



ATALAIA
PREFEITURA DA CIDADE



ROTOCOLO DE ATENDIMENTO À HANSENÍASE

ATALAIA
2023
REVISÃO
2025

CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br

Apresentação

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

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

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

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

Roseane Pereira de Deus

DIRETRIZES PARA O ATENDIMENTO DE HANSENÍASE

1. O Acolhimento do Usuário

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

Componentes do acolhimento

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

- Exame dos contatos intra-domiciliares;

2. Medidas de Prevenção e Promoção em Saúde

4.3. Medidas de Prevenção

A principal medida de prevenção está na busca ativa, detecção e tratamento precoce do portador da hanseníase;

- Exame dos contatos intra-domiciliares;
- Vacinação BCG para os contatos;
- Mobilização social e educação dirigida à população, comunidade e aos profissionais de saúde.

4.4. Tratamento

2. Fatores de Risco Epidemiológico para Contrair Hanseníase

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

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

- Examinar para detectar bacilíferos os contatos quando o caso é multibacilar

3. Abordagem Clínica

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

4.2. Diagnostico Clínico é realizado através de:

- História Clínica;
- Exame físico geral;

- Exame dermatoneurológico.

4.3. Diagnóstico Laboratorial

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

4.4. Tratamento

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

4.5. Atividades de Controle

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

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

- Queixas gerais – para identificar sinais e sintomas de surtos reacionais e efeitos adversos dos medicamentos utilizados;
- Exame clínico geral e dermatoneurológico completo, a ser realizado a cada 03 meses;

- Avaliação neurológica simplificada a qual poderá ser realizada com menor periodicidade, semanalmente ou quinzenalmente no caso do paciente apresentar surto reacional;

- Encaminhar para os centros de referencia e/ou outros profissionais em caso de intercorrências

4.7. Exame dos Contatos Intradomiciliares

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

- Anamnese, dirigida a sinais e sintomas da Hanseníase;
- Exame dermatoneurológico (exame da superfície corporal, palpação de troncos nervosos);
- Aplicação de duas doses da vacina BCG-ID a todos os contatos intradomiciliares, observando-se os seguintes casos:

- Na ausência de cicatriz fazem-se duas doses com intervalo de seis meses;
- Na presença de uma cicatriz, faz-se a segunda dose;
- Se o contato apresenta lesões suspeitas de hanseníase encaminhar para consulta médica.

4.8. Critérios para Diagnóstico

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

- Lesão (ões) e ou áreas da pele com diminuição ou perda de sensibilidade;
- Baciloscopia positiva de esfregaço dérmico
- Acometimento de nervo(s) periférico(s) com espessamento associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas

BACILOSCOPIA NEGATIVA NÃO AFASTA O DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE

4.9. Critérios para Classificação Operacional da Hanseníase

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

5. Tratamento da Hanseníase

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

5.1. Casos Paucibacilares:

Tratar com 06 blisters de paucibacilar sendo:

- Blister de Adulto

Dose supervisionada com 600 mg de rifampicina e 100 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de 06 doses num período máximo de 9 meses;

Dose auto-administrada com 100 mg de dapsona, diárias, num total de 27 comprimidos.

- Blister Infantil

Dose supervisionada com 300 a 450 mg de rifampicina, 50 mg de dapsona, a cada 28 dias num total de 06 doses, num período máximo de 9 meses;

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

5.2. Casos Multibacilares:

Tratar com 12 blisters de multibacilar sendo:

- Blister de Adulto:

Dose supervisionada com 600 mg de rifampicina, 300 mg de clofazimina e 100 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses;

Dose auto-administrada com 100 mg de dapsona e 50 mg de clofazimina, diárias, num total de 27 unidades de cada uma

- Blister infantil:

Dose supervisionada com 300 a 450 mg de rifampicina, 150 mg de clofazimina e 50 mg de dapsona, a cada 28 dias, num total de 12 doses, num período máximo de 18 meses;

Dose auto-administrada com 50 mg de dapsona diária, num total de 27 unidades, e 150mg de clofazimina por semana, num total de 13 unidades.

Crianças com menos de 30 quilos deverão ter a dose ajustada por quilo de peso corporal:

- Dapsona 1,5 mg/kg/dia;
- Clofazimina 1,5 mg/kg na dose auto-administrada e 5 mg/kg na dose supervisionada;
- Rifampicina 10 a 20 mg/kg

Os esquemas alternativos utilizam medicamentos de 2ª linha como ofloxacina e minociclina.

Pacientes que apresentarem reações adversas aos medicamentos do esquema padrão deverão ser encaminhados às unidades de referência, para avaliação e indicação de esquemas alternativos, que é competência das Unidades de Média Complexidade.

5.3. Acompanhamento dos Tratamentos Segundo Risco

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

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

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

5.4. Pontos Importantes a Observar no Tratamento

- Não existem relatos de resistência medicamentosa múltipla para a PQT;
- Os casos de recidiva após a PQT são raros, variando de zero a 2,04%;
- Frente a um caso de suspeita de recidiva, encaminhá-lo para avaliação em Centro de Referência;
- O tratamento indicado para casos de recidiva é a PQT padrão;
- O **critério de alta** adotado pela OMS e pelo MS é ter completado o esquema terapêutico padrão.

6. Critérios para Alta

6.1. Casos Paucibacilares

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

6.2. Casos Multibacilares

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

6.3. Pontos Importantes a Observar na Época da Alta

- As lesões cutâneas nem sempre desaparecem totalmente;
- A alteração da função neural, sensitivo-motora, pode persistir indefinidamente, se o dano neural ocorrer em mais de 1/3 do nervo;
- A baciloscopia pode necessitar de um tempo maior para negativar, uma vez que o índice baciloscópio diminui em média 0,6 a 1,0 log/ano;
- As reações podem ocorrer em 30 % dos casos após o término do tratamento;
- O encontro desses achados não significa recidiva da infecção.

7. Identificação de Intercorrências Durante o Acompanhamento dos Casos

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

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

7.1. Efeitos Colaterais

7.1.1. Principais Efeitos Colaterais da PQT

Anemia grave;

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

Tipos de Reação

- Reação Tipo 1

As lesões cutâneas antigas ficam mais eritematosas, edematosas e dolorosas, e podem surgir lesões novas.

• A neurite é um processo inflamatório agudo ou crônico de nervos periféricos, podendo evoluir com ou sem dor e com ou sem déficit sensitivo ou motor. É a sua manifestação mais grave, uma vez que o dano neural pode se instalar e ocasionar incapacidade e deformidade. A neurite pode manifestar-se isolada ou acompanhada de lesões cutâneas.

TRATAMENTO:

Reação reversa sem neurite, sem lesões na face e lesão não próximas a troncos nervosos importantes.

- Predinisona 0,5 – 1 mg/kg/dia

Reação reversa com neurite, com lesões na face ou próximas a troncos nervosos importantes e ou neurite isolada, orqui-epidimite, mão e pé reacionais.

- Predinisona 1 – 2 mg/kg/dia

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

Indicações de Tratamento Cirúrgico para Neurites

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

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

- Reação Tipo 2

- > • A manifestação mais comum é o eritema nodoso que pode atingir todo o tegumento cutâneo.
- > • Sintomas sistêmicos como febre, mal estar, anorexia, são frequentes
- > • Outras manifestações como linfadenopatias, orquite, irite, iridociclite e glomerulonefrite podem ocorrer.
- > • A neurite na reação tipo 2 é menos dramática que na reação tipo 1.

Tratamento:

Eritema Nodoso Hansênico (ENH) em Homens:

Verificar a gravidade e tentar classificar em Leve, Moderado, Grave

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

- Talidomida – 100mg/dia – 1 mês.- Antiinflamatório não hormonal (AINH) – Paracetamol – 750mg 2-3 vezes ao dia;
- Diclofenaco 50mg – 2 – 3 vezes/dia

Moderado: Lesões cutâneas disseminadas, com cometimento geral presente.

- Talidomida – 200mg/dia – 1 mês.
100mg/dia – 1 mês
50mg/dia – 1 mês

Grave: Lesões cutâneas disseminadas, com grave acometimento do estado geral, prostração, limitação funcional, perda de peso intensa;
OU ACOMPANHADOS DE – ENH necrótico, mão e pé reacional, orqui-epididimite, irite/iridociclite, NEURITE

- Talidomida – 300mg/dia – 1 mês.
200mg/dia – 1 mês
100mg/dia – 1 mês
50mg/dia – 1 mês
- Predinisona – 1 mg/kg/dia, associado, obedecendo os critérios anteriormente citados

- Eritema Nodoso Hansênico em Mulheres:

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

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

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

Moderado: Lesões cutâneas disseminadas, com acometimento geral presente.

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

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

- AINH – paracetamol -1,5-2g/dia ou

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

CLOFAZIMINA - 300mg/dia – 1 mês.

- 200mg/dia – 1 mês

- 100mg/dia – 1 mês

- 50mg/dia, até alta da PQT.

10. O Sistema de Informação

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

Referência Bibliográfica

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



ATALAIA
INSTITUIÇÃO DA CIDADE

ELABORADO:

S.N.R.

GABRIELA NAIARA RODRIGUES
ENFERMEIRA ATENÇÃO BÁSICA
COREN - 447635

REVISADO:

REGIANE FERNANDA FUMAGALI
ENFERMEIRA ESF
COREN - 249214

APROVADO:

Cristiani AO

CRISTIANI ANDRÉIA OLIVEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Cristiani Andréia Oliveira
Secretária M. de Saúde e
Vigilância Sanitária
RG: 6.792.088-0



CNPJ: 75.731.018/0001-62

www.atalaia.pr.gov.br

Paço Municipal Prefeito Antônio Carlos Gílio – Praça José Bento dos Santos, Nº 02 – Centro.
CEP: 87.630-000 – Fone: (44) 3254-8101 – e-mail: administracao@atalaia.pr.gov.br