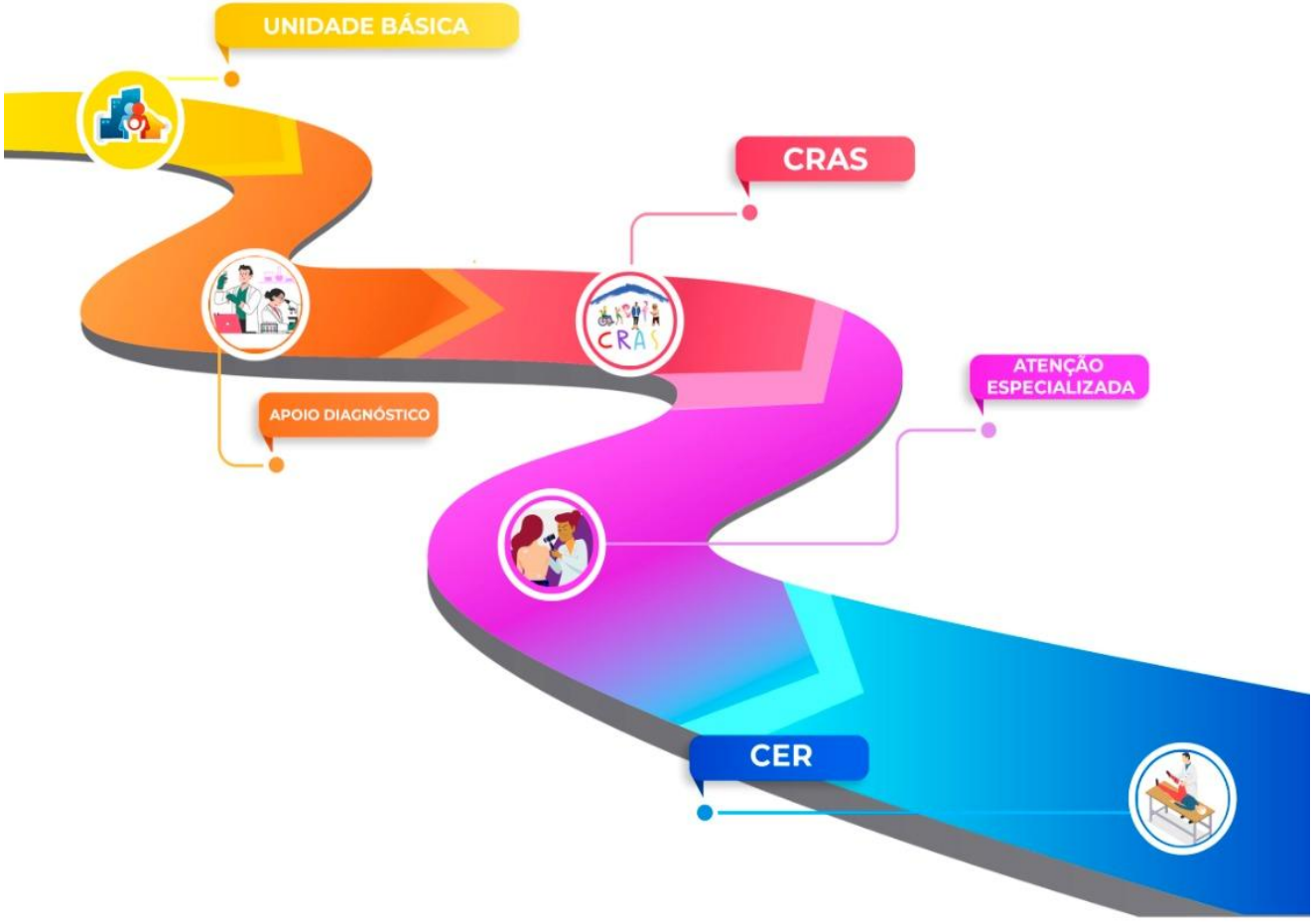
Linha de Cuidado Hanseníase



AGEVISA
AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
RONDÔNIA
Governo do Estado

LINHA DE CUIDADO DA PESSOA ACOMETIDA PELA HANSENÍASE
RONDÔNIA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R771l Rondônia. Agência Estadual de Vigilância em Saúde.
Linha de cuidado da pessoa acometida pela Hanseníase [recurso eletrônico]: Rondônia/ Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia (AGEVISA/RO), Laboratório de Informações em Saúde (LIS), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Fiocruz . – Porto Velho: Agevisa/RO, 2026.
71p., il., color.

Parceria da Agência Estadual de Vigilância em Saúde de Rondônia-Rondônia (AGEVISA/RO), e Laboratório de Informações em Saúde (LIS), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Fiocruz, na elaboração/divulgação da "Linha de cuidado da pessoa acometida pela hanseníase Rondônia."
Modo de acesso: World Wide Web
ISBN: 978-65-87975-14-6

1. Hanseníase. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistema Único de Saúde I. Fiocruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Laboratório de Informações em Saúde . II. Título.

CDD 616.998098111

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca de Manguinhos / ICICT / FIOCRUZ – RJ, sob a responsabilidade de Tarcila Peruzzo – CRB-7: RJ-006193/O

MARCOS ROCHA
Governador do Estado de Rondônia

EDILTON OLIVEIRA DOS SANTOS
Secretário de Estado da Saúde

CEL BM GILVANDER GREGÓRIO DE LIMA
Diretor Geral da AGEVISA/RO

VANESSA EZAKI
Diretora Executiva da AGEVISA/RO

LUMA AKEMI DE AZEVEDO KUBOTA
Gerência Técnica de Vigilância Epidemiológica – GTVEP

EDKLEY PEREIRA TRINDADE
Núcleo de Doenças Crônicas Transmissíveis - NDCT

CARMELITA RIBEIRO FILHA CORIOLANO
Coordenação Estadual Controle da Hanseníase

ELABORAÇÃO:

Alessa Ramos de Lima – Acadêmica Enfermagem – Estagiária/CECH/AGEVISA

Anderson Fuentes Ferreira - Fundação Oswaldo Cruz , Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Carmelita Ribeiro Filha Coriolano – Coordenação Estadual Controle Hanseníase/CECH/ AGEVISA

EQUIPE DA COORDENAÇÃO ESTADUAL CONTROLE HANSENÍASE – CECH/AGEVISA

Albanete Araújo de Almeida Mendonça
Alessa Ramos de Lima
Carmelita Ribeiro Filha Coriolano
Edkley Pereira Trindade
Edna Carvalho Botelho
Helen Carmo Carioca de Holanda

Revisão da língua vernácula:

Edna Carvalho Botelho - Coordenação Estadual Controle Hanseníase/CECH/AGEVISA
Lidiane Pereira da Silva Marques – Assessoria de Comunicação – ASCOM/AGEVISA

COLABORADORES: Oficina 1

Ana Claúdia Pereira Pires – GPES/SESAU/RO
Ana Paula de S. Silva Uchôa – GPES/SESAU/RO
Bruna Daiane Messias Bispo da Silva – SEMUSA/Jaru/RO
Caroline K. Melchior – CEMETRON/Porto Velho/RO
Claudia Castanheira Junqueira - Unidade Albert Sabin/Rolim de Moura/RO
Cleumar Silva do Nascimento – Hospital Santa Marcelina/Porto Velho/RO
Cris Lane de Sousa Oliveira Nascimento – Hospital Santa Marcelina/Porto Velho/RO
Cristiane Menezes Silva – Policlínica Osvaldo Cruz/Porto Velho/RO
Darllen Quellen R. S. Melo – APS/SESAU/RO
Emerson Martins de Souza – URSDT/Ariquemes/RO
Fábio Júlio Perondi Silva – CRECSS/SESAU/RO
Gelzirlane do Nascimento – COSAD/SESAU/RO
Jessíca Reco Cruz – SAE/ Cacoal/RO
Joice Terezinha Furtado Machado – IV GRS/Ariquemes/RO
Juliana Maria Vicente – Ambulatório Gov. Jorge Teixeira/Vilhena/RO
Juliana Nascimento – CAIS/SESAU/RO
Karla da Silva Guimarães Rocha – DAB/Porto Velho/RO
Lua Clara Melo – COSAD/SESAU/RO
Marcos Antonio S. Rodrigues – COSAD/SESAU/RO

Maria da Conceição de Luna Alves Cunha – II GRS/Cacoal/RO
Marize Ventin – Enfermeira – Fundação NHR Brasil – Fortaleza/CE
Noeli Lúcia Felipe – III GRS/Vilhena/RO
Pedro Jorge Fernandes Magalhães –GPES/SESAU/RO
Rafael Martins Papa – I GRS/Ji Paraná/RO
Rejane da Silva Freitas – V1 GRS/Porto Velho
Rosemary Aparecida Passador Sanches de Giuli – US Madre Tereza de Calcutá/Pimenta Bueno/RO
Salete Veronica Gheller – V GRS/Rolim de Moura/RO
Sheila Nina Arruda – CMCH/SEMUSA/Porto Velho/RO
Wanderlei Ruffato – Policlínica Osvaldo Cruz/SESAU/RO

COLABORADORES: Oficina 2

Álefe Oliveira Bezerra do Nascimento - III GRS/Vilhena/RO
Alexandro Dainez - I GRS/Ji-Paraná/RO
Atainá Tenório Volkweise - II GRS/Cacoal/RO
Bruna Daiane Messias Bispo da Silva - Jaru/RO
Camila Schirmer Barbosa - I GRS/Ji-Paraná/RO
Claudia Castanheira Junqueira - Unidade Albert Sabin/Rolim de Moura/RO
Cristiane Suelen Silva Neves – Coordenação e-ESF/Ariquemes/RO
Daiana Prata Cuelar – CEMETRON/Porto Velho/RO
Denise Freitas Rocha – Enfermeira/Monte Negro/RO
Emerson Martins de Souza - URSDT/Ariquemes/RO
Evelene Pereira de Lima - II GRS/Cacoal/RO
Fabiana Silva Marques – Fisioterapeuta/ Porto Velho/RO
Izenilda Evangelista de Souza – Terapeuta Ocupacional – CCPD/SESAU/RO
Janecleria Azevedo Possmoser Badra – Médica/Montenegro/RO
Jeanne Silva da Costa - IV GRS/Ariquemes/RO
Jennysser da Silva Andrade – Enfermeira DAB/Porto Velho/RO
Jessíca Reco Cruz - SAE/ Cacoal/RO
Juliana Maria Vicente - Ambulatório Gov. Jorge Teixeira/Vilhena/RO
Juliana Nascimento Moreira - VI GRS/Porto Velho/RO
Léa Carvalho dos Santos – Téc.Enfermagem/ Porto Velho/RO
Luilda Noberto Soares Caetano dos Santos - I GRS/Ji-Paraná/RO
Milanne Maria de Lima Vicente - V GRS/Rolim de Moura/RO
Peterson Benaion Sanches – Enfermeiro/Porto Velho/RO
Rosemary Aparecida Sanches Giulli – Coordenação Municipal PCH/ Pimenta Bueno/RO
Rosilene Nunes Momm - Téc.Enfermagem/ Porto Velho/RO
Salete Veronica Gheller – Vigilância Epidemiológica/ V GRS/Porto Velho/RO
Sheila Sarmento Nina Arruda - CMCH/SEMUSA/Porto Velho/RO
Suelen Rodrigues de Assis Bento – Enfermeira/ Itapuã do Oeste/RO
Tatiana Tomoe – Enfermeira COAPS/ Porto Velho/RO

Vitória Cristina Silva Denny – Psicóloga/Porto Velho/RO
Wanderlei Ruffato - Policlínica Osvaldo Cruz/SESAU/ Porto Velho/RO
Wuelison Lelis de Oliveira – Enfermeiro docente/Fiocruz/Porto Velho/RO

LISTA DE ABREVIATURAS

AE – Atenção Especializada
AINE – Anti-inflamatório Não Esteroides
ANS – Avaliação Neurológica Simplificada
APS – Atenção Primária à Saúde
BAAR - Baciloscopia direta para Bacilos Álcool-Ácido Resistentes
BCG - Bacilo de Calmette e Guérin
CER – Centro Especializado de Reabilitação
CEREL – Central Estadual de Regulação de Leitos
CERO – Centro Especializado de Reabilitação de Rondônia
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
e-ESF – Equipe de Estratégia de Saúde da Família
GAC – Grupo de Autocuidado
GIF I – Grau de Incapacidade Física 1
GIF 2- Grau de Incapacidade Física 2
HM – Hospital Municipal
HRC – Hospital Regional de Cacoal
IB – Índice Baciloscópico
IgM - imunoglobulina M
LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
LC – Linha de Cuidado
MB – Multibacilar
MMII – Membros inferiores
MMSS – Membros superiores
MS – Ministério da Saúde
OMP – Olho/Mão/Pé
PB – Paucibacilar
PCDT – Protocolo Clínico de Diretrizes e Terapêutica da Hanseníase
PCR – Reação em Cadeia da Polimerase
PGL-1 - Glicolipídeo Fenólico -1
PNI – Programa Nacional de Imunização
POC – Policlínica Oswaldo Cruz
PQT-U – Poliquimioterapia Única
PA – Pronto Atendimento
PTS - Projeto Terapêutico Singular
qPCR - Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real
RAS - Rede de Atenção à Saúde
REGULA RO - Sistema de Regulação de Acesso ao Serviço de Saúde de Rondônia
SAE – Serviço de Assistência Especializada
SINAN – Sistema e Informação de Agravos de Notificação
SisREAÇÃO – Sistema de Estados Reacionais em Hanseníase
SISREG – Sistema Nacional de Regulação
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
TR – Teste Rápido
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Ficha SINAN Hanseníase 61
Anexo 2 - Formulário de paciente com hanseníase (capa de prontuário) 62
Anexo 3 - Diagrama Corporal para localização de lesões: faz parte do prontuário 63
Anexo 4 - Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada e Classificação do Grau de Incapacidade Física 64
Anexo 5 - Encaminhamento para vacinação BCG 66
Anexo 6 - Caderneta de saúde da pessoa acometida pela hanseníase 67
Anexo 7 - Laudo teste rápido de hanseníase 68
Anexo 8 - Formulário de Transferência de Paciente de Hanseníase (Frente) 69
Anexo 9 - Guia de Contrarreferência 71
Anexo 10 - Boletim de Acompanhamento de hanseníase 72

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 11
2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA 12
3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) 13
4. LINHA DE CUIDADO DA PESSOA ACOMETIDA PELA HANSENÍASE 15
   4.1 Fluxograma de caso suspeito de hanseníase na Atenção Primária à Saúde (APS) 16
   4.2 Fluxograma do Contato da pessoa acometida pela hanseníase 35
   4.3 Fluxograma da pessoa acometida pela hanseníase na Atenção Especializada 41
   4.4 Fluxograma de condutas para reação hansênica 43
   4.5 Fluxograma da pessoa acometida pela hanseníase com indicação de internação 45
   4.6 Fluxograma da pessoa acometida pela hanseníase no pós-alta 48
   4.7 Fluxograma da Deficiência Física pela hanseníase 51
   4.8 Fluxograma da pessoa acometida pela hanseníase com indicação cirúrgica 54
   4.9 Fluxograma do caso suspeito de hanseníase privado de liberdade 57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 59

1. INTRODUÇÃO

As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo ou permanente, exigem respostas e ações contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade [1] . Portanto, estão nesse contexto, as doenças transmissíveis de curso longo, como HIV/AIDS, hanseníase e hepatites virais (B e C), tuberculose, doença de Chagas (crônica) e as deficiências físicas e estruturais contínuas, como amputações e deficiências motoras persistentes [1].

No contexto de doenças transmissíveis, a hanseníase ainda é um importante problema de saúde pública no Brasil, apresentando alta carga da doença, levando a ocupar a segunda posição no ranking mundial, com maior número de casos novos anualmente[2] . Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) tem envidado esforços para o enfrentamento da doença, não só na definição das políticas públicas de saúde, mas também apoiando os estados e municípios a serem efetivos nas ações estratégicas para o diagnóstico precoce, tratamento oportuno, prevenção de deficiência física, autocuidado e enfrentamento ao estigma e a discriminação.

Desse modo, para o cuidado integral às pessoas acometidas pela hanseníase, o MS elaborou o Protocolo Clínico e de Diretrizes Terapêuticas (PCDT)[3] definido pela Portaria SCTIE/MS nº 67, de 7 de julho de 2022 que normatiza, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), uma diretriz baseada em evidências, tendo como principais objetivos:

- Estabelecer os critérios para diagnóstico e tratamento de pessoas acometidos pela hanseníase;
- Promover a efetiva descentralização para a Atenção Primária à Saúde,
- Promover e garantir o atendimento aos princípios da universalidade, equidade e integralidade no contexto do SUS.

O PCDT aponta as necessidades da pessoa acometida, não só da prática curativa com acesso a serviços nos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde – RAS (nível primário, secundário e terciário) mas também em outros sistemas de apoio, a exemplo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Por fim, esta Linha de Cuidado (LC) da Hanseníase visa nortear os profissionais de saúde, sobretudo aqueles que oferecem cuidados à pessoa acometida nos serviços de saúde do Estado de Rondônia.

2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, a incidência da hanseníase tem apresentado queda ao longo da última década, com distintos aspectos epidemiológicos nas Unidades da Federação (UFs). Esse comportamento de redução também é observado na detecção de casos em menores de 15 anos, contudo na contra mão da detecção, a proporção de casos novos com deficiência física (GIF2) tem aumentado [4].

A doença não se distribui de forma homogênea no país, concentra-se nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, sendo a porção da Amazônia Legal a mais acometida. A distribuição heterogênea da hanseníase pode estar relacionada à influência dos determinantes sociais da doença em cada localidade, assim como as rotas de migração interna em algumas áreas. A doença é negligenciada e acomete com mais frequência populações desprivilegiadas, imersas em contextos de extrema vulnerabilidade socioeconômica. Pessoas inseridas em situações desfavoráveis, com condições de habitação e alimentação precárias, estão mais susceptíveis a adoecerem por hanseníase[4].

Em Rondônia, os 52 municípios estão distribuídos em sete regiões de saúde. A série histórica de 10 anos (2016-2025) da detecção de casos novos de hanseníase evidencia uma redução importante na taxa de detecção geral, respectivamente 26,3% e 22,5/100 mil hab. Apesar disto, segundo parâmetro do indicador, mesmo com a redução, é considerada “muito alta”. Na mesma série histórica, a redução da taxa de detecção em menor de 15 anos foi de 27,7%. Contudo, anualmente são detectados novos casos na população menor de 15 anos demonstrando que a transmissão permanece ativa e recente.

Considerando o caráter crônico e a evolução muitas vezes silenciosa da hanseníase, faz-se necessário o fortalecimento das ações de vigilância em saúde, incluindo a busca ativa de casos e o exame dos contatos, visando o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno, interrupção da cadeia de transmissão e prevenção de deficiências físicas [5]. Desse modo, contribui para o alcance das metas global e nacional: zero transmissão, zero incapacidade e zero estigma [6].

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um importante aliado ao enfrentamento da hanseníase, pois oferece acesso ao diagnóstico no território de moradia e garante o tratamento adequado para cura da pessoa acometida pela doença.

3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

As RAS são sistematizadas para responder a condições específicas de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimentos que implica a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diferentes níveis: Atenção Primária, Secundária e Terciária [7]. Contudo, o cuidado integral e a rede de cuidado vão além da RAS, contam com diversos dispositivos que são transversais a todos os níveis de atenção, sendo eles - a rede de apoio intersetorial, sobretudo para o cuidado da pessoa acometida pela hanseníase .

Além disso, a RAS tem sido proposta para lidar com projetos e processos complexos de gestão e atenção à saúde, onde há interação de diferentes agentes e têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde, a fim de promover uma atenção de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios do SUS [8].

A formação de uma rede integrada e regionalizada tem se mostrado eficaz na organização de sistemas de saúde, para responder desafios estruturais e epidemiológicos, trazendo melhores resultados nos indicadores de saúde [9].

A linha de cuidado é um instrumento de trabalho integrado que abrange o olhar sobre o território à organização do serviço, pautado no processo saúde-doença que norteia as consultas individuais e compartilhadas, visitas domiciliares, atividades coletivas e procedimentos realizados pelas equipes de saúde [10].

No contexto do cuidado da pessoa acometida pela hanseníase, estabelecer a LC como estratégia auxilia na descentralização do cuidado que, por muito tempo, ocorreu de forma centralizada nos centros de referência, induzindo e subsidiando as ações de controle da hanseníase nos estados e municípios. Além disso, propicia a potencialização das ações para diagnóstico e tratamento oportuno, melhorar a possibilidade de adesão e acompanhamento longitudinal do paciente.

Ademais, deve garantir que o paciente seja acolhido com a compreensão de que os profissionais e o estabelecimento operam em seu benefício, por meio de um bom relacionamento e melhoria da qualidade dos serviços prestados dentro da RAS.

O cuidado integral à pessoa acometida pela hanseníase e suas complicações biopsicossociais estão nas competências do SUS e como rede de apoio o SUAS, entre outros. A atenção no âmbito do SUS deve ser ofertada em todos os pontos da RAS, conforme a necessidade de cada caso obedecendo aos princípios básicos do SUS.

Portanto, justifica-se a construção e implantação da LC da pessoa acometida pela hanseníase em todas as Regiões de Saúde do Estado de maneira a definir os fluxos assistenciais, as ações de vigilância epidemiológica e psicossociais. Acrescenta-se que a LC é um importante instrumento para subsidiar o planejamento nos diversos níveis de gestão: no território, municípios e estado.

A composição da RAS é estruturada por níveis de atenção (primário, secundário e terciário), por pontos de atenção e por territórios sanitários, tendo como finalidade a formação de relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção, local onde são ofertados os serviços de saúde.

4. LINHA DE CUIDADO DA PESSOA ACOMETIDA PELA HANSENÍASE

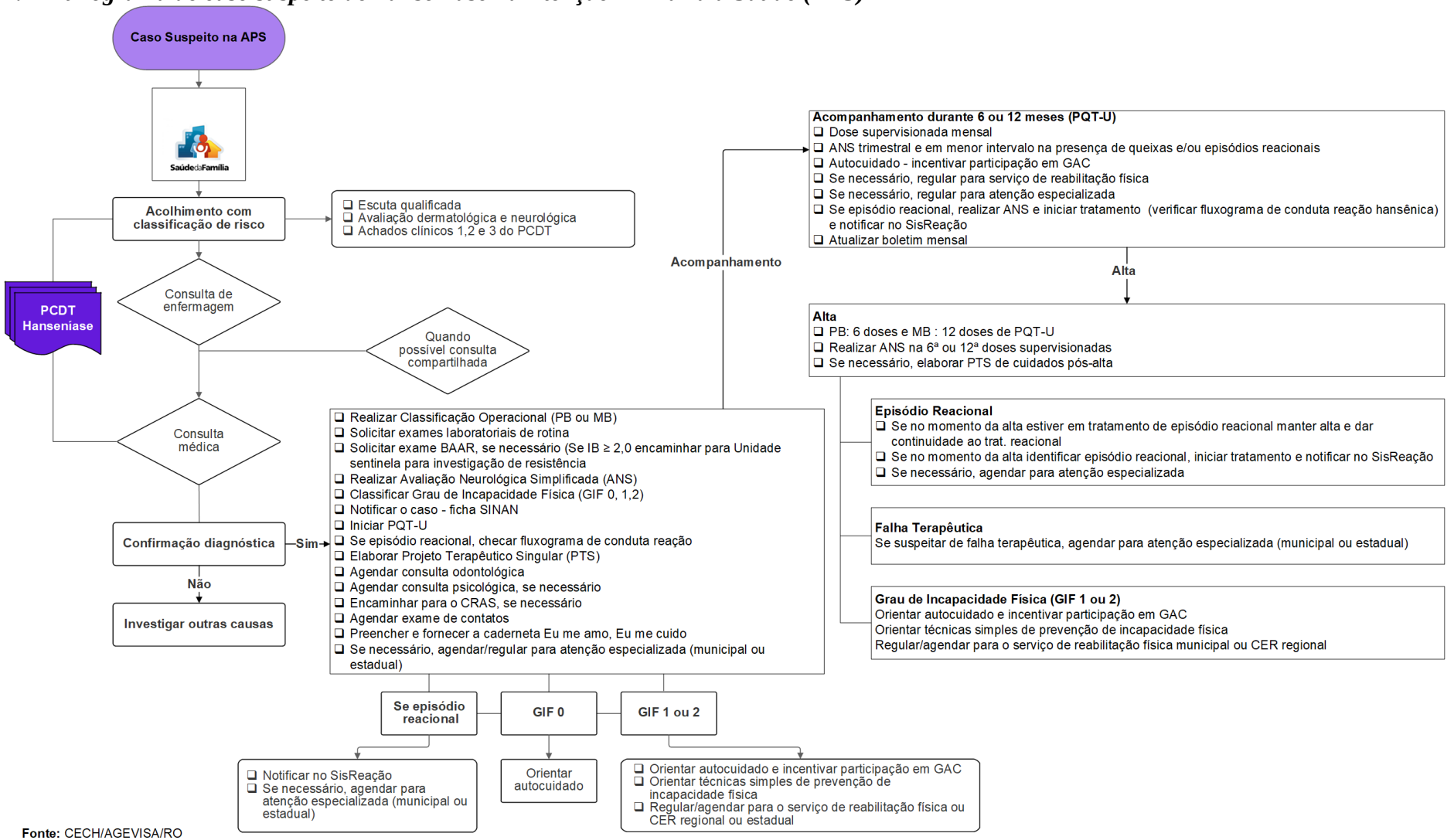
As LC apresentam os fluxos assistenciais, levando em conta os pontos de atenção à saúde disponíveis no território. Também norteia o matriciamento que envolvem a assistência direcionada às particularidades de cada indivíduo por meio do ProjetoTerapêutico Singular (PTS).

Em Rondônia, os municípios estão distribuídos em sete Regiões de Saúde: Madeira-Mamoré, Vale do Jamari, Central, Vale do Guaporé, Café, Zona da Mata e Cone Sul (RESOLUÇÃO N° 087/CIB/RO). Assim como, duas Macrorregiões de Atenção à Urgência e Emergência Hospitalar (RESOLUÇÃO N° 017/CIB/RO), conformadas em:

- Macrorregião I (Porto Velho): Hospital de referência Pronto Socorro Estadual João Paulo II, que atenderá as Regiões de Saúde: Madeira-Mamoré, Central (Governador Jorge Teixeira, Jaru, Theobroma e Vale do Anari) e Vale do Jamari e;
- Macrorregião II (Cacoal): Hospital de referência Pronto Socorro Estadual/Regional, que atenderá as Regiões de Saúde do Café, Central (Ji-Paraná, Alvorada do Oeste, Teixeirópolis, Urupá, Mirante da Serra, Nova União, Ouro Preto do Oeste, Presidente Médici, Vale do Paraíso e São Miguel do Guaporé), Cone Sul, Zona da Mata e Vale do Guaporé.

A seguir apresenta-se os fluxogramas de casos de hanseníase e suas respectivas definições. Optou-se por fazer uma LC mais reduzida, sem entrar nas questões clínicas e tratamento, pois entende-se que tudo isso já faz parte do PCDT. Após cada fluxograma, encontra-se a descrição de cada etapa do fluxo.

4.1 Fluxograma de caso suspeito de hanseníase na Atenção Primária à Saúde (APS)



Fonte: CECH/AGEVISA/RO

4.1.1 Caso suspeito

Deve-se suspeitar de hanseníase em pessoas com qualquer um dos seguintes sintomas e/ou sinais[11]:

- Lesões de pele esbranquiçadas e/ou avermelhadas persistentes;
- Perda ou diminuição da sensibilidade, da sudorese e/ou dos pelos nas lesões ou em áreas da pele;
- Queixas de dormência ou formigamento, sensação de agulhadas nas mãos e/ou nos pés;
- Hipersensibilidade ou sensação de dor ou choque no trajeto dos nervos periféricos;
- Áreas de dormência ou hipoestesia nas mãos e pés, especialmente quando há ferimentos ou queimaduras indolores;
- Diminuição da força muscular ou paralisia nas mãos, pés e/ou olhos;
- Deficiências físicas adquiridas nas mãos, pés e/ou olhos;
- Infiltração ou nódulos na face e pavilhões auriculares;
- Obstrução e/ou sangramento nasal persistente.

Definição de caso de hanseníase segundo PCDT Hanseníase [3]:

1) Lesão(ões) e/ou áreas(s) da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
2) Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
3) Presença do *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

Para que a APS seja resolutiva no diagnóstico, tratamento, acompanhamento dos casos, identificação e tratamento de episódios reacionais, o MS lançou o AppHans [12]. Recomenda-se que todos os profissionais façam o download do aplicativo, link: https://app.pandasuite.com/vHAEYsS4.

4.1.2 Unidade de Saúde na Atenção Primária

Pode ser no modelo de e-ESF ou atenção básica.

4.1.3 Acolhimento com classificação de risco

Deve ocorrer por meio da prática de atendimento humanizado pela escuta qualificada. A identificação de um caso suspeito de hanseníase pode ser realizada por qualquer profissional da área de saúde que tenha conhecimento dos principais sinais e sintomas da doença.

A classificação de risco em um caso suspeito de hanseníase envolve a prioridade de atendimento, e sempre que possível, encaminhar no mesmo dia para a consulta de enfermagem e/ou médica, visto que a hanseníase é infectocontagiosa e tem potencial incapacitante.

No acolhimento, a escuta qualificada em hanseníase envolve o profissional ouvir as queixas, geralmente referem-se a pele, mas deve-se atentar para queixas neurológicas tipo, dor no trajeto do nervo periférico, mãos e/ou pés dormentes e/ou com fraqueza muscular.

OBS: O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (PCDT) norteia as condutas dos profissionais de saúde.

4.1.4 Consulta de Enfermagem

O(a) enfermeiro(a) realizará: escuta qualificada, anamnese (história clínica-epidemiológica); avaliação dermatológica (exame físico da pele); avaliação neurológica (teste da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil das lesões e/ou áreas referidas; palpação dos principais nervos periféricos - radial, ulnar, mediano, fibular e tibial; teste de sensibilidade palmo-plantar e força muscular das mãos e pés). Atentar para as possíveis alterações do nervo auricular e nervos da face (facial e trigêmeo).

Consultar os achados clínicos 1, 2, 3 do PCDT (**Fluxograma 1** - Diagnóstico e tratamento da hanseníase na Atenção Primária à Saúde – pág. 127).

Descreve-se abaixo os procedimentos [12]:

Realizar Avaliação Dermatológica: A avaliação dermatológica para investigação de hanseníase consiste na inspeção da pele de forma sistemática, a fim de identificar áreas e/ou manchas e/ou placas com alteração de sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil.

Como fazer: Exame físico

1) Em sala bem iluminada e preservada, explicar ao paciente sobre o exame físico (exame da pele). Para realizar o exame físico da pele de forma adequada e completa, é necessário que o paciente esteja sem roupas, permitindo a inspeção de toda a superfície corporal. Iniciar o exame pela parte superior do corpo (inclusive face), portanto, neste momento, o paciente pode permanecer vestido(a) da cintura para baixo. À medida que avançar para outras regiões, orientar a retirada gradual das peças de vestuário, sempre preservando a privacidade e o conforto durante o exame;
2) Examinar e contornar com caneta as lesões encontradas;
3) Nas lesões encontradas, realize o teste de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, nessa ordem, conforme descrito;
4) Na existência da alteração em uma ou mais sensibilidades (térmica, dolorosa e tátil) confirma-se o diagnóstico (ver definição de caso de hanseníase);
5) Registrar em prontuários o local das lesões e o resultado dos testes de sensibilidade.

ATENÇÃO: Se houver confirmação de alteração da sensibilidade térmica e dolorosa, exclui-se a necessidade de realizar a sensibilidade tátil.

Teste da sensibilidade térmica

1) Teste os dois tubos de ensaio (água morna e fria) em você para conferir a temperatura;
2) Comece no paciente em pele saudável e pergunte o que ele sente (está morno, frio, quente ou não sabe responder?);
3) Em seguida, com o paciente de olhos fechados, alterne o teste em áreas com e sem lesão e pergunte novamente o que ele sente;
4) Compare a área testada com a região contralateral ou adjacente para identificar

diferença de sensibilidade, pois a diferença (hipoestesia ou anestesia), indica alteração da sensibilidade;

5) Repita o teste para confirmar a resposta.

Teste da sensibilidade dolorosa

1) Faça o teste da sensibilidade dolorosa utilizando uma agulha preferencialmente de calibre 40x12, com o bisel cortado;
2) 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 a ponta da agulha e a parte plástica ou a ponta e cabeça da agulha. O paciente deve perceber a diferença entre ponta e cabeça da agulha. Do contrário, isso é sinal de alteração da sensibilidade dolorosa naquela área da pele. Esse cenário também confirma o diagnóstico;
3) A insensibilidade (anestesia) ou sensibilidade diminuída (hipoestesia) dentro da área de lesão confirma o diagnóstico.

ATENÇÃO: Os resultados do exame físico com os testes de sensiblidade térmica e dolorosa devem ser registrados em prontuários e encaminhar para consulta médica ou quando possível, realizar consulta compartilhada.

Realizar Avaliação Neurológica: A avaliação neurológica para investigação da hanseníase consiste na escuta das queixas que remetem a sinais e sintomas neurológicos, tipo: formigamento, dor no trajeto do nervo periférico, mãos e/ou pés dormentes e/ou com fraqueza muscular. Palpação dos nervos periféricos dos membros superiores (MMSS) e membros inferiores (MMII). Na presença de alteração espessamentos e de queixas realizar a Avaliação Neurológica Simplificada (ANS). Para realizar ANS consultar o manual: Avaliação Neurológica Simplificada, (American Leprosy Missions, Belo Horizonte, 1997)[13] ou acessar o link:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_neuro_hanseniase.pdf

4.1.5 Consulta médica

O diagnóstico dos casos de hanseníase é atribuição do médico, por isso, quando possível, realizar consulta compartilhada, bem como discutir os achados da consulta de enfermagem.

Caso não seja realizável consulta compartilhada, o médico deve investigar a história clínica e epidemiológica, realizar exame da pele (toda a superfície cutânea) e dos principais troncos nervosos periféricos (auricular, radial, ulnar, mediano, fibular e tibial) em busca dos sinais sugestivos de hanseníase (testes de sensibilidade em pele e avaliação neurológica simplificada).

As consultas compartilhadas na APS realizadas por profissionais de diferentes áreas, são utilizadas como ferramenta de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como, com o objetivo de aumentar o cuidado, mas sobretudo visa dar resolubilidade para o caso. Juntos, médico e/ou enfermagem e/ou fisioterapeuta e/ou outros profissionais discutem os achados clínicos para confirmação ou não do diagnóstico de hanseníase.

O diagnóstico de hanseníase é essencialmente clínico. Na maioria dos casos, os exames complementares não serão necessários para o diagnóstico e classificação dos casos de hanseníase. Contudo, se necessário, podem ser solicitados exames, tais como:

- Baciloscopia para pesquisa de bacilos álcool-ácido resistentes (BAAR);
- Histopatologia;
- Ultrassom de nervos periféricos;
- Eletroneumiograma;
- Teste de biologia molecular para detecção de *M. Leprae* (q-PCR - solicitação pelo serviço de atenção especializada) [3].

Como fazer[12] : O diagnóstico de hanseníase deve basear-se na história epidemiológica, na evolução da lesão, no exame físico geral. Deve-se examinar toda a pele e palpar os nervos periféricos, a fim de identificar nervos espessados e/ou lesões de pele ou áreas de pele com alterações de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil. Em algumas situações, os exames subsidiários (baciloscopia e biópsia de pele) podem ser necessários para auxiliar o diagnóstico. Porém, devem-se considerar as limitações desses exames quando isolados e correlacioná-los sempre com os achados clínicos encontrados.

O resultado positivo de uma baciloscopia classifica o caso como multibacilar (MB), porém o resultado negativo não exclui o diagnóstico clínico da hanseníase e, nem

classifica o doente obrigatoriamente como paucibacilar (PB). No paciente MB virchowiana, a baciloscopia **é sempre positiva**, contudo na hanseníase dimorfa a baciloscopia pode ser positiva ou negativa. Caso seja negativa, levar em consideração o quadro clínico para o diagnóstico e classificação desse paciente [11].

Após as avaliações, dermatológica e neurológica, caso seja confirmado o diagnóstico de hanseníase, deve-se definir a classificação operacional (PB e MB), realizar Avaliação Neurológica Simplificada, classificar o Grau de Incapacidade Física (GIF 0, GIF 1 ou GIF 2) e avaliar a presença de reações hansênicas.

4.1.6 Confirmação diagnóstica:

NÃO: investigar outras doenças: Outras condições clínicas também podem apresentar manifestações dermatológicas ou neurológicas.
SIM: realizar procedimento de rotina para o caso diagnosticado.

- Realizar Classificação Operacional (PB ou MB);
- Solicitar exames laboratoriais de rotina: hemograma, glicemia, TGO, TGP, uréia e creatinina e bilirubina;
- Solicitar BAAR, se IB for ≥2,0 encaminhar para Unidade Sentinela (US) para investigação da resistência. Identifique uma unidade sentinela mais próxima do seu município;
- Realizar Avaliação Neurológica Simplificada (ANS);
- Classificar Grau de Incapacidade Física (GIF 0, 1, 2);
- Notificar o caso: ficha SINAN (Sistema e Informação de Agravos de Notificação);
- Iniciar PQT-U (Poliquimioterapia);
- Se episódio reacional, checar o fluxograma de conduta reação (fluxograma 6.4);
- Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS);
- Agendar consulta odontológica;
- Agendar consulta psicológica;
- Se necessário, encaminhar para o CRAS. A necessidade se dá quando o paciente está em situação de vulnerabilidade social;
- Agendar exame de contatos;
- Preencher e fornecer a **Caderneta Eu me Amo, Eu me Cuido**;
- Se necessário, encaminhar para Atenção Especializada Municipal (referência

municipal em hanseníase) e/ou agendar pelo SISREG para Atenção Especializada Estadual (Policlínica Osvaldo Cruz – POC Macro I – Porto Velho ou POC Macro II - Cacoal).

Abaixo, detalha-se como fazer a cada item da confirmação diagnóstica.

Realizar Classificação Operacional[12]:

Paucibacilar (PB): Hanseníase Indeterminada ou Tuberculoide (doença localizada em uma região anatômica e/ou um tronco nervoso comprometido). Geralmente é caracterizada pela presença de uma a cinco lesões cutâneas bem delimitadas, apresentando alteração de sensibilidade (hipo ou anestesia), sem presença demonstrada de bacilos álcool-ácido resistentes na baciloscopia. Lembrar que lesões de face apresentam essas alterações mais tardiamente.

Multibacilar (MB): Hanseníase Dimorfa ou Virchowiana (doença disseminada em várias regiões anatômicas e/ou mais de um tronco nervoso comprometido). Normalmente é caracterizada pela presença de mais de 5 lesões de pele ou pelo início do envolvimento de nervos periféricos (neurite), com lesões cutâneas mais tardias (hanseníase neural primária). Dependendo do momento evolutivo do diagnóstico e das características imunológicas da pessoa, as lesões podem ser disseminadas e infiltradas muito próximas do polo virchowiano. A apresentação típica são placas avermelhadas, acastanhadas ou até hipocrômicas, com a borda externa difusa e a borda interna bem nítida (o que os livros descrevem como "queijo suíço" ou aparência foveolar, lembrando colmeias). Esse aspecto deve sempre ser considerado na classificação MB, mesmo em casos com menos de cinco lesões. O aspecto reacional (neurite) e edema das lesões e de membros inferiores é muito comum, seja no início, durante ou após o tratamento.

Deve-se também atentar para as características das lesões clínicas descritas anteriormente, pois a doença pode se manifestar com poucas lesões (< 5), porém com aspecto foveolar característico da forma dimorfa, ou manchas hipocrômicas grandes em dimídios ou membros distintos, também sugestivos de forma dimorfa (dimorfa hipocromiante). Classificar também o caso como multibacilar, evitando recidivas futuras[11] .

Os casos em menores de 15 anos, considerando a gravidade desse diagnóstico e as dificuldades práticas inerentes a essa confirmação, recomenda-se que, sempre que possível, os casos com suspeita de hanseníase nessa faixa etária sejam examinados por

um profissional qualificado com experiência em hanseníase, sem que isso, no entanto, retarde o início do diagnóstico dos casos típicos [3].

Na suspeita de neural pura (neural primária) os casos devem ser encaminhados para investigação em unidades de atenção especializada, principalmente para o diagnóstico diferencial em relação a outras neuropatias periféricas, tendo em vista que diversas doenças podem afetar os nervos periféricos [3].

Solicitar exames laboratoriais de rotina: realizar hemograma, glicemia, TGO, TGP, uréia e creatinina e bilirubina.

Solicitar exame de Baciloscopia para pesquisa de Bacilos Álcool-Ácido Resistentes (BAAR)[13]**:** Solicitar BAAR para todos os casos classificados MB e também para os casos em dúvidas na classificação.

É um exame laboratorial complementar ao diagnóstico clínico, que busca detectar a presença do *M. leprae* em esfregaços do raspado intradérmico e estimar a carga bacilar apresentada pelo paciente. O exame tem baixa sensibilidade, resultando negativo nos casos paucibacilares e em alguns casos na forma clínica Dimorfa, o que absolutamente não exclui o diagnóstico da hanseníase, por isso recomenda-se que o resultado de exame BAAR **não seja entregue diretamente ao paciente para evitar possíveis interpreções equivocadas.**

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. No paciente com hanseníase virchowiana (MB), a **baciloscopia é sempre positiva**. Na hanseníase dimorfa (MB), caso a baciloscopia seja negativa, levar em consideração o quadro clínico para o diagnóstico e classificação desse paciente.

Se o resultado da BAAR com IB for ≥ a 2, o paciente deverá ser encaminhado para Unidade Sentinela mais próxima do seu município para investigação de resistência[3].

Realizar Avaliação Neurológica Simplificada[14] : Trata-se da avaliação do estado do nervo e da função neural autonômica, sensitiva e motora. Para realizar ANS consultar o manual: Avaliação Neurológica Simplificada, American Leprosy Missions, Belo Horizonte 1997 ou acessar o link: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_neuro_hanseniase.pdf

Os principais nervos investigados na hanseníase são:

- Trigêmeo e Facial: detecção de alterações na face, olhos e nariz;
- Radial, Ulnar e Mediano: detecção de alterações nos membros superiores;
- Fibular e Tibial: detecção de alterações nos membros inferiores.

ATENÇÃO: Inspecionar o nervo auricular, pois pode estar espessado.

Como fazer[12]**:** O exame neurológico compreende a escuta qualificada e registro das queixas, inspeção, palpação dos principais nervos dos MMSS e MMII e avaliação funcional dos nervos (sensitiva e motora).
É imprescindível verificar a integridade da função neural e, para isso, a avaliação neurológica deve ser realizada[11]:

- No início do tratamento;
- A cada 3 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 pacientes em uso de corticosteróides por episódios reacionais e neurites (tanto durante, quanto após o tratamento PQT-U);
- Na alta do tratamento;
- No acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15, 45, 90 e 180 dias.

O 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, classificados em GIF 0, GIF 1 e/ou GIF 2 [11]. Portanto, a avaliação do GIF constitui uma importante ferramenta na identificação de pacientes com maior risco de desenvolver reações e novas deficiências, durante o tratamento, no término deste e após a alta da poliquimioterapia.

Grau 0 (GIF 0) [11]**:** Significa que a pessoa não tem nenhuma deficiência física relacionada à hanseníase. Ainda assim, é importante acompanhar o paciente para prevenir a ocorrência dessas manifestações.

Características do Grau 0:

- Olhos: Força muscular das pálpebras preservadas: consegue ocluir com força os olhos, formando pregas palpebrais simétricas e com grande resistência à abertura da pálpebra forçada pelo examinado. Sensibilidade da córnea preservada; possui acuidade visual ≥ 0,1 na tabela de optotipos "E" a 3 metros ou conta dedos a 6 metros.
- Mãos: Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar preservada.
- Pés: Força muscular dos pés preservada e Sensibilidade plantar preservada.

Grau 1 (GIF 1) [11]**:** Significa que a pessoa tem diminuição da força muscular, perda ou diminuição da sensibilidade da córnea, alteração da sensibilidade palmar e plantar (não sente o monofilamento 2g {roxo}).

Características do Grau 1:

- Olhos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiência visíveis: apresenta resistência mínima à abertura forçada pelo examinador e ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea (resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência ao piscar). Deve-se encaminhar para o oftalmologista;
- Mãos: Diminuição da força muscular das mãos sem deficiência visíveis e ou alteração da sensibilidade palmar (não sente o monofilamento 2g {roxo});
- Pés: Diminuição da força muscular dos pés sem deficiência visíveis e ou alteração da sensibilidade plantar (não sente o monofilamento 2g {roxo}).

Grau 2 (GIF 2) [11]**:** Significa que a pessoa tem deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, em olhos e/ou mãos e/ou pés.

Características do Grau 2:

- Olhos: deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: Lagoftalmo, ectrópio, triquíase, opacidade corneana central e ou acuidade visual maior 0,1 (tabela de optotipos “E) de 3 metros ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas;
- Mãos: deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: Garras,

reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, lesões tróficas, lesões traumáticas;

- Pés: deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: Garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, lesões tróficas, lesões traumáticas.

Condutas para GIF0, GIF1 e GIF2[15]:

Condutas do Grau 0:

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

- Olhos: Observações diárias dos olhos para identificar precocemente alterações motoras e de sensibilidade.
- Mãos: Observações diárias das mãos para identificar precocemente alterações motoras e de sensibilidade.
- Pés: Observações diárias dos pés para identificar precocemente alterações motoras e de sensibilidade

Condutas do Grau 1

- **Olhos:** - Aumentar a força muscular com exercícios ativos: fechar os olhos, apertá-los lentamente com força, contar até 5 e em seguida abri-los (repetir por, pelo menos, 10 vezes). - Melhorar a lubrificação com uso de colírio e exercícios de piscar com mais frequência. - Manter cuidados diários para evitar úlcera de córnea.
- **Mãos:** - Aumentar a força muscular com exercícios de alongamento e exercícios ativos: abrir todos os dedos e em seguida juntá-los lentamente (repetir por, pelo menos, 10 vezes). - Manter cuidados diários e uso de proteção para as mãos na realização das atividades da vida diária para evitar queimaduras, feridas tróficas e ressecamento.
- **Pés:** - Aumentar a força muscular com exercícios de alongamento e exercícios ativos: realizar dorsiflexão e flexão plantar do tornozelo lentamente (repetir por, pelo menos, 10 vezes). - Usar proteção para os pés, além de meias e sapatos fechados e confortáveis. - Orientar confecção de palmilha simples para evitar

úlcera plantar. Manter cuidados diários diários para evitar rachaduras e calosidades.

ATENÇÃO 1: O paciente com diminuição de força muscular em olhos e/ou mãos e/ou pés deve ser encaminhado/regulado para serviço de reabilitação física no próprio município. Caso não tenha esse serviço no local, sugere-se regular para CER regional e/ou estadual, sobretudo quando necessitar da adaptação de calçados.

ATENÇÃO 2: O GIF 1 e/ou 2 em pés há necessidade de adaptação do calçado, portanto deve-se regular para o CER II, no Hospital Santa Marcelina – Porto Velho/RO.

Condutas do Grau 2

ACHADOS	CONDUTAS
LAGOFTALMO	Prescrever colírio e óculos de proteção noturno e diurna; Orientar e demonstrar autocuidado (exercícios de abrir e fechar olhos); Encaminhar para serviço de reabilitação física local e/ao oftalmologista.
ECTRÓPIO	Prescrever colírio e óculos proteção noturno e diurna; Encaminhar para oftalmologista.
TRIQUÍASE	Orientar e demostrar autocuidado; Inspecionar olhos; Orientar a comparecer a Unidade em caso de irritação ocular ou crescimento de cílios; Retirar os cílios voltados para o globo ocular, com pinça de sobrancelha Encaminhar para oftalmologista.
OPACIDADE CORNEANA	Encaminhar ao oftalmologista.
ACUIDADE VISUAL < 0,1	Encaminhar ao oftalmologista.
MÃOS	
GARRAS EM MÃOS	Orientar e demostrar autocuidado; Fazer exercícios e alongamento; Prescrever órtese dinâmica diurna e noturna; Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades devida diária e laborativa; Encaminhar para cirurgia de reabilitação; Realizar pré e pós-operatório de terapia física;
REABSORÇÃO ÓSSEA	Orientar e demostrar autocuidado; Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades devida diária e laborativa.
ATROFIA MUSCULAR	Orientar e demostrar autocuidado; Fazer exercícios.

MÃO CAÍDA	Avaliar condição neural: em caso de neurite, prescrever corticóide; Orientar e demostrar autocuidado; Prescrever, confeccionar e usar órteses; Prescrever exercícios e alongamento; Encaminhar para cirurgia de reabilitação; Realizar pré e pós-operatório de terapia física.
CONTRATURA	Orientar e demostrar autocuidado; Fazer exercícios e alongamento; Prescrever órtese diurna e noturna; Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa.
LESÕES TROFICAS E OU LESÕES TRAUMÁTICAS	Orientar e demostrar autocuidado; Fazer curativo; Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa.
PÉS	
GARRAS EM PÉS	Orientar e demostrar autocuidado; Prescrever exercícios e alongamento; Prescrever, confeccionar e usar órteses plantar; Prescrever calçado adequado; Encaminhar para cirurgia de reabilitação; Realizar pré e pós-operatório de terapia física; Fornecer muletas para o pós-operatório.
REABSORÇÃO ÓSSEA	Orientar e demostrar autocuidado; Fazer exercícios; Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades devida diária e laborativa; Prescrever, confeccionar e usar órteses plantar; Prescrever calçado adequado.
ATROFIA MUSCULAR	Orientar e demostrar autocuidado; Fazer exercícios.
PÉ CAÍDO	Avaliar condição neural: em caso de neurite, prescrever corticóide; Orientar e demostrar autocuidado; Prescrever exercícios e alongamento; Prescrever aparelho dorsiflexor para uso diurno; Órtese de gesso para uso noturno para manter o alongamento; Encaminhar para cirurgia de reabilitação; Realizar pré e pós-operatório de terapia física; Fornecer muletas para o pós-operatório.
CONTRATURA	Orientar e demostrar autocuidado; Fazer exercícios e alongamento; Prescrever órtese diurna e noturna; Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa.
LESÕES TROFICAS E OU LESÕES TRAUMÁTICAS	Orientar e demostrar autocuidado; Fazer curativo; Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa; Prescrever, confeccionar e usar órteses plantar; Prescrever calçado adequado; Lesão sem regressão: úlceras profundas; infectada em suspeita de ostemiolite solicitar RX do pé; Encaminhar para cirurgia; Fornecer muletas para o pós-operatório.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2022 - Protocolo GIF2/MS

Realizar a notificação da doença (Ficha Sinan):

- A ficha de notificação Sinan é pré-numerada e fornecida pela Coordenação Estadual/AGEVISA às Regionais de Saúde.
- Preencher a ficha de notificação/Sinan e encaminhar uma via para a Vigilância Epidemiológica do município;
- Atentar para que todos os campos sejam devidamente preenchidos;
- Os profissionais devem estar atentos para o registro correto na ficha de notificação Sinan dos casos novos por meio do exame de contato, campo 39 "*modo de detecção do caso novo*", item 4 "exame de contatos.

Iniciar PQT-U

- Supervisionar a dose mensal e orientar as autoadministradas;
- Orientar sobre a duração do tratamento (PB – 6 meses e MB – 12 meses);
- Orientar sobre a importância da regularidade;
- Orientar sobre a possibilidade da ocorrência de sinais e sintomas de intolerância aos fármacos da PQT-U.

Se episódio reacional: É de fundamental importância o rápido diagnóstico e manejo da reação, pois constitue a maior causa de lesão no nervo periférico e aumento das deficiências físicas. Não ocorre em todos os pacientes, mas são frequentes, principalmente entre os pacientes multibacilares.

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

O profissional de saúde deverá ficar atento para alguns sinais e sintomas de alerta relacionados aos episódios reacionais, tais como [11]:

- Inflamação súbita de lesões de pele pré-existentes;
- Aparecimento súbito de nódulos ("caroços") avermelhados e doloridos;
- Dor aguda em nervos periféricos de face, mãos e pés;
- Piora súbita da sensibilidade ou parestesia de face, mãos e pés;
- Perda súbita da força muscular em face, mãos e pés;
- Piora do estado geral com febre, mal-estar, artrite e adenomegalia;
- Dor e vermelhidão nos olhos;
- Diminuição súbita da acuidade visual;

- Edema de mãos, pernas, pés e face.

Em qualquer um dos sinais e sintomas acima, checar fluxograma 4.4 desta LC (pág.15) para instituir o tratamento adequado e notificar o caso de reação hansênica no SisReação/RO.

Elaborar Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS para hanseníase é um atendimento individualizado e holístico, abrangendo um conjunto de medidas que busquem restabelecer o bem estar físico, psíquico, emocional e social. Portanto, questões sobre o bem estar psíquico, emocional e social devem ser avaliadas e na necessidade, encaminhar para o serviço do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS. Além da PQT-U, o PTS também inclui o tratamento da reação hansênica, prevenção e reabilitação das deficiências físicas, caso necessário.

Agendar consulta odontológica: É recomendável realizar o exame odontológico, pois focos infecciosos podem ser possíveis desencadeantes das reações hansênicas.

Agendar consulta psicológica, se necessário: Encaminhar sempre que apresentar sofrimento emocional, dificuldade de aceitação da doença, sinais de ansiedade, depressão, isolamento social, baixa autoestima, estigma, abandono ou recusa ao tratamento, conflitos familiares, impacto das incapacidades físicas na qualidade de vida, dor crônica, reações hansênicas recorrentes ou qualquer situação que comprometa seu bem-estar psicossocial e adesão ao cuidado.

Encaminhar para o CRAS: o encaminhamento é necessário se o paciente estiver em situação de vulnerabilidade social.

Agendar exame de contatos: O exame de todos os contatos (independentemente do caso notificado ser pauci ou multibacilar) deverá ser agendado e realizado o teste rápido e BCG, conforme fluxograma 3 do PCDT (pág. 129). Essa importante medida estratégica tem como objetivo o diagnóstico na fase inicial da doença, visando quebrar a cadeia de transmissão e evitar deficiências físicas resultantes do diagnóstico tardio e da falta de acompanhamento adequado. É necessário especial atenção às crianças e idosos.

Preencher e fornecer a caderneta Eu me amo, Eu me cuido: todos os casos novos deverão receber a Caderneta com o registro das informações de diagnóstico. O profissional de saúde deverá orientar o paciente para o bom uso, bem como registrar o acompanhamento durante o tratamento na referida Caderneta.

Agendar para Atenção Especializada municipal ou estadual: As situações que são necessárias o apoio do serviço especializado são:

- Apoio ao diagnóstico (casos atípicos ou duvidosos);
- Casos em menores de 15 anos;
- Casos Primariamente Neural;
- Reações hansênicas de difícil manejo;
- Efeitos adversos da PQT-U;
- Contatos com alterações clínicas inconclusivas e TR reagente com BAAR negativo ou TR não reagente;
- Neurite não responsiva à corticoterapia após 4 semanas em doses adequadas;
- *Neurite subentrante e reentrante;
- Nervo ulnar subluxante;
- Neuropatia crônica com déficit motor tardio e dor;
- Casos suspeitos de recidiva;
- Investigação de resistência primária e secundária;
- Avaliação Cirúrgica (POC), entre outros.

***Neurite subentrante**[15]**:** são casos que respondem bem ao tratamento com corticosteróide, mas tão logo a dose seja reduzida ou totalmente retirada a fase aguda, recrudesce.

***Neurite reentrante**[15]**:** são casos que evoluem com sucesso após o tratamento com corticosteróide e que, passando algum tempo tem retorno do quadro neuropático do mesmo nervo.

Após três episódios de agravamento, está indicada a cirurgia. Destaca-se que o monitoramento da função neural é fundamental, mas do que o sintoma de dor [15] .

4.1.7 Acompanhamento

Acompanhamento durante 6 ou 12 meses (PQT-U): fazer procedimento de rotina destacado no quadro.

- Realizar mensalmente a dose supervisionada;
- Realizar ANS trimestral e/ou em menor intervalo na presença de queixas e/ou episódios reacionais;
- Orientar autocuidado e incentivar a participação em grupo de autocuidado (GAC);
- Se paciente tiver GIF1 ou GIF2 agendar/regular para serviço de reabilitação física;
- Se necessário, agendar para atenção especializada;
- Se episódio reacional, realizar ANS e iniciar tratamento (verificar fluxograma de conduta reação hansênica no item 4.4) e notificar no SISreação.

Destaca-se abaixo algumas observações importantes:

Atualizar o boletim de acompanhamento (anexo 10): atualizar o boletim mensalmente, pois é fundamental para a vigilância da hanseníase. Trata-se de um instrumento para monitorar a regularidade do tratamento dos casos, os casos faltosos, os contatos examinados, os estados reacionais, o número de doses supervisionadas, o esquema terapêutico atual, as transferências e outros tipos de saída. Além disso, a atualização dos dados no Sinan possibilita o cálculo de indicadores operacionais e epidemiológicos, com o objetivo de subsidiar ações de saúde. Mensalmente a unidade de saúde receberá da vigilância epidemiológica o boletim de acompanhamento para atualização dos casos em tratamento e deverá ser devolvido com as informações atualizadas em tempo oportuno de maneira a ser alimentado o sistema de informação – Sinan.

Chama-se atenção para os contatos registrados e examinados. Atentar para o registro mensal dos contatos examinados. Ex: Se no mês anterior havia 01 examinado e no mês atual do boletim examinaram-se mais 2 contatos, registrar 3 e não 2 examinados, ou seja, somar. Atentar também para os contatos registrados, pois a quantidade de examinados nunca será maior ao registrado, caso isso ocorra, que é possível, atualizar o número de registrados.

Notificar no Sistema de Informação da Reação (SisReação): todos os casos de hanseníase quer estejam no tratamento PQT-U ou pós alta, deverão ser notificados no SisReação. Os medicamentos antireacionais só serão disponibilizados, se os casos estiverem notificados no sistema. Isso se dá para o planejamento e programação dos medicamentos específicos.

4.1.8 Alta

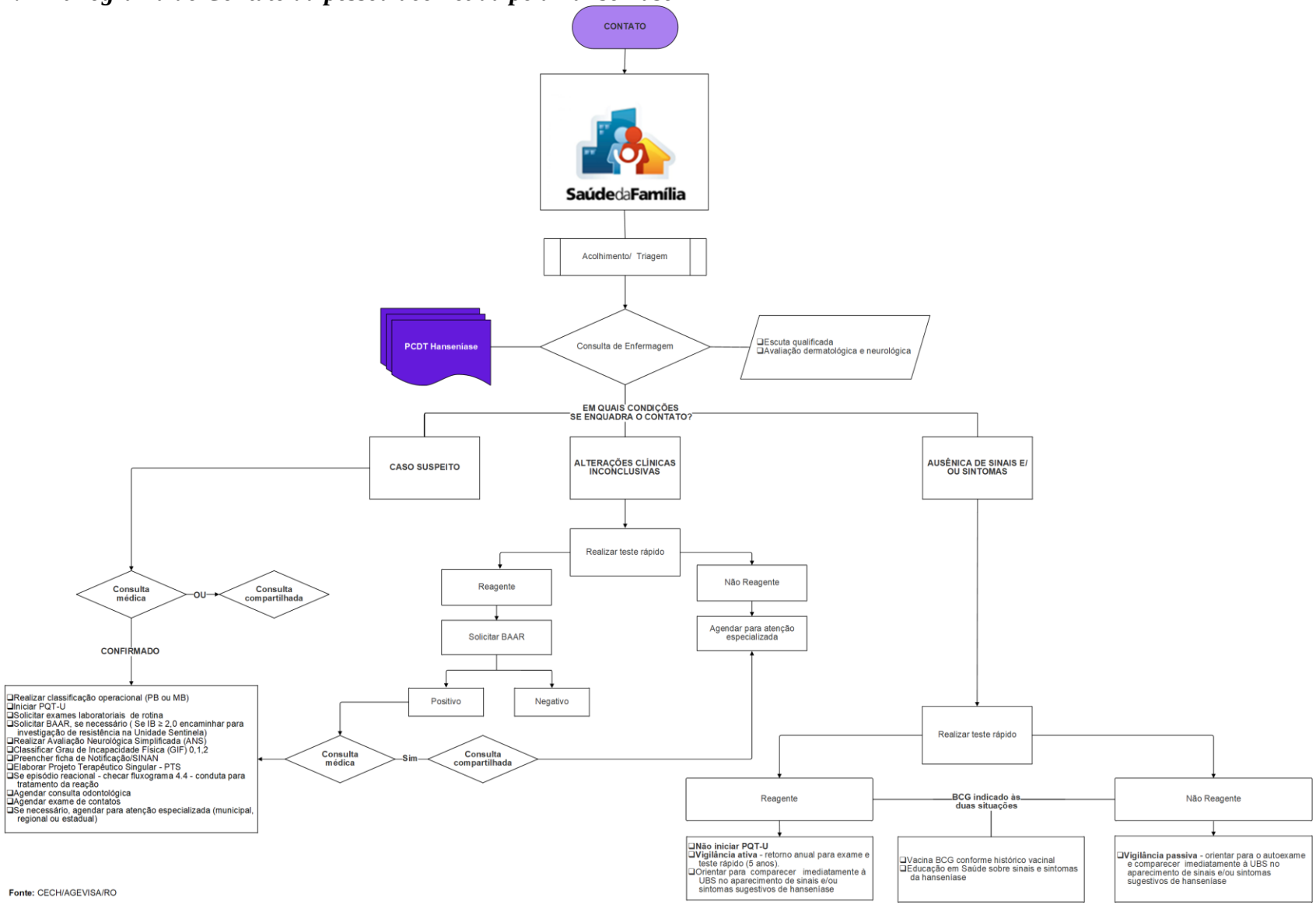
Fazer procedimento de rotina destacado no quadro, bem como consultar nos itens sobre episódio reacional e GIF2 dessa LC.

Destaca-se algumas observações importantes:

Suspeita de falha terapêutica[3]**:** Ao final de 6 ou 12 doses, se houver suspeita clínica de falha terapêutica, alguns passos são importantes antes de encaminhar para atenção especializada:

1) Investigar a regularidade do tratamento;
2) Nos casos PB reavaliar classificação operacional;
3) Somente encaminhar para atenção especializada para investigação da resistência quando sanar as questões 1 e 2.

4.2 Fluxograma do Contato da pessoa acometida pela hanseníase



Fonte: CECH/AGEVISA/RO

4.2.1 Contato de casos de hanseníase

Conforme definição no PCDT, contato é toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não. Contudo, **contatos de caso indígena aldeado, considera-se toda a comunidade aldeada.**

O adoecimento por hanseníase em contatos está ligado aos determinantes sociais, à susceptibilidade individual e às fragilidades no acesso às ações de controle da doença. A investigação de contatos é o método de detecção de casos de hanseníase com a melhor base de evidências, visto que a convivência intradomiciliar é um dos principais fatores de risco associados ao adoecimento[3].

4.2.2 Unidade de Saúde na Atenção Primária:

Pode ser no modelo de e-ESF ou atenção básica.

4.2.3 Acolhimento e Triagem

Deve ser realizado com escuta qualificada e atendimento humanizado. Casos suspeitos de hanseníase devem ter prioridade e, sempre que possível, serem encaminhados no mesmo dia para consulta de enfermagem e/ou médica, devido ao potencial infectocontagioso e incapacitante da doença. Além das alterações de pele, é importante observar queixas neurológicas, como dormência, dor e fraqueza em mãos e pés.

4.2.4 Consulta de Enfermagem

Idem ao item descrito anteriormente (4.1.6) – C*onfirmação diagnóstica*.

4.2.5 Em quais condições se enquadram o contato? [3]

Todos contatos devem ser examinados, independentemente do caso notificado ser Paucibacilar ou Multibacilar. O contato ao ser examinado terá um dos desfechos: **suspeito** ou **alterações clínicas inconclusivas** ou **ausência de sinais e/ou sintomas**.

4.2.5-a Contato suspeito: já descrito no item 4.1.

Consulta Médica ou Compartilhada: considerar os achados da consulta de enfermagem para otimizar o tempo. A consulta médica ou compartilhada é similar ao item descrito no primeiro fluxograma – Fluxograma do caso suspeito (4.1).
Confirmado: significa um caso de hansíase, portanto **não** realizar o teste rápido. Realizar os procedimentos de rotina para o caso diagnosticado, descrito no quadro. Cada um dos itens do quadro está descrito no item 4.1.7.

4.2.5-b Alterações Clínicas inconclusivas: são situações de dúvidas para concluir o diagnóstico, portanto na consulta de enfermagem, após a avaliação dermatológica e neurológica, realizar o teste rápido (TR).

ATENÇÃO: O teste rápido é indicado para contatos domiciliares que apresentem ou não sinais e sintomas sugestivos de hanseníase, mas cujo diagnóstico ainda não foi possível confirmar. Considerar os resultados do teste:

- ✓ **TR Reagente:** solicitar **exame BAAR.**

BAAR positivo: é um dos critérios que define caso de hanseníase e o classifica MB, portanto, independentemente do número de lesões, o caso será MB.

Consulta médica ou compartilhada: Fazer procedimento de rotina para o caso diagnosticado conforme descrito no item 4.1.5.

BAAR negativo: NÃO exclui o diagnóstico de hanseníase e por isso, deve-se agendar para atenção especializada municipal ou estadual.

- ✓ **TR Não Reagente:** agendar para atenção especializada municipal ou estadual.

ATENÇÃO: para os contatos com **BAAR negativo** ou **TR não reagente**: Se a equipe da atenção especializada (referência em hanseníase) não elucidar o diagnóstico pelos achados clínicos, deverá recorrer ao teste de biologia molecular, que é um teste de

detecção molecular qualitativa do *Mycobacterium leprae*, por meio da técnica de Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real (qPCR) para investigação em contatos de casos de hanseníase. O teste é realizado pelo LACEN.

A amostra biológica consiste em fragmento de pele, por meio de biópsia que deverá ser armazenada em tubo de plástico novo e com tampa capaz de vedar perfeitamente. Recomenda-se a preservação das amostras em álcool a 70°GL ou 70% para transporte em temperatura ambiente.

Sobre o transporte da amostra, a vigilância epidemiológica municipal deverá responsabilizar-se pelo envio da amosta da Unidade de Saúde de Referência para o LACEN.

4.2.5c Ausência de sinais e/ou sintomas de hanseníase – "sadios": na consulta de enfermagem, após a avaliação dermatológica e neurológica, realizar o teste rápido (TR).

- ✓ **TR Reagente:** é importante destacar que o teste **NÃO** é para diagnóstico, portanto **NÃO** iniciar tratamento com PQT-U.
    - O resultado reagente remete para presença de anticorpos IgM contra o antígeno PGL-1 do *M. leprae*, ou seja, indica que a pessoa teve contato com o *M. leprae* e passou a produzir anticorpos específicos anti-*M. Leprae;*
    - Diversos estudos apontam que contatos soropositivos (reagentes) têm maior risco de adoecimento;
    - O contato com TR reagente deve ser orientado quanto aos sinais e sintomas sugestivos de hanseníase, devendo buscar atendimento se perceber o surgimento de algum destes;
    - Mesmo não surgindo sinais e sintomas sugestivos de hanseníase, por se tratar de contato domiciliar e apresentar teste rápido reagente, essa pessoa deve ser periodicamente avaliada, de forma a identificar sinais e sintomas sugestivos de hanseníase (vigilância ativa);
    - Deve-se agendar pelo menos uma avaliação anual até que se completem cinco anos de vigilância ativa e a cada ano, repetir o teste rápido. Identificando-se um ou mais dos critérios de definição de caso da doença, o tratamento deve ser iniciado imediatamente na Unidade de Saúde.

ATENÇÃO: a BCG deve-se ser aplicada nas duas situações do resultado do teste: Reagente e Não reagente.

Recomenda-se atentar para **vacina BCG,** conforme critérios do Programa Nacional de Imunização/PNI, pois a vacina BCG deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independentemente da classificação operacional do caso índice.

A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e/ou da presença de cicatriz vacinal, devendo obedecer às seguintes recomendações:

- Ausência de cicatriz de BCG: aplicar uma dose;
- Uma cicatriz de BCG: aplicar uma dose;
- Duas cicatrizes de BCG: não prescrever.

Conforme PCDT, a revacinação com BCG é contraindicada nas seguintes situações:

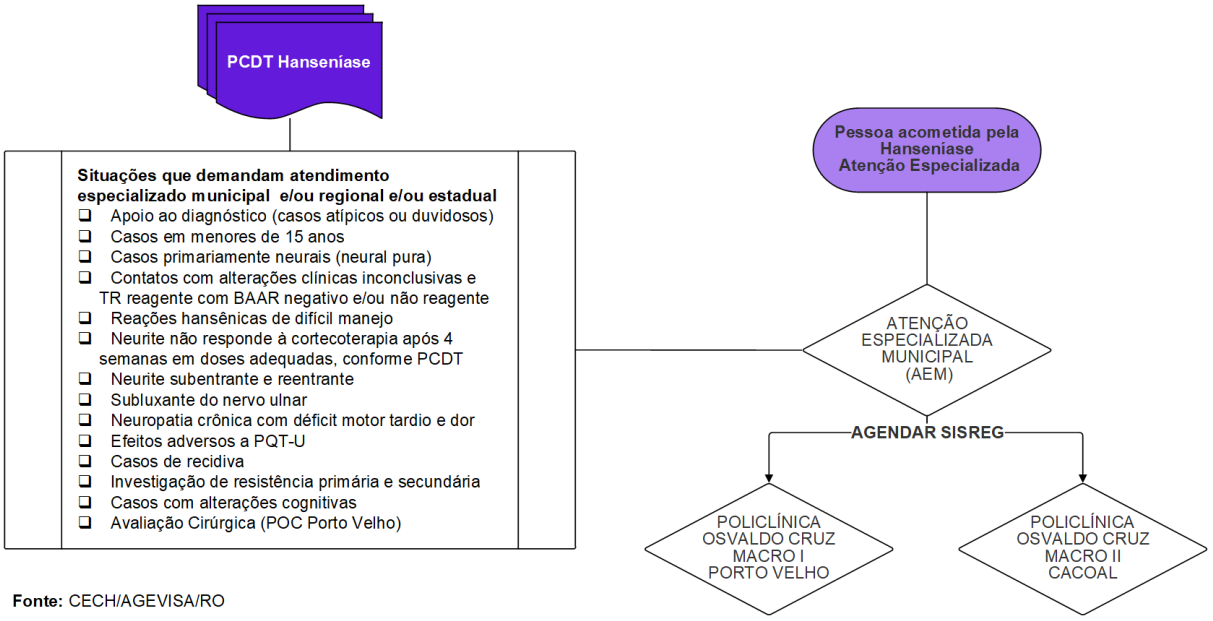
- Portadores de imunodeficiência primária ou adquirida;
- Pacientes acometidos por neoplasias malignas;
- Pacientes em tratamento com corticosteroides em dose elevada (equivalente à dose de prednisona de 2mg/kg/dia para crianças até 10kg ou de 20mg/dia ou mais, para indivíduos acima de 10kg) por período superior a duas semanas;
- Gestantes.

Os contatos de hanseníase com menos de um ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.

- ✓ **TR Não Reagente –** O resultado não reagente em contatos indica que não foram detectados anticorpos específicos IgM anti-*Mycobacterium leprae*, contudo não descarta a possibilidade de a pessoa estar doente ou adoecer, pois nos casos paucibacilares o teste tem baixa sensibilidade. Por isso, a conduta é **a vigilância passiva (não é obrigatório examinar anualmente)** mas, deve-se orientar quanto aos sinais e sintomas da hanseníase e a importância de se realizar o autoexame.

Em caso de aparecimento de algum dos sinais e sintomas sugestivos procurar o serviço de saúde.

4.3 Fluxograma da pessoa acometida pela hanseníase na Atenção Especializada



Fonte: CECH/AGEVISA/RO

4.3.1 Pessoa acometida pela hanseníase com necessidade de Atenção Especializada:

A maioria dos casos cursa o tratamento sem maiores intercorrências, em uso de medicação prevista para 6 ou 12 meses, podendo ser acompanhado na atenção primária. Porém, os profissionais devem alertar-se para situações que possam requerer atenção especializada, tipo:

- Apoio ao diagnóstico (casos atípicos ou duvidosos);
- Casos em menores de 15 anos;
- Casos Primariamente Neural;
- Contatos com alterações clínicas inconclusivas e TR reagente com BAAR negativo ou TR não reagente;
- Reações hansênicas de difícil manejo;
- Neurite não responsiva à corticoterapia após 4 semanas em doses adequadas;
- Neurite subentrante e reentrante;
- Nervo ulnar subluxante;
- Neuropatia crônica com déficit motor tardio e dor;
- Efeitos Adversos a PQT-U;
- Casos suspeitos de recidiva;
- Investigação de resistência primária e secundária;

- Avaliação Cirúrgica;
- Casos com alterações cognitivas.

4.3.2 Atenção Especializada Municipal

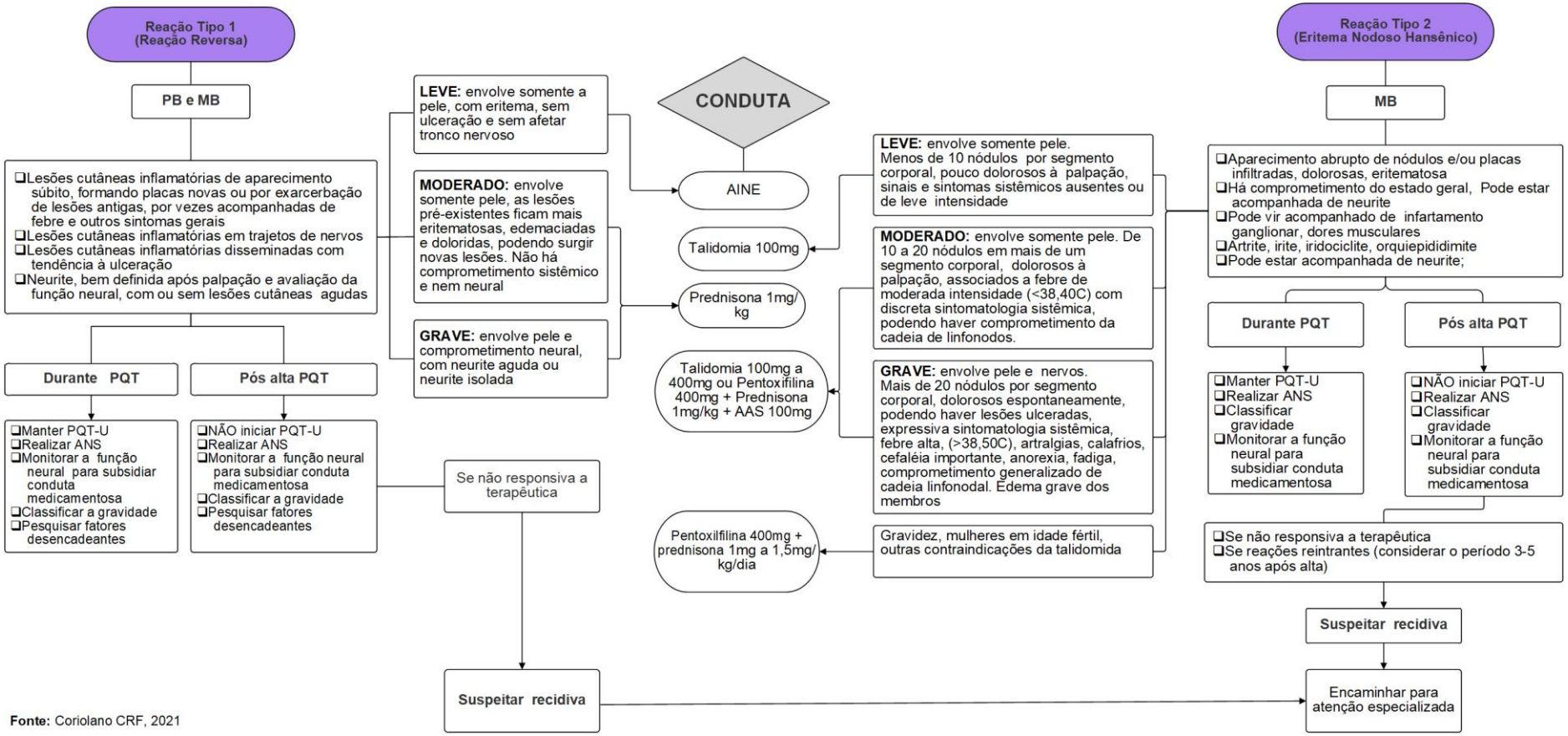
É o primeiro nível de atenção especializada para que a APS encaminhe os casos que requerem uma avaliação de maior complexidade. Nos municípios que não dispõem desse nível de atenção, a primeira opção é agendar pelo Sistema de Regulação (SISREG) para referência estadual de abrangência da sua região de saúde, a saber: Policlínica Osvaldo Cruz Macro I – Porto Velho e Policlínica Osvaldo Cruz Macro II – Hospital Regional de Cacoal – HRC/Cacoal.

Para o agendamento na POC Macro I, apesar de usar o SISREG, não se trata de regular, pois o serviço de hanseníase dispõe de agenda para consulta dermatológica e ortopédica.

A agenda para POC requer que o município acesse no SISREG e inclua o nome do paciente no sistema, no campo "consulta dermatológica - hanseníase ou consulta ortopédica - hanseníase".

Em casos que a porta de entrada do paciente foi a APS e este for referenciado para Atenção Especializada (AE), o profissional da APS responsável por esse paciente deve enviar o "Formulário de Encaminhamento de Hanseníase" (anexo 8) devidamente preenchido, bem como receber a contrarreferência e continuar com o cuidado (anexo 9).

4.4 Fluxograma de condutas para reação hansênica



Fonte: Coriolano CRF, 2021

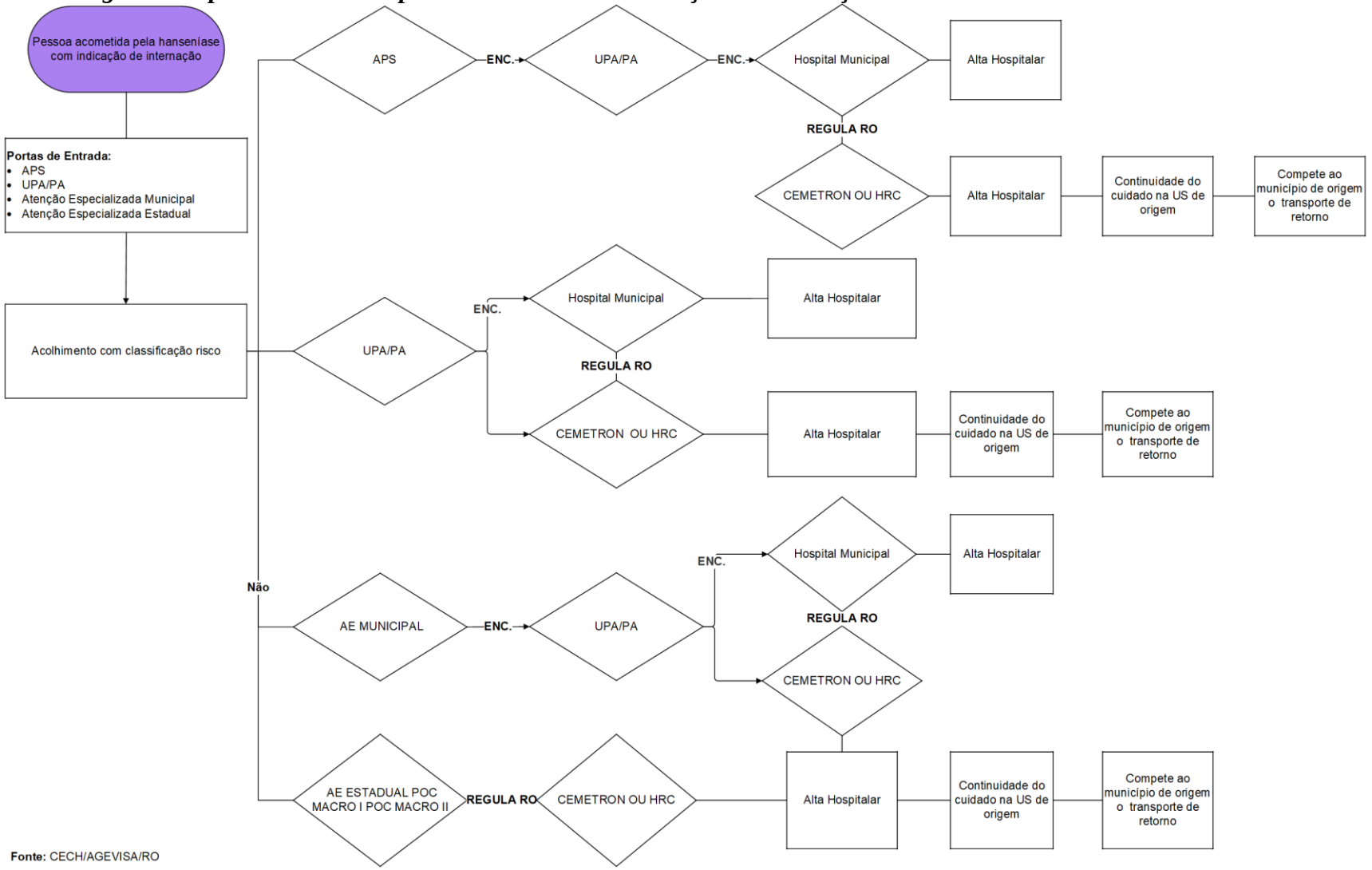
As reações hansênicas resultam da resposta imunológica do hospedeiro para matar e eliminar o bacilo. As características dessa resposta são edema, calor, rubor, dor e perda da função neural, que ocorrem nos mesmos locais de tropismo do bacilo: pele, nervos, gânglios e alguns órgãos, como olhos e testículos. 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 severos, como a perda da função em decorrência do edema e da pressão no nervo. São mais frequentes e graves nos casos multibacilares dimorfos. É de fundamental importância o rápido diagnóstico e manejo das reações, pois estas constituem a maior causa de lesão no nervo periférico e aumento das deficiências físicas[11].

Entre os fatores desencadeantes das reações, destacam-se distúrbios metabólicos (como diabetes) e infecções em geral (focos dentários – cáries - por exemplo, sinusites), além de situações de estresse. É importante atentar para infecções assintomáticas, como as do trato urinário em idosos[11].

As reações são classificadas em Reação do Tipo 1; Reação do Tipo 2 e Neurite. O fluxograma da reação na rede de atenção está descrito no fluxograma anterior, ou seja, da pessoa acometida com necessidade de atenção especializada, por isso optou-se por incluir o fluxograma de condutas para diagnóstico e tratamento da reação hansênica[11].

ATENÇÃO: A prescrição quanto ao uso da talidomida de 100mg para reação do tipo 2 deve ser feita em qualquer nível de atenção, desde que esteja em conformidade RDC ANVISA nº 11/2011 e demais as normas vigentes. O médico prescritor deve estar cadastrado e a Unidade de Saúde Dispensadora credenciada na vigilância sanitária municipal. Os termos de responsabilidade do médico e do paciente devem ser devidamente preencidos e assinados por ambos. O paciente deve receber todas as orientações sobre o uso e riscos do medicamento.

4.5 Fluxograma da pessoa acometida pela hanseníase com indicação de internação



Fonte: CECH/AGEVISA/RO

4.5.1 Pessoa acometida pela hanseníase com indicação de internação

A maioria dos episódios reacionais pode ser monitorado ambulatorialmente, entretanto, casos mais complexos e graves podem necessitar de serviços de maior complexidade e internação hospitalar, cujo as principais indicações são:

- **Reação tipo 1 ou 2 graves**[3]
  - Os quadros extensos de úlceras;
  - Alterações sistêmicas graves;
  - Necessidade de investigação clínica e laboratorial;
  - Necessidade de pulsoterapia com metilpredinisolona.

4.5.2 Portas de Entrada

O paciente pode ter acesso a internação pelos serviços:

1) Atenção Primária à Saúde (APS);
2) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Atendimento (PA);
3) Atenção Especializada Municipal;
4) Atenção Especializada Estadual (POC Macro I – Porto Velho ou POC Macro II – HRC/Cacoal).

4.5.3 Acolhimento com classificação de risco

Deve ocorrer por meio da prática de atendimento humanizado pela escuta qualificada e identificação da necessidade de internação para o quadro clínico, seguindo os criterios de indicação referidos acima, entre outros. Abaixo, descreve-se o fluxo de cada serviço como porta de entrada.

4.5.2a Atenção Primária à Saúde (APS): Esse serviço realizará o primeiro atendimento clínico para definir a necessidade de internação.

- Se confirmado, encaminhar para UPA ou PA que encaminhará para Hospital Municipal (HM). Se o HM não for resolutivo, deve regular pelo sistema Regula RO, aba CEREL, solicitar leito para o Cemetron ou Hospital Regional de Cacoal/ HRC.

ATENÇÃO: Em municípios que têm Hospital Municipal (HM), este sempre será a primeira opção para internação.

4.5.2b – **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Pronto Atendimento (PA) do Hospital Municipal :** qualquer um desses serviços como porta de entrada, fará a avaliação clínica e, confirmada a necessidade de internação, utilizar os serviços abaixo:

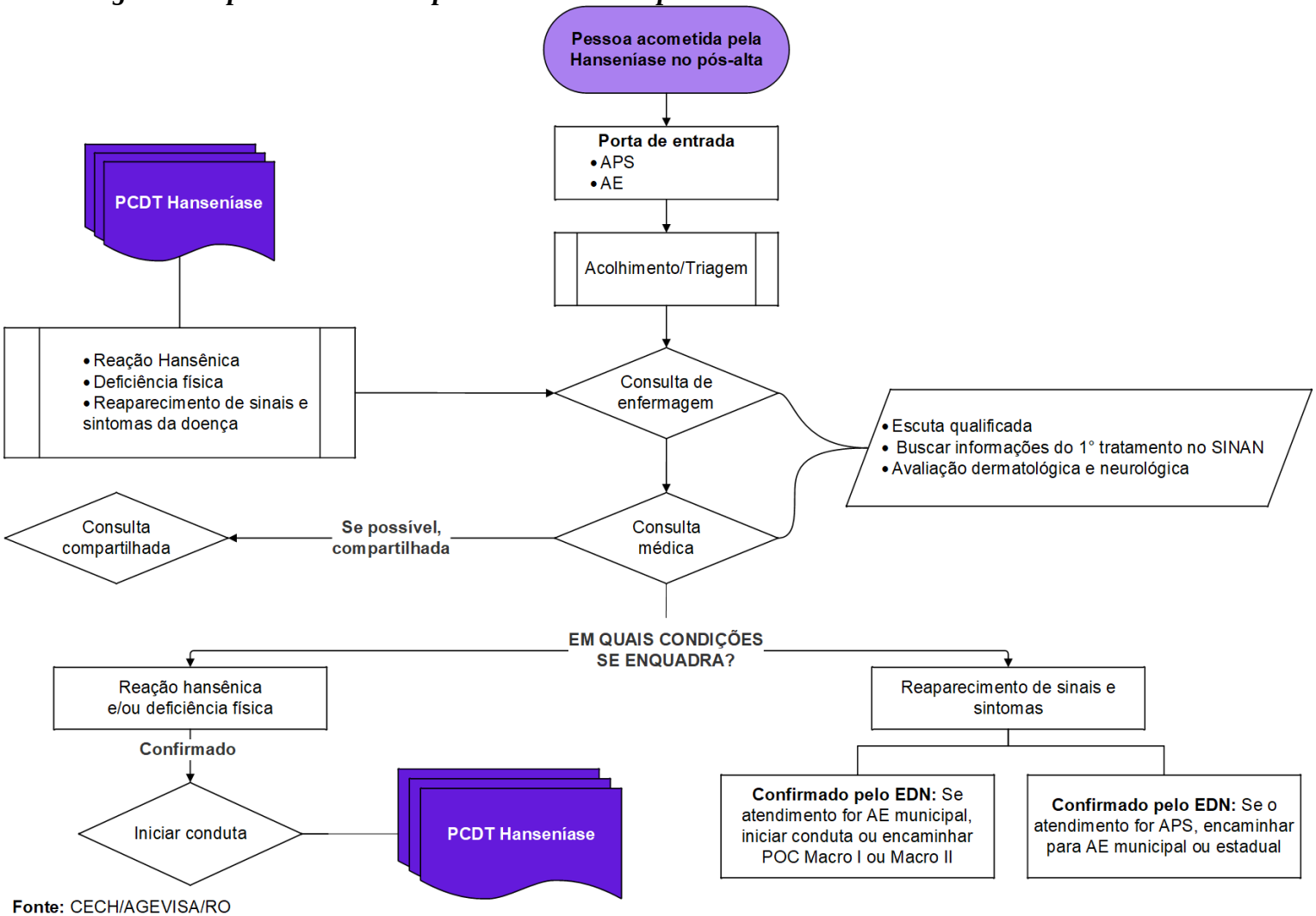
- Hospital Municipal (HM): todos os municípios que dispõem de HM, esse sempre será a primeira opção para internação.
- Se não tem HM, acessar o sistema Regula RO, aba CEREL e solicitar leito para o Cemetron ou HRC.

OBS: Cemetron: Para os municípios da Macro I;

HRC: Para os municípios da Macro II.

A alta hospitalar - o retorno é de responsabilidade do município de origem. A continuidade do cuidado se dará na Unidade de Saúde de origem.

4.6 Fluxograma da pessoa acometida pela hanseníase no pós-alta



Fonte: CECH/AGEVISA/RO

4.6.1 Porta de Entrada: Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Especializada (AE) Municipal ou Estadual.

4.6.2 Acolhimento/Triagem: Qualquer um desses serviços de saúde deve receber a pessoa acometida no pós-alta.

4.6.3 Consulta de Enfermagem

O enfermeiro realizará a escuta das queixas, após a esculta fará anotações do nome, data de nascimento e nome da mãe para a busca de informações do primeiro tratamento. Para isso, fazer contato com a vigilância municipal para busca no Sinan. Caso o primeiro tratamento tenha sido em outro estado ou município, solicitar a vigilância municipal que faça contato com a Coordenação Estadual de Controle da Hanseníase (CECH/AGEVISA).

Realizar a avaliação dermatológica e neurológica, conforme queixas. Se necessário, realizar teste da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões encontradas e palpação dos principais nervos periféricos (radial, ulnar, mediano, fibular e tibial).

4.6.4 Consulta médica e/ou compartilhada

A partir das informações coletadas na consulta de enfermagem do primeiro tratamento, o médico deve definir em qual das situações o paciente se enquadra.

4.6.4a – Reaçao hansênica e/ou deficiência física: se confirmar uma ou ambas condições, deverá instituir conduta, conforme recomendação do PCDT.

4.6.4b – Reaparecimento de sinais e sintomas: se confirmar essa situação e descartar episódio reacional, trata-se de uma suspeita de recidiva [3].

- Se o atendimento for na APS, neste caso, deverá ser encaminhado para AE municipal ou estadual.
- Se o atendimento for na AE municipal, iniciar conduta para investigação da resistência medicamentosa. O PCDT hanseníase aborda que os critérios para investigação de resistência em pacientes multibacilares (MB) com suspeita de

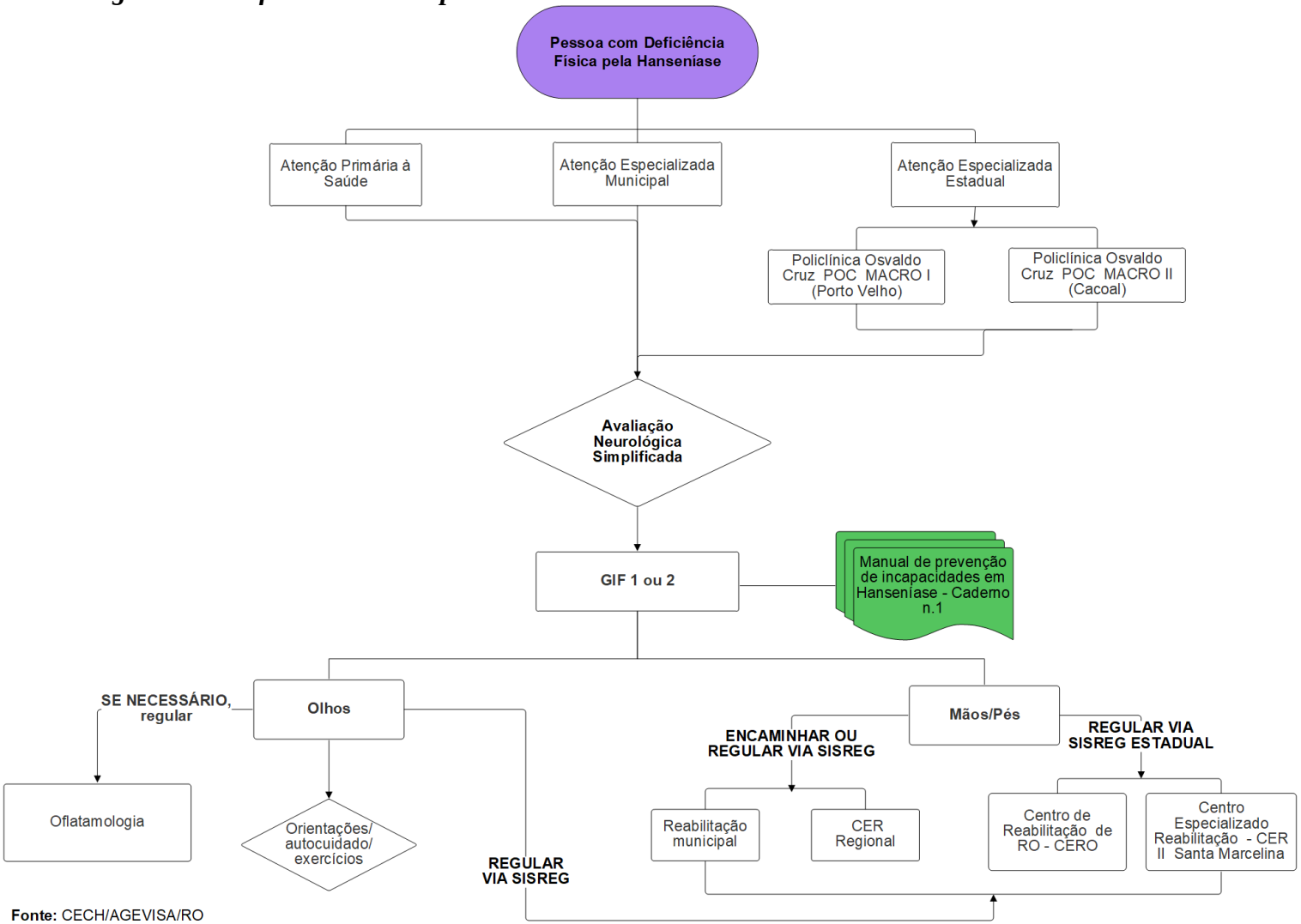
persistência de infecção ativa após conclusão do esquema padrão de PQT-U/12 doses, são [3]:

1) Persistência de hansenomas e/ou lesões infiltradas após o término da PQT-U com aspecto clínico inalterado em relação ao momento do diagnóstico;
2) Índice baciloscópico (IB) inalterado ou aumento do IB em relação ao exame anterior, respeitando-se os mesmos sítios de coleta e intervalo mínimo de um ano entre os exames;
3) Reações hansênicas reentrantes por mais de três anos após a alta por cura não responsivas ao tratamento com corticosteróides sistêmicos ou talidomida;
4) Abandono ao tratamento com PQT-U por mais de seis meses para os casos MB;
5) Casos de recidiva, comprovada pelo reaparecimento de lesões cutâneas e/ou neurológicas compatíveis com hanseníase após cinco anos de tratamento prévio com PQT-U.

Para qualquer uma das condições acima, a conduta é solicitar BAAR. Se a AE municipal NÃO é unidade sentinela para resistência, agendar pelo SisReg para POC Macro 1 – Porto Velho. Qualquer município que não dispõe de unidade sentinela, deve regular para a POC Macro 1- Porto Velho.

4.6.4c- Indicação Cirúrgica: Todos os municípios devem agendar via SisReg para "dermatologia – hanseníase" da POC – Macro I em Porto Velho.

4.7 Fluxograma da Deficiência Física pela hanseníase



Fonte: CECH/AGEVISA/RO

Deficiência Física pela hanseníase: Conceitua-se deficiência como problema nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda [17].

O Grau de Incapacidade Física (GIF) é uma medida que indica a existência de perda da sensibilidade protetora e/ou deformidade física 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[5]. Portanto, a avaliação do GIF é importante para identificação de pacientes com maior risco de desenvolver reações e novas deficiências, durante o tratamento, no término da poliquimioterapia e após a alta .

As pessoas com histórico de reação e neurite ou com GIF 1 no diagnóstico apresentam maior risco de desenvolver deficiência física (GIF 2) [11]. Faz-se necessário orientar prática diária de autocuidado, individualmente ou em grupos (GAC).

A Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) como indutora de condutas possibilita verificar a integridade da função neural e induzir condutas de acordo com os achados. O resultado da avaliação neurológica deve ser registrado em formulário próprio (ANEXO 4), classificar o grau de incapacidades e a soma OMP, conforme modelo adotado pelo Ministério da Saúde.

4.7.1 Porta de Entrada: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada Municipal e/ou Estadual.

4.7.2 Avaliação Neurológica Simplificada (ANS): Qualquer um dos serviços como porta de entrada deverá realizar a ANS.

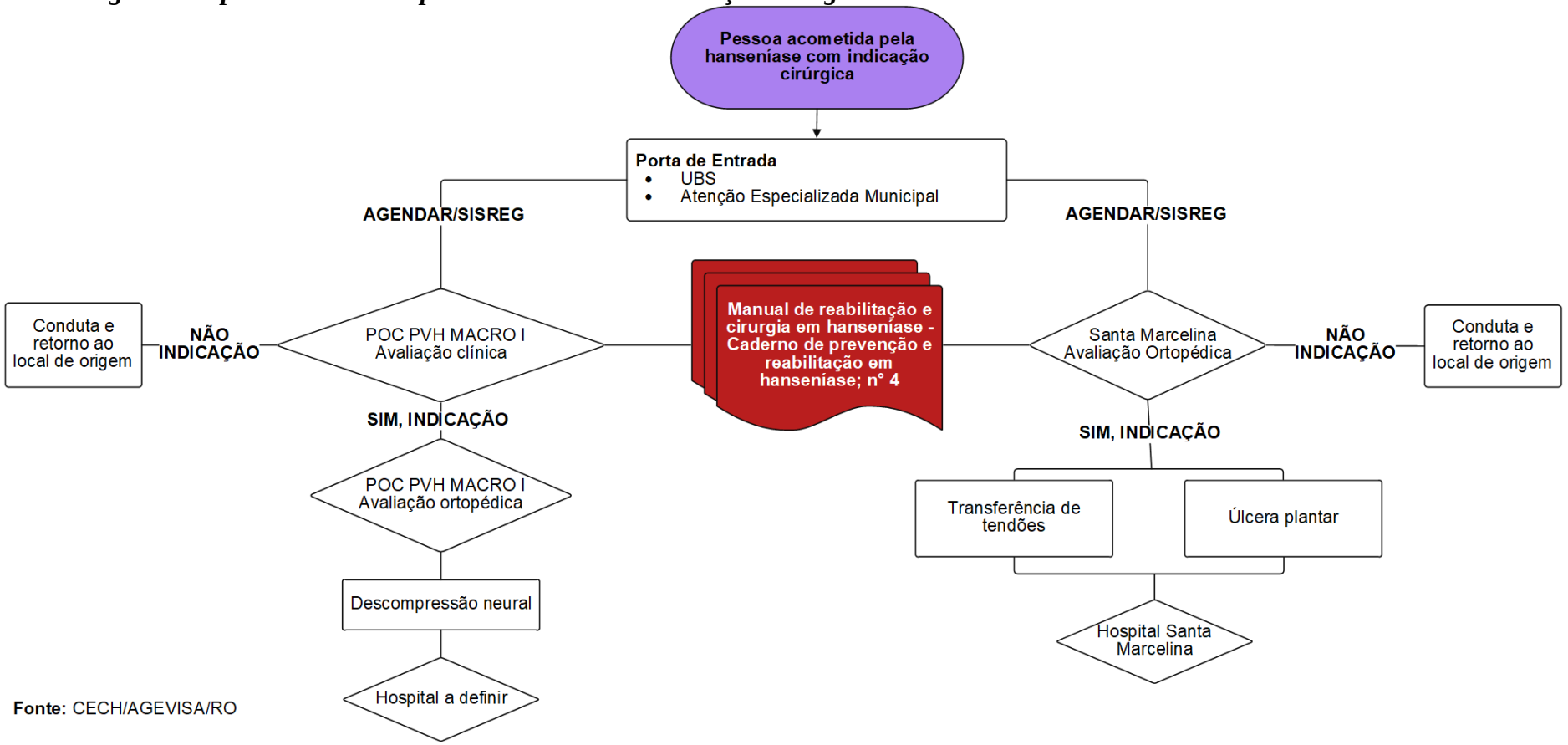
4.7.3 GIF 1 ou 2: Verificar o manual de prevenção de incapacidade em hanseníase – caderno nº 1.

4.7.4 Olhos: Orientar autocuidados e exercícios. Se necessário, regular pelo SisReg para o oftalmologista e para CER e/ou encaminhar para a reabilitação municipal.

4.7.5 Mãos e/ou Pés: Encaminhar para a reabilitação municipal e/ou regular via SisReg para CER Regional ou Estadual.

ATENÇÃO: GIF 1 ou GIF 2 em pés, o paciente deverá ser regulado para CER II Santa Marcelina para adaptação de calçados (palmilhas e/ou férula harris).

4.8 Fluxograma da pessoa acometida pela hanseníase com indicação cirúrgica



Fonte: CECH/AGEVISA/RO

Uma das principais características da hanseníase é o acometimento do sistema nervoso periférico. O comprometimento neurológico é a causa mais comum de deficiência, podendo acontecer antes do diagnóstico, durante e/ou após o tratamento com a poliquimioterapia Única (PQT-U) [3].

A cirurgia e a terapia física contribuem para minimizar a deficiência, restaurar a função e facilitar a participação social[16]. Vale lembrar que a maioria dessas complicações pode ser evitada com o diagnóstico precoce e o tratamento adequado da doença, assim como com a identificação e o tratamento oportuno das reações [11].

Genericamente, as cirurgias têm a finalidade de [16]:

- Aliviar a dor;
- Melhorar a função;
- Prevenir deformidades;
- Melhorar a estética;
- Favorecer a participação social.

A equipe de reabilitação cirúrgica em hanseníase é constituida por profissionais semelhantes aos utilizados em qualquer outra especialidade cirúrgica na área de reabilitação. Portanto, incluem: cirurgiões geral, plástico, ortopédico, neurocirurgiões, etc., qualquer um desses pode assumir o compromisso de atender os casos de hanseníase, bastando para isso uma adequação de seus conhecimentos e habilidades às peculiaridades da doença. Contudo, faz-se necessário o envolvimento de outros profissionais, de maneira a formar uma equipe mínima, tais como: cirurgião, fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional, enfermeiro e técnico em calçados [16].

- **Neurolise[16]:** A neurite hansênica é um processo inflamatório, caracterizado por dor aguda e/ou subaguda de um nervo, podendo levar a perda da sensibilidade na área de distribuição do nervo afetado, atrofia e alteração da força muscular, bem como alterações no trofismo. O nervo torna-se espessado e dentre a terapêutica utilizada no tratamento de neurites, tem-se a neurólise, procedimento cirurgico que consiste na descompressão do nervo acometido. A indicação da neurólise são os casos com neurite aguda não responsiva em quatro semanas em uso de corticosteroides em dosagem e tempo adequados.
- **Reparadora (Transferência de tendões)[16]:** Essa intervenção corrige a deficiência com o objetivo de restaurar a função de uma mão, pé ou pálpebra. É uma cirurgia que usa principalmente as transferências de tendões e requer para o

seu sucesso: um paciente adequado, uma deformidade que seja móvel e não fixa, e a disponibilidade de uma equipe experiente em cirurgia. Os critérios necessários para esse tipo de cirurgia são: - Ter completado o tratamento PQT e não apresentar episódio inflamatório reacional e/ou uso de medicamentos antirreacionais há pelo menos um ano.

ATENÇÃO: Os procedimentos pré e pós operatórios em cirurgia de reabilitação física em hanseníase, combinados à prática contínua dos autocuidados, são fundamentais para um bom e duradouro resultado [11].

4.8.1 Porta de entrada: Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada Municipal. A pessoa acometida pela hanseníase ao procurar um desses serviços, agendar via SisReg para "dermatologia – hanseníase" da POC – Macro I em Porto Velho.

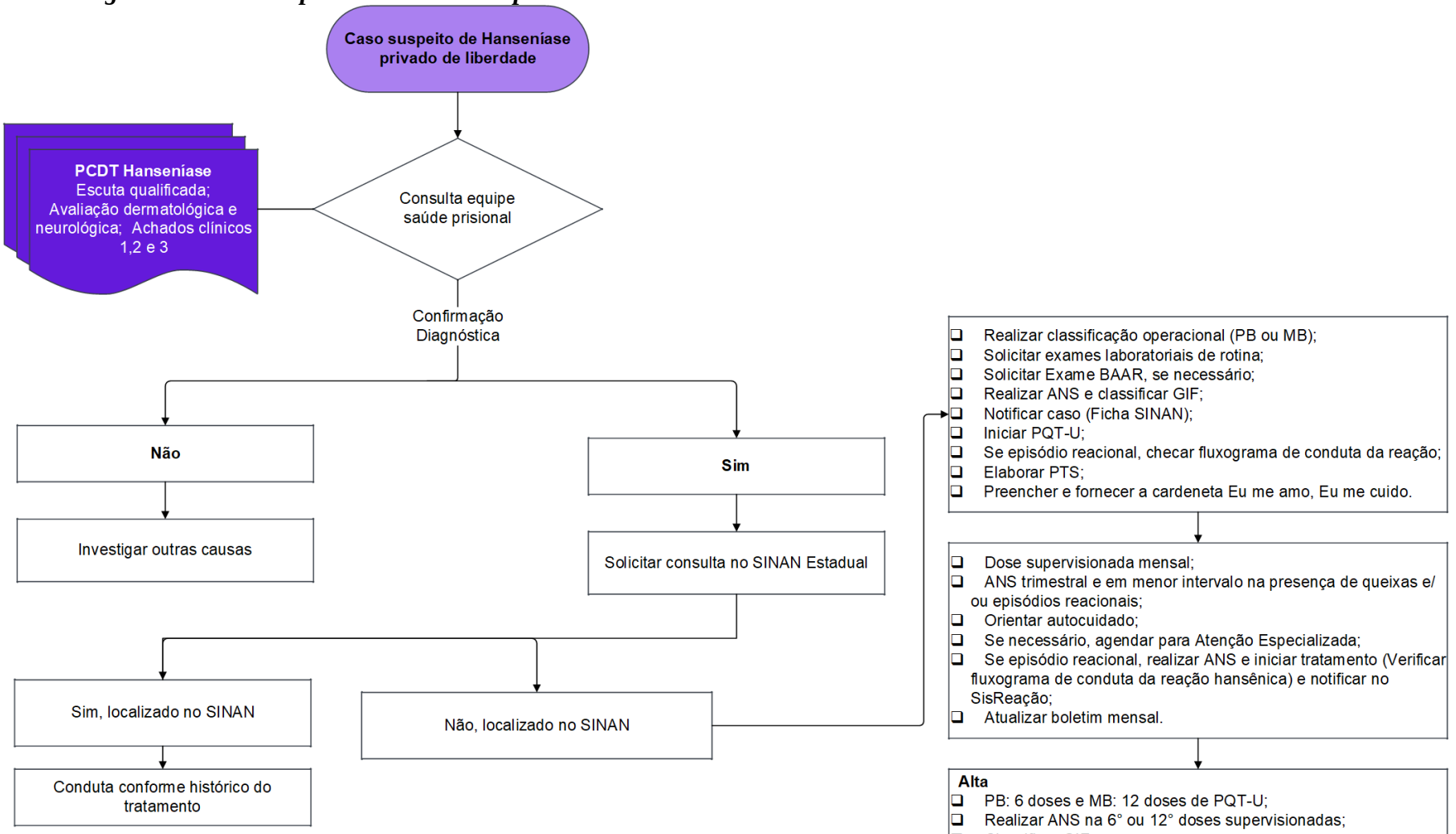
4.8.2 POC - Avaliação Clínica: Todos os casos em que os serviços da APS ou AE Municipal avaliarem e decidirem por cirurgia, esses casos serão submetidos a avaliação clínica, antes do envio para o ortopedista.
Sem indicação: Caso seja avaliado que o paciente não possui indicação para uma intervenção cirúrgica, ele retornará ao local de origem com contrarreferência.
Com indicação: Se após a avaliação clínica for constatado que o paciente precisa ser submetido a um tratamento cirúrgico, o paciente será encaminhado para consulta ortopédica na POC ou Santa Marcelina.

4.8.3 POC - Avaliação Ortopédica: As cirurgias de descompressão neural serão agendadas em hospital a ser definido.

4.8.4 – Santa Marcelina - Avaliação Ortopédica: As cirurgias de transferência de tendões, desbridamento, entre outras, serão realizadas no hospital da Santa Marcelina.

ATENÇÃO: A POC e/ou Hospital Santa Marcelina solicitará os exames pré-cirúrgicos e os pacientes que vêm de outras localidades têm a opção de realizá-los em seu munícipio de origem.

4.9 Fluxograma do caso suspeito de hanseníase privado de liberdade



Fonte: CECH/AGEVISA/RO

4.9 Caso suspeito de hanseníase em privados de liberdade

4.9.1 – Consulta pela equipe de saúde prisional: A enfermagem e/ou médico realizará a consulta (ver itens 4.1.4 e 4.1.5 desta LC).

4.9.2 –Não: Se não houver confirmação diagnóstica, investigar outras causas.

4.9.3 –Sim: Se houver confirmação diagnóstica, a equipe de saúde prisional solicitará à CECH consulta na base SINAN estadual. É necessário: nome completo, data de nascimento e nome da mãe.

4.9.4 – Sim, localizado no Sinan: A conduta será conforme histórico do tratamento.

4.9.5 – Não localizado no Sinan: Os procedimentos são de rotina de um caso novo, conforme consta no fluxograma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: **A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde**. Entrevistado por: Carmen Cecilia de Campos Lavras. Ciência & Saúde Coletiva, 23(2):431-435, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018232.16152017.

2-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030** [recurso eletrônico]– Brasília, 2024.

3-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

4-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022** [recurso eletrônico]– Brasília, 2019.

5- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde

6- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030: rumo a zero hanseníase**. Genebra: OMS, 2021a.

7- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

8- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de cuidado** [ou materiais normativos sobre Redes de Atenção à Saúde - RAS]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

9- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

10- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. [Internet]. 2017.

11- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia Prático sobre a Hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017

12- BRASIL. Ministério da Saúde. **AppHans**. Versão 1.0. Brasília, 2025.Disponível em: https://app.pandasuite.com/vHAEYsS4.

13 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemilógica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

14- LEHMAN, Linda Faye *et al*. **Avaliação neurológica simplificada**. Belo Horizonte: ALM Internacional, 1997. Localização: 616.8 A945 1997.

15- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo de Vigilância do Grau de Incapacidade 2**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

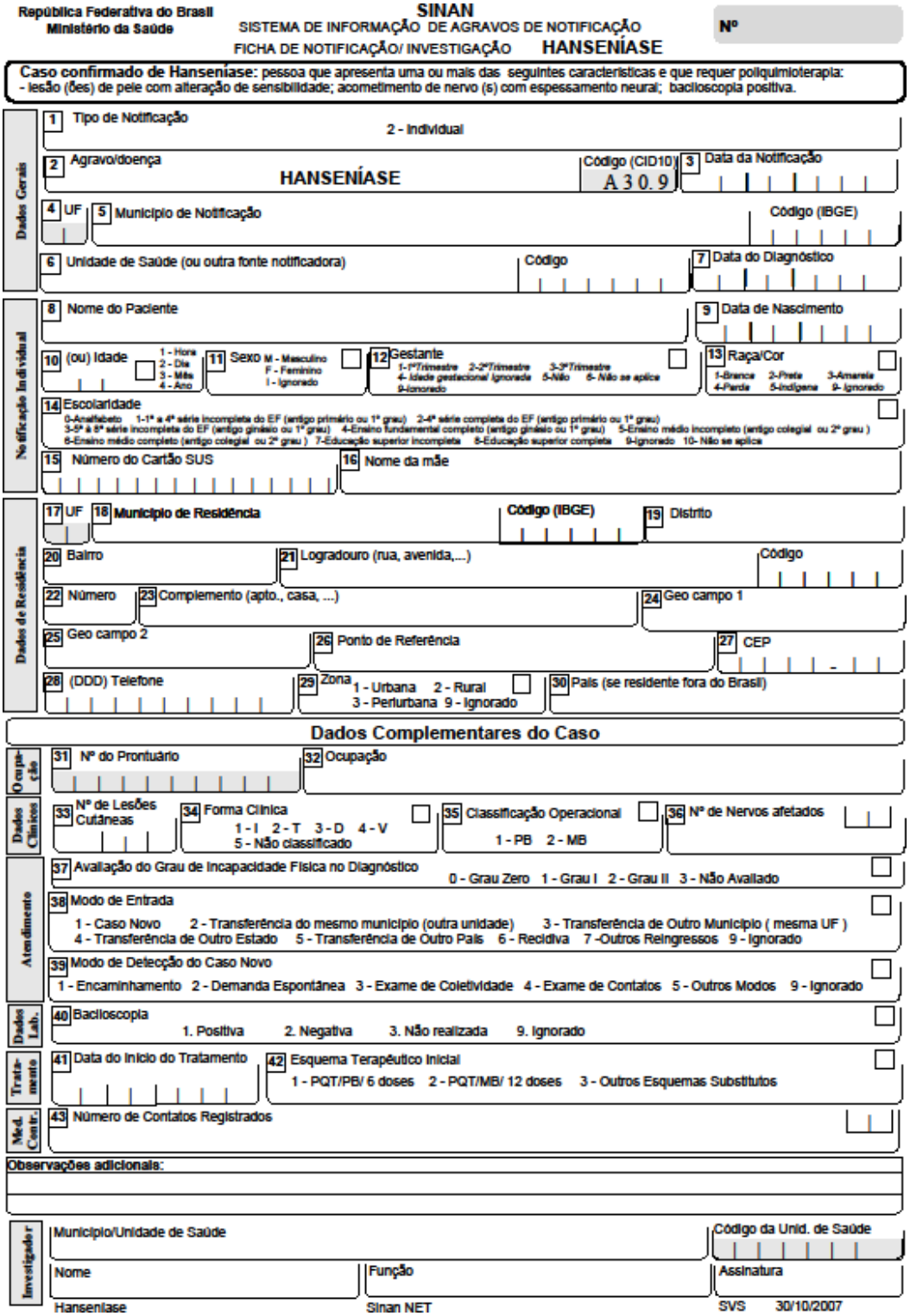
16- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de reabilitação e cirurgia em Hanseníase. Série A.Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n.4** – Brasília, 2008.

17- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora Da Universidade De São Paulo, 2003.

18- CORIOLANO, Armelita Ribeiro Filha. **Morbimortalidade por reações em hanseníase**. 2021. 121 f. Universidade de Brasília, 2021. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/48359/1/2021_CarmelitaRibeiroFilhaCoriolano.pdf.

ANEXOS

Anexo 1 - Ficha SINAN 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) A 3 0. 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

Anexo 2 - Formulário de paciente com hanseníase (capa de prontuário)

AGEVISA
AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Governo do Estado de RONDÔNIA

FICHA DE PACIENTES COM HANSENÍASE

Nome Completo: _____ Data do Nascimento: ____/____/____

Escolaridade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Est. Civil: _____ Ocupação: _____

Nome do Pai: _____ Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Ponto de Referência: _____ Município: _____

1. Tempo de doença e história resumida: _____

2. Descrição das lesões atuais: _____

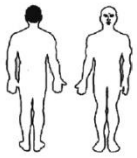
3. Baciloscopia: ☐ Positiva ☐ Negativa

4. Forma Clínica: ☐ Indeterminada ☐ Tuberculóide ☐ Dimorfa ☐ Virchoviana

5. Modo como foi descoberto:

☐ Encaminhamento ☐ Exame de comunicantes ☐ Demanda espontânea

☐ Exame coletividade ☐ Outros



6. Foco Suspeito: _____

_____ Data: ____/____/____

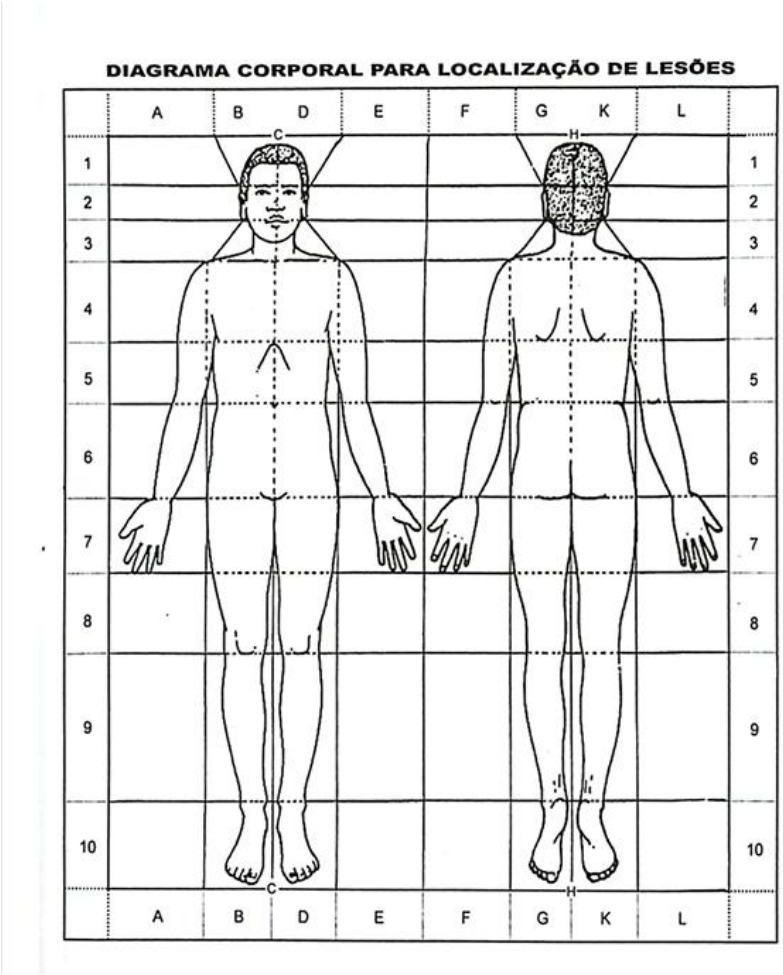
7. Comunicantes - listar as pessoas que residem ou residiram com o doente nos últimos 05 anos

Nº DE ORDEM	NOME	IDADE	PARENTESCO	EDN		BCG		ASSINAT.
				DATA	RES.*	DOSE	CICATRIZ	

LEGENDA* N(Normal) S(Suspeito) D(Doente)

8. Profissional Responsável: _____

Anexo 3 - Diagrama Corporal para localização de lesões: faz parte do prontuário



Anexo 4 - Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada e Classificação do Grau de Incapacidade Física

DISQUE SAÚDE 136 | SUS | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE

Nome: _____ **Sexo:** M: ☐ F: ☐

Ocupação: _____ **Data Nasc:** _____/_____/_____

Município: _____ **UF:** _____

Classificação Operacional: PB: ☐ MB: ☐

Data início PQT-U: _____/_____/_____ **Data Alta PQT-U:** _____/_____/_____

FACE		1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
Nariz		D	E	D	E	D	E	D	E
Queixas									
Ressecamento	(S/N)								
Ferida	(S/N)								
Perfuração de septo	(S/N)								
Olhos		D	E	D	E	D	E	D	E
Queixas									
Diminuição da sensibilidade da córnea	(S/N)								
Diminuição da força muscular das pálpebras superiores	(S/N)								
Fecha olhos sem força	(**Fenda**) "**mm**"ou "**0**"								
Fecha olhos com força									
Triquíase	(S/N)								
Ectrópio	(S/N)								
Opacidade da córnea central	(S/N)								
Acuidade Visual	(Anotação em decimal)								

Legenda: Sim = **S**; Não = **N**;
Notas: Em caso de fenda, anotar em **milimetros (mm)**, em caso de ausência de fenda anotar **0 (zero)**; **Acuidade visual**: se usar óculos para longe, usar durante o exame; Utilizar a tabela de optotipos "E" a distância a 3 metros para medida da acuidade visual.

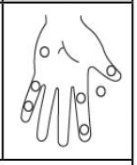
MEMBROS SUPERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
Queixas								
PALPAÇÃO DE NERVOS	D	E	D	E	D	E	D	E
Radial								
Ulnar								
Mediano								

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

AVALIAÇÃO DE FORÇA		D	E	D	E	D	E	D	E
Elevar o punho / Extensão de punho **(nervo radial)**									
Abrir dedo mínimo / Abdução do 5º dedo **(nervo ulnar)**									
Elevar o polegar / Abdução do polegar **(nervo mediano)**									

Legenda: Forte = **5** Resistência Parcial = **4** Movimento completo = **3** Movimento Parcial = **2** Contração = **1** Paralisado = **0** OU
Forte = **F** Diminuida = **D** Paralisado = **P**

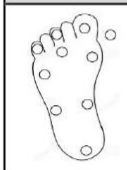
INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA 1

1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
D	E	D	E	D	E	D	E
							

Legenda: Seguir as cores dos monofilamentos
Garra móvel = **M** Garra rígida = **R** Reabsorção = ▨ Lesões tróficas = ☐ Lesões traumaticas = △

MEMBROS INFERIORES		1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
Queixas									
PALPAÇÃO DE NERVOS		**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Fibular									
Tibial									
Legenda: Normal = **N** Espessado = **E** Dor = **D** Choque = **C**									
AVALIAÇÃO DE FORÇA		**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
Elevar o hálux / Extensão de hálux **(nervo fibular)**									
Elevar o pé / Dorsiflexão do pé **(nervo fibular)**									
Legenda: Forte = **5** Resistência Parcial = **4** Movimento completo = **3** Movimento Parcial = **2** Contração = **1** Paralisado = **0** OU Forte = **F** Diminuida = **D** Paralisado = **P**									

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA 2

1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
D	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**	**D**	**E**
							

Legenda: Seguir as cores dos monofilamentos

Garra móvel = **M** Garra rígida = **R** Reabsorção = Lesões tróficas = Lesões traumaticas =

DATA DA AVALIAÇÃO	Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	Soma OMP	ASSINATURA E CARIMBO	OBSERVAÇÕES IMPORTANTES
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)		(a+b+c +d+e+f)		
	D	E	D	E	D	E				
___/___/___										
___/___/___										
___/___/___										
___/___/___										

GRAU	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FISÍCA			LEGENDAS	
	OLHOS	MÃOS	PÉS	Monofilamentos	
0	**Força muscular das pálpebras preservadas** • Consegue ocluir com força e formação de pregas palpebrais simétricas e com grande resistência à abertura da pálpebra forçada pelo examinador. **E** **Sensibilidade da córnea preservada.** **E** **Acuidade visual ≥ 0,1** (a tabela de optotipos "E) de **3 metros** ou Conta dedos a 6 metros	**Força muscular das mãos preservada** **E** **Sensibilidade palmar preservada: sente** o monofilamento **2 g (violeta/roxa)**.	**Força muscular dos pés preservada** **E** **Sensibilidade plantar preservada: sente** o monofilamento **2 g (violeta/roxa).**	**Verde** (0,07 g) – preencher círculo na cor verde	
				Azul (0,2 g) – preencher círculo na cor azul	
				Violeta (2,0 g) – preenchercírculo na cor violeta/roxa	
1	**Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis:** • Apresenta resistência mínima à abertura forçada pelo examinador **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 da(s)mão(s) sem deficiências visíveis** **E/OU** **Alteração da sensibilidade palmar: não sente** o monofilamento **2 g (violeta/roxa)**.	**Diminuição da força muscular do(s) pé(s) sem deficiências visíveis** **E/OU** **Alteração da sensibilidade plantar: não sente** o monofilamento **2 g (violeta/roxa)**.	**Vermelho** (4,0 g) – preenchercírculo na cor vermelha	
				Laranja (10,0g) – marcar ocírculo com X na cor vermelho	
				Rosa (300 g) – Circular na cor vermelho sem preencher	
				Não sentiu Rosa (300 g) – preencher na cor preta	
2	**Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como:** • Lagoftalmo • Ectrópio • Triquíase • Opacidade corneana central **E/OU** **Acuidade visual < 0,1** (a tabela de optotipos "E) de **3 metros** ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas.	**Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como:** • Garras • Reabsorção óssea • Atrofia muscular • Mão caída • Lesões tróficas • Lesões traumáticas	**Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como:** • Garras • Reabsorção óssea • Atrofia muscular • Pé caído • Lesões tróficas • Lesões traumáticas	**NOTAS: Inspeção e avaliação sensitiva:** **1.** O circulo fora da palma da mão indica a avaliação da região dorsal entre o polegar e indicador, inervado pelo nervo radial. **2.** O circulo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º artelho, inervado pelo nervo fibular. **ATENÇÃO:** As incapacidades classificadas como grau 1 e/ou 2, somente serão atribuídas à hanseníase quando excluídas outras causas.	

Anexo 5 - Encaminhamento para vacinação BCG

RONDÔNIA
Governo do Estado

ENCAMINHAMENTO PARA VACINAÇÃO BCG

Encaminho o(a) Sr.(a) _____, contato de caso de hanseníase, com indicação para administração da vacina BCG, após avaliado clinicamente (dermatológica e neurológica), sem sinais e/ou sintomas de hanseníase.

OBS: A revacinação com BCG é contraindicada nas seguintes situações:

- ✓ Portadores de imunodeficiência primária ou adquirida;
- ✓ Pacientes acometidos por neoplasias malignas;
- ✓ Pacientes em tratamento com corticosteroides em dose elevada, equivalente a 2 mg/kg/dia de prednisona para crianças de até 10 kg ou 20 mg/dia ou mais para indivíduos acima de 10 kg, por período superior a duas semanas;
- ✓ Gestantes.

Histórico da BCG:

( ) Não vacinado, vacinação desconhecida ou sem cicatriz – **administrar 1 dose**.

( ) 1 dose comprovada – **administrar 2ª dose**, respeitando intervalo mínimo de 6 meses.

Data: _____/_____/_____

Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____

Assinatura/Carimbo: _____

Anexo 6 - Caderneta de saúde da pessoa acometida pela hanseníase



Anexo 7 - Laudo teste rápido de hanseníase

Unidade de Saúde:_____

Equipe:_____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome do usuário:_____ Sexo: Masc (_) Fem (_)

Endereço:_____ Telefone:_____

Data da realização do exame:____/____/____ Data de Nascimento: ____/____/____

CNS/CPF: _____

Teste Rápido para detecção de anticorpos IgM anti-*Mycobacterium leprae*

Material biológico: Sangue total / punção digital

Método: Imunocromatografia

(_) **REAGENTE** ( ) **NÃO REAGENTE**

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

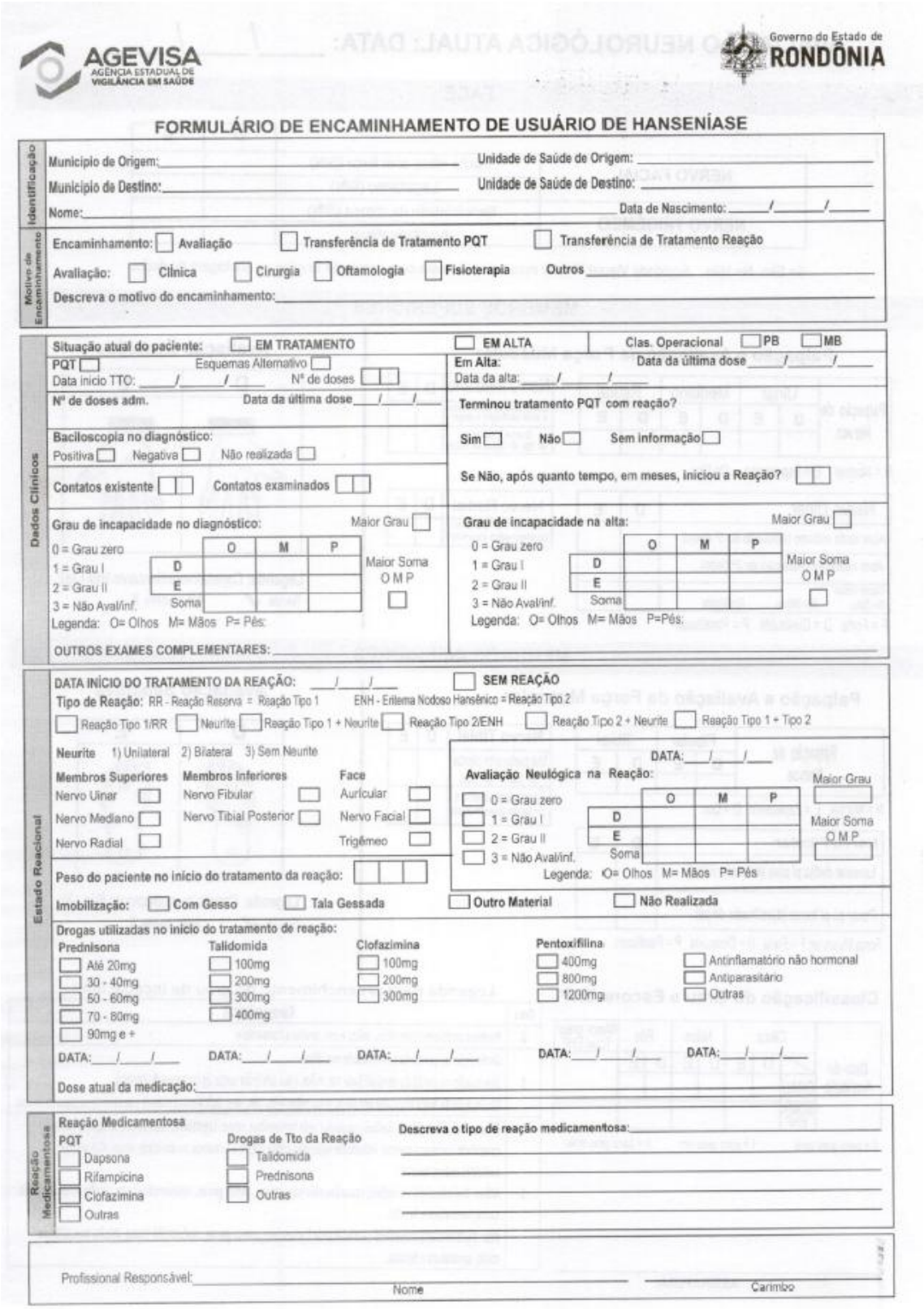
A interpretação dos resultados deve ser sempre realizada por profissional habilitado, que possa correlacioná-los com os dados clínicos e epidemiológicos. Um resultado REAGENTE isoladamente não confirma atividade de doença. Um resultado NÃO REAGENTE não exclui atividade de doença.

_____

Responsável pelo laudo do teste

(assinatura e carimbo)

Anexo 8 - Formulário de Transferência de Paciente de Hanseníase
(Frente)



AGEVISA
AGÊNCIA ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Governo do Estado de RONDÔNIA

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE USUÁRIO DE HANSENÍASE

Identificação

Município de Origem: _____ Unidade de Saúde de Origem: _____

Município de Destino: _____ Unidade de Saúde de Destino: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Motivo de Encaminhamento

Encaminhamento: ☐ Avaliação ☐ Transferência de Tratamento PQT ☐ Transferência de Tratamento Reação

Avaliação: ☐ Clínica ☐ Cirurgia ☐ Oftamologia ☐ Fisioterapia Outros _____

Descreva o motivo do encaminhamento: _____

Dados Clínicos

Situação atual do paciente: ☐ EM TRATAMENTO ☐ EM ALTA Clas. Operacional ☐ PB ☐ MB

PQT ☐ Esquemas Alternativo ☐

Data início TTO: ____/____/____ Nº de doses ☐☐

Em Alta: Data da última dose ____/____/____

Data da alta: ____/____/____

Nº de doses adm. Data da última dose ____/____/____

Terminou tratamento PQT com reação?

Baciloscopia no diagnóstico:

Positiva ☐ Negativa ☐ Não realizada ☐

Sim ☐ Não ☐ Sem informação ☐

Contatos existente ☐☐ Contatos examinados ☐☐

Se Não, após quanto tempo, em meses, iniciou a Reação? ☐☐

Grau de incapacidade no diagnóstico: Maior Grau ☐

		O	M	P
0 = Grau zero				
1 = Grau I	D			
2 = Grau II	E			
3 = Não Aval/inf.	Soma			

Maior Soma O M P ☐

Legenda: O= Olhos M= Mãos P= Pés:

Grau de incapacidade na alta: Maior Grau ☐

		O	M	P
0 = Grau zero				
1 = Grau I	D			
2 = Grau II	E			
3 = Não Aval/inf.	Soma			

Maior Soma O M P ☐

Legenda: O= Olhos M= Mãos P=Pés:

OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES: _____

Estado Reacional

DATA INÍCIO DO TRATAMENTO DA REAÇÃO: ____/____/____ ☐ SEM REAÇÃO

Tipo de Reação: RR - Reação Reversa = Reação Tipo 1 ENH - Eritema Nodoso Hansênico = Reação Tipo 2

☐ Reação Tipo 1/RR ☐ Neurite ☐ Reação Tipo 1 + Neurite ☐ Reação Tipo 2/ENH ☐ Reação Tipo 2 + Neurite ☐ Reação Tipo 1 + Tipo 2

Neurite 1) Unilateral 2) Bilateral 3) Sem Neurite

Membros Superiores	Membros Inferiores	Face
Nervo Ulnar ☐	Nervo Fibular ☐	Auricular ☐
Nervo Mediano ☐	Nervo Tibial Posterior ☐	Nervo Facial ☐
Nervo Radial ☐		Trigêmeo ☐

DATA: ____/____/____

Avaliação Neulógica na Reação: Maior Grau ☐

		O	M	P
☐ 0 = Grau zero				
☐ 1 = Grau I	D			
☐ 2 = Grau II	E			
☐ 3 = Não Aval/inf.	Soma			

Maior Soma O M P ☐

Legenda: O= Olhos M= Mãos P= Pés

Peso do paciente no início do tratamento da reação: ☐☐☐

Imobilização: ☐ Com Gesso ☐ Tala Gessada ☐ Outro Material ☐ Não Realizada

Drogas utilizadas no início do tratamento de reação:

Prednisona	Talidomida	Clofazimina	Pentoxifilina	
☐ Até 20mg	☐ 100mg	☐ 100mg	☐ 400mg	☐ Antinflamatório não hormonal
☐ 30 - 40mg	☐ 200mg	☐ 200mg	☐ 800mg	☐ Antiparasitário
☐ 50 - 60mg	☐ 300mg	☐ 300mg	☐ 1200mg	☐ Outras
☐ 70 - 80mg	☐ 400mg			
☐ 90mg e +				

DATA: ____/____/____ DATA: ____/____/____ DATA: ____/____/____ DATA: ____/____/____ DATA: ____/____/____

Dose atual da medicação: _____

Reação Medicamentosa

Reação Medicamentosa

PQT

☐ Dapsona
☐ Rifampicina
☐ Clofazimina
☐ Outras

Drogas de Tto da Reação

☐ Talidomida
☐ Prednisona
☐ Outras

Descreva o tipo de reação medicamentosa: _____

Profissional Responsável: _____ _____
Nome Carimbo

– Formulário de Transferência de Paciente de Hanseníase (Verso)

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA ATUAL: DATA: ____/____/_____

FACE

		D	E
NERVO FACIAL	Fecha olhos com força (S/N)		
	Lagoftalmo (S/N)		
NERVO TRIGÊMEO	Sensibilidade da córnea (S/N)		
	Acuidade visual		

S= Sim N= Não Acuidade Visual: Anotar resultados de teste com escala de Snellen ou contagem de dedos

MEMBROS SUPERIORES

Palpação e Avaliação da Força Muscular

Palpação de Nervos	Ulnar		Mediano		Radial	
	D	E	D	E	D	E

N = Normal E = Espessado D= Dor

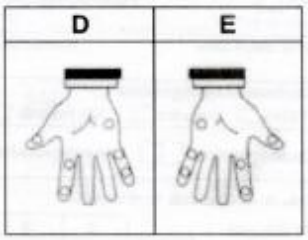
Nervo Mediano	D	E
Levar polegar ao 5º dedo e abrir (abdução polegar)		
Garra Mediana N= Não M= Móvel R= Rígida		

Nervo Ulnar	D	E
Abrir dedo mínimo (Abdução do 5º dedo)		
Abrir indicador (Abdução do 2º dedo)		
Garra Ulnar N= Não M= Móvel R= Rígida		

Nervo Radial	D	E
Levantar punho (extensão punho)		

F = Forte D = Diminuída P = Paralisado

Avaliação Sensitiva



Legenda: Caneta/monofilamento lilás (2g):
Sente ✔ Não sente X

MEMBROS INFERIORES

Palpação e Avaliação da Força Muscular

Palpação de Nervos	Fibular		Tibial	
	D	E	D	E

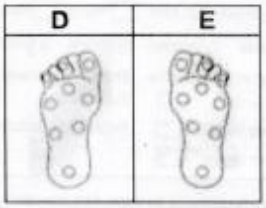
N = Normal E = Espessado D = Dor

Nervo Tibial	D	E
Mal perfurante plantar S= Sim N= Não		
Garra dos artelhos N= Não M= Móvel R= Rígida		

Nervo Fibular	D	E
Levantar dedão p/ cima (extensão Hálux)		
Puxar pé p/ frente (dorsiflexão do pé)		

Força Muscular: F = Forte D = Diminuída P = Paralisado

Avaliação Sensitiva



Legenda: Caneta/monofilamento lilás (2g):
Sente ✔ Não sente X

Classificação do Grau e Escore EHF

Data da Avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior grau/ Total EHF
	D	E	D	E	D	E	
GRAU							
SOMA EHF							

0 = para grau zero I = para grau um II = para grau dois

Legenda para preenchimento do grau de incapacidades

Grau	Características
0	Nenhum problema com olhos, mãos e pés devido a hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e/ou pés (não sente 2g ou toque da caneta). Diminuição da força muscular em olhos e/ou mãos e/ou pés, sem deficiências visíveis (não sente 2g ou toque da caneta).
2	**Olhos:** 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. **Mãos:** Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura e feridas. **Pés:** Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura e feridas.

ASSINATURA:

Anexo 9 - Guia de Contrarreferência

<table>
<tr><td colspan="2">GUIA DE CONTRARREFERÊNCIA</td></tr>
<tr><td></td><td>Da Unidade: Telefone:</td></tr>
<tr><td rowspan="5">INFORMAÇÕES DO USUÁRIO</td><td>Nome do paciente:</td></tr>
<tr><td>Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data do nascimento:____/_____/_____</td></tr>
<tr><td>Endereço: Telefone:</td></tr>
<tr><td>Nome da mãe:</td></tr>
<tr><td>Nº do cartão SUS:</td></tr>
<tr><td colspan="2">ENCAMINHAMENTO</td></tr>
<tr><td colspan="2">( ) Retorno a unidade de origem
( ) Retorno a unidade de origem com acompanhamento na referência</td></tr>
<tr><td colspan="2">CONTRARREFERÊNCIA</td></tr>
<tr><td>PARECER: Anexar exames complementares e demais informações.</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>CONDUTA RECOMENDADA</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td>_____
Assinatura do responsável pelo encaminhamento
Carimbo Data:_____/_____/_____</td></tr>
</table>

Anexo 10 - Boletim de Acompanhamento de hanseníase



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Página:

Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

UF: Município de Notificação Atual:

Unidade:

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	- Nome	Mun. de Residência	Distrito de Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último Comparec.	CO	AI	ET	ND	ER	Data Mudança Esquema	Cont. Reg.	Cont. Exam.	Tipo Saída	Data
						/ /						/ /				/ /

CO – Classificação operacional atual: 1 - PB (paucibacilar) 2 - MB (multibacilar)
AI – Avaliação de incapacidade física no momento da cura: 0 - Grau zero 1 - Grau I 2- Grau II 3 - Não avaliado
ET – Esquema terapêutico atual
NC – Número de contatos examinados
ND – Número de doses supervisionadas
ER – Episódio reacional durante o tratamento: 1 - Reação tipo 1 2 - Reação tipo 2 3 - Reação tipo 1 e 2 4 - Sem reação
Esquema terapêutico atual: 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - Outros esquemas substitutivos
Tipo de saída: 1 - Cura 2 - Transf. para o mesmo município 3 - Transf. para outro município 4 - Transf. para outro estado 5 - Transf. para outro país 6 - Óbito 7 - Abandono 8 - Erro diagnóstico

Emitido em / /