



Protocolo de Atenção à Saúde

Protocolo de Atendimento a Pacientes Portadores de Hanseníase do Distrito Federal

Área(s): SAIS/COASIS/DASIS, SAIS/COASIS/DIENF, SAIS/COAPS/DESF, SAIS/CATES/DIASF/GCBAF

Portaria SES-DF Nº 993 de 02.12.2019 , publicada no DODF Nº 232 de 06.12.2019 .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Manuais e Portarias do Ministério da Saúde, disponíveis em portalms.saude.gov.br.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

. Hanseníase; Reação hansênica; Atenção Primária..

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

As referências utilizadas foram publicações do Ministério da Saúde dos últimos 05 anos (Manuais de Diretrizes e Guias) .

2- Introdução

A hanseníase é doença infectocontagiosa crônica ocasionada por bacilo álcool-ácido- resistente, o *Mycobacterium leprae*, patógeno de alta infectividade e baixa patogenicidade. A doença se manifesta em um espectro variável entre suas duas formas polares, sendo grande a gama de manifestações clínicas possíveis. A infecção privilegia pele e nervos periféricos, podendo afetar virtualmente todos os

órgãos. Sua evolução é insidiosa e o diagnóstico tardio pode levar a incapacidades permanentes.

Por sua magnitude de alcance e alto potencial de incapacidades a longo prazo, a hanseníase é ainda hoje um problema de saúde pública, sendo o Brasil o segundo país no mundo em prevalência da doença (precedido apenas pela Índia). Tem se constituído como pilar para tornar tangível a meta de eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública a estratégia de descentralização e integração das atividades, funcionando em rede com adequada referência e contra referência entre os níveis de atenção.

O acompanhamento adequado para manejo de portadores de hanseníase e suas sequelas deverá idealmente ser multidisciplinar, envolvendo médicos (de família e comunidade e especialistas), fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde em conformidade com cada caso. Ressalta-se que a hanseníase não é doença de competência exclusiva de determinada especialidade, tratando-se de problema de saúde pública que deve ser adequadamente manejado na atenção primária pela equipe de saúde da família, bem como por médicos dermatologistas, neurologistas, infectologistas, cirurgiões ortopédicos e neurocirurgiões em outros níveis de atenção à saúde.

Constituem os níveis de atenção aos portadores de Hanseníase e Casos Suspeitos na SESDF:

- Atenção Primária: Unidades Básicas de Saúde (UBS);
- Referências Secundárias: Policlínicas;
- Referência Secundária para Reabilitação: Centro Especializado de Reabilitação (CER), Policlínicas com atendimento em reabilitação e Hospital-Dia (508 Sul);
- Referências Distritais: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital-Dia (508 Sul), Hospital Universitário de Brasília (HUB);
- Referências Terciárias: Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF), Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital Regional da Asa Norte (HRAN).

O acesso do paciente com suspeita de hanseníase deve ser realizado na Atenção Primária pela UBS conforme orientação do Ministério da Saúde (MS)¹. À atenção primária caberá o acolhimento do paciente que apresente demanda espontânea, encaminhando-o a níveis de maior complexidade em saúde quando necessário, constituindo níveis de apoio ao diagnóstico e tratamento mais complexos.

Visto tratar-se de doença de saúde pública e de alta prevalência em território

nacional; todas as UBS devem contar com equipe capacitada no manejo da hanseníase, as quais contarão com os devidos matriciamento e treinamentos, solicitados conforme a demanda dos profissionais. Tais unidades devem ser capazes de identificar portadores de hanseníase, bem como serão responsáveis pela avaliação de seus contactantes. Caberá ainda às UBS o atendimento aos casos suspeitos ou confirmados de Hanseníase por demanda espontânea, bem como a busca ativa de novos casos e a vigilância periódica dos contatos, objetivando o diagnóstico precoce e a interrupção da cadeia de transmissão.

Desta forma as UBS realizarão: investigação de casos suspeitos de hanseníase; início e acompanhamento de poliquimioterapia (PQT) de acordo com a classificação operacional do paciente; avaliação neurológica simplificada e definição do grau de incapacidade; realização de medidas de conscientização populacional aos sinais de hanseníase e coleta de raspado dérmico para baciloscopia (definição do fluxo laboratorial em Nota Técnica específica). Para situações com dificuldades de definição diagnóstica, o paciente deve ser referenciado para uma referência secundária.

As fichas de notificação compulsória e as fichas de acompanhamento deverão ser devidamente preenchidas e encaminhadas pelos profissionais da eSF que realizam o atendimento (equipe de enfermagem e/ou médico) na UBS. A avaliação dos contactantes de casos diagnosticados de hanseníase deverá ser realizada anualmente por um período de 05 (cinco) anos na atenção primária, cabendo também a este nível de atenção a vacinação com BCG (bacilo de Calmette-Guérin) nos casos indicados.

O encaminhamento da UBS aos serviços de referência secundária será realizado via Sistema de Regulação (SISREG), quando a equipe assistente julgar necessário. Os ambulatórios de dermatologia não subespecializados, em todas as unidades da SESDF, contam com 02 (duas) vagas reservadas ao atendimento de portadores de hanseníase (em determinadas unidades, tais vagas podem ser compartilhadas para interconsulta de pacientes internados, resultando eventualmente em 01 (uma) vaga destinada à assistência ao paciente portador de hanseníase ou sob suspeição). Tais vagas estarão disponíveis via SISREG à todas as UBS que necessitem de avaliação pela referência?

O encaminhamento da UBS à referência secundária restringe-se às seguintes situações: casos clínicos duvidosos em relação ao diagnóstico de hanseníase, principalmente a forma neural pura; estados reacionais graves e/ou de difícil controle; reações medicamentosas ou contraindicação à PQT; pacientes com grau de incapacidade grau I ou II, a cada 3 meses para avaliação clínica e casos que não

apresentem melhora clínica ao final do tratamento padrão ou que possuam lesões ativas (para avaliação quanto à insuficiência terapêutica).

O acesso do paciente procedente da referência secundária às unidades de referência distrital se dará mediante encaminhamento, via SISREG. Nessas unidades os atendimentos se darão de forma pontual, restringindo-se às seguintes situações: falência ou resistência terapêutica; estados reacionais graves e de difícil manejo ou com efeito adverso grave à PQT; assistência ao diagnóstico duvidoso da forma neural pura; neurites de difícil controle e casos de hanseníase em menores de 15 anos. Novamente, reitera-se que o acesso às referências distritais não ocorrerá de forma espontânea, devendo tal demanda ser atendida pelas Unidades Básicas de Saúde.

Deverão ser encaminhados à referência secundária para reabilitação (CER, Policlínicas com atendimento em reabilitação e Hospital-Dia) os pacientes com incapacidade funcional ocasionadas pela hanseníase observando os critérios de encaminhamento para consulta com Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional em Hanseníase, conforme Nota Técnica.

Deverão ser encaminhados às unidades de referência terciárias (IHBD, HUB e HRAN) pacientes que necessitem de cirurgias plásticas reparadoras, ortopédicas ou descompressões neurovasculares, neurite persistente (mais de 4 semanas de tratamento clínico), subentrante e reentrante e/ou de nervos; neuropatia crônica com déficit motor tardio e dor; abscesso de nervo; suspeita de Fenômeno de Lúcio e Eritema Nodoso Necrotizante; eletroneuromiografia, densitometria óssea, realização de avaliação oftalmológica emergencial e internações de casos graves reacionais e de efeitos adversos graves à poliquimioterapia. Nestas situações, o paciente poderá ser encaminhado pelos níveis de atenção.

O paciente deve apresentar no ato da consulta referenciada, formulário ou relatório contendo todas as informações necessárias ao seu atendimento: motivo do encaminhamento e história clínica, exames complementares prévios, diagnóstico e esquema terapêutico empregado, evolução clínica e demais dados relevantes à avaliação. Após avaliação pela unidade de referência, quando a equipe julgar necessário, o paciente será contrarreferenciado para manter o acompanhamento em sua unidade de origem.

Todo fluxo de atendimento na SES-DF está sendo descentralizado de modo que o paciente tenha acesso ao tratamento próximo ao seu domicílio e que as Equipes de Saúde da Família conheçam e busquem seus contactantes, bem como realizem busca ativa por pacientes que faltem às doses supervisionadas visando interromper a cadeia de transmissão da hanseníase.

Através da capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde, objetiva-se que a hanseníase não mais seja uma doença negligenciada, reduzindo a morbidade e incidência ocasionada pela doença e suas sequelas, por meio da identificação e tratamento precoce da hanseníase em si e de seus estados reacionais.

3- Justificativa

Esse protocolo visa nortear os profissionais de saúde do DF, no âmbito da Atenção Primária à Saúde e demais níveis de atenção, além da vigilância em saúde nos seguintes pontos:

- Efetivar integração da vigilância em saúde, atenção primária, rede laboratorial, regulação, unidades de referência e assistência hospitalar, bem como educação permanente;
- Fortalecer a rede de atenção primária como porta de entrada para os casos, evitando que o primeiro acesso seja realizado pelos serviços de referência e os hospitais;
- Estabelecer referência estadual para reabilitação cirúrgica; regionalizar os serviços de referência nas regiões e macrorregiões;
- Realizar os exames de contato intradomiciliar;
- Efetivar as ações dentro das unidades prisionais, carcerárias, áreas indígenas e ciganos, garantindo o acolhimento, o diagnóstico, o tratamento e acompanhamento de casos novos, bem como aplicar medidas preventivas visando reduzir as complicações e incapacidades dos portadores de hanseníase.

Busca-se a implementação de fluxo de referência e contrarreferência para exames e procedimentos de complexidade crescente como a assistência em serviços de referência de hanseníase para atenção terciária, com garantia da internação de intercorrências, exames para esclarecimento de diagnósticos e cirurgias, avaliação do dano neural através de exames neurológicos e eletroneuromiografia em serviços de referência em neurologia, prevenção e reabilitação das incapacidades com procedimentos especializados em serviços de referência de fisioterapia e cirurgia ortopédica, contribuindo para eliminação do estigma relacionado às incapacidades e para reintegração social destes pacientes.

Espera-se consolidar uma assistência multiprofissional mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Em junho/2018 a OMS lançou o CID-11, com a nova versão da classificação:

1B20.Z Hanseníase não Especificada

1B20.0 Hanseníase Paucibacilar

1B20.1 Hanseníase Multibacilar

1B20.2 Reação Hansênica

1B20.3 Complicações da Hanseníase

CID-10

A30 - Hanseníase [doença de Hansen] [lepra]

A300 - Hanseníase [lepra] indeterminada

A301 - Hanseníase [lepra] tuberculóide

A302 - Hanseníase [lepra] tuberculóide borderline

A303 - Hanseníase [lepra] dimorfa

A304 - Hanseníase [lepra] lepromatosa borderline

A305 - Hanseníase [lepra] lepromatosa

A308 - Outras formas de hanseníase [lepra]

A309 - Hanseníase [lepra] não especificada

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, além do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas. Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame mais criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. O diagnóstico precoce e os autocuidados são a principal medida para prevenir a instalação de deficiências e incapacidades. (Anexo I)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde³, para fins operacionais de tratamento, os doentes são classificados em paucibacilares (PB) quando apresentam até cinco lesões de pele e baciloscopia de raspado intradérmico negativo, quando disponível ou multibacilares (MB), quando apresentam seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva. Também serão classificados como multibacilares, para fins operacionais, os pacientes que apresentarem ao exame físico acometimento de dois ou mais troncos

nervosos, ainda que sem lesões cutâneas.

O Brasil também utiliza essa classificação. Entretanto, alguns pacientes não apresentam lesões cutâneas e podem ter lesões apenas de acometimento neural, ou ainda as lesões podem se tornar visíveis somente após iniciado o tratamento.

Na classificação espectral, para fins operacionais, a hanseníase indeterminada e hanseníase tuberculoide são consideradas paucibacilares. As apresentações dimorfas e virchowiana são consideradas multibacilares.

Pacientes diagnosticados na rede privada, deverão ser encaminhados para UBS de referência para fins de acompanhamento pela Equipe Saúde da Família (eSF) e fornecimento dos medicamentos. Caso o paciente esteja internado, o profissional do hospital privado deverá retirar o medicamento na Farmácia do Pronto Socorro do HRAN portando a ficha de notificação SINAN ou cópia e receituário médico do paciente. Em caso de dúvidas, poderão entrar em contato pelo telefone 2017-7111 ou 2017-7112.

6- Critérios de Inclusão

Indivíduos que apresentem um ou mais dos sinais cardinais, análise laboratorial ou dermatológica e/ou biópsia positivos e que necessitam de tratamento PQT:

- a) Lesão (ões) e/ou áreas da pele com alteração de sensibilidade;
- b) Acometimento de nervo (s) periférico (s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e
- c) Baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

7- Critérios de Exclusão

Indivíduos que não apresentem sinais cardinais ou antecedentes epidemiológicos que justifiquem investigação e início de poliquimioterapia.

8- Conduta

O acolhimento do usuário é uma das condições determinantes na adesão do paciente ao tratamento. A abordagem humanizada e integral do portador de hanseníase permitirá logo no primeiro contato diminuir as barreiras do estigma, preconceito e sofrimento enfrentados pelos pacientes, bem como interromper a cadeia de transmissão, por meio da instituição da PQT.

Ao ser diagnosticado (ou como parte da propedêutica investigatória), o paciente deverá ser submetido à avaliação neurológica simplificada para identificação do grau

de incapacidade e direcionamento de autocuidados.

Ressalta-se que a avaliação neurológica simplificada não é atribuição específica do fisioterapeuta, podendo ser realizada por outros profissionais de saúde, conforme nível de atenção e disponibilidade de pessoal.

A avaliação neurológica simplificada deverá ser realizada e registrada em Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada, disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniose-WEB.pdf> e amplamente disponível nas unidades da SESDF que prestam assistência aos portadores de hanseníase, nas seguintes situações:

- Como padrão no início do tratamento e a cada 03 (três) meses durante o tratamento, independentemente de queixas;
- Ao surgimento de novas queixas ou piora de queixas neurológicas pré-existentes;
- Na alta do tratamento, independentemente de queixas;
- No pós-operatório de descompressão neural após 15 dias, 45 dias, 90 dias e 180 dias;
- No controle periódico de pacientes em uso de corticosteroides para tratamento de neurites reacionais.

Os estados reacionais são considerados urgências e deverão ser prontamente identificados. Seu tratamento deverá ser iniciado na primeira unidade de atendimento ao paciente, idealmente nas primeiras 48 horas do início do quadro, independentemente de seu nível de complexidade (atenção primária ou secundária). Estados reacionais graves e/ou de difícil controle deverão ser encaminhados para avaliação pela referência secundária e Terciária (Policlínicas e Hospitais Regionais). Cabe às unidades básicas de saúde iniciar o tratamento, conforme protocolos descritos nos fluxogramas anexos. Todos os estados reacionais podem ter seu tratamento realizado com corticosteroides, não sendo justificável a negligência à assistência na indisponibilidade de medicamentos com fornecimento específico e restrito (p. ex. talidomida).

O medicamento Talidomida será fornecido pelas farmácias credenciadas para dispensação deste medicamento mediante Receituário Específico para Talidomida e o Termo de Responsabilidade, conforme estabelecido na Nota Técnica da Assistência Farmacêutica que estabelece o fluxo de distribuição e fornecimento dos medicamentos na SES.

8.1 Conduta Preventiva

A investigação epidemiológica tem como objetivo a descoberta de doentes e é feita por meio de:

- Atendimento da demanda espontânea;
- Busca ativa de casos novos;
- Vigilância de contatos.

O atendimento da demanda espontânea compreende o exame dermatoneurológico de pessoas suspeitas de hanseníase que procuram a unidade básica de saúde espontaneamente e exames de indivíduos com dermatoses e/ou neuropatias periféricas e dos casos encaminhados por meio do acolhimento.

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

Considera-se contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase. Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais, que incluem vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado. Atenção especial deve ser dada aos contatos familiares do paciente (pais, irmãos, avós, tios etc.).

Contatos familiares recentes ou antigos de pacientes MB e PB devem ser examinados, independentemente do tempo de convívio. Sugere-se avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais. Após esse período, os contatos devem ser liberados da vigilância, devendo, entretanto, serem esclarecidos quanto à possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos da hanseníase.

A investigação epidemiológica de contatos consiste em:

- Anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase;
- Exame dermatoneurológico de todos os contatos dos casos novos, independente da classificação operacional;
- Vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB.

Todo contato de hanseníase deve ser informado que a vacina BCG não é específica para hanseníase.

A vacina BCG-ID deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independente da classificação operacional do caso índice e dependendo da história vacinal e/ou da presença de cicatriz vacinal. Deve seguir as recomendações a seguir:

Esquema de Vacinação com BCG “Cicatriz Vacinal”:

- Na ausência de cicatriz faz-se uma dose;
- Na presença de uma cicatriz, faz-se uma dose;
- Na presença de duas cicatrizes, não vacinar.

Observações:

- Contatos de hanseníase com menos de 1(um) ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG;
- As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Manual de Normas de Vacinação: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf;
- É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para doentes HIV positivos: seguir recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados;
- Pacientes em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam vacinação BCG profilática para hanseníase.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

O acompanhamento dos portadores de hanseníase deverá ser multidisciplinar e sempre que possível contar com profissionais envolvidos na prevenção de incapacidades, cuja sua avaliação está descrita no anexo II deste protocolo, e sua reabilitação. Desta forma, equipes que contem com fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, psicólogos, odontólogos, médicos de família e comunidade e especialistas asseguram melhor assistência aos pacientes e seus familiares.

Os pacientes deverão receber orientações quanto ao autocuidado, bem como obter da unidade de saúde suporte psicológico e social durante o tratamento da doença e seus estados reacionais.

A abordagem cirúrgica pode ser necessária em casos específicos, tanto para fins reparadores quanto para evitar progressão/instalação de incapacidades, e suas indicações estão descritas no anexo III.

Em casos de neurite de difícil controle a despeito do emprego adequado dos recursos clínicos disponíveis, a descompressão neural cirúrgica deverá ser avaliada. Os candidatos à abordagem cirúrgica deverão ser encaminhados às unidades de referência distrital para avaliação pelas equipes de fisioterapia com vistas ao preparo pré-operatório. A descompressão neural cirúrgica será realizada na unidade de referência de maior nível de complexidade da SESDF, ou seja, nas referências terciárias. Também são candidatos à neurólise pacientes com comorbidades que contraindiquem o uso de corticosteróides.

Portadores de incapacidades já instaladas deverão ser encaminhados para avaliação em centro de referência terciária com vistas à possível reabilitação cirúrgica para qual são pré-requisitos: PQT completa, ausência de estado reacional em atividade e ausência de uso de medicamentos anti reacionais há 12 meses ou mais.

O atendimento para pacientes portadores de lesão hansênica será definido conforme Nota Técnica da Diretoria de Enfermagem que estabelece fluxo e critérios de encaminhamentos de pacientes na Rede de Assistência à Saúde (RAS).

8.3 Tratamento Farmacológico

O tratamento da hanseníase deverá seguir as cartelas padronizadas pelo Ministério da Saúde de acordo com a classificação operacional do doente (paucibacilar ou multibacilar), sendo composto pela associação de Rifampicina (RFM) e Dapsona (DDS) quando paucibacilar e sendo composto pela associação de Rifampicina (RFM), Dapsona (DDS) e Clofazimina (CFZ) quando multibacilar. Não havendo contraindicação formal, a poliquimioterapia deverá ser iniciada tão logo o diagnóstico seja estabelecido. (Anexo IV, V e VI)

O paciente deve ser orientado a ingerir os medicamentos preferencialmente no período da tarde, após duas horas da refeição principal. Entretanto, não há prejuízo à sua absorção com a presença de alimentos. Lactação e a gestação não configuram contraindicações à poliquimioterapia padrão. Quanto aos estados reacionais, seu tratamento deverá ser iniciado na unidade básica de saúde, não sendo exclusivo às referências secundárias, distritais ou terciárias. O início do tratamento deve ser realizado com prednisona ou dexametasona. (Anexo VII)

Ainda no tocante ao manejo de estados reacionais, ressalta-se que a prescrição de talidomida, medicamento padrão ouro para tratamento do eritema nodoso reacional, não é atribuição restrita ao dermatologista. Desta forma, é recomendável que todos os médicos potencialmente envolvidos no manejo de reações hansênicas, em todos os níveis de atenção à saúde, possuam receituário de controle especial para prescrição dos medicamentos utilizados nos estados reacionais (incluindo-se talidomida). Os médicos que não contarem com o *Formulário de justificativa de uso do medicamento a base de talidomida* podem iniciar o tratamento das reações com a prescrição de corticosteróides e referenciar o paciente às policlínicas (referências secundárias), evitando a instalação de incapacidades

neurais.

Ao utilizar corticosteróides sistêmicos para o controle dos quadros reacionais, deverão ser aplicados os cuidados básicos de registro ponderal, controle da pressão arterial e glicemia, bem como profilaxia para estrogiloidíase disseminada e osteoporose. Deve ser avaliada a necessidade de uso de anticoagulante/antiagregante plaquetário pelo risco de eventos trombóticos.

Dor neuropática crônica é comum como seqüela do acometimento neural periférico em hansenícos, ainda que não tenham apresentado episódios prévios de neurite. Seu tratamento deverá ser realizado com anticonvulsivantes, neurolépticos e antidepressivos tricíclicos e será acompanhado pelas Unidades Básicas de Saúde. Casos de difícil controle deverão ser encaminhados ao neurologista para parecer e acompanhamento conjunto ou, quando disponível, ambulatorios de manejo de dor crônica (Anexo VIII).

8.3.1 Fármaco(s)

Os fármacos utilizados na assistência aos portadores de hanseníase englobam os utilizados na poliquimioterapia padrão, seus esquemas substitutivos, estados reacionais, recidivas (anexo IX) e falências terapêuticas (anexo X), conforme orientações do Ministério da Saúde:

- a) **Tratamento padrão:** associação de rifampicina e dapsona na apresentação de blister/cartela paucibacilar adulto ou infantil e associação de rifampicina, dapsona e clofazimina na apresentação de blister/cartela multibacilar adulto ou infantil.
- b) **Esquema substitutivo:** ofloxacino (OFX) comprimido 400mg, clofazimina (CFZ) cápsula 50mg e 100mg e minociclina (MNC) comprimido 100mg;
- c) **Esquema reacionais:** prednisona comprimido 20mg ou 5mg, talidomida comprimido 100mg, clofazimina cápsula 100mg e pentoxifilina comprimido 400mg.

Conforme supracitado, tratamento farmacológico para controle de quadros algícos crônicos resultantes de neuropatia sequelar pode ser necessário, sendo utilizados primariamente os fármacos descritos no anexo.

As cartelas de PQT **não** deverão ser fracionadas, mesmo em locais que seja instituída a dose individualizada.

Caso haja necessidade, o Laboratório de Farmacotécnica do Hospital Regional de Taguatinga – HRT poderá ser demandado para manipular as fórmulas

terapêuticas dos medicamentos.

Os medicamentos serão disponibilizados às farmácias, equipes de saúde e pacientes conforme definido na Nota Técnica da Assistência Farmacêutica que estabelece o fluxo de distribuição e fornecimento dos medicamentos na SES

8.3.2 Esquema de Administração

Para pacientes paucibacilares, a poliquimioterapia padrão consiste em uma dose mensal supervisionada de rifampicina 600mg e dapsona 100mg, associado ao uso diário domiciliar de 100mg de dapsona. Para os pacientes multibacilares, a poliquimioterapia consiste em uma dose mensal supervisionada de 600mg de rifampicina, 100mg de dapsona e 300mg de clofazimina, associadamente ao uso diário domiciliar de 100mg de dapsona e 50mg de clofazimina. Esquemas substitutivos poderão ser aplicados em casos de intolerância grave ou contraindicação aos fármacos da PQT padrão.

Para o tratamento de crianças, o peso corporal é o determinante principal de doses e fármacos utilizados. Crianças com massa corporal superior ou igual a 50kg deverão seguir o tratamento prescrito para adultos. Crianças com massa corporal entre 30 e 50kg deverão utilizar as cartelas infantis disponibilizadas pelo Ministério da Saúde. E, por fim, crianças com peso inferior a 30kg deverão ter o esquema de tratamento ajustado conforme anexo V.

Pacientes em tratamento concomitante para tuberculose deverão seguir doses de rifampicina de acordo ao tratamento proposto pelo Ministério da Saúde para tuberculose, por se tratar de doses maiores aos propostos para a hanseníase.

A Equipe Saúde da Família - eSF é responsável pelo fornecimento e orientação quanto ao uso dos medicamentos, realizando as doses supervisionadas dos pacientes sempre as registrando em prontuário eletrônico. Os medicamentos devem ser atendidos para um mês de tratamento para que haja retorno e acompanhamento mensal dos pacientes.

A prescrição do esquema padrão para adultos e crianças maiores de 30kg poderá ser realizada por médico e enfermeiro. Em menores de 30kg, o tratamento deverá ser prescrito pelo médico. Orienta-se que as consultas sejam intercaladas entre médico e enfermeiro. A alta por cura deverá ser realizada pelo médico.

Em casos de internação hospitalar de pacientes que já fazem uso dos medicamentos a equipe de enfermagem deverá questionar o paciente ou familiar acerca da existência de medicamentos para tratamento de hanseníase, principalmente o Tratamento Poliquimioterápico - PQT em uso pelo paciente em

domicílio. Em caso afirmativo, orientar o familiar a trazer os medicamentos para dar continuidade ao tratamento durante a internação. Quando em alta hospitalar o PQT em uso deverá ser disponibilizado ao paciente e a equipe deverá encaminhar o paciente para UBS de referência para dar continuidade ao tratamento.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

O tratamento deverá ser realizado com 06 (seis) cartelas padrão paucibacilar para tal classificação operacional, a serem concluídas em até 09 (nove) meses. Para casos multibacilares, considerar-se-á adequadamente tratado o paciente que completar o uso de 12 (doze) cartelas padrão em até 18 (dezoito) meses. A despeito do exposto, esforço máximo deve ser feito para que o tratamento de casos paucibacilares seja completo em 06 (seis) meses e multibacilares em 12 (doze) meses. Os pacientes que não comparecerem para as doses supervisionadas deverão ser contatados pela equipe de saúde da família em até 30 (trinta) dias. A lactação e a gestação não configuram contra-indicações à poliquimioterapia padrão.

Configuram casos de abandono terapêutico aqueles em que, apesar de esforços da equipe de saúde da família, não se cumpriu o esquema proposto para a classificação no prazo determinado pelo Ministério da Saúde, ou seja, em até 09 meses para paucibacilares e em até 18 meses para multibacilares.

Casos de intolerância aos fármacos da PQT padrão deverão seguir fluxogramas propostos no anexo VI, conforme orientações do Ministério da Saúde. Pacientes portadores de alergia a sulfas deverão iniciar esquema substitutivo à dapsona. Pacientes com outras contra-indicações a quaisquer fármacos do esquema padrão, deverão seguir em esquema alternativo, conforme sua classificação operacional, em consonância com o disposto no mesmo anexo.

Dentre os fármacos utilizados na poliquimioterapia padrão, a dapsona é a mais associada a efeitos adversos graves. Podem ocorrer farmacodermias, metemoglobinemia, agranulocitose, hemólise, hepatopatia e nefrotoxicidade. Nesses casos, o profissional assistente deverá interromper a medicação e seguir o tratamento com esquema substitutivo, sem dapsona. A necessidade de internação para compensação clínica, bem como de encaminhamento à referência secundária, deve ser avaliada individualmente. Queda de hematócrito e discreta anemia induzida pela dapsona são efeitos secundários esperados e não contra-indicam o tratamento com esquema padrão. Podem ser utilizados em suplementação o ácido fólico e complexo B.

Efeitos adversos à rifampicina são raros. Porém, o paciente deve ser orientado à alteração esperada da coloração da urina após administração da dose

supervisionada, sendo esperada coloração avermelhada horas após a ingestão do fármaco. Reações urticariformes após a dose supervisionada podem ser manejadas com anti-histamínicos e corticosteroides orais, não configurando contraindicação absoluta ao esquema padrão. Síndrome pseudogripal pode ocorrer e, se necessário a substituição da rifampicina, seguir esquemas dispostos no anexo VI e encaminhar para avaliação na referência secundária. Esforço máximo deve ser feito para a manutenção da rifampicina no esquema terapêutico por seu caráter bactericida.

A clofazimina (CFZ) é fármaco com alto perfil de segurança. O paciente deverá ser orientado quanto ao possível aumento da pigmentação cutânea ocasionado pelo medicamento, bem como possível xerose cutânea, reforçando-se a necessidade de uso de emolientes e fotoprotetores.

Casos que não apresentam melhora clínica ao final do tratamento padrão ou que possuam lesões ativas da doença deverão ser encaminhados aos serviços secundários para avaliação quanto à insuficiência terapêutica. Em casos multibaciares que não apresentaram melhora após um ciclo de PQT padrão, os contatos deverão ser reinvestigados, buscando-se fonte não diagnosticada de reinfecção.

A falência terapêutica pode ocorrer devido a alterações metabólicas que acarretem redução da eficácia dos medicamentos ou por resistência bacteriana em raríssimos casos. Na suspeita de falência terapêutica, o paciente deverá ser encaminhado da UBS às referências distritais para investigação e orientação de conduta. Se necessário, caberá às referências distritais encaminhar às referências terciárias de assistências os casos selecionados.

A alta por cura ocorrerá se o tratamento for concluído no período referido para a classificação operacional do paciente. Contudo, para efetivar a alta por cura é necessário realizar a avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e fornecer orientações para os cuidados pós-alta.

9- Benefícios Esperados

A introdução precoce da PQT visa primordialmente a prevenção de incapacidades, bem como a interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase em pacientes bacilíferos. A resolução das lesões clínicas ativas também é esperada ao término da PQT. É importante atentar para episódios reacionais que podem desencadear lesões cutâneas e que não estão necessariamente associados a insuficiência, falha ou resistência ao tratamento.

10- Monitorização

Exames laboratoriais deverão idealmente ser solicitados previamente ao início do tratamento, em episódios reacionais e em suspeitas de efeitos adversos aos medicamentos. Entretanto, a realização de exames não deve retardar o início do tratamento, exceto quando as condições clínicas do paciente assim requisitem.

O paciente que, no momento da alta por cura, apresente reações ou deficiências sensitivo-motoras e/ou incapacidades deverá ser monitorado, com agendamento de acordo com cada caso. Deverá ser orientado para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Aproximadamente 30% dos pacientes que recebem alta por cura poderão ser acometidos por estados reacionais nos 05 anos subsequentes à alta, com danos neurais e risco de incapacidades permanentes. Assim, a monitorização destes pacientes deve ser prioritária nos programas de controle e eliminação de hanseníase.

Desta forma, especialmente nos 05 anos seguintes ao tratamento, os pacientes deverão ter amplo acesso à assistência nas UBS. Caso não apresente episódios reacionais em manejo, sugere-se que o paciente seja reavaliado na unidade básica de saúde mais próxima à sua residência, anualmente, nos 05 (cinco) anos subsequentes à alta da PQT.

Aconselha-se o desenvolvimento de estratégias com garantia da implementação de um sistema com referência e contrarreferência envolvendo todos os níveis de atenção, desde ações desenvolvidas pela Atenção Primária em Saúde até procedimentos mais complexos, como a realização de exames e consultas com especialistas, tais como neurologistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, dermatologistas e infectologistas. É preciso garantir a integralização do cuidado, reduzir o estigma e contribuir para a reintegração social dos indivíduos

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

A prescrição de talidomida para estados reacionais deverá ser acompanhada, além de receituário de controle especial, de termo de esclarecimento e responsabilidade específico devido ao seu potencial teratogênico (disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/anexo/anexo_res0011_22_03_2011.pdf).

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A vigilância epidemiológica deve ser organizada em todos os níveis de complexidade da Rede de Atenção à Saúde e envolve a coleta, o processamento, a análise sistemática e a interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. A divulgação de tais informações subsidia análises e avaliações da efetividade das intervenções e embasam o planejamento de novas ações e recomendações a serem implementadas. A monitorização dos indicadores epidemiológicos, bem como a promoção de ações e campanhas será realizada pela Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS), conforme orientações do Ministério da Saúde.

Os indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública são: taxa de prevalência; taxa de detecção anual; taxa de detecção anual na população de zero a 14 anos; taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico; taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano; e, taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade física no momento.

Os indicadores que avaliam a qualidade dos serviços são: proporção de cura de hanseníase entre os casos novo, proporção de abandono; proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes; proporção de recidivas; proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliada no diagnóstico e proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos.

A atualização e monitorização dos indicadores epidemiológicos e operacionais subsidiam as intervenções e embasam o planejamento de novas ações.

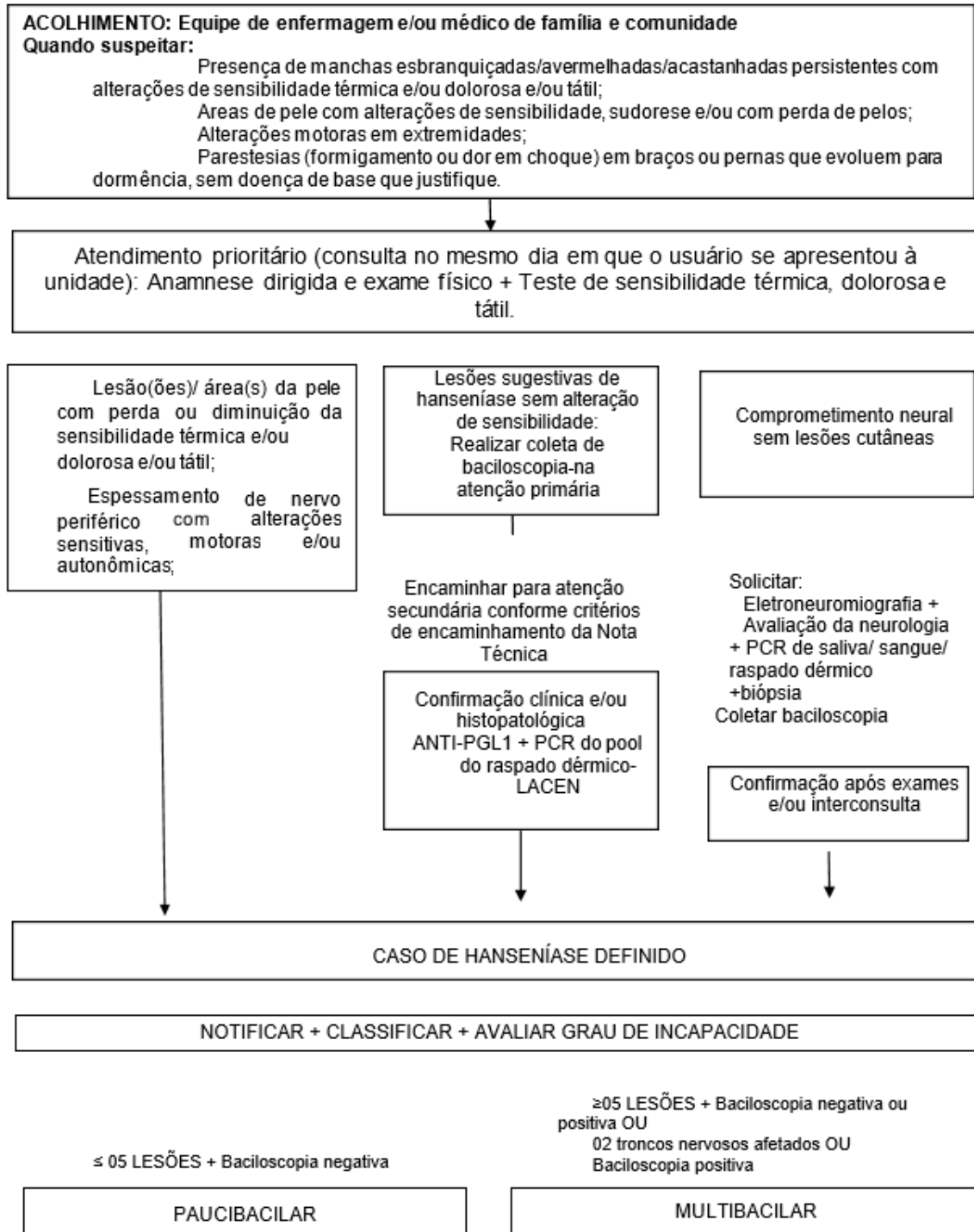
Esforço máximo deve ser feito por todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde em todos os seus níveis de complexidade para que a hanseníase seja eliminada como problema de saúde pública em todo o território nacional.

14- Referências Bibliográficas

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância das doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- 2- BRASIL. Decreto nº 9.094 de 17 de julho de 2017. Institui a Carta de Serviços ao Usuários. Brasília, DF. Brasília, DF, julho de 2017.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

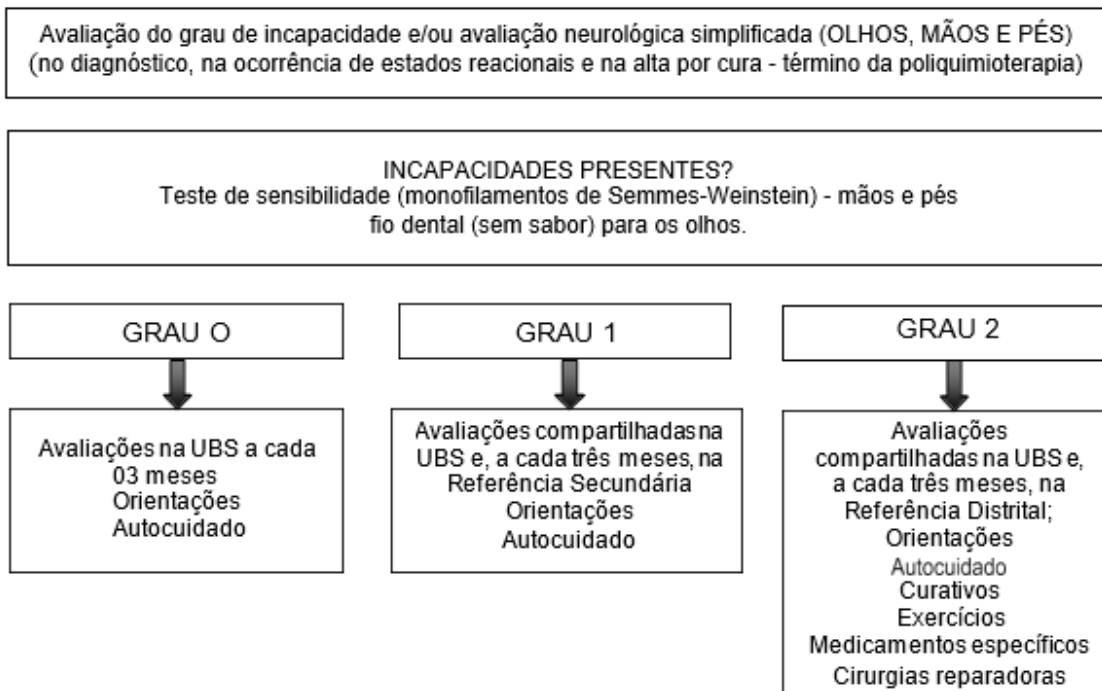
Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.– Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

**ANEXO I
FLUXOGRAMA – O DIAGNOSTICO E A CLASSIFICAÇÃO DA HANSENIASE**



Fonte: fluxograma elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas no Guia prático sobre a hanseníase / Ministério da Saúde, 2017.

ANEXO II
FLUXOGRAMA – A AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENIASE



Grau zero de incapacidade física
Resumo de prevenção e condutas para UBS

Características:
Olhos: Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservada, conta dedos a 6 metros, ou acuidade visual $\geq 0,1$ ou 6:60
Mãos: Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou sente o toque mais leve da ponta de caneta esferográfica.
Pés: Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar : sente o toque mais leve da ponta de caneta esferográfica.

Achados	Condutas
Grau 0 de incapacidade física: nenhum problema com olhos, mãos e pés ao diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o grau de incapacidade: <ul style="list-style-type: none"> - no diagnóstico e alta; - no diagnóstico, de 3/3 meses e na alta. • Fazer orientação para o autocuidado durante o tratamento; • PQT e pós alta: observar sinais e sintomas de reações e neurites; • Inspeccionar olhos, mãos e pés; • Fazer avaliação dermatoneurológica no momento da dose supervisionada mensal;

Fonte: Linha de Cuidado da Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2010.

Grau 1 de incapacidade física:

Resumo de prevenção e condutas para a Atenção Secundária

Características:

Olhos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.

Mãos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou não sente o toque da ponta de caneta esferográfica.

Pés: Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta da caneta esferográfica.

Achados	Condutas
Neurites de membros superiores e/ou inferiores, mão e pé reacional (durante o tratamento e pós-alta)	Avaliar e prescrever corticoide (vide fluxo de reações); Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor; Orientar paciente e familiares para o repouso; Imobilizar com órtese em gesso e/ou tipoia; Acompanhar evolução clínica; Encaminhar para cirurgia de descompressão neural: neurites persistentes; paciente com contra-indicação formal ao corticoide; abscesso de nervo; neurite subentrante e reentrante; nervo ulnarsubluxante; neuropatia crônica com déficit motor tardio e dor; Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor; Prescrever material de proteção como óculos, boné, luvas antitêrmicas; Prescrever e confeccionar material de proteção para adequação de calçado (palmilha simples); Fazer orientação e demonstração de autocuidado: - Inspeccionar olhos, mãos e pés; - Hidratar e lubrificar a pele; - Observar sinais e sintomas de reações e neurites; - Usar colírio; Usar material de proteção para olhos, mãos e pés.

Grau 2 de incapacidade física: Resumo de prevenção e condutas para a Referência Distrital	
<p>Características: Olhos: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: logooftalmo; 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, feridas tróficas e/ou traumáticas. Pés: Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase como garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas tróficas e/ou traumáticas.</p>	
Achados	Condutas
Lagoftalmo, ectrópio e entrópio	Prescrever colírio e óculos. Orientar e demonstrar autocuidado: exercícios, lubrificar com colírio e usar óculos de proteção noturna e diurna. Encaminhar para cirurgia de reabilitação. Fazer acompanhamento.
Triquíase	Orientar e demonstrar autocuidado: inspecionar olhos. Comparecer à unidade em caso de irritação ocular ou crescimento de cílios. Retirar os cílios voltados para o globo ocular, com pinça de sobrancelha. Encaminhar para cirurgia de reabilitação.
Opacidade corneana; acuidade visual <0,1	Encaminhar ao oftalmologista.
Úlceras e lesões traumáticas em mãos	Prescrever medidas de proteção nas atividades do cotidiano, trabalho e lazer. Orientar e demonstrar autocuidado. Fazer curativo.
Garras em mãos	Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa. Realizar exercícios. Encaminhar para cirurgia de reabilitação. Realizar programa de pré e pós-operatório de terapia física Orientar e demonstrar autocuidado: fazer exercícios e alongamento – usar órtese dinâmica diurna e noturna.
Mão caída	Avaliar condição neural: em caso de neurite prescrever corticóide. Prescrever e confeccionar órtese. Orientar e demonstrar autocuidado: • Fazer exercícios e usar órtese. Se não houver regressão, encaminhar para cirurgia de reabilitação. Realizar programa de pré e pós-operatório de terapia física.
Lesões traumáticas em pés	Prescrever calçado adequado. Prescrever e confeccionar órtese plantar. Realizar curativo. Prescrever medidas de proteção para as atividades de vida diária e laborativa. Orientar e demonstrar autocuidado: • Usar órtese.
Úlcera plantar	Úlceras superficiais: Prescrever e confeccionar órtese plantar, avaliar/ prescrever calçado adequado. Realizar curativo. Úlceras sem regressão; úlceras profundas; infectadas; em suspeita de osteomielite: • Rx do pé; • Encaminhar para avaliação/conduta cirúrgica ortopédica; em caso de suspeita de osteomielite, a cirurgia deve ser

	<p>de urgência;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer muletas para o pós-operatório Orientar e demonstrar autocuidado; • Usar órtese; em caso de cirurgia, usar muletas no pós-operatório.
Pé caído	<p>Avaliar condição neural: em caso de neurite, prescrever corticoide;</p> <p>Prescrever e confeccionar aparelho dorsiflexor para uso diurno; órtese em gesso para uso noturno para manter o alongamento;</p> <p>Sem regressão do quadro, encaminhar para cirurgia de reabilitação. Orientar o paciente quanto à cirurgia. Realizar programa de pré e pós-operatório de terapia física;</p> <p>Fornecer muletas;</p> <p>Orientar e demonstrar autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer exercícios e alongamento; Usar órtese; • Em caso de cirurgia, usar muletas no pós-operatório.
Garras em pés	<p>Prescrever e confeccionar órtese plantar, avaliar/prescrever calçado adequado. Fazer exercícios;</p> <p>Encaminhar para cirurgia de reabilitação. Realizar programa de pré e pós-operatório de terapia física;</p> <p>Fornecer muletas para o pós-operatório. Orientar e demonstrar autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer exercícios e alongamento; usar órtese; usar muletas no pós-operatório.

Fonte: Linha de Cuidado da Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2010.

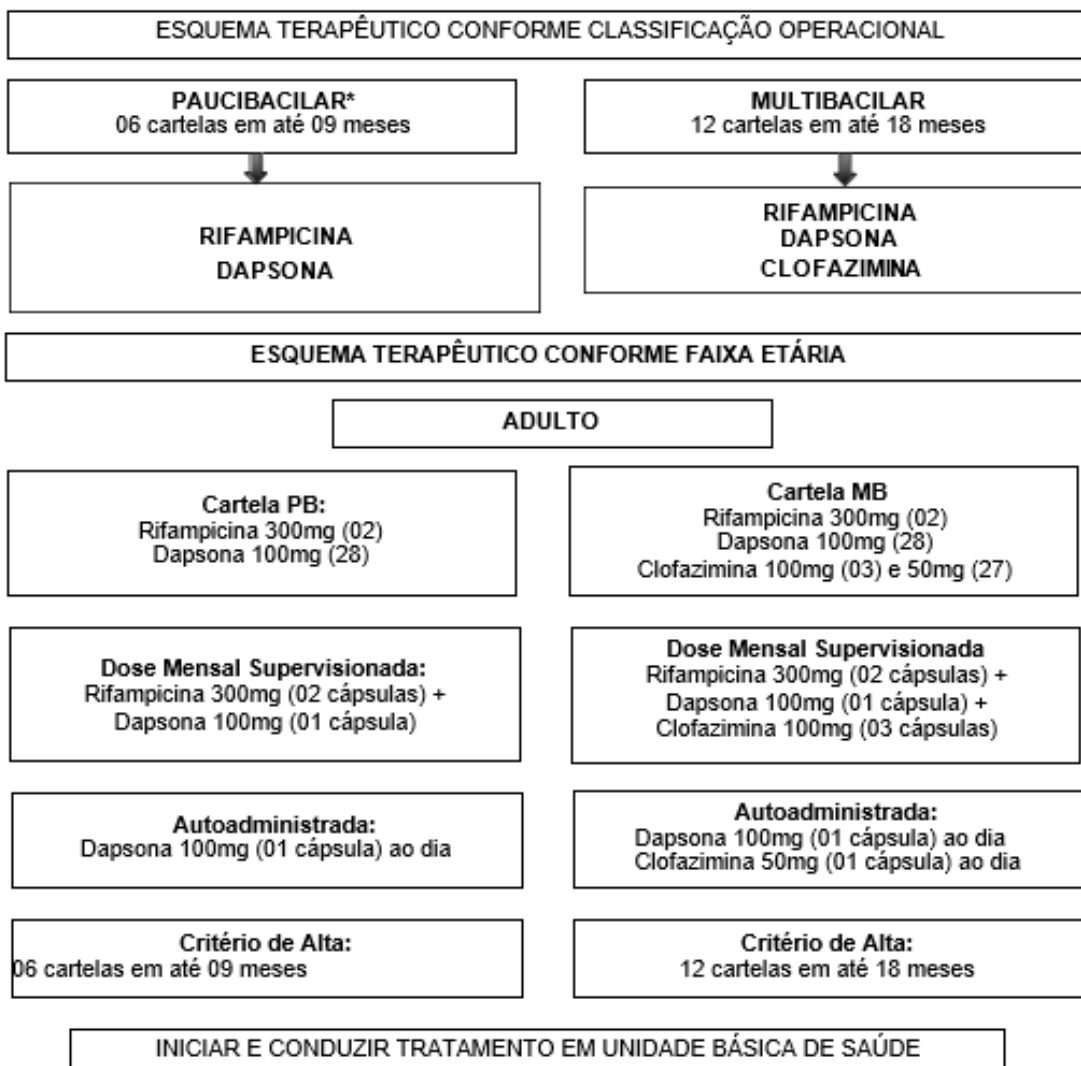
ANEXO III
INDICAÇÕES CIRÚRGICAS ORTOPÉDICAS

Encaminhar para referência terciária para cirurgia ortopédica os seguintes casos:

- Atrofia dos músculos primeiro interósseo dorsal e adutor do polegar;
- Depressão do primeiro espaço intermetacárpico da mão;
- Mão caída;
- Deformidades ou garras móveis em mãos;
- Garra móvel de artelhos;
- Úlcera plantar profunda não infectada;
- Úlcera plantar profunda infectada, suspeita de osteomielite – avaliação ortopédica de emergência;
- Pé equino – pé caído.

Fonte: Linha de Cuidado da Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 2010

**ANEXO IV
FLUXOGRAMA – TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO ADULTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

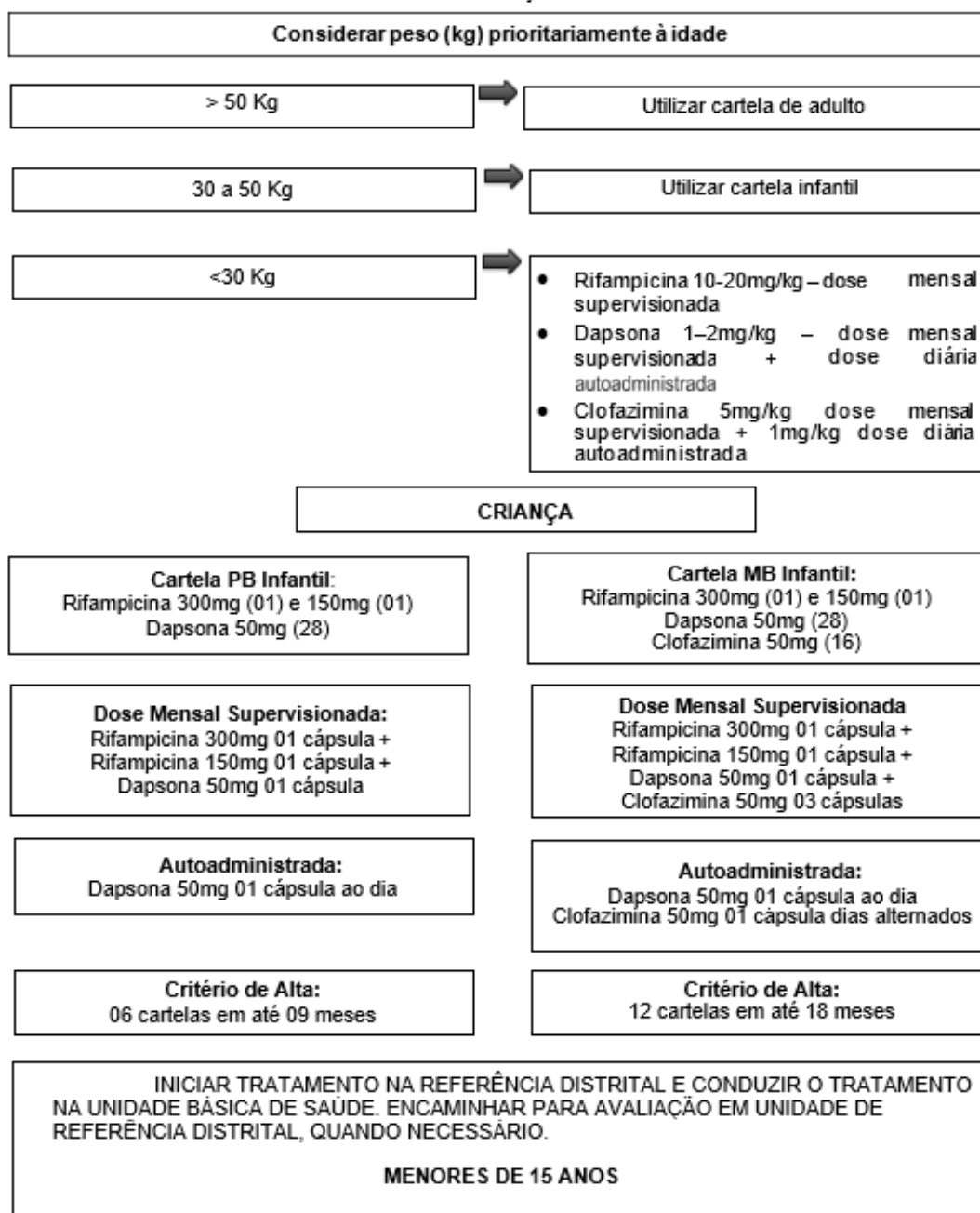


*O Ministério da Saúde tornou pública a ampliação do uso da Clofazimina para pacientes diagnosticados com a forma hanseníase paucibacilar por meio da Portaria N° 71, de 11 de dezembro de 2018. Porém, ainda não há orientações quanto ao fornecimento deste medicamento para tal condição. Desse modo, continua como está o fornecimento do blister Paucibacilar sem a Clofazimina até que seja dado maiores esclarecimentos.

Fonte: elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional / Ministério da Saúde, 2016

ANEXO V
FLUXOGRAMA – TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ESQUEMA TERAPÊUTICO INFANTIL
CONFORME CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL



Fonte: elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional / Ministério da Saúde, 2016

**ANEXO VI
ESQUEMAS SUBSTITUTIVOS A POLIQUIMIOTERAPIA PADRAO**

ESQUEMA SUBSTITUTIVO PARA DAPSONA EM CASO DE INTOLERANCIA

PAUCIBACILARES	MULTIBACILARES
<p>Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada</p> <p align="center">+</p> <p>Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada</p> <p align="center">OU</p> <p>Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada</p>	<p>Rifampicina(RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada</p> <p>Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e dose diária de 50 mg, autoadministrada</p> <p align="center">+</p> <p>Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada</p> <p align="center">OU</p> <p>Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada</p>
Duração: 06 doses em até 9 meses	Duração: 12 doses em até 18 meses

ESQUEMA SUBSTITUTIVO PARA CLOFAZIMINA EM CASO DE INTOLERANCIA

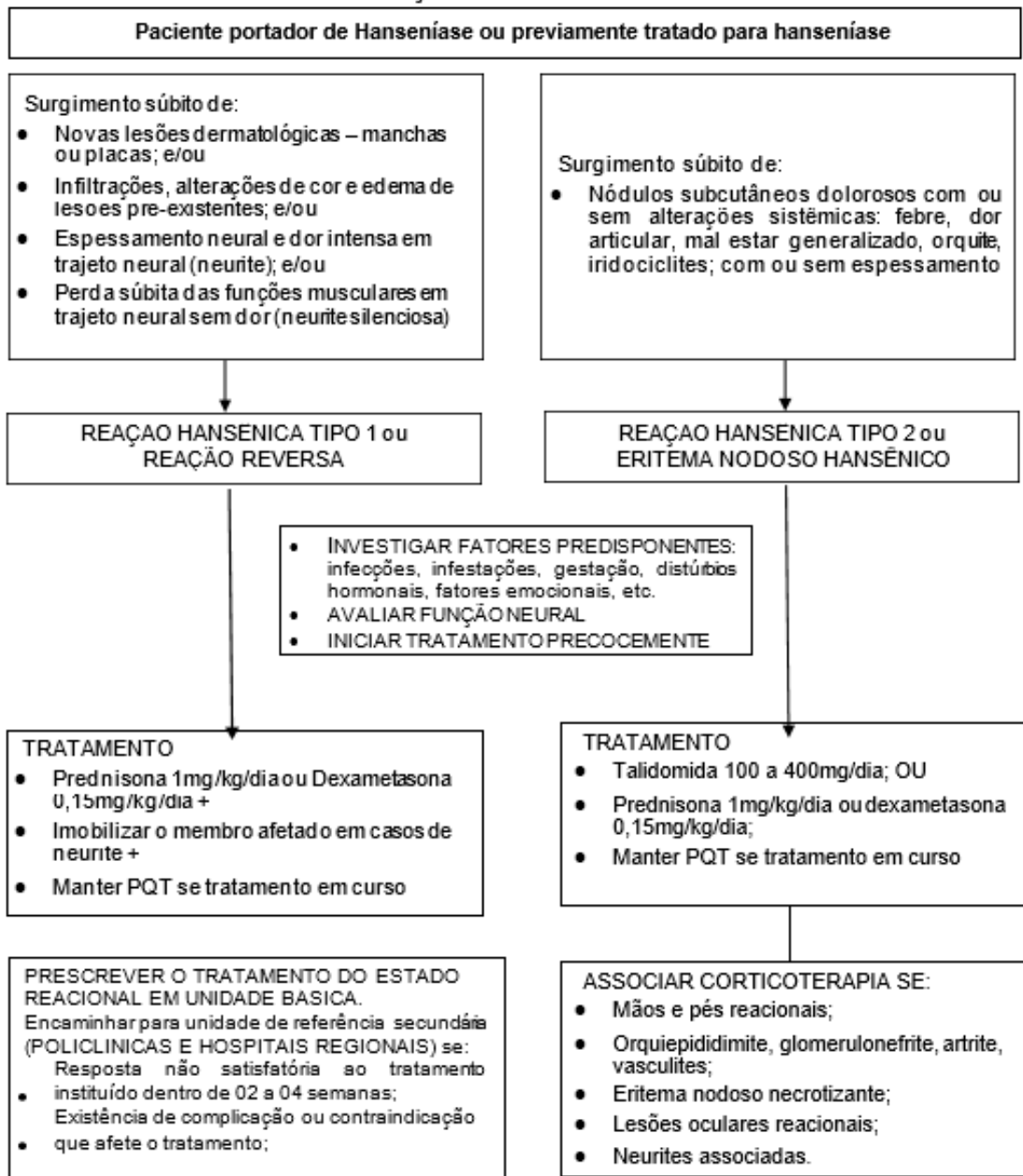
PAUCIBACILARES	MULTIBACILARES
<p>Rifampicina(RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.</p> <p>+ Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada (28 dias)</p> <p align="center">+</p> <p>Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada</p> <p align="center">OU</p> <p>Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.</p>	<p>Rifampicina(RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.</p> <p>+ Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada (28 dias).</p> <p align="center">+</p> <p>Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada</p> <p align="center">OU</p> <p>Minociclina (MNC) dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.</p>
Duração: 06 doses em até 9 meses	Duração: 12 doses em até 18 meses

ESQUEMA SUBSTITUTIVO PARA RIFAMPICINA EM CASO DE INTOLERANCIA	
PAUCIBACILARES	MULTIBACILARES
<p>Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada</p> <p style="text-align: center;">OU</p> <p>Minociclina (MNC): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada</p>	<p>Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada</p> <p>+ Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e dose diária de 50 mg, autoadministrada</p> <p>+ Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada</p>
Duração: 12 doses em até 18 meses	Duração: 24 doses em até 36 meses
<p>Critério de alta: o tratamento do doente PB está concluído com 12 doses supervisionadas (12 cartelas PB sem rifampicina) + ofloxacino (ou minociclina) em até 18 meses. Para o MB o tratamento está concluído com 24 doses supervisionadas de clofazimina e dapsona (24 cartelas MB sem rifampicina) + ofloxacino (ou minociclina) em até 36 meses.</p>	

ESQUEMA SUBSTITUTIVO PARA RIFAMPICINA E DAPSONA EM CASO DE INTOLERANCIA	
PAUCIBACILARES	MULTIBACILARES
<p>Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada</p> <p>+ Minociclina (MNC): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada</p>	<p style="text-align: center;">PRIMEIROS 12 MESES:</p> <p>Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50 mg, autoadministrada.</p> <p>+ Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg, autoadministrada.</p> <p>+ Minociclina (MNC): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.</p> <p style="text-align: center;">12 MESES SUBSEQUENTES</p> <p>Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada</p> <p>+ Ofloxacino (OFX): dose mensal de 400 mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada</p>
Duração: 12 doses em até 18 meses	Duração: 24 doses em até 36 meses
<p>Critério de alta: tratamento PB concluído com 12 doses supervisionadas em até 18 meses; tratamento MB concluído com 12 doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + minociclina + ofloxacino e 24 doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + ofloxacino OU clofazimina + minociclina em até 36 meses</p> <p style="text-align: center;">OBSERVAÇÃO: A Minociclina não deve ser utilizar por mais de 12 meses.</p>	

Fonte: elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional / Ministério da Saúde, 2018

**ANEXO VII
FLUXOGRAMA – IDENTIFICAÇÃO E MANEJO DE ESTADOS REACIONAIS**



Fonte: elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional / Ministério da Saúde, 2018

REAÇÃO HANSÊNICA TIPO II

Mulheres em idade fértil ou demais contraindicações ao uso de talidomida

- Pentoxifilina comprimido/comprimido revestido 400mg 8/8 horas;
- Iniciar com dose de 400mg/dia e aumentar 400mg por semana até dose alvo.
- Anti-inflamatórios não hormonais;
- Clofazimina cápsula 300mg/dia 30 dias, reduzindo 100mg/dia por mês nos dois meses seguintes. Associar a corticoesteroides orais.

REAÇÃO CRÔNICA OU SUBINTRANTE

Boa resposta ao tratamento padrão, porém agudização após desmame/suspensão dos fármacos padrão

Investigar fatores predisponentes:

- Infecções concomitantes, parasitoses intestinais, infecções periodontais, distúrbios hormonais, estresse, fatores metabólicos, sinusopatia, diabetes melitus descompensado

Investigar contato com portadores MULTIBACILARES sem tratamento

Estados reacionais persistentes após 05 anos do tratamento:

- Investigar insuficiência terapêutica / recidiva / resistência / reinfecção.
- Refazer BAAR com aspecto morfológico

Fonte: elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional / Ministério da Saúde, 2016

**ANEXO VIII
ANEXO X
FLUXOGRAMA MANEJO DOR NEUROPÁTICA SEQUELAR**

DOR NEUROPÁTICA SEQUELAR

Dor/Alodinia/Hiperpatia/Parestesias SEM perda progressiva da função neural

Amitriptilina (cloridrato)
comprimido 25mg (25mg a
300mg/dia)
Nortriptilina (cloridrato)
cápsula 25mg (25mg a
150mg/dia)
(disponíveis naatenção
básica)

OU

Carbamazepina comprimido
200mg ou suspensão oral
100mg/5ml frasco 100ml –
3.000mg/dia (disponível na
atenção básica)
Gabapentina cápsula
300mg ou 400mg (900 a
2.400mg/dia) (disponível na
atenção especializada)

OU

Clorpromazina (cloridrato)
comprimido 100mg (25 a
200mg/dia) ou solução oral
gotas 40mg/ml frasco 20ml
(disponível na atenção
básica)

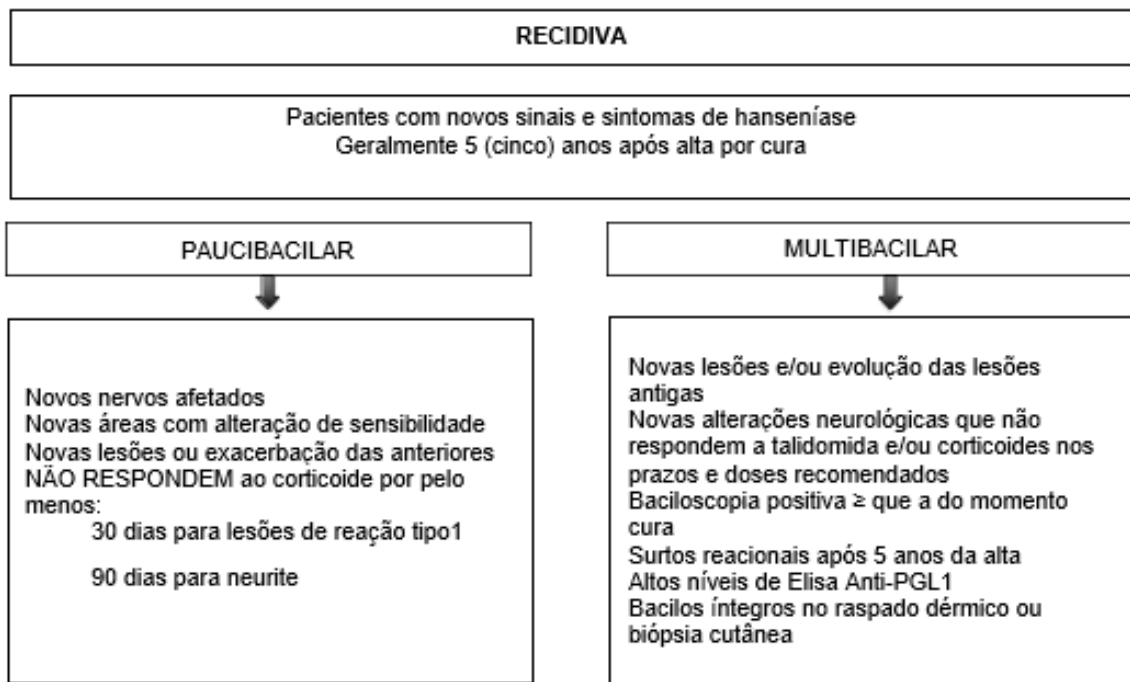
Encaminhar para fisioterapia para
manejo da dor

TRATAMENTO CIRURGICO DA NEURITE

Abscesso neural;
Neurite não responsiva ao tratamento clínico dentro de 04 semanas;
Neurites subentrantes;
Neurite do nervo tibial com ou sem úlcera plantar;
Neurite deficitária crônica com dor crônica;
Neurite com comorbidades associadas que contraindicam o uso de corticosteroides.

Fonte: elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional / Ministério da Saúde, 2016

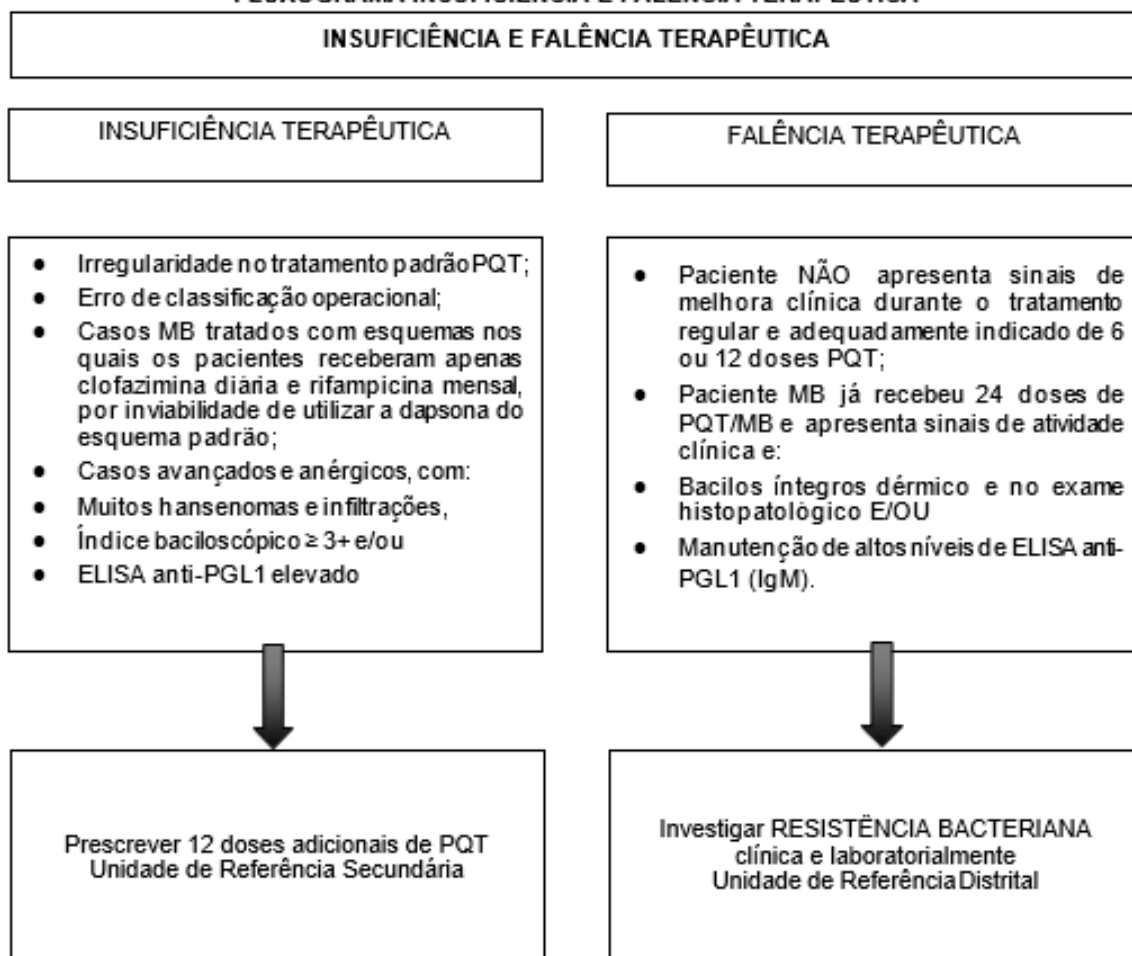
**ANEXO IX
FLUXOGRAMA DA RECIDIVA**



CARACTERÍSTICAS	REAÇÃO	RECIDIVA
Período de ocorrência	Frequente durante a PQT e/ou menos frequente no período de dois a três anos após término do tratamento	Em geral, 5 anos após o término do tratamento PQT
Surgimento	Súbito e inesperado	Lento e insidioso
Lesões antigas	Algumas ou todas podem se tornar brilhantes, eritematosas, intumescidas e infiltradas	Geralmente imperceptíveis
Lesões recentes	Em geral, múltiplas	Poucas
Ulceração	Pode ocorrer	Rara
Regressão	Presença de descamação	Ausência de descamação
Comprometimento neural	Muitos nervos envolvidos com dor e alteração sensitivo-motora, de forma rápida	Poucos nervos envolvidos com alterações sensitivo-motoras, de forma lenta
Resposta a medicamentos antirreacionais	Excelente	Não pronunciada

Fonte: elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional / Ministério da Saúde, 2016. |

**ANEXO X
FLUXOGRAMA INSUFICIÊNCIA E FALÊNCIA TERAPÊUTICA**



Fonte: elaborado pelo grupo de trabalho, adaptado de informações contidas nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional / Ministério da Saúde, 2018.