa 22
4.2.3 Teste da sensibilidade tátil 22
5 Exames subsidiários 24
5.1 Baciloscopia de raspado intradérmico 24
5.1.1 Técnica da coleta do material 24
5.1.2 Interpretação do resultado 24
5.2 Exame histopatológico (biópsia de pele) 25
5.2.1 Técnica da coleta do material 25
5.2.2 Interpretação do resultado 25
5.3 Prova da histamina 26
5.4 Avaliação da sudorese (suor) 28
6 Definição do diagnóstico de hanseníase e classificação do doente 30
7 Avaliação da função neural, grau de incapacidade física e escore OMP 31
7.1 Avaliação do Grau de Incapacidade 35
7.2 Escore OMP 35
8 Tratamento 40
8.1 Manejo de possíveis complicações da poliquimioterapia 41
9 Como proceder após o término do tratamento? 43
10 Prevenção, reabilitação e autocuidado 44
11 Diagnóstico das reações hansênicas 48
11.1 Manejo das reações hansênicas 50
11.1.1 Reação hansênica tipo 1 51
11.1.2 Reação hansênica tipo 2 52

12 Investigação de casos em menores de 15 anos de idade 53
13 Investigação e acompanhamento de recidivas 54
14 Investigação de contatos 55
15 Sistema de Informação 61
15.1 Referência e Contrarreferência 62
16 Algoritmo para o diagnóstico, classificação e tratamento da hanseníase 65
Referências 66
Bibliografia 67

Apresentação

Este guia prático sobre a hanseníase tem por objetivo auxiliar os profissionais de saúde no âmbito da vigilância, atenção básica e demais níveis de atenção. De forma clara e concisa, esta edição aborda especialmente: como fazer o diagnóstico de casos novos de hanseníase, como tratar os pacientes, e como orientar pacientes já diagnosticados e que estão em tratamento, bem como o seu acompanhamento. Ao redigir o Guia, levou-se em consideração o fato de que a disponibilidade de recursos é muito variável nos diversos serviços de saúde do país. Portanto, aborda-se técnicas e procedimentos de fácil execução, que podem ser realizados mesmo em unidades de saúde com recursos limitados. Em casos em que houver necessidade de maiores detalhes técnicos e epidemiológicos sobre a hanseníase, o profissional de saúde poderá encontrá-los em outras publicações do Ministério da Saúde como, por exemplo, nos Cadernos de Atenção Básica e portarias , além dos serviços de Teleconsultoria disponibilizados pelos núcleos de telessaúde, o apoio é ofertado inclusive por telefone (0800 644 6543), mais informações podem ser acessadas no site <http://aps.bvs.br/>.

1 O que é hanseníase?

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, que infecta os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann.

A doença acomete principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos (localizados na face, pescoço, terço médio do braço e abaixo do cotovelo e dos joelhos), mas também pode afetar os olhos e órgãos internos (mucosas, testículos, ossos, baço, fígado, etc.).

Se não tratada na forma inicial, a doença quase sempre evolui, torna-se transmissível e pode atingir pessoas de qualquer sexo ou idade, inclusive crianças e idosos. Essa evolução ocorre, em geral, de forma lenta e progressiva, podendo levar a incapacidades físicas. Nas imagens abaixo, é possível observar a lenta evolução natural da doença, desde a fase inicial até a forma disseminada, em uma paciente diagnosticada antes da era dos antibióticos e da utilização da Poliquimioterapia (PQT-OMS).

Figura 1 – Fotos de uma criança com hanseníase, na fase inicial da doença, e sua evolução lenta e progressiva ao longo dos anos



Fonte: Banco de imagens do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP.

Os pacientes diagnosticados com hanseníase têm direito a tratamento gratuito com a poliquimioterapia (PQT-OMS), disponível em qualquer unidade de saúde. O tratamento interrompe a transmissão em poucos dias e cura a doença.

Figura 2 – Cartelas de Poliquimioterapia



À direita, esquema para pacientes adultos multibacilares (MB) e à esquerda esquema para pacientes paucibacilares (PB).

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

2 Como se transmite a hanseníase? Como se pega hanseníase?

A hanseníase é transmitida por meio de contato próximo e prolongado de uma pessoa suscetível (com maior probabilidade de adoecer) com um doente com hanseníase que não está sendo tratado. Normalmente, a fonte da doença é um parente próximo que não sabe que está doente, como avós, pais, irmãos, cônjuges, etc.

A bactéria é transmitida pelas vias respiratórias (pelo ar), e não pelos objetos utilizados pelo paciente. Estima-se que a maioria da população possua defesa natural (imunidade) contra o *M. leprae.* Portanto, a maior parte das pessoas que entrarem em contato com o bacilo não adoecerão. É sabido que a susceptibilidade ao *M. leprae* possui influência genética. Assim, familiares de pessoas com hanseníase possuem maior chance de adoecer.

3 Quadro clínico e diagnóstico (quando pensar em hanseníase?)

Os principais sinais e sintomas da hanseníase são:

- Áreas da pele, ou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor e/ou dolorosa, e/ou ao tato;
- Formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência – a pessoa se queima ou se machuca sem perceber;
- Pápulas, tubérculos e nódulos (caroços), normalmente sem sintomas;
- Diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente nas sobrancelhas (madarose);
- Pele infiltrada (avermelhada), com diminuição ou ausência de suor no local.

Além dos sinais e sintomas mencionados, pode-se observar:

- Dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos;
- Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés;
- Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras;
- Edema de mãos e pés com cianose (arroxeamento dos dedos) e ressecamento da pele;
- Febre e artralgia, associados a caroços dolorosos, de aparecimento súbito;
- Aparecimento súbito de manchas dormentes com dor nos nervos dos cotovelos (ulnares), joelhos (fibulares comuns) e tornozelos (tibiais posteriores);
- Entupimento, feridas e ressecamento do nariz;
- Ressecamento e sensação de areia nos olhos.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; c2016), para fins operacionais de tratamento, os doentes são classificados em paucibacilares (PB – presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível) ou multibacilares (MB – presença de seis ou mais lesões de pele OU baciloscopia de raspado intradérmico positiva). O Brasil também utiliza essa classificação. Entretanto, alguns pacientes não

apresentam lesões facilmente visíveis na pele, e podem ter lesões apenas nos nervos (hanseníase primariamente neural), ou as lesões podem se tornar visíveis somente após iniciado o tratamento. Assim, para melhor compreensão e facilidade para o diagnóstico, neste guia utilizamos a classificação de Madri (1953): hanseníase indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB).

3.1 Sintomas e sinais na pele, nervos e formas da doença

3.1.1 Hanseníase indeterminada (paucibacilar)

Todos os pacientes passam por essa fase no início da doença. Entretanto, ela pode ser ou não perceptível. Geralmente afeta crianças abaixo de 10 anos, ou mais raramente adolescentes e adultos que foram contatos de pacientes com hanseníase. A fonte de infecção, normalmente um paciente com hanseníase multibacilar não diagnosticado, ainda convive com o doente, devido ao pouco tempo de doença.

A lesão de pele geralmente é única, mais clara do que a pele ao redor (mancha), não é elevada (sem alteração de relevo), apresenta bordas mal delimitadas, e é seca ("não pega poeira" – uma vez que não ocorre sudorese na respectiva área). Há perda da sensibilidade (hipoestesia ou anestesia) térmica e/ou dolorosa, mas a tátil (habilidade de sentir o toque) geralmente é preservada. A prova da histamina é incompleta na lesão, a biópsia de pele frequentemente não confirma o diagnóstico e a baciloscopia é negativa. Portanto, os exames laboratoriais negativos não afastam o diagnóstico clínico. Atenção deve ser dada aos casos com manchas hipocrômicas grandes e dispersas, ocorrendo em mais de um membro, ou seja, lesões muito distantes, pois pode se tratar de um caso de hanseníase dimorfa macular (forma multibacilar); nesses casos, é comum o paciente queixar-se de formigamentos nos pés e mãos, e/ou câimbras, e na palpação dos nervos frequentemente se observa espessamentos.

Figura 3 – Manifestações de hanseníase indeterminada



Manchas brancas lisas, mal delimitadas, que não coçam, não ardem, não queimam, não doem, não desaparecem, "não pegam poeira" por não suar na respectiva área, e tem diminuição de sensibilidade. Não há comprometimento de troncos nervosos nem grau de incapacidade.

Fonte: Instituto Lauro Souza Lima.

3.1.2 Hanseníase tuberculóide (paucibacilar)

É a forma da doença em que o sistema imune da pessoa consegue destruir os bacilos espontaneamente. Assim como na hanseníase indeterminada, a doença também pode acometer crianças (o que não descarta a possibilidade de se encontrar adultos doentes), tem um tempo de incubação de cerca de cinco anos, e pode se manifestar até em crianças de colo, onde a lesão de pele é um nódulo totalmente anestésico na face ou tronco (hanseníase nodular da infância).

Mais frequentemente, manifesta-se por uma placa (mancha elevada em relação à pele adjacente) totalmente anestésica ou por placa com bordas elevadas, bem delimitadas e centro claro (forma de anel ou círculo). Com menor frequência, pode se apresentar como um único nervo espessado com perda total de sensibilidade no seu território de inervação. Nesses casos, a baciloscopia é negativa e a biópsia de pele quase sempre não demonstra bacilos, e nem confirma sozinha o diagnóstico. Sempre será necessário fazer correlação clínica com o resultado da baciloscopia e/ou biópsia, quando for imperiosa a realização desses exames. Os exames subsidiários raramente são necessários para o diagnóstico, pois sempre há perda total de sensibilidade, associada ou não à alteração de função motora, porém de forma localizada.

Figura 4 – Manifestações de hanseníase tuberculóide



Criança com lesão anular bem delimitada e totalmente anestésica.	Adulto com necrose inflamatória (abscesso) de parte do nervo mediano, causando hipoestesia e atrofia de músculo da mão.

Fonte: Instituto Lauro Souza Lima.

3.1.3 Hanseníase dimorfa (multibacilar)

Caracteriza-se, geralmente, por mostrar várias manchas de pele avermelhadas ou esbranquiçadas, com bordas elevadas, mal delimitadas na periferia, ou por múltiplas lesões bem delimitadas semelhantes à lesão tuberculóide, porém a borda externa é esmaecida (pouco definida). Há perda parcial a total da sensibilidade, com diminuição de funções autonômicas (sudorese e vasorreflexia à histamina). É comum haver comprometimento assimétrico de nervos periféricos, as vezes visíveis ao exame clínico, cujos respectivos locais e técnicas de palpação, funções e consequências do dano estão descritos no Quadro 1 no item 4.1. É a forma mais comum de apresentação da doença (mais de 70% dos casos). Ocorre, normalmente, após um longo período de incubação (cerca de 10 anos ou mais), devido à lenta multiplicação do bacilo (que ocorre a cada 14 dias, em média).

A baciloscopia da borda infiltrada das lesões (e não dos lóbulos das orelhas e cotovelos), quando bem coletada e corada, é frequentemente positiva, exceto em casos raros em que a doença está confinada aos nervos. Todavia, quando o paciente é bem avaliado clinicamente, os exames laboratoriais quase sempre são desnecessários. Esta forma da doença também pode aparecer rapidamente, podendo ou não estar associada à intensa

dor nos nervos, embora estes sintomas ocorram mais comumente após o início do tratamento ou mesmo após seu término (reações imunológicas em resposta ao tratamento).

Figura 5 – Manifestações d e hanseníase dimorfa



Lesão avermelhada elevada, mal delimitada, com centro irregular e "esburacado", anestésica (perda total da sensibilidade) ou hipoestésica (perda parcial da sensibilidade).

Presença de espessamento do nervo fibular superficial na região anterolateral da perna, no terço inferior.

Várias lesões elevadas bem delimitadas,avermelhadas nas bordas e com centro branco, com perda total da sensibilidade.

Múltiplas manchas hipocrômicas, com bordas imprecisas, sensibilidade e sudorese diminuídas e/ou ausentes.

Fontes: Fotos a, b e c: Instituto Lauro Souza Lima. Foto d: Prof. Dr. Marco Andrey Cipriani Frade.

3.1.4 Hanseníase virchowiana (multibacilar)

É a forma mais contagiosa da doença. O paciente virchowiano não apresenta manchas visíveis; a pele apresenta-se avermelhada, seca, infiltrada, cujos poros apresentam-se dilatados (aspecto de "casca de laranja"), poupando geralmente couro cabeludo, axilas e o meio da coluna lombar (áreas quentes).

Na evolução da doença, é comum aparecerem caroços (pápulas e nódulos) escuros, endurecidos e assintomáticos (hansenomas). Quando a doença encontra-se em estágio mais avançado, pode haver perda parcial a total das sobrancelhas (madarose) e também dos cílios, além de outros pelos, exceto os do couro cabeludo. A face costuma ser lisa (sem rugas) devido a infiltração, o nariz é congesto, os pés e mãos arroxeados e edemaciados, a pele e os olhos secos. O suor está diminuído ou ausente de forma generalizada, porém é mais intenso nas áreas ainda poupadas pela doença, como o couro cabeludo e as axilas.

São comuns as queixas de câimbras e formigamentos nas mãos e pés, que entretanto apresentam-se aparentemente normais. "Dor nas juntas" (articulações) também são comuns e, frequentemente, o paciente tem o diagnóstico clínico e laboratorial equivocado de "reumatismo" (artralgias ou artrites), "problemas de circulação ou de coluna". Os exames reumatológicos frequentemente resultam positivos, como FAN, FR, assim como exame para sífilis (VDRL). É importante ter atenção aos casos de pacientes jovens com hanseníase virchowiana que manifestam dor testicular devido a orquites. Em idosos do sexo masculino, é comum haver comprometimento dos testículos, levando à azospermia (infertilidade), ginecomastia (crescimento das mamas) e impotência.

Os nervos periféricos e seus ramos superficiais estão simetricamente espessados, o que dificulta a comparação. Por isso, é importante avaliar e buscar alterações de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil no território desses nervos (facial, ulnar, fibular, tibial), e em áreas frias do corpo, como cotovelos, joelhos, nádegas e pernas.

Na hanseníase virchowiana o diagnóstico pode ser confirmado facilmente pela baciloscopia dos lóbulos das orelhas e cotovelos.

Figura 6 – Tipos de manifestação de hanseníase virchowiana



Face infiltrada, presença de múltiplos hansenomas (pápulas), assimetria de sobrancelhas (lesão parcial do nervo facial esquerdo) e rarefação dos pelos das laterais das sobrancelhas (madarose parcial).	Falta de sobrancelhas e cílios, osso do nariz alargado e achatado, obstrução nasal.
Pele lisa, sem pelos, seca, quase totalmente avermelhada e inchada (menos no meio da coluna lombar), com vasinhos visíveis; não há manchas.	Caroços duros nas coxas, que não doem e não coçam, alguns ulcerados, de vários meses de duração; note que ainda há pelos.

Fontes: Foto a: Prof. Dr. Marco Andrey Cipriani Frade. Fotos b, c e d: Instituto Lauro Souza Lima.

3.2 Outros sintomas e sinais clínicos de suspeita de Hanseníase (presença de um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas)

Olhos

- Olho vermelho crônico (conjuntivite); sensação de "areia nos olhos"; embaçamento da visão (alteração da córnea).

Articulações e músculos

- "Dor nas juntas" (artralgias e artrites); câimbras; nódulos sobre as articulações; lesões ósseas de mãos e pés.
- É muito comum pacientes com queixas álgicas múltiplas, nos ossos das pernas (periostite), na musculatura e tecido celular subcutâneo, sendo comum o relato da expressão "dor na carne". Essa é uma queixa importante em crianças o que frequentemente a impossibilita de participar das brincadeiras e exercícios.

Sistema linfático e circulatório

- "Ínguas" (linfadenomegalias) indolores no pescoço, axilas e virilhas; baço aumentado; cianose de mãos e pés (acrocianose); mãos e pés "inchados" (edemaciados), úlceras indolores e com bordas elevadas, geralmente múltiplas, em membros inferiores (úlceras tróficas).

Vísceras

- Fígado e baço aumentados; insuficiência suprarrenal ou renal; atrofia dos testículos.

Mucosas

- "Entupimento" (obstrução), ressecamento e/ou sangramento ("cascas de ferida") da mucosa nasal, com inchaço (edema) da região do osso do nariz, ou até desabamento nasal; "caroços" ou ulcerações indolores no "céu da boca" (palato); e rouquidão. Com o tratamento, os sintomas nasais são os primeiros a se extinguirem nos pacientes com hanseníase virchowiana.

Miscelânea

- Exames laboratoriais que podem ser (inespecificamente) positivos: VDRL, FAN, Fator Reumatóide, Crioglobulinas, Anticorpos Anticardiolipinas, Anticoagulante Lúpico, entre outros.

3.3 Sintomas e sinais dermatológicos e neurológicos agudos (de aparecimento rápido e recente)

Cerca de 15 a 30% dos pacientes multibacilares (virchowiano e dimorfos) podem apresentar fenômenos agudos como primeira queixa da doença. Pode ser um caso de reação hansênica em um doente ainda sem diagnóstico de hanseníase, quando há presença dos seguintes sinais e sintomas:

- Manchas ou nódulos ("caroços") eritematosos, dolorosos e quentes, às vezes ulcerados, associados a manifestações sistêmicas como febre alta, artralgia, mal estar geral, orquite, anemia, leucocitose (Reação tipo 2).
- Surgimento de lesões avermelhadas e descamativas, com lesões satélites, eventualmente associadas a edema (inchaço) das mãos e pés, geralmente com neurite de nervos dos cotovelos, punhos, joelhos e tornozelos (Reação tipo 1).

Nesses casos, o paciente deve ser tratado com poliquimioterapia (PQT-OMS) multibacilar, e também para o quadro reacional.

4 Exame físico (da pele e dos nervos periféricos)

4.1 Como abordar o paciente?

Mostre-se interessado no problema do paciente; faça um primeiro contato cordial, dê bom dia e toque no paciente; elimine qualquer possibilidade de sentimento de preconceito seu ou do paciente em relação à doença; explique sobre a doença e os motivos pelos quais você está considerando o diagnóstico de hanseníase.

Enfatize que a doença tem cura, que o tratamento é gratuito pelo SUS, alertando sobre a importância da adesão ao tratamento para evitar a resistência e a falência, e informe-o sobre a transmissão e sobre as reações medicamentosas mais comuns. Esclareça que todos os focos da doença devem ser eliminados e que o bacilo também pode estar presente em seus familiares (com ou sem sintomas), e que, por isso, todos devem ser examinados e acompanhados por pelo menos 5 anos.

Informe ao paciente que ele será atendido gratuitamente uma vez ao mês durante todo o tratamento, e que, em caso de qualquer complicação ou dúvida relacionada à doença ou ao tratamento, terá pronto atendimento na unidade de saúde. Dessa forma, o paciente adquirirá confiança em você e irá aderir ao tratamento regular, diminuindo o risco de abandono.

Uma opção é iniciar o exame clínico pelos nervos cutâneos. Comece pelos nervos da face observando a simetria dos movimentos palpebrais e de sobrancelhas (nervo facial). Em seguida, veja se há espessamento visível ou palpável dos nervos do pescoço (auricular), do punho (ramo dorsal dos nervos radial e ulnar), e dos pés (fibular superficial e sural). Depois, palpe os nervos do cotovelo (ulnar), do joelho (fibular comum) e do tornozelo (tibial). Observe se eles estão visíveis, assimétricos, endurecidos, dolorosos ou com sensação de choque. Caso você identifique qualquer alteração nos nervos, confirme a anormalidade com o teste da sensibilidade no território inervado. Se não houver perda de sensibilidade, mas persistir a dúvida, encaminhe o paciente para a referência e faça o acompanhamento do caso. Não troque o exame clínico pela baciloscopia ou biópsia.

Quadro 1 – Descrição dos nervos, técnicas de palpação, funções e consequências do dano devido à hanseníase

Nervo	Local/técnica	Funcão	Consequências
Trigêmeo	Fio dental/tocar sobre quadrante inferior lateral da íris e nariz	Sensibilidade corneana e nariz	Irritabilidade, triquíase, ulceração corneana, diminuição acuidade visual
Facial	Mímica, elevação de sobrancelhas e abertura/fechamento dos olhos; inspeção nasal	Expressão facial, proteção ocular, função autonômica glândulas lacrimais, salivares e nasais	Paresia ocular – lagoftalmo, irritação, ressecamento ocular e nasal (ulcerações), diminuição da acuidade visual
Auricular	Lateralização da cabeça, hiperextensão do esternocleiomastóide	Desconhecida	Espessamento e dor do nervo
Radial	Póstero-inferior à região de inserção do músculo deltoide	Sensibilidade dorso lateral da mão até metade lateral do 4º dedo, exceto falanges distais, região anterior braço; motor: extensão dos dedos, flexão punho	Hipoestesia/anestesia, mão caída
Ulnar	Braço em flexão, palpação na goteira epitroclear seguindo trajeto do nervo superior até 6 cm	Sensibilidade e autonômica em toda face medial do antebraço, 5º e metade medial do 4º dedos; adução e abdução dos dedos, adução do polegar	Hipoestesia/anestesia, amiotrofia, garra ulnar, diminuição força da função de pinça, atrofia hipotênar
Mediano	Região do punho sob tendões flexores, percussão para avaliar dor	Sensibilidade e autonômica em toda face lateral do antebraço, região palmar, polegar, 2º, 3º e metade lateral do 4º dedos. Oponência e abdução do polegar	Hipoestesia/anestesia, amiotrofia de interrósseos, garra mediana, atrofia tenar
Fibular comum	Joelho em flexão, palpação 2 cm abaixo da cabeça da fíbula	Sensibilidade e função da parte lateral da perna e dorso do pé. Motor: inervação de parte da musculatura da perna	Hipoestesia/anestesia acima do 1º espaço metatarsiano e alteração dos movimentos de extensão do hálux, dedos e dorsiflexão do pé. Lesão do fibular superficial altera eversão do pé
Tibial posterior	Pés sob o chão, palpação na metade ao terço anterior da linha imaginária entre inserção do tendão calcanear e o maléolo medial	Sensibilidade e autonômica da região plantar. Motor – inervação dos músculos intrínsecos do pé	Hipoestesia/anestesia, alteração na abdução e adução do hálux e artelhos, flexão dos metatarsianos (garra de artelhos)

Fonte: EAD Hanseníase UNA-SUS.

Figura 7 – Alterações características da pele e dos nervos



Ramo dorsal do nervo ulnar espessado (seta) e mancha anestésica no dorso da mão.	Nervo do pescoço (auricular maior) grosso, pele lisa e brilhante.

Fonte: Instituto Lauro Souza Lima.

Posteriormente, em sala bem iluminada (luz do dia), é importante examinar toda a pele, inclusive as coxas, dorso e nádegas. Comece pela face, depois examine tronco e membros superiores. Embora respeitando a intimidade do paciente, é indispensável o exame das nádegas e membros inferiores. Não esqueça de examinar palmas e plantas (procure por calosidades, atrofias musculares e úlceras). Quando perceber uma lesão de pele, marque a área com uma caneta esferográfica para não correr o risco de não encontrar a mesma região posteriormente.

4.2 Exame dermatoneurológico (teste de sensibilidade)

Como a primeira sensibilidade perdida na hanseníase é a das fibras mais finas (sensibilidade ao calor e dor), você vai precisar de dois tubos de ensaio de vidro de 5ml, com a tampa de borracha (utilizado nos laboratórios para coleta de sangue), uma garrafa térmica para água quente (não pode ser apenas morna) e um copo com água e gelo, além de uma agulha de insulina estéril. A agulha deve ser trocada para cada paciente, embora não seja necessário furar a pele.

Para fechar o tubo com água quente, retire a pressão introduzindo uma outra agulha na tampa de borracha. Com o paciente de olhos abertos, explique o que vai ser feito até que ele compreenda bem o exame e tenha certeza da sensibilidade a ser testada. Depois, o exame deverá ser feito sempre com o paciente de olhos fechados, ou com um anteparo para que ele não possa ver o local testado.

NOTA: procure disponibilizar os tubos de vidro para fazer um teste da sensibilidade térmica mais preciso. Caso não os consiga, utilize um algodão com éter ou álcool para simular o "frio" e um algodão seco para simular o "quente" para o teste da sensibilidade térmica. Caso não tenha nenhum desses materiais, utilize diretamente a agulha para o teste da sensibilidade dolorosa. Toda perda de sensibilidade na pele (térmica, dolorosa e/ou tátil), bem caracterizada, é indicadora de hanseníase. Ao abordar uma criança, nunca mostre a agulha de insulina. Esta deve ficar no bolso do jaleco. Avalie a criança sempre no colo da mãe (ou responsável). Tranquilize a criança, demonstre o teste de sensibilidade térmica em você, na mãe e só depois realize o teste no paciente. Peça para a mãe tapar os olhos da criança, e, de forma lúdica, pergunte o que ela sente. Se a resposta for confiável e ela não perceber a diferença, confirme o diagnóstico. Se persistir a dúvida sobre a sensibilidade térmica, encoste a ponta da agulha na lesão, com a criança de olhos fechados, e pergunte o que ela está sentindo. Se não houver resposta de retirada ou expressão de dor, há perda de sensibilidade, que pode ser parcial (hipoestesia) ou total (anestesia).

ATENÇÃO: Na criança, se não houver possibilidade de se fazer o teste e persistindo a hipótese de hanseníase, diante de uma lesão esbranquiçada, deve ser feita a prova da histamina, quando disponível.

4.2.1 Teste da sensibilidade térmica

Faça o teste de sensibilidade térmica nas áreas suspeitas: lesões de pele não elevadas (manchas) ou elevadas (placas, nódulos); áreas de pele secas ou áreas referidas pelo paciente como regiões com alteração de sensibilidade; territórios dos nervos ulnar (quarto e quinto dedos da mão), do nervo radial (dorso da mão até o terceiro dedo), do nervo fibular (lateral da perna e dorso do pé), do nervo tibial (região plantar). Evite áreas "calosas" (com calosidades ou queratósicas).

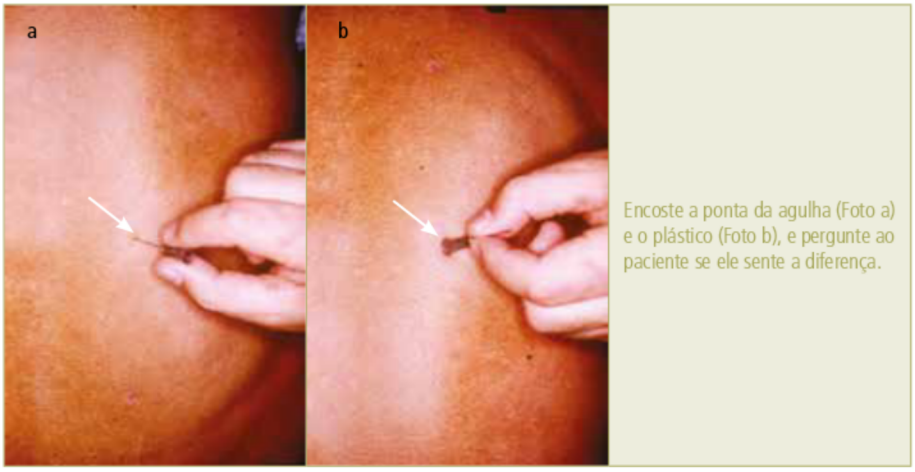
Teste os tubos primeiro em você mesmo, e depois na face do paciente para verificar se os tubos estão em temperatura adequada. Pergunte o que ele sente (morno, frio, ou quente). Em seguida, faça o teste nas áreas da pele com lesões. Compare com a área de pele normal contralateral ou adjacente. Se houver diferença na percepção da temperatura nas lesões (hipo ou anestesia) circundada por áreas periféricas de sensibilidade normal (normoestesia) é sinal de alteração da sensibilidade térmica. Confirma-se, então, o diagnóstico, apenas com alteração definida de uma das sensibilidades, não necessitando fazer os testes de sensibilidade dolorosa ou tátil.

4.2.2 Teste da sensibilidade dolorosa

Faça o teste da sensibilidade dolorosa utilizando uma agulha de insulina. Encoste a ponta nas lesões de pele com uma leve pressão, tendo o cuidado de não perfurar o paciente, nem provocar sangramento. Faça isso alternando área interna e externa à lesão, observando expressão facial e queixa de respostas à picada. Certifique-se de que a sensibilidade sentida é de dor através da manifestação de "ai!" ou retirada imediata da região que é estimulada pela agulha. A insensibilidade (anestesia) ou sensibilidade diminuída (hipoestesia) dentro da área de lesão confirma o diagnóstico.

Pode-se ainda avaliar a sensibilidade dolorosa alternando a ponta da agulha e o cabo da agulha (parte plástica). Observe se o paciente percebe a diferença entre a ponta da agulha e o cabo. Do contrário, isso é sinal de alteração da sensibilidade dolorosa naquela área da pele. Esse cenário também confirma o diagnóstico.

Figura 8 – Teste de sensibilidade dolorosa



Fonte: Banco de imagens do Instituto Lauro de Souza Lima.

4.2.3 Teste da sensibilidade tátil

Embora a sensibilidade tátil seja frequentemente a última a ser perdida, deve-se buscar as diferenças de sensibilidade sobre a área a ser examinada e a pele normal

circunvizinha, utilizando-se algodão, fio dental ou o monofilamento verde (0.05g) do kit estesiométrico.

O uso do estesiômetro permite avaliar a sensibilidade protetora das mãos e pés, tendo grande aplicação na avaliação do grau de incapacidade física e para fins de prevenção de incapacidades, sendo seu uso importante para avaliação e seguimento dos casos.

ATENÇÃO: Nem sempre perda de sensibilidade é devido a hanseníase! Existem outras doenças que podem apresentar perda de sensibilidade nas lesões. A mais comum é a notalgia parestésica, que se trata de uma lesão acastanhada localizada entre as escápulas, que às vezes também coça e arde. A outra doença é a esclerodermia, que se apresenta também sobre a forma de uma lesão acastanhada, porém a pele é dura e afundada no centro.

5 Exames subsidiários

O diagnóstico da hanseníase deve ser baseado, essencialmente, no quadro clínico. Quando disponíveis, de qualidade e confiáveis, os exames subsidiários (baciloscopia e biópsia de pele) podem ser feitos. Na interpretação dos resultados desses exames, especialmente a baciloscopia, os resultados devem ser correlacionados com a clínica, pois hoje ainda há muitas dificuldades e erros no processo de coleta, fixação, envio, coloração, e mesmo na leitura de lâminas de baciloscopia ou biópsia.

NÃO SE ESQUEÇA: na maior parte dos casos, os exames subsidiários não serão necessários para o diagnóstico e classificação dos doentes. Sempre interprete os resultados de exames laboratoriais associados ao quadro clínico do doente, para não correr o risco de cometer erro diagnóstico e de classificação. Havendo dúvidas quanto à classificação para fins de tratamento (PB ou MB), após a confirmação do diagnóstico pela história clínica e exame físico, sobretudo em adultos, descreva seus achados na ficha de notificação e trate o paciente como MB.

5.1 Baciloscopia de raspado intradérmico

5.1.1 Técnica da coleta do material

A técnica de coleta do material para baciloscopia de raspado intradérmico está descrita no "Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase" (2010). É possível obtê-lo pela internet através do endereço eletrônico: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/14/guia-hanseniase-10-0039-m-final.pdf>

5.1.2 Interpretação do resultado

No paciente paucibacilar (PB), ou seja, com hanseníase indeterminada ou tuberculóide, a baciloscopia é negativa. Caso seja positiva, reclassificar o doente como MB.

No paciente MB (hanseníase dimorfa e virchowiana), a baciloscopia normalmente é positiva. Caso seja negativa, levar em consideração o quadro clínico para o diagnóstico e classificação desse doente (manter a classificação MB se o quadro clínico for de hanseníase dimorfa ou virchowiana).

Se houver lesões suspeitas de hanseníase dimorfa e o diagnóstico clínico não puder ser confirmado por meio do exame dermatoneurológico (deficientes mentais,

pacientes não responsivos, etc), a coleta da baciloscopia deve ser feita, preferencialmente, na borda da(s) lesão(ões) de pele suspeita(s), e na(s) mais infiltrada(s). Pode ser coletado material também dos lóbulos das orelhas e dos cotovelos (áreas "frias" da pele), quando não houver lesões de pele visíveis. Havendo lesões visíveis, sempre uma lesão de pele, pelo menos, deve ser representada.

5.2 Exame histopatológico (biópsia de pele)

5.2.1 Técnica da coleta do material

Embora raramente necessária, a biópsia de pele deverá ser feita por profissional capacitado, fixada em 5 a 10ml de formol a 10%, e enviada para laboratório de referência. Sempre colocar a hipótese diagnóstica na requisição.

5.2.2 Interpretação do resultado

O material será enviado a um laboratório de patologia, onde serão feitas as colorações para avaliação histopatológica e procura de bacilos. A interpretação desses achados deverá ser realizada de acordo com o quadro clínico do paciente.

Na hanseníase indeterminada, encontra-se, na maioria dos casos, um infiltrado inflamatório que não confirma o diagnóstico de hanseníase. A procura de bacilos (BAAR) é quase sempre negativa.

Na hanseníase tuberculóide, encontra-se um granuloma do tipo tuberculóide (ou epitelióide) que destrói pequenos ramos neurais, agride a epiderme e outros anexos da pele. A procura de bacilos (BAAR) é negativa.

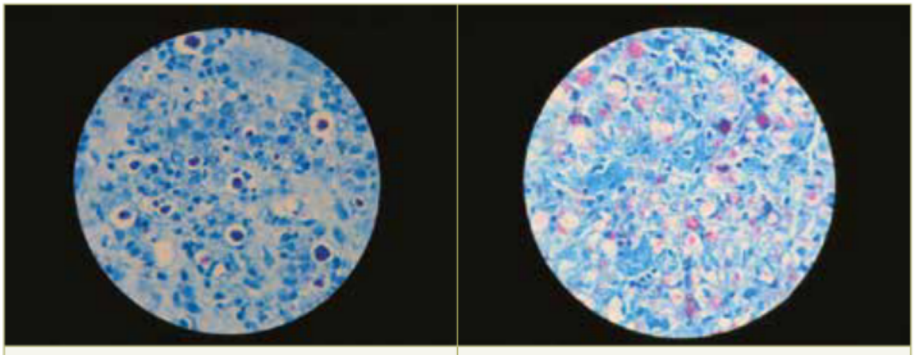
Na hanseníase virchowiana, encontra-se um infiltrado histiocitário xantomizado ou macrofágico, e a pesquisa de bacilos mostra incontáveis bacilos dispersos e organizados em grumos (globias).

Na hanseníase dimorfa, há um infiltrado linfo-histiocitário, que varia desde inespecífico até com a formação de granulomas tuberculóides; a baciloscopia da biópsia é frequentemente positiva, sobretudo nos nervos dérmicos e nos músculos lisos dos pelos.

NOTA: Resultados negativos para baciloscopia da biópsia NÃO excluem o diagnóstico clínico da hanseníase. Em pacientes com clínica de hanseníase multibacilar, desconsidere a baciloscopia da biópsia e trate-os como MB. Em casos dimorfos iniciais, pode já haver muitos bacilos em nervos, e

poucos no infiltrado. Esse resultado depende muito do tempo de procura e da representatividade do material. Em um dimorfo, e às vezes até em um virchowiano, se a pesquisa de bacilos não for feita em uma lâmina corada pela técnica de Faraco-Fite, quase sempre o resultado é falso-negativo (o bacilo não se cora em vermelho). Lembre-se de que a clínica é soberana!

Figura 9 – Diferença na coloração dos bacilos (biópsia de pele de um caso virchowiano)



Ziehl Neelsen	Faraco-Fite

Fonte: Instituto Lauro Souza Lima.

5.3 Prova da histamina

A prova de histamina exógena consiste numa prova funcional para avaliar a resposta vasorreflexa à droga, indicando integridade e viabilidade do sistema nervoso autonômico de dilatar os vasos cutâneos superficiais, o que resulta no eritema. Quando disponível, a prova de histamina exógena aplica-se ao diagnóstico de hanseníase e aos diagnósticos diferenciais em lesões hipocrômicas.

Como resposta ao difosfato de histamina 1,5%, em áreas normais, são esperados três sinais típicos que caracterizam a tríplice reação de Lewis:

1. Sinal da punctura: lesões puntiformes avermelhadas que surgem quase que imediato (até 15 segundos) à escarificação por agulha de insulina dentro da gota aplicada sobre a área hipocrômica;
2. Eritema reflexo: eritema que atinge de 2 a 8cm ao redor da área com limites fenestrados percebido a partir de 30 a 60 segundos após a escarificação;
3. Pápula: caracteriza-se por lesão intumecida lenticular que surge após 2 a 3 minutos no local da punctura/escarificação.

Se não ocorrer o eritema, não sendo uma lesão de nascença (nervo anêmico), ou se o paciente não estiver utilizando antialérgicos, essa ocorrência (prova da histamina incompleta) é altamente sugestiva de hanseníase. O teste deve ser feito também em uma área de pele não comprometida, para controle positivo, onde a prova deve ser completa (observa-se as 3 fases descritas anteriormente).

Figura 10 – Prova da histamina exógena



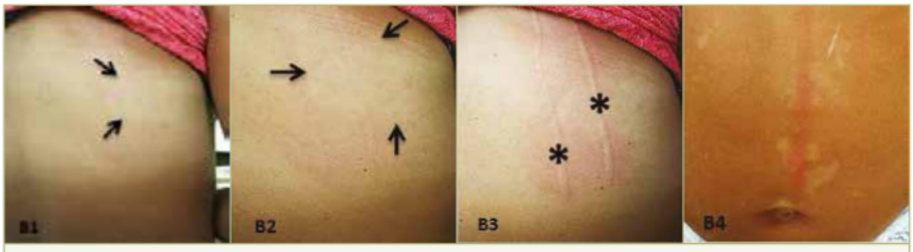
Foto a: COMPLETA com eritema ao redor da pápula na pele normal à esquerda (▲) e INCOMPLETA devido a ausência de eritema na mancha à direita;

Foto b: COMPLETA com eritema intenso na região do abdome nas áreas de lesões de nevos congênitos acrômicos (◆) e pele normal (▲), enquanto INCOMPLETA na região do braço (setas) com ausência de eritema sobre área hipocrômica hansênica.

Fontes: Foto a: Instituto Lauro Souza Lima. Foto b: Prof. Dr. Marco Andrey Cipriani Frade.

A prova de histamina endógena também permite avaliar a função vascular por meio da liberação de histamina endógena que consiste em traçar uma reta na pele do paciente utilizando-se de um instrumento rombo (tampa de caneta esferográfica, cotonete, chave, etc). O traçado deve ser aplicado com moderada força e de maneira contínua, iniciando na região supostamente normal superior, passando pela área de lesão e terminando distalmente sobre área de normalidade. Deve-se ficar atento às mesmas fases descritas acima, esperando-se um eritema reflexo linear e homogêneo de 0,5 a 1cm de largura junto ao traço. Nas lesões de hanseníase, esse eritema não acontece internamente e as manchas se tornam mais definidas em contraste ao eritema externo intenso.

Figura 11 – Prova da histamina endógena



B1) Incompleta: Imediatamente após riscos lineares e contínuos, observa-se eritema tênue, tornando a mancha hansênica mais desenhada e evidente (setas); B2) Após 30-60 segundos, observa-se eritema reflexo mais intenso e delimitando melhor a mancha hansênica (setas); B3) Sinal do dermografismo – pápula (*) após 3-5 minutos dos riscos, mantendo ainda o eritema reflexo em torno da mancha hansênica; B4) Completa: Resposta completa demonstrada pelo eritema linear (0,5 a 1cm laterais ao risco) sobre as manchas hipocrômicas cicatriciais semelhantes às áreas normais.

Fonte: Prof. Dr. Marco Andrey Cipriani Frade.

5.4 Avaliação da sudorese (suor)

A hanseníase pode levar a alteração da função sudoral (suor), que pode ser percebida pelo achado de áreas secas, que geralmente tornam-se mais evidentes porque não permitem o acumular de poeira como ocorre com pedreiros pelo cimento, marceneiros pela serragem e professores pelo pó de giz.

É importante lembrar que, semelhante ao que ocorre com as alterações de sensibilidade, a alteração da função sudoral também ocorre em ilhotas, ou seja, são áreas de hipoidrose ou anidrose circunscritas por periferia de normoidrose conforme figuras a seguir.

Figura 12 – Tipos de anidrose



Foto a: Área extensa de anidrose (setas) circunscrita por áreas de normoidrose.

Foto b: Área de anidrose (seta) coincidente à área de hipocromia e sudorese profusa periférica.

Fonte: Prof. Dr. Marco Andrey Cipriani Frade.

6 Definição do diagnóstico de hanseníase e classificação do doente

O diagnóstico de hanseníase deve ser baseado na história de evolução da lesão, epidemiologia e no exame físico (nervos periféricos espessados e/ou lesões de pele ou áreas de pele com alterações de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil, alterações autonômicas circunscritas quanto à reflexia à histamina e/ou à sudorese). Em algumas situações, os exames subsidiários (baciloscopia e biópsia de pele) podem ser necessários para auxiliar o diagnóstico, porém sempre devemos considerar as limitações desses exames, valorizando essencialmente os achados clínicos encontrados.

IMPORTANTE: Caso você tenha dúvida no diagnóstico da hanseníase, caracterize o caso como "suspeito", explique cuidadosamente ao paciente sobre os sinais e sintomas mais comuns da doença e encaminhe esse paciente à unidade de maior complexidade ou referência em hanseníase.

O doente deve ser classificado em Paucibacilar ou Multibacilar pelos seguintes critérios:

- **Paucibacilar (PB)** – Hanseníase Tuberculóide ou Indeterminada (doença localizada em uma região anatômica e/ou um tronco nervoso comprometido).
- **Multibacilar (MB)** – Hanseníase Dimorfa ou Virchowiana (doença disseminada em várias regiões anatômicas e/ou mais de um tronco nervoso comprometido).

NOTA: Deve-se também estar atento às características das lesões clínicas descritas anteriormente, pois a doença pode se manifestar com poucas lesões (menos que cinco), porém de aspectos foveolares característicos da forma dimorfa, ou manchas hipocrômicas grandes em dimídios ou membros distintos, também sugestivos de forma dimorfa (dimorfa hipocromiante), devendo ser classificado também como multibacilar, evitando recidivas futuras.

O resultado positivo de uma baciloscopia classifica o caso como MB, porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase, e nem classifica o doente obrigatoriamente como PB.

7 Avaliação da função neural, grau de incapacidade física e escore OMP

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

Para verificar a integridade da função neural recomenda-se a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (Figura 14).

O exame neurológico compreende a inspeção, palpação/percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos; a partir dele, podemos classificar o grau de incapacidade física.

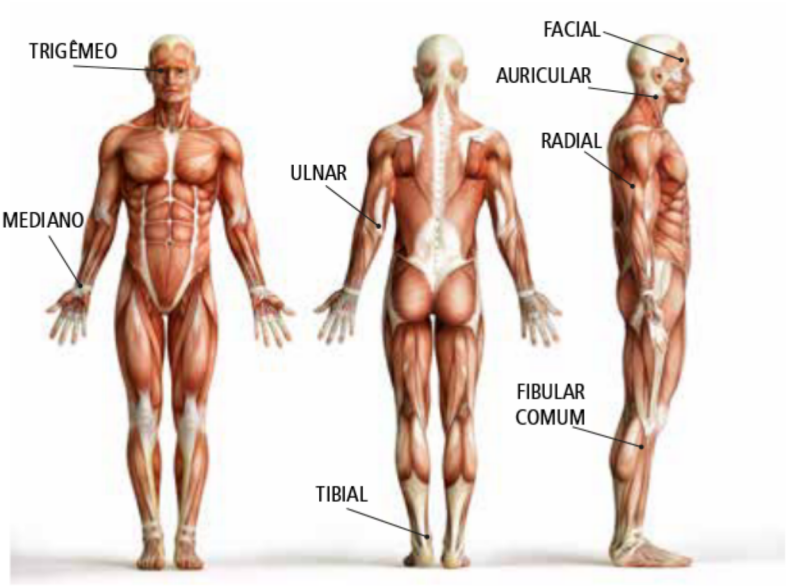
O exame deve ser feito na sequência crânio-podal; isso ajuda o profissional a sistematizar uma rotina de exame e registro.

Enquanto realiza a avaliação neurológica simplificada, vá registrando na ficha específica.

Os principais troncos nervosos periféricos acometidos na hanseníase são:

- **Face – Trigêmeo e Facial:** podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz
- **Braços – Radial, Ulnar e Mediano:** podem causar alterações nos braços e nas mãos
- **Pernas – Fibular e Tibial:** podem causar alterações nas pernas e nos pés.

Figura 13 – Principais nervos acometidos na hanseníase



Fonte: (BRASIL, 2011).

A avaliação neurológica deverá ser realizada:

- No início do tratamento
- A cada três meses durante o tratamento se não houver queixas
- Sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas
- No controle periódico de doentes em uso de corticóides, em estados reacionais e neurites
- Na alta do tratamento
- No acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15 (quinze), 45 (quarenta e cinco), 90 (noventa) e 180 (cento e oitenta) dias.

Por que realizar avaliação neurológica?

- Para identificar neurites precocemente (neurite silenciosa);
- Para monitorar o resultado do tratamento de neurites;
- Para identificar incapacidades físicas, subsidiar condutas e avaliar resultados.
- Para auxiliar no diagnóstico de casos com sinais cutâneos discretos da doença, com testes de sensibilidade inconclusivos, pois achados de perdas funcionais focais e assimétricas à avaliação neurológica corroboram o diagnóstico de hanseníase.

A avaliação neurológica inclui:

- História
- Ocupação e Atividades Diárias
- Queixas do paciente
- Inspeção
- Palpação dos Nervos
- Teste de Força Muscular
- Teste de Sensibilidade.

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

Para avaliação da força motora, preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada, ou de zero a cinco, conforme o Quadro 2 a seguir:

Quadro 2 – Critérios de avaliação da força motora

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

Fonte: (BRASIL, 2016).

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste de força muscular e de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, seguindo as orientações contidas no Quadro 3.

Quadro 3 – Critérios para avaliação do grau de incapacidade física

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

Fonte: (BRASIL, 2016).

[1] Iridociclite: olho com hiperemia pericorneana, dor, lacrimejamento, diminuição da acuidade visual, pupila irregular. Esse quadro configura-se como uma situação de urgência devendo ser encaminhado imediatamente ao Oftalmologista.

[2] Feridas: consideradas feridas em áreas com alteração de sensibilidade (não sente 2g ou o toque leve da ponta de caneta esferográfica).

ATENÇÃO: As deficiências identificadas como Grau 1 (diminuição de força muscular e de sensibilidade) e Grau 2 (deficiências visíveis) na avaliação de incapacidade física somente devem ser atribuídas à Hanseníase, quando excluídas outras causas.

7.1 Avaliação do Grau de Incapacidade

O Grau de Incapacidade Física (GIF) é uma medida que indica a existência de perda da sensibilidade protetora e/ou deformidade visível em consequência de lesão neural e/ou cegueira. É um indicador epidemiológico que pode ser utilizado na avaliação do programa de vigilância de hanseníase, determinando a precocidade do diagnóstico e o sucesso das atividades que visam a interrupção da cadeia de transmissão. Portanto, a avaliação do GIF constitui uma importante ferramenta na identificação de pacientes com maior risco de desenvolver reações e novas incapacidades, durante o tratamento, no término da poliquimioterapia e após a alta.

Todos os doentes devem ter o grau de incapacidade física e o escore OMP avaliado, no mínimo, no momento do diagnóstico e da cura, comparando as duas classificações e no pós-alta, a fim de comparar a avaliação com a classificação no momento da alta da PQT (Figura 15).

7.2 Escore OMP

O Escore OMP (olhos, mãos e pés) é um instrumento complementar de avaliação da graduação da incapacidade no paciente de hanseníase e tem como objetivo proporcionar maior detalhamento sobre cada incapacidade isoladamente, possibilitando uma melhor qualidade do cuidado. Portanto, é de fundamental importância na avaliação dos serviços de atenção, prevenção e controle das incapacidades físicas decorrentes da hanseníase.

O Escore OMP é a soma dos graus de incapacidades atribuídos a cada segmento direito e esquerdo (Olhos, Mãos e Pés), determinando a soma máxima que varia de 0 a 12, representando assim, uma medida mais precisa ao classificar o comprometimento em diferentes seguimentos (Figura 15).

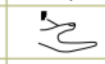
Figura 14 – Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis
Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação

Nome do paciente:	Data de Nascimento: / /
Ocupação:	Sexo: ☐ M ☐ F
Município:	UF:
Classificação Operacional ☐ PB ☐ MB	Data início PQT: / /
	Data Alta PQT: / /

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

MEMBROS SUPERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
PALPAÇÃO DE NERVOS	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Ulnar						
Mediano						
Radial						
Legenda: N = normal E = espessado D = dor						

AVALIAÇÃO DA FORÇA		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
		D	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)							
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano)							
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial)							
Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado							

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA					
1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
					
Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ü Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores					
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: ▨ Ferida: ⬭					

continua

conclusão

MEMBROS INFERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
PALPAÇÃO DE NERVOS	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Fibular						
Mediano						
Tibial						
Legenda: N = normal E = espessado D = dor						

AVALIAÇÃO DA FORÇA		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
		D	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular)							
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular)							
legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado							

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA						
1ª / /		2ª / /		3ª / /		
D	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	
						
legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores						
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: ////// Ferida: ⬭						

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE									
Data da avaliação	**Olhos**		**Mãos**		**Pés**		**Maior grau**	**Soma OMP (a+b+c+d+e+f)**	**Assinatura**
	(a) D	**(b) E**	**(c) D**	**(a) E**	**(d) D**	**(f) E**			
Diagnóstico / /									
Alta / /									

LEGENDA – CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE			
Grau	**Olhos**	**Mãos**	**Pés**
	Sinais e/ou sintomas	**Sinais e/ou sintomas**	**Sinais e/ou sintomas**
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas **E** Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual > 0,1 ou 6/60	Força muscular das mãos preservada **E** Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica	Força muscular dos pés preservada **E** Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica
1	**Diminuição da força muscular** das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar	**Diminuição da força muscular** das mãos sem deficiências visíveis **E/OU** **Alteração da sensibilidade palmar:** não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica	**Diminuição da força muscular** dos pés sem deficiências visíveis **E/OU** **Alteração da sensibilidade plantar:** não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica
2	**Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase**, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite. **E/OU** Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual <0,1 ou 6/60, **excluídas outras causas**	Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas	**Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase**, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas

MONOFILAMENTOS E REGISTRO DA RESPOSTA		
Verde (0,05 g) – bolinha verde	Vermelho (4,0 g) – bolinha vermelha	Nenhuma resposta – bolinha preta
Azul (0,2 g) – bolinha azul	Laranja (10,0 g) – círculo vermelho com X	
Lilás (2,0 g) – bolinha roxa	Rosa (300 g) – círculo vermelho	

Fonte: (BRASIL, 2016).

Figura 15 – Formulário de avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta de PQT

Nome do paciente: _____
Data de Nascimento: ___/___/___ SINAN: _____
Ocupação:_____
Município: _____UF: _____
Data diagnóstico ___/___/___ Classificação Operacional ( ) PB ( ) MB
Data Cura ___/___/___

Grau	Olhos	D	E	Mãos	D	E	Pés	D	E
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas **E** Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual ≥ 0,1 ou 6:60			Força muscular das mãos preservadas **E** Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Força muscular dos pés preservada **E** Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
1	**Diminuição da força muscular** das pálpebras sem deficiências visíveis **E/OU** **Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea**: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar			**Diminuição da força muscular** das mãos sem deficiências visíveis **E/OU** **Alteração da sensibilidade palmar**: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			**Diminuição da força muscular** dos pés sem deficiências visíveis **E/OU** **Alteração da sensibilidade plantar**: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
2	**Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase**, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite. **E/OU** Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, **excluídas outras causas**.			**Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase**, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas tróficas e/ou traumáticas.			**Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase**, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas tróficas e/ou traumáticas..		
MAIOR GRAU OLHOS		**(a)**	**(b)**	**MAIOR GRAU MÃOS**	**(c)**	**(d)**	**MAIOR GRAU PÉS**	**(e)**	**(f)**

Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: ___/____/___

GI:( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) Não avaliado Escore OMP (a+b+c+d+e+f)= _____
(valor de 0-12)

Grau de Incapacidades NA ALTA PQT Data da avaliação: ___/____/___
GI: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) Não avaliado Escore OMP (a+b+c+d+e+f)= _____
(valor de 0-12)

Assinatura e carimbo avaliador:

continua

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

a) Registrar o cabeçalho, de forma completa e legível:

- Identificação do paciente (nome, data de nascimento, ocupação, sexo; SINAN);
- Município e Unidade Federativa da residência;
- Assinalar com X na casela classificação operacional;
- Preencher as datas de início e alta da poliquimioterapia (PQ1).

b) Assinalar com X nas caselas do formulário, de acordo com os resultados dos exames realizados, separadamente, para o lado direito (letra *D*) e esquerda (letra *E*), em cada segmento avaliado (olhos, mãos e pés).

- **Preencher o formulário observando as seguintes condições (assinalar com X as caselas de grau 0):**

  NOS OLHOS: quando nenhuma alteração sensitiva ou motora com os olhos decorrentes da hanseníase for encontrada.
  NAS MAOS: quando nenhuma alteração sensitiva ou motora com as mãos decorrentes da hanseníase for encontrada.
  NOS PES: quando nenhuma alteração sensitiva ou motora com os pés decorrentes da hanseníase for encontrada.

- **Preencher o formulário observando as seguintes condições (assinalar com X as caselas de grau 1)**

  NOS OLHOS: quando houver diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU diminuição ou perda da sensibilidade da córnea (resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar).
  NAS MAOS: quando houver diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis E/OU não sentir o monofilamento 2g (lilás) ou o toque leve da ponta de caneta esferográfica, em pelos menos um ponto, nas palmas.
  NOS PES: quando houver diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU não sentir o monofilamento 2g (lilás) ou o toque leve da ponta de caneta esferográfica, em pelos menos um ponto, nas plantas.

  OBS: Na avaliação do calcanhar deve ser evitado a utilização do monofilamento em áreas de calosidade.

- **Preencher o formulário observando as seguintes condições (assinalar com X as caselas de grau 2, quando houver deficiências visíveis causadas pela hanseníase e excluídas outras causas)**

  NOS OLHOS: lagoftalmo E/OU ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite E/OU não conta dedos a 6 metros ou a acuidade visual for < 0,1 ou 6/60.
  NAS MAOS: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas tróficas ou traumáticas em áreas onde não sente 2g ou o toque leve da ponta de caneta esferográfica.
  NOS PES: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas tróficas ou traumáticas em áreas onde não sente 2g ou o toque leve da ponta de caneta esferográfica.

c) Ao final deverá:

- Preencher nas caselas a,b,c,d,e,f o **maior grau atribuído** (0, 1 ou 2) a cada lado do corpo D e E, dos três segmentos avaliados (olhos, mãos e pés);
- Assinalar com X na casela o grau de incapacidade (0, 1, 2 e não avaliado) no diagnóstico e na alta;
- Preencher as datas da avaliação de grau de incapacidade do diagnóstico e da alta;
- Preencher o valor total do Escore **OMP** (a+b+c+d+e+f), que pode variar de 0 a 12;
- Preencher a identificação do examinador: assinalar e carimbar.

OBSERVAÇÕES:

O Escore OMP é uma alternativa ao grau máximo de incapacidade (OMS) para se resumir os dados sobre deficiências.
Com o maior grau de incapacidade (OMS), registraríamos o maior número encontrado em qualquer parte do corpo (0, 1 ou 2) como o grau de incapacidade para aquela pessoa.
O Escore OMP é mais sensível do que o maior grau de incapacidades a mudanças nas deficiências.
Assim como o maior grau de incapacidade, o escore OMP é definido apenas para a hanseníase. Pacientes com outros diagnósticos deverão ser classificados de acordo com sistemas vigentes para essas doenças. O escore OMP foi descrito em Grading impairment in leprosy (VAN BRAKEL; REED, N.K.; REED, D.S., 1999).

Exemplo:

	Grau de Incapacidade	
	Direito	Esquerda
Olho	0	2
Mão	1	1
Pé	1	1

- Maior grau de incapacidade = 2
- Escore OMP = 6 (0+2+1+1+1+1)

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

8 Tratamento

O tratamento da hanseníase é realizado através da associação de medicamentos (poliquimioterapia – PQT) conhecidos como Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. Deve-se iniciar o tratamento já na primeira consulta, após a definição do diagnóstico, se não houver contraindicações formais (alergia à sulfa ou à rifampicina).

O paciente PB receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, e tomará 100 mg de Dapsona diariamente (em casa). O tempo de tratamento é de 6 meses (6 cartelas). Caso a Dapsona precise ser suspensa, deverá ser substituída pela Clofazimina 50 mg por dia, e o paciente a tomará também 300 mg uma vez por mês na dose supervisionada.

O paciente MB receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, 100 mg de Dapsona e de 300 mg de Clofazimina. Em casa, o paciente tomará 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina diariamente. O tempo de tratamento é de 12 meses (12 cartelas). Caso a Dapsona precise ser suspensa, deverá ser substituída pela Ofloxacina 400 mg (na dose supervisionada e diariamente) ou pela Minociclina 100 mg (na dose supervisionada e diariamente).

Caso haja náuseas, administre metoclopramida uma hora antes de tomar o medicamento.

NOTA: As medicações diárias deverão ser tomadas 2 horas após o almoço para evitar intolerância gástrica e eventual abandono do tratamento por esse motivo. Se ainda assim houver dor epigástrica, introduzir omeprazol, ranitidina ou cimetidina pela manhã.

Para o tratamento de crianças com hanseníase, deve-se considerar o peso corporal como fator mais importante do que a idade, seguindo as seguintes orientações: para crianças com peso superior a 50 kg deve-se utilizar o mesmo tratamento prescrito para adultos; para crianças com peso entre 30 e 50 kg deve-se utilizar as cartelas infantis (marrom/azul); para crianças menores que 30 kg deve-se fazer os ajustes de dose conforme Quadro 4 a seguir:

Quadro 4 – Esquema terapêutico para crianças com peso inferior a 30 kg

Droga	Dose PQT	Dose mg/kg
Rifampicina (RFM) em suspensão	Mensal	10-20
Dapsona (DDS)	Mensal	1-2[1]
	Diária	1-2[1]
Clofazimina (CFZ)	Mensal	5,0
	Diária	1,0

Fonte: (BRASIL, 2016).
[1] A dose total máxima não deve ultrapassar 50mg/dia.

Crianças com reação à sulfa e que não podem utilizar Minociclina ou Ofloxacina (crianças abaixo de 8 anos), por imaturidade óssea ou cartilaginosa, devem ser encaminhadas para a referência, assim como crianças MB menores de 8 anos que fazem intolerância à dapsona.

NOTA: É importante lembrar que em se tratando de pacientes adultos desnutridos ou crianças obesas, a dose terapêutica máxima diária de Dapsona deve ser de 2 mg por kg. A toxicidade da dapsona pode ser idiossincrásica, que é mais rara, ou dose dependente, que ocorre com maior frequência. Vale ainda destacar que adultos com peso corporal menor que 50kg devem ser medicados considerando as doses indicadas para crianças.

8.1 Manejo de possíveis complicações da poliquimioterapia

A Dapsona é a droga do esquema que requer maior atenção dos profissionais de saúde. Reações alérgicas como avermelhamento da pele, coceira e descamação, principalmente na face e antebraços, podem ocorrer. Nesses casos, interrompa a medicação e envie para a referência.

Se o paciente apresentar sintomas como falta de ar com cianose de extremidades (metemoglobinemia), febre e dor de garganta (agranulocitose), ou dor abdominal com fraqueza e taquicardia e mucosas conjuntivais descoradas (hemólise), provavelmente deve estar ocorrendo intolerância à dapsona. Nesses casos, interromper o tratamento e coletar sangue para avaliar o hemograma, a função renal e as transaminases. Confirmada a hemólise e/ou hepatopatia/comprometimento renal, a dapsona deverá ser retirada do esquema. Se houver agranulocitose (febre, dor de garganta e glóbulos brancos

muito baixos), o paciente deve ser enviado urgentemente para a referência. Anemia discreta pela Dapsona (queda de até 0,2g% de hemoglobina por mês) são esperadas, e não contraindicam a suspensão da Dapsona; nesses casos, administrar ácido fólico e complexo B. Se o paciente já apresentar, previamente, alterações nos exames de função hepática ou renal, ou no hemograma, avaliar a relação risco-benefício da introdução de Dapsona, embora não seja contraindicação absoluta.

A Rifampicina é dada uma vez por mês; assim, efeitos adversos são raros. Mais comumente, a urina pode apresentar uma coloração avermelhada algumas horas após a ingestão da medicação, e isso deverá ser explicado ao paciente. Em casos de urticária, que ocorre cerca de meia hora após a ingestão da dose supervisionada, corticoides e anti-histamínicos podem ser prescritos. **Lembrar de utilizar métodos anticoncepcionais de barreiras por sete dias após a dose supervisionada em mulheres em idade fértil.** Outra opção é "esticar" a cartela de anticoncepcional para 28 dias para coincidir com a cartela da PQT, ficando a paciente sem tomar anticoncepcional e PQT por 7 dias, sem interferência na eficácia do tratamento. Raramente, pode ocorrer uma síndrome similar a um quadro de dengue, com febre, artralgia e queda na quantidade de plaquetas. Nesses casos, suspender a medicação e enviar o paciente para a referência.

A Clofazimina é uma medicação segura e pode causar um aumento da pigmentação da pele ("aspecto bronzeado"), além de potencial ressecamento da pele. Nesses casos, prescrever hidratantes. No eventual caso de obstipação intestinal, prescrever dieta laxativa, óleo mineral, ou laxantes leves.

9 Como proceder após o término do tratamento?

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

Situações a serem observadas – Condutas para pacientes irregulares: os pacientes que não completaram o tratamento preconizado – PB: 6 (seis) doses em até 9 (nove) meses e MB: 12 (doze) doses em até 18 (dezoito) meses – deverão ser avaliados quanto à necessidade de reinício ou possibilidade de aproveitamento de doses anteriores, visando à finalização do tratamento dentro do prazo preconizado.

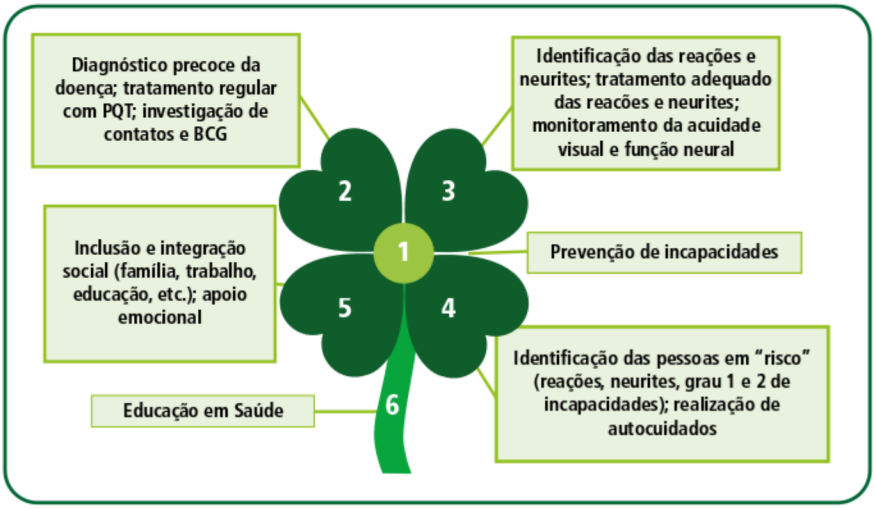
Se for um caso MB e não houver melhora clínica após um ciclo de 12 doses, reavaliar os contatos na busca de uma fonte não diagnosticada, e só após isso encaminhar o paciente a uma unidade de referência ou a uma unidade de maior complexidade para verificar a necessidade de um segundo ciclo de mais 12 cartelas de PQT-MB. Possíveis causas: reinfecção, insuficiência de tratamento, ou resistência medicamentosa.

O paciente que, no momento da alta por cura, apresente reações ou deficiências sensitivomotoras e/ou incapacidades deverá ser monitorado, com agendamento de acordo com cada caso.

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

10 Prevenção, reabilitação e autocuidado

Figura 16 – Componentes da prevenção de incapacidades em hanseníase



Fonte: (BRASIL, 2008).

A prevenção de incapacidades em hanseníase inclui um conjunto de medidas visando evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais e socioeconômicos. A principal forma de prevenir as deficiências e as incapacidades físicas, é o diagnóstico precoce. O objetivo geral da prevenção de incapacidades é proporcionar ao paciente, durante o tratamento e após alta, a manutenção ou melhora de sua condição física, socioeconômica e emocional.

A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não devem ser dissociadas do tratamento PQT. Essas ações devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde e serem recomendadas para todos os pacientes.

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

Reabilitação em hanseníase é um processo que visa corrigir e/ou compensar danos físicos, emocionais e socioeconômicos, considerando a capacidade e necessidade de cada indivíduo, adaptando-o à sua realidade.

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

Na hanseníase, muito é sabido sobre deficiências, mas muito pouco se conhece sobre como essas deficiências e/ou o estigma associados à doença afetam a realização das atividades diárias e a participação social do indivíduo. Tratar as limitações e/ou restrições à participação é o principal objetivo da maioria das intervenções de reabilitação. Portanto, é fundamental avaliar esses dois aspectos para determinar necessidades, monitorar progressos e avaliar o impacto das intervenções de reabilitação.

As incapacidades físicas dificultam a rotina diária em casa, no trabalho e na geração de renda, afetando a qualidade de vida das pessoas de diversas maneiras. Traz ainda problemas psicossociais, fruto da diminuição do status na comunidade, somado à discriminação e exclusão social. Essas razões levam à ocultação da condição física, privação da vida social normal, das atividades de geração de renda e das responsabilidades familiares.

Com o intuito de evitar o estigma social e individual, a reabilitação reconhece a importância de atender as necessidades da pessoa acometida, seja qual for sua incapacidade, com o intuito de incluí-la ativamente dentro das atividades familiares e da sua comunidade, com igualdade de cidadania, eliminando toda e qualquer barreira de exclusão.

Durante todo o tratamento, na alta e na pós-alta, a avaliação precisa ser feita com um olhar atento à prevenção e à reabilitação. A equipe de saúde precisa estar atenta aos direitos desse cidadão para que ele possa conhecer a legislação que protege pessoas com deficiência, garantindo o direito à acessibilidade, aí incluído o direito a órteses e a outras ajudas técnicas, se necessárias.

Existem instrumentos que possibilitam a avaliação da limitação de atividade, qualidade de vida ou mesmo restrição de participação social. Entretanto, muitos deles foram elaborados em países desenvolvidos, eram específicos para outras doenças e não contemplavam o risco de agravamento das deficiências existentes durante a realização das atividades. Assim sendo, realizou-se um esforço internacional para a elaboração de dois

instrumentos: a Salsa (*Screening Activity Limitation and Safety Awareness*), para medir limitação de atividade e consciência de risco, e a Escala de Participação, para medir restrição de participação. As duas escalas são baseadas em questionários e estão disponíveis no Caderno de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase; nº 1, e Capacitação em Prevenção de Incapacidades em Hanseníase, devendo ser aplicadas na rotina dos serviços.

Para que um tratamento tenha sucesso é preciso que o paciente tenha consciência da sua doença, do seu processo de reabilitação, e sua participação é de fundamental importância para alcançar resultados satisfatórios.

O autocuidado deve ser compreendido como ação essencial que perpassa por todas as atividades realizadas com o doente. O doente devidamente orientado, pode realizar as práticas de autocuidado regularmente no seu domicílio e/ou em outros ambientes.

O doente deve ser orientado a fazer a autoinspeção diária e, se necessário, estimulado a usar proteção, especialmente voltada para os olhos, nariz, mãos e pés.

Quadro 5 – Adoção de medidas para prevenção e cuidado conforme a classificação do grau de incapacidade

Grau	Medidas[1]
0	Olhos: Observações diárias dos olhos para identificar precocemente alteração de sensibilidade e alterações motoras. Mãos: Observações diárias das mãos para identificar precocemente alteração de sensibilidade e alterações motoras. Pés: Observações diárias das mãos para identificar precocemente alteração de sensibilidade e prevenir alterações motoras.
1	Olhos: Aumentar a força muscular com exercícios ativos: fechar os olhos, apertar lentamente com força, contar até 5 e em seguida abri-los (10 vezes). Melhorar a lubrificação com uso de colírio e exercícios de piscar com mais frequência. Cuidados diários para evitar úlcera de córnea. Mãos: Aumentar a força muscular com exercícios de alongamentos e exercícios ativos: abrir todos os dedos e em seguida juntá-los lentamente (10 vezes). Cuidados diários e uso de proteção para as mãos na realização das AVD[2] para evitar queimaduras, feridas tróficas e ressecamento. Pés: Aumentar a força muscular com exercícios de alongamentos e exercícios ativos: realizar dorsiflexão e flexão plantar do tornozelo lentamente (10 vezes). Uso de proteção para os pés; uso de meias, sapatos fechados e confortáveis. Encaminhar para confecção de palmilha simples para evitar úlcera plantar. Cuidados diários para evitar rachaduras, calosidades e ressecamento.
2	Olhos: Orientar o uso de proteção como óculos durante o dia e tapa olhos para dormir. Encaminhar o paciente para o serviço de reabilitação (centro oftalmológico ou serviço de fisioterapia). Mãos: Orientar o uso de proteção para as mãos na realização das AVD[2]. Encaminhar o paciente para o serviço de reabilitação (sala de curativo, serviço de fisioterapia ou de terapia ocupacional). Pés: Orientar o uso de proteção para os pés como uso de meias e sapatos fechados e confortáveis. Encaminhar o paciente para o serviço de reabilitação (sala de curativo, serviço de sapataria especializado, serviço de fisioterapia ou terapia ocupacional).

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

[1] Nota: Para adoção de outras medidas de prevenção e cuidado sugerimos a seguinte bibliografia: *Manual de prevenção de incapacidades*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

[2] Atividades da vida diária.

Além disso, é importante ficar atento:

- Aos sinais e sintomas encontrados na avaliação de incapacidade como neurite aguda, neurite silenciosa, mãos e pés reacionais e iridociclite, pois estes são sempre situações de urgência que precisam ser encaminhados imediatamente para os serviços de referência;
- Na avaliação periódica, o paciente com grau 1 de incapacidade que não apresentar melhora dos sinais e sintomas ao longo do tratamento, deverá ser encaminhado para avaliação médica e se necessário ao serviço de reabilitação.

O Quadro 6 a seguir apresenta exemplos de tipos de exercícios relacionados à alteração da força muscular.

Quadro 6 – Exercícios recomendados em conformidade com a avaliação da força motora

Força		Descrição	Orientação
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima	Não necessita de exercícios
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial	Exercícios ativos com resistência
	3	Realiza movimento completo contra a gravidade	Exercícios ativos sem ou com pouca resistência
	2	Realiza o movimento parcial	Alongamento e exercícios passivos Exercícios com ajuda da outra mão Exercícios ativos sem resistência
Paralisada	1	Contração muscular sem movimento	Alongamento e exercícios passivos Exercícios com ajuda de outra mão
	0	Paralisia (nenhum movimento)	Alongamento e exercícios passivos

Fonte: (BRASIL, 2016).

11 Diagnóstico das reações hansênicas

As reações hansênicas são fenômenos de aumento da atividade da doença, com piora clínica que podem ocorrer de forma aguda antes, durante ou após o final do tratamento com a poliquimioterapia. Pacientes com carga bacilar mais alta (virchowianos) geralmente apresentam reações de início mais tardio, ou seja, no final ou logo após o término da PQT.

Essas reações resultam da inflamação aguda causada pela atuação do sistema imunológico do hospedeiro que ataca o bacilo. As características típicas dessa resposta são: edema, calor, rubor, dor e perda da função. Uma vez que os bacilos da hanseníase afetam a pele e os nervos, as reações hansênicas cursam com inflamação nesses lugares. A inflamação em uma lesão de pele pode ser incômoda, mas raramente é grave; por outro lado, a inflamação em um nervo pode causar danos graves, como a perda da função originada do edema e da pressão no nervo.

É de fundamental importância o rápido diagnóstico e manejo da reação, pois constituem a maior causa de lesão no nervo periférico e aumento das incapacidades. Não ocorrem em todos os pacientes, mas são frequentes, principalmente entre os pacientes multibacilares.

É recomendável realizar o exame odontológico nos pacientes, pois focos infecciosos podem ser possíveis desencadeantes das reações hansênicas. É ainda importante atentar para infecções assintomáticas como, por exemplo, do trato urinário em idosos.

Suspeitar de reação hansênica tipo 1 se ocorrerem, sem mal estado geral do paciente, os seguintes sinais e sintomas:

- as lesões de pele da hanseníase se tornarem mais avermelhadas e inchadas; e/ou
- os nervos periféricos ficarem mais dolorosos; e/ou
- houver piora dos sinais neurológicos de perda de sensibilidade ou perda de função muscular; e/ou
- as mãos e pés ficarem inchados; e/ou
- houver surgimento abrupto de novas lesões de pele até 5 anos após a alta medicamentosa.

Figura 17 – Reações hansênicas tipo 1



Fotos de um caso dimorfo antes e depois da reação tipo 1. As lesões ficam mais definidas e "aparecem" lesões novas, que na verdade já existiam (subclínicas).

Fonte: Instituto Lauro Souza Lima.

Suspeitar de reação hansênica tipo 2 (eritema nodoso hansênico) se houver:

- manchas ou "caroços" na pele, quentes, dolorosos e avermelhados, às vezes ulcerados; e/ou
- febre, "dor nas juntas", mal-estar; e/ou
- ocasionalmente dor nos nervos periféricos (mãos e pés); e/ou
- comprometimento dos olhos; e/ou
- comprometimento sistêmico (anemia severa aguda, leucocitose com desvio à esquerda, comprometimento do fígado, baço, linfonodos, rins, testículos, suprarrenais).

Figura 18 – Reações hansênicas tipo 2



Reações de eritema hansênico (tipo 2) – nódulos e placas dolorosos, febre e mal estar.

Fonte: Dr. Marcos César Floriano.

11.1 Manejo das reações hansênicas

O manejo dos estados reacionais é geralmente ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por médico.

O acompanhamento do doente com reação deve ser realizado preferencialmente nos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) considerando:

1. Gravidade da reação;
2. Resposta não satisfatória ao tratamento instituído adequadamente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentro de 2 a 4 semanas;
3. Existência de complicação ou contra-indicação que afete o tratamento.

No entanto, existem unidades de atenção básica que possuem condições adequadas para tratar e acompanhar os casos de reações. Nessa situação, o tratamento dependerá dos seguintes fatores:

1. Medicamentos disponíveis;
2. Conhecimento e habilidade dos profissionais;
3. Exames clínicos e laboratoriais disponíveis na unidade.

Para o encaminhamento dos casos de reações deverá ser utilizada a Ficha de Referência/Contrarreferência padronizada pelo município, contendo todas as informações necessárias, incluindo-se a data do início do tratamento, esquema terapêutico, número de doses administradas e o tempo de tratamento.

11.1.1 Reação hansênica tipo 1

Devido a presença quase invariável de lesão neural, ou quando a reação é ulcerada, deve ser iniciada a prednisona 1 mg/kg/dia via oral (pela manhã, no café da manhã) ou dexametasona 0,15 mg/kg/dia em casos de doentes hipertensos ou cardiopatas, conforme avaliação clínica, após avaliação sensitivo-motora com monofilamentos. Para a "dor nos nervos", associar antidepressivo tricíclico em dose baixa (amitriptilina 25 mg por dia), associado a clorpromazina 5 gotas (5 mg) duas vezes ao dia, ou a carbamazepina 200 a 400 mg por dia. Não trate "dor nos nervos" com prednisona nem com talidomida. A dose de amitriptilina pode chegar a 75 mg por dia e a de clorpromazina até 50 mg por dia, em aumentos graduais.

PRECAUÇÕES: verificar se o paciente não possui outras doenças ("pressão alta", diabetes, osteoporose, infecções, imunossupressão, insuficiência cardíaca ou renal, etc). Fazer profilaxia para *Strongiloydes stercoralis*, causador da estrongiloidíase, prescrevendo albendazol 400 mg/dia durante 3 a 5 dias consecutivos, ou ivermectina, se houver. Em caso de gestação, deverão ser considerados os critérios recomendáveis para tratamento antiparasitário em gestantes.

Se necessário, fazer profilaxia para osteoporose: cálcio 1000 mg/dia associado a vitamina D 400-800 UI/dia e/ou bifosfonatos (alendronato 70 mg/semana, administrado com água, pela manhã, em jejum). Recomenda-se que o desjejum ou outra alimentação matinal seja realizado(a), no mínimo, 30 minutos após a ingestão do comprimido do alendronato. Deve-se também estimular a prática de exercícios físicos e a restrição ao fumo e álcool.

O paciente deve retornar mensalmente, sendo que retornos mais curtos (semanal ou quinzenalmente) podem ser necessários, dependendo da gravidade do quadro e do risco de incapacidade. Em todos os retornos, deve ser feita nova avaliação sensitivo-motora com os monofilamentos. Se houver melhora da função dos nervos, ou estabilização, iniciar a redução lenta e gradual da dose da prednisona (10 mg por mês), até a menor dose possível onde os sintomas não retornem.

11.1.2 Reação hansênica tipo 2

Assim como na reação tipo 1, o paciente deve ser encaminhado para a referência municipal, regional ou estadual. Para a dor nos nervos, utilizar o mesmo esquema antiálgico da reação tipo 1.

Iniciar talidomida 100 a 400 mg/dia via oral (de preferência à noite, pela possibilidade de sonolência), de acordo com a gravidade do caso. Como alternativa, para mulheres em idade fértil ou em pacientes com contraindicações a talidomida, pode-se utilizar a pentoxifilina 400 mg três vezes ao dia, ou antiinflamatórios não hormonais.

Associar prednisona 1 mg/kg/dia via oral (pela manhã, após o café da manhã) em casos de comprometimento dos nervos periféricos (bem definido após a palpação e avaliação da função neural), ou de outros órgãos que não a pele (olhos, articulações, testículos, etc), ou se houver ulcerações extensas (necrose da pele). Quando houver associação de talidomida e corticoide, deve-se prescrever ácido acetilsalicílico 100 mg/dia como profilaxia de tromboembolismo.

PRECAUÇÕES: Devido aos graves efeitos teratogênicos, a talidomida somente poderá ser prescrita para mulheres em idade fértil após avaliação médica com exclusão de gravidez através de método sensível e mediante a comprovação de utilização de, no mínimo, 2 (dois) métodos efetivos de contracepção, sendo pelo menos 1 (um) método de barreira. Para maiores informações vide Anexo IV da RDC n° 11, de 22 de março de 2011 e Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003.

O uso prolongado da talidomida pode levar a neuropatias periféricas; por isso, sempre esteja atento a esses sintomas no manejo da neurite hansênica.

As precauções da prednisona foram descritas no item anterior.

O manejo das doses das medicações será feito da mesma forma descrita para as reações tipo 1, ou seja, baseado na melhora clínica ou estabilização dos sinais e sintomas.

Os surtos reacionais são, em geral, autolimitados, sendo em média de 1 mês para a reação tipo 2 (eritema nodoso hansênico), e de 3 a 6 meses para a reação tipo 1. Em casos de surtos subintrantes ou corticodependentes, ou talidomida-dependentes, reavaliar a presença de focos infecciosos, problemas dentários, diabetes, ou contato do paciente reacional com doentes não tratados e sem diagnóstico, ou ainda insuficiência de tratamento (presença de infiltrações/hansenomas após cessada a reação).

12 Investigação de casos em menores de 15 anos de idade

As unidades de saúde dos municípios, diante de um caso suspeito de hanseníase em menores de 15 anos de idade, devem preencher o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos (PCID<15). Se confirmado o caso, a unidade de saúde deve remeter esse protocolo à Secretaria Municipal da Saúde (SMS), juntamente com a Ficha de Notificação/Investigação da Hanseníase, anexando cópia no prontuário. A SMS, mediante a análise do PCID<15 encaminhada pela unidade de saúde, deve avaliar a necessidade de promover a investigação/validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes ou à referência regional/estadual, para confirmação do diagnóstico.

O Programa Estadual de Hanseníase ao identificar o caso no sistema de informação, deve confirmar o preenchimento do PCID<15 pela SMS ou Regional de Saúde responsável; ou solicitar cópia do PCID<15, quando necessário, para avaliar a necessidade de confirmação diagnóstica (Figura 19).

13 Investigação e acompanhamento de recidivas

Diante de um caso suspeito de recidiva, a unidade de saúde do município responsável deve preencher a Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva e encaminhar o caso para a unidade de referência mais próxima. Uma vez confirmado o diagnóstico, a unidade de saúde deve remeter a ficha para a SMS, juntamente com a Ficha de Notificação/Investigação da Hanseníase, anexando cópia no prontuário do paciente.

A notificação de casos de recidiva deverá ser realizada pelo serviço de referência que procedeu à confirmação diagnóstica. Após avaliação, os casos confirmados e sem complicação deverão ser contrarreferenciados, para tratamento e acompanhamento na unidade básica de saúde (Figura 20).

14 Investigação de contatos

O exame de todos os contatos (independentemente do caso notificado ser pauci ou multibacilar) deverá ser muito cuidadoso e detalhado. Essa importante medida estratégica tem como objetivo o diagnóstico na fase inicial da doença, visando quebrar a cadeia de transmissão e evitar sequelas resultantes do diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento adequado. É necessário especial atenção às crianças e idosos.

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

Para fins operacionais, define-se como:

Contato domiciliar: toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco (5) anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não. Atenção especial deve ser dada aos familiares do caso notificado, por apresentarem maior risco de adoecimento, mesmo não residindo no domicílio do caso. Devem ser incluídas, também, as pessoas que mantenham convívio mais próximo, mesmo sem vínculo familiar, sobretudo, àqueles que frequentem o domicílio do doente ou tenham seus domicílios frequentados por ele.

Contato social: toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações sociais (familiares ou não), de forma próxima e prolongada com o caso notificado. Os contatos sociais que incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado.

NOTAS: Atenção especial deve ser dada aos familiares do doente (pais, irmãos, avós, netos, tios, etc.), por estarem inclusos no grupo de maior risco de adoecimento, mesmo que não residam no mesmo domicílio.

Tanto os contatos domiciliares quanto os sociais deverão ser identificados a partir do consentimento do caso notificado, buscando-se estabelecer estratégias de acolhimento e aconselha-

mento que permitam abordagem qualificada e ética, prevenindo situações que potencializem diagnóstico tardio, estigma e preconceito.

Recomenda-se a avaliação dermatoneurológica pelo menos uma vez ao ano, por pelo menos (5) anos, de todos os contatos domiciliares e sociais que não foram identificados como casos de hanseníase na avaliação inicial, independentemente da classificação operacional do caso notificado – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB). Após esse período esses contatos deverão ser esclarecidos quanto à possibilidade de surgimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase.

O Boletim de Acompanhamento deverá conter informações relativas ao monitoramento do número de contatos domiciliares registrados e o número de contatos domiciliares examinados, referentes ao primeiro exame realizado, após o diagnóstico do caso notificado.

As informações relativas ao seguimento dos contatos domiciliares, bem como o primeiro exame e seguimento dos contatos sociais, deverão constar somente no prontuário.

A investigação epidemiológica de contatos consiste em: anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase, exame dermatoneurológico (deverá ser realizado conforme descrito nos itens 2 e 3 desse Guia), e vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintoma de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB. Todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica, mas que ela oferece alguma proteção contra a hanseníase. É ainda importante que os profissionais de saúde estejam atentos ao fato que a BCG pode abreviar o tempo de incubação.

ATENÇÃO: não se deve fazer a vacinação BCG em pacientes imunossuprimidos, pessoas com tuberculose ativa, gestantes ou em indivíduos vacinados recentemente.

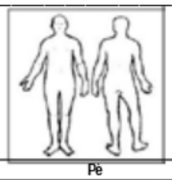
As autoridades sanitárias devem verificar as notificações de casos de hanseníase residentes na sua área de abrangência.

Figura 19 – Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos – PCID < 15

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1 – Unidade de Saúde: _____
2 Município: _____ 3 - UF_____
4 – Nome do Paciente: _____ 5 – Nº do Prontuário: _____
6 – Nome da Mãe: _____
7 – Data de Nascimento: ____/____/____ 8 – Idade: _____ anos
9 – Município de Residência: _____ 10 – UF: _____
11 Há quanto tempo reside nesse município?_____
12 – Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
☐ Menos de 6 meses ☐ De 6 meses há 1 ano ☐ Mais de 1 ano
13 – Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? ☐ Não ☐ Sim
Qual o problema/doença havia sido identificado? _____
14 Existem outras pessoas com problemas de pele na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____
15 – Existe ou existiu doente de hanseníase na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____
OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados
16 – Número de lesões de pele: _____
17 – Tipos/características de lesões:
Area(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
Manchas(s) com alteração da coloração da pele ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
Placas eritematomatosa com bordas elevadas ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
Nódulos/pápulas ☐ Infiltração ☐ Outras (especificar): _____
18 – Cicatriz de BCG: ☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ou mais
19 – Existem áreas com rarefação de pelo?
☐ não ☐ sim Onde? _____
20 – Existem nervos acometidos?
☐ não ☐ sim Onde? _____
21 – Teste de Histamina (quando disponível):
☐ não ☐ sim Onde?
22 – Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado



23 – Avaliação do grau de incapacidade:

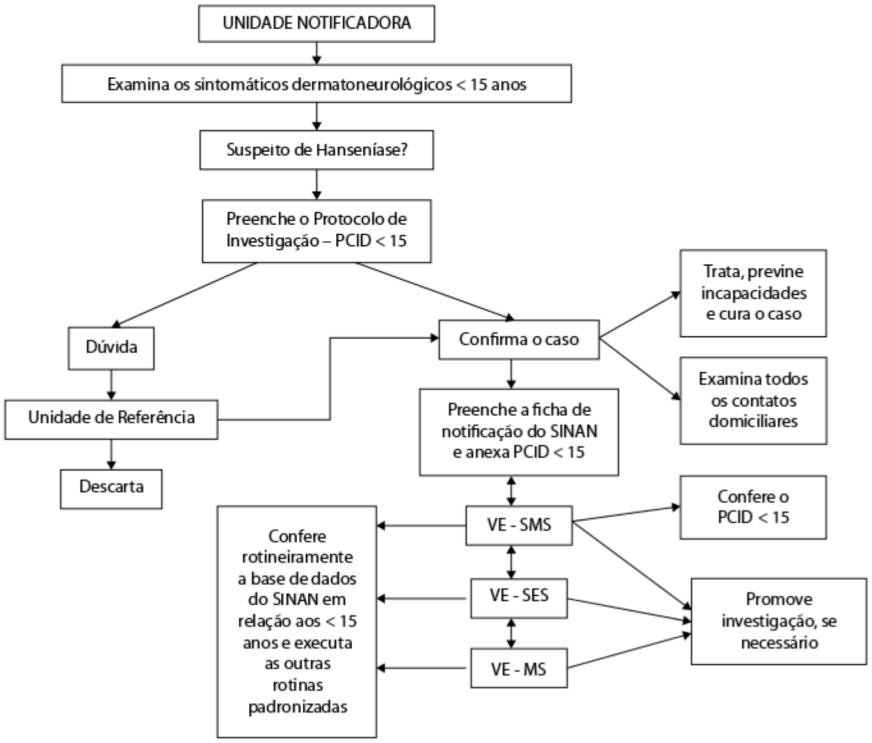
Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E	Sinais e/ou sintomas	D	E
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas. **E** Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual ≥ 0,1 ou 6/60			Força muscular das mãos preservadas. **E** Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Força muscular dos pés preservada. **E** Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
1	**Diminuição da força muscular** das pálpebras sem deficiências visíveis. **E/OU** **Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea**: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar			**Diminuição da força muscular** das mãos sem deficiências visíveis. **E/OU** **Alteração da sensibilidade palmar**: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			**Diminuição da força muscular** dos pés sem deficiências visíveis. **E/OU** **Alteração da sensibilidade plantar**: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
2	**Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase**, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite. **E/OU** Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6/60, **excluídas outras causas**.			**Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase**, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas tróficas e/ou traumáticas.			**Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase**, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas tróficas e/ou traumáticas.		
	MAIOR GRAU OLHOS			**MAIOR GRAU MÃOS**			**MAIOR GRAU PÉS**		

24 Caso confirmado como caso de Hanseníase? ☐ não ☐ sim
25 – Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: ☐ PB ☐ MB 26 – Grau de Incapacidade Física: _____
27 – Nome do profissional: _____ CRM: _____
28 – Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20_____
Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENIASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS

continua

conclusão

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS



1. As Unidades de Saúde dos municípios, diante de um caso suspeito, preenchem o "Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos PCID <15 e, se confirmado o caso, remetem esse protocolo à Secretaria Municipal de Saúde com a da ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do doente;
2. As Secretarias Municipais de Saúde – SMS, mediante a análise do PCID < 15, encaminhados pelas Unidades de Saúde, avaliam a necessidade de promover a investigação/validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes, ou referência regional/estadual, para confirmação do diagnóstico;
3. As Secretarias Estaduais de Saúde – SES, através das Coordenações Estaduais do Programa de Hanseníase, ao identificarem o caso no sistema de informação, confirmam com as SMS ou Regionais de Saúde correspondentes, o preenchimento do PCID <15, ou solicitam cópia do mesmo, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica.
4. O Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/SVS, ao identificar o caso no sistema de informação, confirma com as SES o preenchimento do protocolo, ou solicita cópia do mesmo, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.

Fonte: (BRASIL, 2016).

Figura 20 – Ficha de investigação de suspeita de recidiva

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE RECIDIVA

CGHDE/SVS/MS	Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva
Regional de Saúde _____ Mun. Notificação: _____UF_____ Unidade de Saúde: _____	N.º Reg. Sinan: _____ N.º Prontuário: _____

Identificação do Paciente

Nome: _____
Idade: _____ Data de Nascimento: __/__/__ Sexo: M) Masc F) Fem ☐
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Município de Residência:_____UF_____

História Anterior

1. Exame Dermatoneurológico: 1) Sim, 2) Não
Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ Infiltrações ☐ N.º De Lesões____ ☐
Outros_____
1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐

2. **Classificação**	3. **Baciloscopia**	4. **Grau Incapacidade**
1)PB 2)MB ☐ 1)I, 2)T, 3)D, 4)V, ☐ Data do Diagnóstico __/__/__	1)Positiva Ib _____ ☐ 2)Negativa 3)Não Realizada/Não informada	0)Zero ☐ 1)Um 2)Dois 3) Não Avaliado/Não Informado

5. TRATAMENTO

Data do Início do Tratamento Anterior: __/__/__
1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ ☐
Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não ☐
Data do Término do Tratamento: __/__/__
Observações:_____

6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:

1) Sim, 2)Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I / II ☐ NEURITES ☐ N.º DE EPISÓDIOS _____
Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas):_____
_____

SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA

1. **Exame Dermatológico** 1) Sim 2)Não

Áreas hipoanestésicas	☐	Infiltrações	☐
Manchas	☐	Lesão residual	☐
Placas	☐	Sem lesão cutânea	☐
Nódulos	☐	N.º de lesões _____	

1.1 Nervos Acometidos

Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não ☐
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐

2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I / II ☐
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas):
_____

3. Grau De Incapacidade:
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐

continua

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA

Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos primeiros sintomas ___/___/___

1. EXAME DERMATOLÓGICO 1) Sim, 2) Não

Manchas ☐ Infiltrações ☐
Placas ☐ Outras ☐
Nódulos ☐

No De Lesões _____

1.1 NERVOS ACOMETIDOS 1) Sim 2) Não ☐
Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não

Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐

2. BACILOSCOPIA
1) Positiva 2)Negativa 3) Não Realizada IB _____ ☐

3. GRAU DE INCAPACIDADE
0)Zero 1)Um 2)Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐

4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1)Sim 2)Não ☐ TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I/II ☐ NEURITES ☐
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas) _____

5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não

☐ Aparecimento súbito e inesperado
☐ Acompanhados de febre e mal estar
☐ Aparecimento de várias lesões novas
☐ Ulceração das lesões
☐ Envolvimento de muitos nervos
☐ Boa resposta aos esteroides
☐ Lento e insidioso
☐ Sem febre e mal estar
☐ Poucas lesões novas
☐ Sem ulceração
☐ Nenhum ou algum nervo envolvido
☐ Resposta não pronunciada aos esteroides

6.DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: 1) Sim, 2) Não

☐ Estado reacional de hanseníase
☐ Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)
☐ Recidiva de hanseníase
☐ Recidiva e estado reacional de hanseníase
☐ Suspeita de resistência medicamentosa
☐ Outros _____ (Especificar)

7.CONDUTA 1) Sim, 2) Não

DATA ___/___/___

☐ Introduzido medicação anti-reacional
☐ Introduzida PQT/PB
☐ Introduzida PQT/MB
☐ Iniciada investigação para resistência medicamentosa
☐ Retirado material para inoculação
☐ Outros _____ (Especificar)

8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA

1)I, 2)T 3)D 4)V ☐ 1)PB 2)MB ☐ Data Diagnóstico ____/___/____

_____, ____DE_____DE_____

_____
NOME (CRM) Médico da Unidade de Saúde

_____
NOME DA UNIDADE DE SAÚDE

_____
NOME (CRM) Médico do Centro de Referência

_____
NOME DO CENTRO DE REFERÊNCIA

_____
NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL

Fonte: (BRASIL, 2016).

15 Sistema de Informação

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Após confirmação diagnóstica, os casos devem ser notificados, utilizando-se a ficha de Notificação/ Investigação do Sistema de Informação de Agravo de Notificação - SINAN (Figura 21).

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

Para o devido acompanhamento e seguimento da evolução clínica dos doentes, o SINAN possui como instrumento de monitoramento o Boletim de Acompanhamento de Hanseníase, que deve ser encaminhado pela unidade de saúde, ao final de cada mês, ao nível hierárquico superior informatizado, contendo as seguintes informações: data do último comparecimento; classificação operacional atual; esquema terapêutico atual; número de doses de PQT/OMS administradas; episódio reacional durante o tratamento; número de contatos registrados e examinados; e, em caso de saída, tipo, data e grau de incapacidade na alta por cura (Figura 22).

OBS: Casos que retornam ao mesmo ou a outro serviço de saúde após abandono do tratamento devem ser reexaminado para definição da conduta terapêutica adequada, notificados no SINAN com o "modo de entrada" ***outros reingressos*** e informados no campo "observações" ***reingresso por abandono***.

Recomenda-se que as unidades de saúde realizem um monitoramento complementar dos doentes faltosos, como forma de avaliar a efetividade das estratégias adotadas para evitar o abandono do tratamento (**% de faltosos recuperados entre os faltosos com menos de 3 (três) faltas consecutivas para os doentes com classificação operacional PB e menos de 6 (seis) faltas para doentes MB**).

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

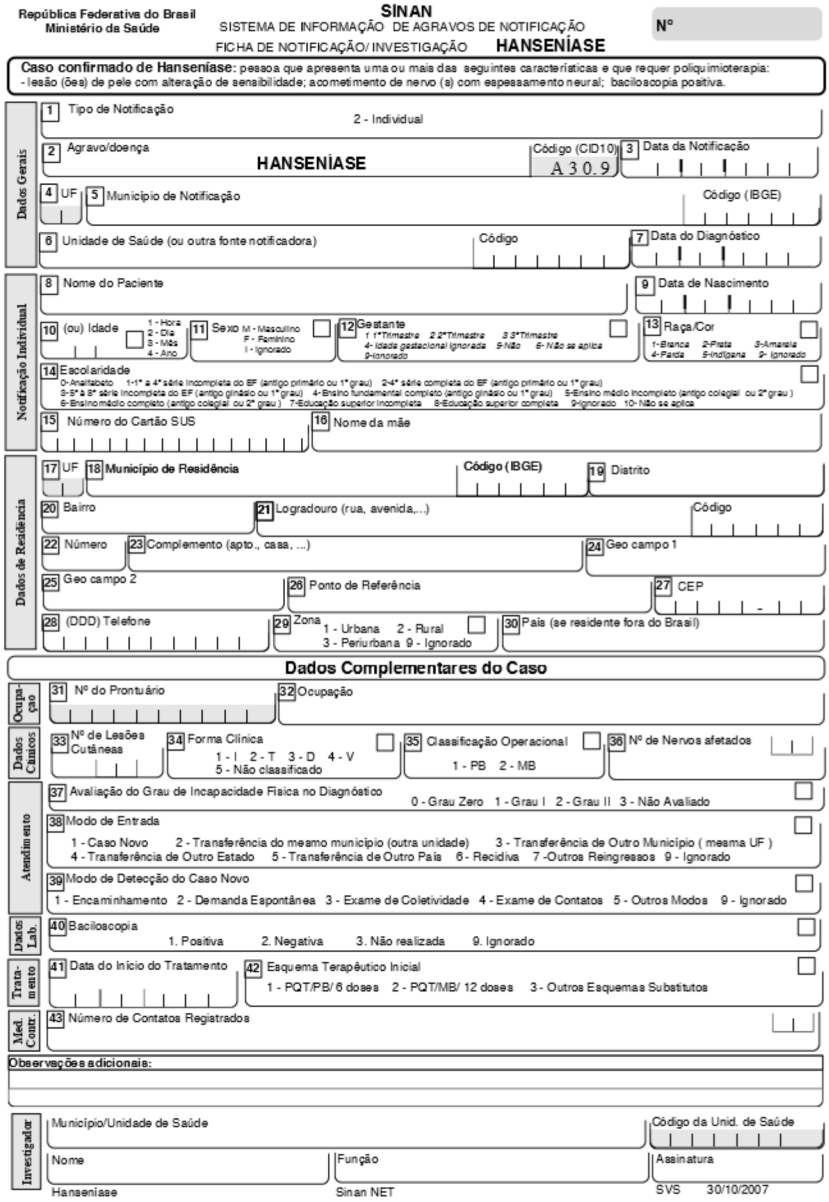
15.1 Referência e Contrarreferência

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

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

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

Figura 21 – Ficha de Notificação/Investigação Hanseníase



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais
1 Tipo de Notificação: 2 - Individual
2 Agravo/doença: HANSENÍASE | Código (CID10): A30.9 | 3 Data da Notificação
4 UF | 5 Município de Notificação | Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) | Código | 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual
8 Nome do Paciente | 9 Data de Nascimento
10 (ou) Idade (1 - Hora, 2 - Dia, 3 - Mês, 4 - Ano) | 11 Sexo (M - Masculino, F - Feminino, I - Ignorado) | 12 Gestante (1 1ºTrimestre, 2 2ºTrimestre, 3 3ºTrimestre, 4- Idade gestacional ignorada, 5-Não, 6- Não se aplica, 9-Ignorado) | 13 Raça/Cor (1-Branca, 2-Preta, 3-Amarela, 4-Parda, 5-Indígena, 9- Ignorado)
14 Escolaridade
0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau)
3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau)
6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
15 Número do Cartão SUS | 16 Nome da mãe

Dados de Residência
17 UF | 18 Município de Residência | Código (IBGE) | 19 Distrito
20 Bairro | 21 Logradouro (rua, avenida,...) | Código
22 Número | 23 Complemento (apto., casa, ...) | 24 Geo campo 1
25 Geo campo 2 | 26 Ponto de Referência | 27 CEP
28 (DDD) Telefone | 29 Zona (1 - Urbana, 2 - Rural, 3 - Periurbana, 9 - Ignorado) | 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

Ocupação
31 Nº do Prontuário | 32 Ocupação

Dados Clínicos
33 Nº de Lesões Cutâneas | 34 Forma Clínica (1 - I, 2 - T, 3 - D, 4 - V, 5 - Não classificado) | 35 Classificação Operacional (1 - PB, 2 - MB) | 36 Nº de Nervos afetados

Atendimento
37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico (0 - Grau Zero, 1 - Grau I, 2 - Grau II, 3 - Não Avaliado)
38 Modo de Entrada (1 - Caso Novo, 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade), 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF), 4 - Transferência de Outro Estado, 5 - Transferência de Outro País, 6 - Recidiva, 7 -Outros Reingressos, 9 - Ignorado)
39 Modo de Detecção do Caso Novo (1 - Encaminhamento, 2 - Demanda Espontânea, 3 - Exame de Coletividade, 4 - Exame de Contatos, 5 - Outros Modos, 9 - Ignorado)

Dados Lab.
40 Baciloscopia (1. Positiva, 2. Negativa, 3. Não realizada, 9. Ignorado)

Tratamento
41 Data do Início do Tratamento | 42 Esquema Terapêutico Inicial (1 - PQT/PB/ 6 doses, 2 - PQT/MB/ 12 doses, 3 - Outros Esquemas Substitutos)

Med. Contr.
43 Número de Contatos Registrados

Observações adicionais:

Investigador
Município/Unidade de Saúde | Código da Unid. de Saúde
Nome | Função | Assinatura

Hanseníase | Sinan NET | SVS 30/10/2007

Fonte: (BRASIL, 2016).

Figura 22 – Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENIASE

Página: 1



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SES -

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

UF: **Município de Notificação:**
Unidade:

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

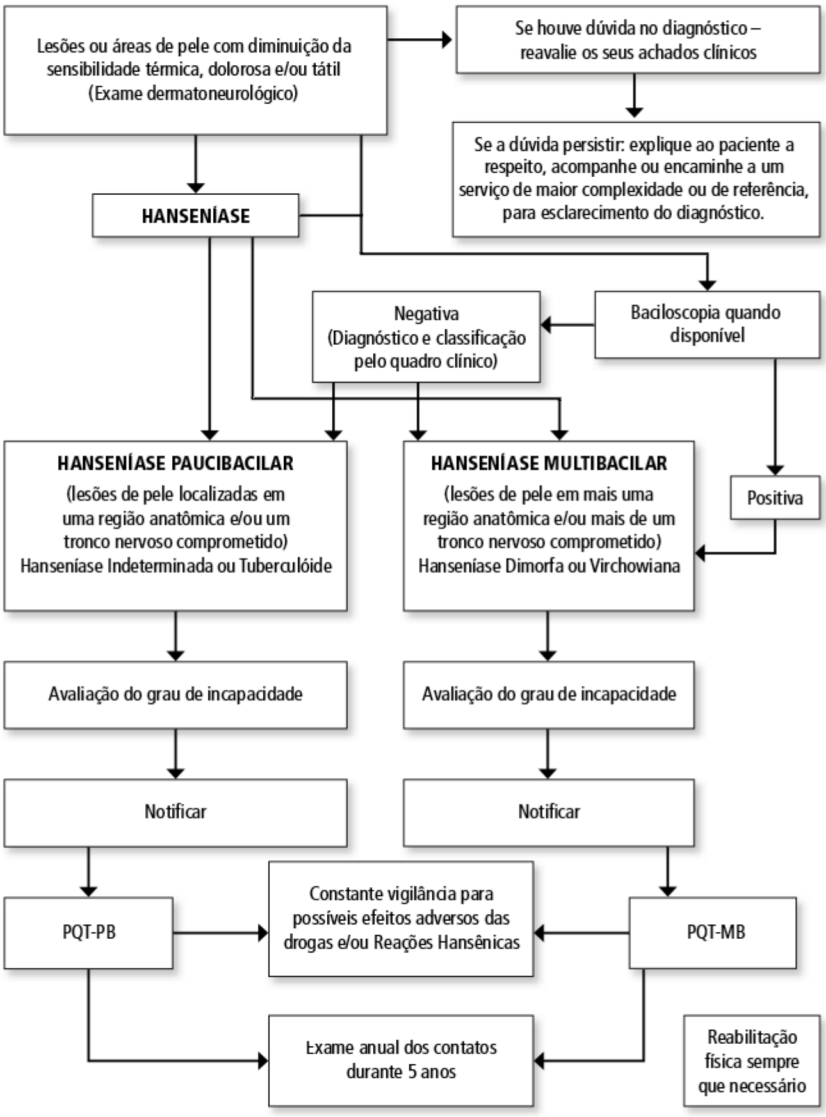
CO: Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)
AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado ET: Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 -Outros Esquemas substitutivos
ND: Número de Doses recebidas
ER: Episodio reacional durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 1 e 2 4- Sem reação
Tipo de Saída: 1 – Cura 2 – Transf p/ mesmo município 3 – Transf p/ outro município 4 – Transf p/outro Estado 5 – Transferência para outro País 6 – Óbito 7 – Abandono 8 – Erro diagnostico

Fonte: (BRASIL, 2016).

Em resumo, pontos importantes para relembrar:

- A hanseníase é doença ainda endêmica no Brasil, portanto lesões ou áreas de pele com perda de sensibilidade (térmica e/ou dolorosa) devem sempre levar os profissionais de saúde a pensar no diagnóstico da hanseníase e avaliar o caso cuidadosamente.
- O diagnóstico é baseado no quadro clínico, portanto, é possível diagnosticar a maior parte dos casos utilizando pouco material acessório (com dois tubos de ensaio com água quente e fria ou com apenas uma agulha de insulina).
- Classificar os pacientes é muito importante, pois tratar um paciente multibacilar erroneamente como paucibacilar pode agravar a condição de saúde do paciente e prejudicar o controle epidemiológico da hanseníase.
- Esteja sempre atento quanto ao rápido diagnóstico e manejo das reações hansênicas, pois elas são importantes causas de incapacidades.

16 Algoritmo para o diagnóstico, classificação e tratamento da hanseníase



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase**: capacitação para profissionais da atenção primária em saúde. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública**: manual técnico-operacional. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hanseniase-4fev16-web.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classification of leprosy**. c2016. Disponível em: <http://www.who.int/lep/classification/en/>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. **WHO Model Prescribing Information**: drugs used in Leprosy. Geneva, 1998. 28 p. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2988e/4.html>. Acesso em: 23 dez. 2016.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 24, 4 fev. 2016. Seção 1, p. 45.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília, 2009. 816 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. ed. rev. Brasília, 2008. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos**: baciloscopia em hanseníase. Brasília, 2010. 54 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase**. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase**: caderno do monitor. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Talidomida**: orientação para o uso controlado. Brasília, 2014.

HASTINGS, R. C. (Ed.). **Leprosy**. 2nd ed. New York: Churchill Livingstone, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia para a eliminação da hanseníase como problema de Saúde Pública**. Genebra, 2000. 38 p.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A guide to eliminating leprosy as a public health problem**. 2nd ed. Geneva, 1997.

ISBN 978-85-334-2542-2

DISQUE SAÚDE 136
Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

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

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL GOVERNO FEDERAL