



Programa Municipal de Controle da
HANSENÍASE

PROTOCOLO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**





SUMÁRIO

SIGLAS	11
RELAÇÃO DE ANEXOS	15
EXPEDIENTE	17
ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO	18
Equipe do Programa Municipal de Controle de Hanseníase (PMCH)	18
INTRODUÇÃO	19
Linha de cuidados da hanseníase - LCH	19
Unidades de referência de hanseníase - UR	20
Programa Municipal de Controle da Hanseníase - PMCH	21
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	23
1 - AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS	24
1.1 Ações de hanseníase na UBS:	24
2 - AÇÕES MÉDICAS	25
2.1 - Ações frente ao paciente suspeito	25
2.1.1 - Consulta	25
2.2 - Ações frente aos casos com diagnóstico confirmado	26
2.2.1 - Atendimento médico	26
2.2.2 - Exames complementares	26
2.2.3 - Conduta e procedimentos	26
2.3 - Acompanhamento dos casos durante o tratamento	27
2.3.1 - Casos em trânsito no município	29
2.3.2 - Casos em acompanhamento externo	29
2.4 - Conduta frente as intercorrências	29

2.5 - Tipos de alta	30
2.5.1-Alta medicamentosa	30
2.5.2 - Transferência	31
2.5.3 - Abandono de tratamento	32
2.5.4- Óbito	32
2.5.5- Erro diagnóstico	32
2.6 - Acompanhamento após alta medicamentosa	32
2.7- Recidivas	33
2.8 - Pesquisa de resistência antimicrobiana	33
3 - AÇÕES DE ENFERMAGEM	36
3.1 - Ações frente aos pacientes suspeitos	36
3.1.1- Acolhimento	36
3.2- Ações frente aos pacientes com diagnóstico confirmado	36
3.2.1- Consulta	36
3.2.2- Primeira consulta	36
3.2.3 - Consultas de enfermagem subsequentes	38
3.2.4- Acompanhamento do caso: classificação de risco	41
3.2.5- Consulta de enfermagem na última dose de PQT-U	42
3.2.6- Consulta de enfermagem após alta medicamentosa	42
3.2.7 - Consulta de Enfermagem para Pacientes Externos	43
3.3 - Pacientes com recidiva	43
3.4- Ações sociais	43
4 - AÇÕES DE AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE INCAPACIDADES FÍSICAS	45
4.1- Avaliação inicial do caso	46
4.2- Classificação do grau de incapacidades físicas (GIF)	46

4.3- Protocolo complementar dos casos de hanseníase diagnosticados com grau 2 de incapacidades físicas (PROTOCOLO GIF 2)	46
4.3.1- Roteiro para a investigação de GIF 2 nos diagnósticos de casos novos de hanseníase	47
4.4- Acompanhamento durante o tratamento	47
4.5- Ações de reabilitação física	48
4.5.1- Encaminhamento	48
4.5.2- Equipe de reabilitação física	48
4.6- Acompanhamento após alta medicamentosa	49
5 - AÇÕES DE PSICOLOGIA	51
6 - AÇÕES SOCIAIS	53
7 - AÇÕES DO FARMACÊUTICO	55
7.1- Orientações para o paciente durante o tratamento	55
7.2- Medicamentos	56
7.2.1- Poliquimioterapia única (PQT-U)	56
7.2.2- Medicamentos utilizados em caso de reações adversas a PQT-U e reações hansênicas	57
7.2.2.1- Medicamentos alternativos	57
7.2.2.2- Corticosteróides	62
7.2.2.3 - Talidomida	62
7.2.2.4 – Pentoxifilina	63
7.3- Medicamentos para Pacientes Externos	64
8 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	65
8.1- Sistema de informação	66
8.1.1- Prontuário	66
8.1.2- Ficha de notificação e investigação epidemiológica de hanseníase	67
8.1.3- Protocolos de investigação	69

8.1.4- Ficha de acompanhamento de caso de hanseníase (anexo XIII)	71
8.1.5- Cartão de atendimento do paciente (anexo XII)	71
8.1.6- Boletim de acompanhamento de hanseníase (anexo XIV)	71
8.1.7- Planilha de monitoramento pós-alta (anexo VIII)	73
8.1.8- Atribuições das UVIS no sistema de informação	73
8.2- Ações de controle	74
8.2.1- Vigilância dos contatos	74
8.2.2- Visitas domiciliares	75
8.2.2.1- Visitas domiciliares a pacientes faltosos	76
8.2.3- Vigilância da resistência antimicrobiana em hanseníase	76
8.3- Busca ativa de casos e ações educativas	76
8.3.1- Campanha anual de hanseníase	77
9 - ORIENTAÇÕES PARA OS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA PARA BACILOSCOPIA DE HANSENÍASE	79
9.1- Índice baciloscópico (IB)	79
9.2 - Índice morfológico (IM)	79
9.3 - Rotina laboratorial	80
9.3.1- Recepção das amostras	80
9.3.2- Coloração	80
9.3.3 - Exame baciloscópico	80
9.3.4 - Liberação de resultado	80
9.3.5 - Armazenamento e revisão das lâminas	80
9.4 - Controle de qualidade das lâminas de baciloscopia	81
10 - TESTE RÁPIDO (TR)	82
10.1- Metodologia	82
10.2 - Informações técnicas	82

10.3 – Interpretação dos resultados	83
10.4 – Emissão de laudo	83
10.5 – Movimentação de estoque do TR	83
10.6- Registro dos contatos que realizaram o teste rápido	83
11 - NOTA IMPORTANTE	84
12 - AGRADECIMENTOS	85
13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
14 – ANEXOS	92
Anexo I - Ficha de referência e contrarreferência	93
Anexo II - Ficha de atendimento de hanseníase	94
Anexo III - Solicitação de exame	96
Anexo IV - Serviços De Apoio Diagnóstico E Terapia - SADT	97
Anexo V - Ficha de notificação e investigação epidemiológica	98
Anexo VI - Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de visitas domiciliares aos contatos de caso de hanseníase	100
Anexo VII - Formulário para avaliação neurológica simplificada e classificação do grau de incapacidade física em hanseníase	101
Anexo VIII - Monitoramento de atendimento de casos pós - alta de hanseníase e instrutivo para preenchimento das planilhas de atividades desenvolvidas	103
Anexo IX - Formulário para encaminhamento de pacientes para investigação da resistência medicamentosa da hanseníase	107
Anexo X - Ficha de investigação de suspeita de recidiva	108
Anexo XI - S.A.E. - Sistematização da assistência de enfermagem no programa de hanseníase	110
Anexo XII - Cartão de atendimento	112
Anexo XIII - Ficha de acompanhamento de casos de hanseníase	114
Anexo XIV - Boletim de acompanhamento de hanseníase	116
Anexo XV - Graus de incapacidades físicas em hanseníase e condutas	117

Anexo XVI - Protocolo complementar dos casos diagnosticados com grau 2 de incapacidades físicas	118
Anexo XVII - Plano de cuidado para grau 2 de incapacidade física	121
Anexo XVIII - Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID<15	123
Anexo XIX - Relatório de Incidente Crítico – IIC	125
Anexo XX - Relatório de visita domiciliar de hanseníase – RVD e instruções de preenchimento	128
Anexo XXI - Relação de casos novos em hanseníase/locais sem obtenção diagnóstica/mensal	134
Anexo XXII - Planilha de busca ativa mensal	135
Anexo XXIII - Cronograma de relação dos profissionais participantes	136
Anexo XXIV - Lista de presença	137
Anexo XXV - Relatório de atividades das unidades de saúde	138
Anexo XXVI - Relatório de atividades das unidades de referência de hanseníase	140
Anexo XXVII - Relatório condensado das atividades realizadas	142
Anexo XXVIII - Ficha de atendimento de investigação e suspeição de hanseníase	145
Anexo XXIX - Ficha de registro laboratorial	146
Anexo XXX - Laudo para resultado teste rápido	147
Anexo XXXI - Encaminhamento de pacientes de hanseníase ao CER, para reabilitação funcional, após avaliação neurológica simplificada na UR	148

SIGLAS

AI - Avaliação de Incapacidade

ANS – Avaliação Neurológica Simplificada

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BCG-id – Bacilo de Calmette - Guérin

CAB – Coordenadoria da Atenção Básica

CER – Centro Especializado de Reabilitação

CFM - Conselho Federal de Medicina

CGDE - Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação

CGHDE - Coordenação-Geral de Vigilância da Hanseníase e Doenças em Eliminação

CNS - Cartão Nacional de Saúde

CO - Classificação Operacional

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

COREN - Conselho Regional de Enfermagem

COVISA - Coordenadoria de Vigilância em Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CRM-SP - Conselho Regional de Medicina de São Paulo

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

CRUE - Central de Urgências e Emergências do Complexo Regulador Municipal

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica

DCCI - Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis

DEDT - Departamento de Doenças Transmissíveis

DIU - Dispositivo Intrauterino

DVPSIS - Divisão de Vigilância de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde

EAD – Educação a Distância

ER – Episódio Reacional

ET – Esquema Terapêutico atual

FA – Fosfatase Alcalina

FIE – Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica

G6PD – Glicose-6-fosfato desidrogenase

GIF – Grau de Incapacidade Física em Hanseníase

HC-FMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IB – Índice Baciloscópico

IgM – Imunoglobulina M

ILSL – Instituto Lauro de Souza Lima

IM – Índice Morfológico

LCH – Linha de Cuidados da Hanseníase

LCRH – Linha de Cuidados Regional aos Pacientes da Hanseníase

MB – Multibacilares

MS – Ministério da Saúde

MSP – Município de São Paulo

ND – Número de Doses

NUVIS – Núcleo de Vigilância em Saúde

OMP – Olhos, Mãos e Pés

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização não Governamental

OPM – Órteses, Próteses e Meios de auxiliares de locomoção

PB – Paucibacilares

PCDT – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

PCID < 15 - Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos

PECH - Programa Estadual de Controle da Hanseníase

PMCH - Programa Municipal de Controle da Hanseníase

PMSP - Prefeitura Municipal de São Paulo

PNI - Programa Nacional de Imunização

RDC - Resolução de Diretoria Colegiada

RVD - Relatório Visita Domiciliar

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SAE - Sistematização de Assistência de Enfermagem

SEABEVS - Secretária Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIES - Sistema de Informação de Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS - Secretaria Municipal da Saúde

SP - São Paulo

STS - Supervisão Técnica de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

SVSA - Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

TGO - Transaminase Glutâmico Oxalacética

TGP - Transaminase Glutâmica Pirúvica

TR - Teste Rápido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UR – Unidade de Referência de Hanseníase

UVIS - Unidade de Vigilância em Saúde

VD – Visita Domiciliar

VE - Vigilância Epidemiológica

RELAÇÃO DE ANEXOS

- 1 - **Anexo I** - ficha de referência e contrarreferência
- 2 - **Anexo II** - ficha de atendimento de hanseníase
- 3 - **Anexo III** - solicitação de exame
- 4 - **Anexo IV** - serviços de apoio diagnóstico e terapia - SADT
- 5 - **Anexo V** - ficha de notificação e investigação epidemiológica
- 6 - **Anexo VI** - termo de consentimento livre e esclarecido para realização de visitas domiciliares aos contatos de caso de hanseníase
- 7 - **Anexo VII** - formulário para avaliação neurológica simplificada e classificação do grau de incapacidade física em hanseníase
- 8 - **Anexo VIII** - monitoramento de atendimento de casos pós - alta de hanseníase e instrutivo para preenchimento das planilhas de atividades desenvolvidas
- 9 - **Anexo IX** - formulário para encaminhamento de pacientes para investigação da resistência medicamentosa da hanseníase
- 10 - **Anexo X** - ficha de investigação de suspeita de recidiva
- 11 - **Anexo XI** - S.A.E. - Sistematização da assistência de enfermagem no programa de hanseníase
- 12 - **Anexo XII** - cartão de atendimento
- 13 - **Anexo XIII** - ficha de acompanhamento de casos de hanseníase
- 14 - **Anexo XIV** - boletim de acompanhamento de hanseníase
- 15 - **Anexo XV** - graus de incapacidades físicas em hanseníase e condutas
- 16 - **Anexo XVI** - protocolo complementar dos casos diagnosticados com grau 2 de incapacidades físicas
- 17 - **Anexo XVII** - plano de cuidado para grau 2 de incapacidade física
- 18 - **Anexo XVIII** - protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - pcid < 15
- 19 - **Anexo XIX** - relatório de incidente crítico - IIC
- 20 - **Anexo XX** - relatório de visita domiciliar de hanseníase - rvd e instruções de preenchimento
- 21 - **Anexo XXI** - relação de casos novos em hanseníase/locais sem obtenção diagnóstica/mensal

- 22 – Anexo XXII** - planilha de busca ativa mensal
- 23 – Anexo XXIII** - cronograma de relação dos profissionais participantes
- 24 – Anexo XXIV** - lista de presença
- 25 – Anexo XXV** - relatório de atividades das unidades de saúde
- 26 – Anexo XXVI** - relatório de atividades das unidades de referência de hanseníase
- 27 – Anexo XXVII** - relatório condensado das atividades realizadas
- 28 – Anexo XXVIII** - ficha de atendimento de investigação e suspeição de hanseníase
- 29 – Anexo XXIX** - ficha de registro laboratorial
- 30 – Anexo XXX** - laudo para resultado teste rápido
- 31 – Anexo XXXI** - Encaminhamento de pacientes de hanseníase ao CER, para reabilitação funcional, após avaliação neurológica simplificada na UR

EXPEDIENTE

Prefeito da Cidade de São Paulo

Ricardo Nunes

Secretario Municipal da Saúde

Dr. Luiz Carlos Zamarco

Chefe de Gabinete

Luiz Artur Vieira Caldeira

Secretário-adjunto

Mauricio Serpa

Secretaria Executiva Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde - SEABEVS

Sandra Sabino Fonseca

Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA)

Mariana de Souza Araujo

Divisão de Vigilância Epidemiológica

Juliana Almeida Nunes

ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO

Equipe do Programa Municipal de Controle de Hanseníase (PMCH)

Carlos Tadeu Maraston Ferreira

Coordenador do PMCH e Enfermeiro

Fernando Antonio Charro

Fisioterapeuta

Genize Nunes Pereira Machado

Bióloga

Livia de Andrade Bessa Cabete

Médica Dermatologista

Maria Arlete Guazzelli

Farmacêutica Bioquímica

Núcleo de Criação

Amanda Romano de Godoy

Diagramação

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo

Maio 2025

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) passou a incorporar, de forma mais efetiva, o gerenciamento, a organização das ações e a responsabilidade epidemiológica pelo PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE na cidade de São Paulo, ao final da década de 1990, passando a fazer parte dos órgãos responsáveis pela vigilância em saúde do Município.

O Programa Municipal de Controle da Hanseníase (PMCH) estabelece e organiza ações com a finalidade de controlar a doença, embasado nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS), publicadas no documento *Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública – Manual Técnico Operacional, Portaria nº 149 de 03 de fevereiro de 2016, Guia Prático Sobre a Hanseníase – MS/2017 e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – MS/2022.*

Nos últimos vinte anos, os indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, mostram maior controle da doença por meio da diminuição na detecção de novos casos, da redução da prevalência da doença, do resultado da efetiva realização do tratamento dos pacientes, com elevados índices de alta por cura e baixos índices de abandono, controle dos contatos e acompanhamento dos casos pós alta medicamentosa.

Com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão da doença, têm-se dado ênfase na vigilância dos contatos familiares e sociais dos casos diagnosticados, inclusive com a ampliação e descentralização dessa investigação de contatos residentes em outros municípios e estados do país, como também, o monitoramento dos pacientes pós alta da poliquimioterapia única (PQT-U) e seus respectivos contatos.

Considerando o fenômeno do movimento migratório que a cidade de São Paulo possui, como um dos mais importantes e desafiadores, para a manutenção das ações locais e centrais, no controle da doença em todo município, com mais de 12 milhões de habitantes e em diferentes realidades sociais, cabe-nos manter vigilantes e atuantes na manutenção das ações de controle da hanseníase, mesmo com os indicadores epidemiológicos e operacionais encontrando-se dentro dos parâmetros adequados, indicados pelo MS.

Linha de cuidados da hanseníase - LCH

Diante da complexidade da doença com suas variadas manifestações clínicas, aliada aos determinantes sociais como o estigma de rejeição que ainda é muito presente e a dimensão da rede assistencial no município, torna-se necessária uma série de intervenções que visam minimizar os possíveis danos aos pacientes, familiares e comunidade.

Nessa perspectiva, é de fundamental importância a Linha de Cuidados da Hanseníase (LCH) estabelecida pelas redes de atenção à saúde, nos diferentes níveis de atuação, quer seja central, regional e/ou local, subsidiando a organização e racionalização dos recursos, a otimização do trabalho e a melhora da qualidade no atendimento e assistência prestada.

No modelo atual da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS), há descentralização, regionalização e hierarquização da assistência à saúde de acordo com especificidade técnica.

A gerência e o acompanhamento da Linha de Cuidados Regional aos pacientes de Hanseníase (LCRH) competem às Supervisões Técnicas de Saúde (STS) das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e às Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS).

As STS são responsáveis por equacionar e solucionar as demandas que surgem de acordo com as necessidades das pessoas acometidas pela doença em seu território de atuação e responsabilidade, ofertando os recursos existentes na rede.

Dessa forma, cada CRS deve se organizar para garantir ao paciente de sua região o atendimento nas especialidades clínicas, cirúrgicas e exames de apoio, por meio da administração regional das vagas reguladas, em um processo dinâmico sempre pactuado de acordo com a demanda e a oferta dos serviços.

Todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão aptas e capacitadas para receberem pacientes suspeitos de hanseníase e após passarem por consulta médica, concluírem a suspeição da doença e encaminharem para a elucidação diagnóstica e/ou tratamento na Unidade de Referência de Hanseníase (UR) de sua região ou outra, conforme necessidade e opção do paciente.

Cada UBS possui também um Núcleo de Vigilância em Saúde (NUVIS), que participa e monitora o caso suspeito que for encaminhado para uma das UR do município, garantindo assim, que o mesmo conclua a elucidação e em caso de confirmação da doença, inicie o tratamento.

Além de monitorar os casos de hanseníase de sua área de abrangência, compete ao NUVIS da UBS participar de ações de divulgação de sinais e sintomas da doença, busca ativa de casos novos, visitas domiciliares, campanhas intra e extra muros e fortalecer o vínculo com o interlocutor de hanseníase da UVIS da região no trabalho integrado, visando o êxito das ações de controle da doença.

Unidades de referência de hanseníase - UR

Está estabelecido que no Município de São Paulo (MSP), diante da amplitude territorial, da dimensão populacional e da complexa rede de assistência à saúde, haja oferta adequada e qualificada para o tratamento e o acompanhamento das pessoas acometidas pela hanseníase nas Unidades de Referência de Hanseníase (UR), visando a garantia da assistência mais próxima à residência dos pacientes, seus familiares e contatos.

No momento atual, está definida a necessidade de pelo menos uma UR para o atendimento dos pacientes em cada STS do município, sendo que esta deva possuir uma equipe multidisciplinar, tecnicamente capacitada e com recursos dirigidos aos pacientes e contatos dos casos de hanseníase.

Compete à UR, participar efetivamente de todas as ações programáticas dessa doença, desde a elucidação diagnóstica, tratamento, realização de exames e testes específicos,

acompanhamento pela equipe multiprofissional, monitoramento, encaminhamentos a outras especialidades, visando contemplar as necessidades de assistência aos pacientes de hanseníase e seus contatos durante e após o término do tratamento, como também a comunidade em geral.

Os profissionais da equipe multidisciplinar devem participar das ações de educação continuada de hanseníase promovidas ou indicadas pelas UVIS e/ou PMCH.

É indispensável que todos os profissionais das UR, desde a recepção, técnicos, pessoal da segurança e da limpeza, estejam sensibilizados, informados e orientados quanto à importância do atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares, para assegurar e facilitar o acesso do doente ao serviço e fortalecer os vínculos com a equipe de saúde, com intuito de garantir a adesão ao tratamento.

Programa Municipal de Controle da Hanseníase - PMCH

O PMCH coordena, executa e supervisiona as ações de vigilância epidemiológica, o planejamento, o apoio técnico assistencial e as capacitações dos profissionais de saúde do MSP envolvidos nas ações de hanseníase, propiciando atividades de educação continuada em hansenologia, tais como: encontros interdisciplinares, discussão clínica, capacitações e treinamentos técnicos dirigidos na forma EAD e presencial, treinamentos itinerantes, oficinas técnicas dirigidas, reuniões de planejamento, monitoramento e discussão de indicadores epidemiológicos, operacionais e de recursos, visitas de supervisões técnicas às UR, Fórum Municipal de Hanseníase e outros cursos ou reuniões oferecidos por outras instituições.

Compete também ao PMCH participar e representar a SMS em fóruns de políticas públicas de saúde, que envolvam direta ou indiretamente as pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares. Além disso, incentivar a discussão e participação dos profissionais e instituições representativas do seguimento hanseníase, quer sejam órgãos públicos, de classe, organizações sociais, ONG e outros, visando a melhor qualidade da assistência prestada, respeito aos direitos e deveres dos pacientes, como também dos profissionais das áreas que atuam nas ações de hanseníase.

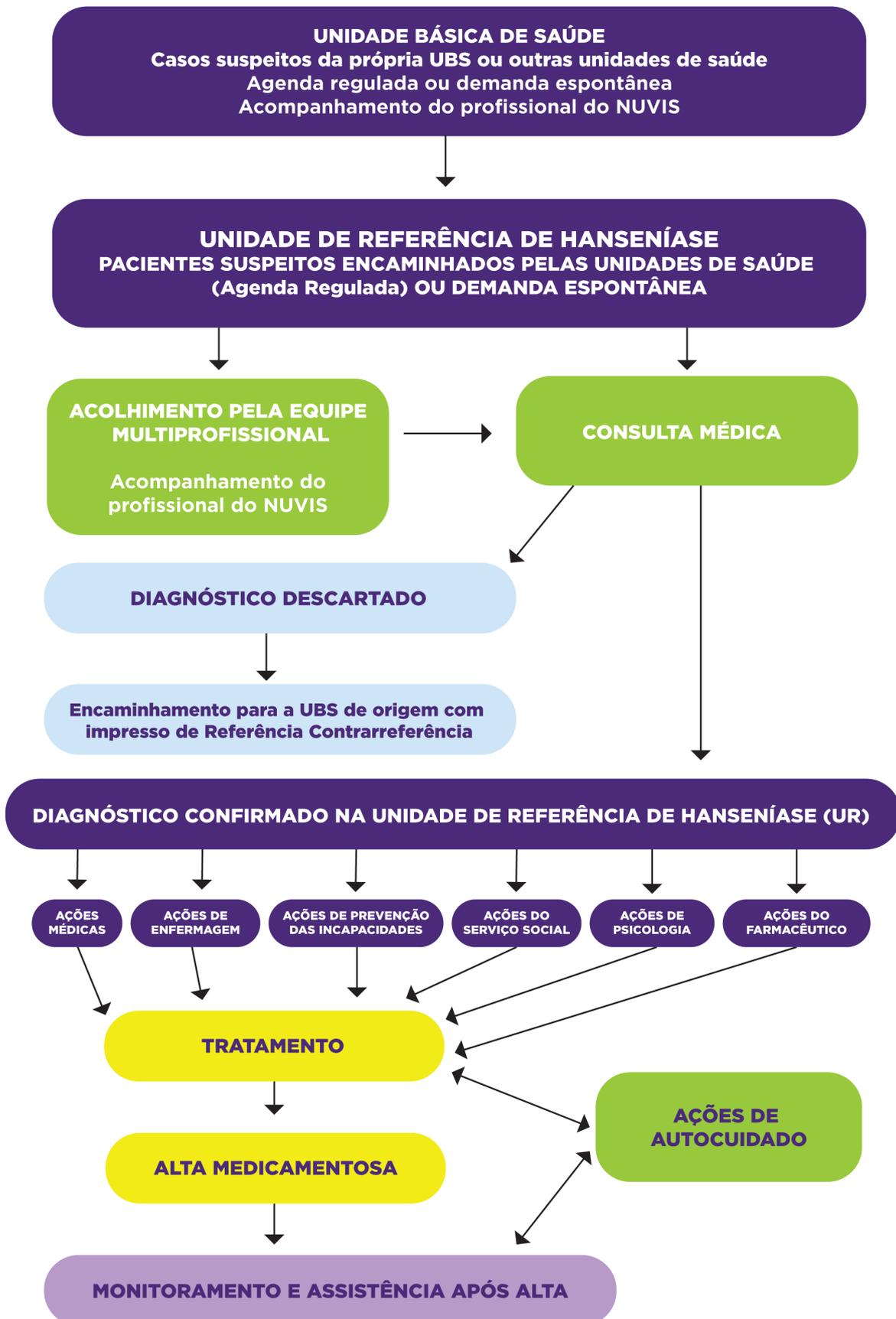
O PMCH é composto por uma equipe multiprofissional, que tem por objetivo e responsabilidade executar e monitorar as ações programáticas de hanseníase, como também, o processo de educação continuada em hansenologia nas diferentes categorias profissionais. Prever e promover as ações administrativas para aquisição e distribuição de insumos técnicos específicos para as UR, monitorar os indicadores de hanseníase, tanto os epidemiológicos quanto os operacionais, apoiar a organização de fluxos das LCH de cada CRS, de forma que a equidade e a integralidade seja aplicada nos diferentes níveis administrativos. Participar e organizar reuniões técnicas e capacitações específicas, discutir fluxos com outras áreas afins intra e extra SMS, visando a completude do cuidado às pessoas acometidas pela hanseníase em suas diferentes necessidades, independente de estarem em tratamento, como também, no acompanhamento pós alta medicamentosa e outras atividades.

Nesse contexto, a elaboração deste protocolo visa a uniformização das ações nos serviços de saúde no Município de São Paulo (MSP), sendo um dos principais instrumentos norteadores, visando a garantia do atendimento integral e da qualidade na assistência aos pacientes acometidos pela hanseníase e seus familiares, propiciando condições para a racionalização

do cuidado, controle da doença e para o dimensionamento adequado dos recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento das diversas ações do Programa Municipal de Controle da Hanseníase de São Paulo, em consonância com o MS.

São Paulo, Maio de 2025.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



1 - AÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - UBS

A participação da UBS é de fundamental importância por ser a porta de entrada do paciente na rede de atenção à saúde. A mesma desenvolve papel de acolhimento, suspeição diagnóstica na consulta médica e encaminhamento dos casos suspeitos de hanseníase para uma das UR distribuídas no município, contribuindo para a efetivação das ações de controle da doença.

Realizam também ações de busca ativa, divulgação de sinais e sintomas da doença, orientação à população, participando de campanhas e atividades extra muros, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da população do MSP, por meio do SUS.

Dentro da UBS, compete ao responsável pelo NUVIS, acompanhar a elucidação do caso suspeito e realizar a interlocução com a UVIS regional, visando a participação da Unidade nas ações de promoção à saúde e controle da hanseníase.

1.1 Ações de hanseníase na UBS:

- Divulgação de sinais e sintomas da doença;
- Ações de busca ativa dentro da UBS e extra muros na comunidade;
- Consulta médica de suspeição;
- Encaminhamento dos casos suspeitos previamente triados em consulta médica, para as UR de Hanseníase do município;
- Monitoramento dos pacientes de sua área de abrangência, que estão em tratamento e/ou acompanhamento na UR;
- Exame de contatos da área de abrangência;
- Visita domiciliar dos casos de hanseníase da área de abrangência;
- Vacinação BCG-id dos contatos, após afastar o diagnóstico de hanseníase em consulta médica com exame dermatoneurológico;
- Atualização junto a UVIS dos fluxos de vigilância;
- Capacitações da equipe de saúde local;
- Participação nas campanhas anuais de hanseníase.

2 - AÇÕES MÉDICAS

2.1 - Ações frente ao paciente suspeito

2.1.1 - Consulta

Anamnese: completa (incluir investigação de antecedentes pessoais e familiares);

Exame físico:

- Geral;
- Exame dermatológico de lesões em toda a superfície corporal com pesquisa de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa e teste da histamina (se disponível);
- Exame neurológico constituído pela inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés; palpação dos troncos nervosos periféricos; avaliação da força motora e de sensibilidade nos olhos, membros superiores e membros inferiores.

Diagnóstico clínico:

- Descartada hipótese de hanseníase: reencaminhar para UBS de origem, com o impresso de referência/contrarreferência (Anexo I);
- Confirmada a suspeita de hanseníase: prosseguir na investigação;
- Confirmado o diagnóstico de hanseníase: iniciar o tratamento.

Exames complementares:

- Baciloscopia (raspado intradérmico);
- Biópsia (exame anatomopatológico).

Definição de caso:

O MS define um caso de hanseníase pela presença de pelo menos um ou mais dos seguintes critérios (PCDT/2022):

1) Lesão (ões) e/ou área (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 *Mycobacterium leprae*, confirmada na baciloscopia do raspado intradérmico e/ou na biópsia de pele.

OBS. : Em caso de dúvida diagnóstica encaminhar o paciente para a Unidade de Referência Metropolitana com o impresso de referência/contrarreferência (Anexo I) devidamente preenchido.

2.2 - Ações frente aos casos com diagnóstico confirmado

Após a confirmação do caso, deve ser assegurado ao paciente o encaminhamento para as ações de enfermagem, avaliação, prevenção e reabilitação de incapacidades, serviço social, psicologia e assistência farmacêutica.

2.2.1 - Atendimento médico

- No primeiro atendimento, após realização do exame físico, preencher a “Ficha de Atendimento de Hanseníase” (Anexo II);
- Orientar o paciente e seus familiares sobre a doença, tratamento, evolução, reações e transmissibilidade.

2.2.2 - Exames complementares

· **Baciloscopia do raspado intradérmico** - deve ser colhida em todos os casos, no início do tratamento e ao final do mesmo, independente da forma clínica. Nos casos multibacilares é recomendável a coleta no meio do esquema de tratamento e quando o médico julgar necessário. Coleta: raspado intradérmico da borda interna da lesão, dos lóbulos das orelhas e dos cotovelos. Preenchimento da “Solicitação de Baciloscopia em hanseníase” (Anexo III);

· **Biópsia** – deve ser realizada no diagnóstico para todos os casos, na alta para os pacientes multibacilares e sempre que necessário no decorrer do tratamento. Coletar da borda interna da lesão. A solicitação do exame deve conter: topografia, descrição da lesão, suspeita diagnóstica e forma clínica, informações sobre resultados do teste de histamina, baciloscopia e anatomopatológico anterior (caso possua). Informar “**biópsia para hanseníase – coloração Fite Faraco**”. Todas essas informações devem ser preenchidas na “SADT” (Anexo IV).

- EXAMES GERAIS:

- Hemograma;
- Glicemia;
- Ureia;
- Creatinina;
- Dosagem de GóPD;
- TGO, TGP, FA;
- Urina I;
- Protoparasitológico;
- Outros exames deverão ser solicitados conforme a necessidade.

2.2.3 - Conduta e procedimentos

· Definir e introduzir o esquema terapêutico padronizado PQT-U, de acordo com o diagnóstico, forma clínica e classificação operacional, conforme PCDT/2022;

· Preencher e assinar a “Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica (FIE) de Hanseníase” (ANEXO V) - campos números: 7, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41 e observações adicionais;

· Em caso de profissionais de consultórios/clínicas e hospitais fora da rede pública, a notificação digital se encontra disponível no site SMS https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ficha_noti_hansen_22-11-2024-pdf com as respectivas orientações de preenchimento e encaminhamento;

· Realizar a avaliação dermatoneurológica dos contatos intradomiciliares, que será feita anualmente durante o período de 5 anos;

· O médico deve preencher o prontuário com todos os dados da consulta com letra legível, data, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP), conforme o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) – Resolução nº 1931/2009, Capítulo X, artigo 87;

· O médico assistente deve providenciar o cadastramento na Vigilância Sanitária (SMS/COVISA/DVPSIS), necessário para aquisição de talonário de prescrição da Talidomida conforme Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) – MS/ANVISA nº11 de 22/03/2011 e suas alterações, através do link: <https://sp156.prefeitura.sp.gov.br/portal/informacao?servico=3732>.

ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO:

- **Orientar o paciente e seus familiares sobre a doença, tratamento, evolução, reações, transmissibilidade, no início, durante e após o tratamento medicamentoso;**
- **Encaminhar para a realização da avaliação das incapacidades e ações de autocuidado;**
- **Informar e orientar o paciente sobre a realização da visita domiciliar para ele e seus familiares, pela unidade de saúde mais próxima de sua residência, mediante sua autorização através da assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de Visitas Domiciliares aos contatos de caso de Hanseníase” (ANEXO VI). Este termo, depois de assinado, será arquivado no prontuário;**
- **Ressaltar a importância da avaliação dos contatos, solicitando o comparecimento dos mesmos para consulta médica na UR.**

Descartada a hipótese de hanseníase, realizar o Teste Rápido nos contatos e encaminhá-los para vacinação BCG-id.

2.3 - Acompanhamento dos casos durante o tratamento

As consultas são realizadas pelo menos a cada 28 dias.

- Observar as queixas do paciente;
- Verificar a adesão ao tratamento da PQT-U – supervisionado e domiciliar;
- Avaliar a evolução: exame das lesões e do comprometimento neurológico;

- Se houver alteração da forma clínica, classificação operacional e/ou esquema terapêutico durante o tratamento, registrar no prontuário e informar a vigilância epidemiológica;
- Acompanhar os resultados do exame das funções neurais no FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE (Anexo VII), para detecção e tratamento precoce de neurites silenciosas e de outras alterações;
- Investigar as manifestações de reações tipo 1 e/ou tipo 2, definindo a conduta medicamentosa e a necessidade de outros procedimentos;
- Avaliar a necessidade de exames laboratoriais;
- Encaminhar para reabilitação todo paciente que apresente alteração no grau de incapacidades ou estados reacionais (neurites), de acordo com a LCRH;
- Encaminhar de rotina, com o impresso de referência/contrarreferência (Anexo I), todos os pacientes em início de tratamento para as seguintes especialidades:
 - Oftalmologia;
 - Odontologia;
 - Ginecologia para mulheres em idade fértil.
- Anotar em prontuário o resultado das consultas realizadas pelos especialistas;
- Reforçar orientações sobre procedimentos de autocuidado e uso de outros medicamentos (colírios, óleo mineral, cremes hidratantes, etc);
- Avaliar intolerância medicamentosa e efeitos adversos;
- Quando houver necessidade de substituição de algum medicamento da PQT-U, seja por contraindicação ou efeito adverso grave, encaminhar o paciente para a Unidade de Referência Metropolitana - preencher impresso de referência/contrarreferência (Anexo I);
- Quando houver necessidade de prescrição de talidomida, seguir as orientações RDC 11/2011, e suas atualizações;
- No caso de ausência do médico na UR (férias, licença-médica, etc), o paciente deverá ser atendido por outro médico na própria unidade ou ser encaminhado para outra UR para que o tratamento não seja interrompido;
- No caso dos pacientes transferidos de outros serviços e que darão continuidade ao mesmo tratamento, deverão ser consideradas as doses recebidas na unidade anterior e deve ser realizada uma nova notificação (FIE - Anexo V) nesta unidade, desde que respeitado o critério de tempo para conclusão do tratamento com PQT-U. As datas do diagnóstico e de início do tratamento serão as mesmas da unidade de origem;
- Caso necessite de maiores informações sobre o tratamento realizado em outros municípios, solicitar à UVIS.

2.3.1 - Casos em trânsito no município

- Pacientes em tratamento procedentes de outros municípios que necessitarem emergencialmente da PQT-U poderão receber medicação (no máximo 1 cartela) após consulta médica na UR;
- Estes casos não deverão ser notificados;
- Elaborar relatório médico para o paciente entregar à unidade de tratamento de origem;
- Caso o paciente permaneça por mais de um mês, deverá ser notificado (FIE - Anexo V), com modo de entrada 3 ou 4 (transferência de outro município ou Estado) e dar sequência ao tratamento, incluindo o exame de contatos.

2.3.2 - Casos em acompanhamento externo

Primeiramente o médico assistente deverá notificar o caso, seguindo o modelo a ser preenchido da FIE, que está disponível no link: https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ficha_noti_hansen_22-11-2024-pdf e posteriormente encaminha-la ao PMCH, pelo e-mail proghansen@prefeitura.sp.gov.br;

Informações sobre local de retirada de hansenostáticos e modelo da receita serão encontradas no *site* da SMS, página do PMCH, pelo link: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/hanseniose/6199;

Os contatos intradomiciliares, após avaliação clínica e descartada a doença ativa, deverão ser encaminhados para uma das UR para aplicação da vacina BCG-id e para a realização do teste rápido, mediante relatório médico com as seguintes informações: nome completo do paciente (caso índice), data do diagnóstico, modo de entrada, nome dos contatos intradomiciliares avaliados. A UR deverá fornecer cópia do resultado do teste rápido para o contato;

O contato deverá encaminhar ao médico assistente os comprovantes da vacinação e o resultado do teste rápido.

- Para os casos em que seja necessária a realização da pesquisa de resistência antimicrobiana, seguirá o fluxo estabelecido no item 2.8.

O médico assistente deverá seguir todas as ações recomendadas neste protocolo.

2.4 - Conduta frente as intercorrências

· Devem ser seguidas as orientações de condutas do *Manual Técnico- Operacional de Hanseníase – “Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública” – MS/2016*, *“Guia Prático Sobre a Hanseníase” – MS/2017* e *PCDT/2022* para o tratamento das diversas situações que podem ocorrer antes, durante e após o tratamento com PQT-U:

- Reação Tipo 1 (reação reversa);
- Reação Tipo 2 (mais comum é o eritema nodoso hansênico);
- Reação adversa a medicações.

· Todo paciente com reação deverá ser atendido prontamente pelo médico;

· Nos casos de neurites que necessitem de imobilização, os pacientes devem ser encaminhados para o serviço de saúde estabelecido na linha de cuidados regional, **com urgência**;

· No diagnóstico confirmado de neurite silenciosa por meio do acompanhamento da Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), conforme anexo VII, o tratamento (corticoterapia) deve ser prontamente instituído para que as funções neurais sejam restabelecidas;

· Encaminhar casos reacionais e dúvidas clínicas para a Unidade de Referência Metropolitana, mediante agendamento prévio e impresso de referência/contrarreferência (Anexo I) devidamente preenchido;

Devem ser encaminhados para a Unidade de Referência Metropolitana: dúvidas diagnósticas e todos os casos suspeitos ou confirmados de recidiva, tratamento alternativo e insuficiência e/ou falência terapêutica.

· Observar os cuidados e riscos com uso dos medicamentos (para mais informações vide item 7 “Ações do Farmacêutico”):

- **Talidomida** (RDC nº11/2011 e suas atualizações);

- **Corticosteróides** (vide o manual Orientações para uso: corticosteróides em hanseníase – MS, Brasília-DF, 2010): realizar tratamento para estreptococcemia antes de iniciar o seu uso. Lembrar os efeitos colaterais decorrentes de corticoterapia prolongada (ganho de peso, aumento da pressão arterial, diabetes, osteoporose, glaucoma, etc) e, se necessário, solicitar acompanhamento com especialistas.

Casos que necessitem de atendimento emergencial em hanseníase devem ser encaminhados a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), com relatório médico. Caso o paciente necessite de internação no Instituto de Infectologia “Emílio Ribas”, a vaga é regulada pela Central de Urgências e Emergências do Complexo Regulador Municipal - CRUE/SMS, que disponibilizará a vaga para a Unidade de Pronto Atendimento - UPA e/ou hospital regional, onde o paciente se encontrar.

2.5 - Tipos de alta

2.5.1-Alta medicamentosa

· O paciente receberá alta segundo os critérios de regularidade ao tratamento (número de doses e tempo de tratamento) normatizados pela Nota Técnica nº 16/2021 -CGDE/DCCI/SVS/MS e PCDT/2022;

· Casos Paucibacilares: após receber 6 doses do esquema PQT-U, com prazo de até 9 meses do início do tratamento;

- Casos Multibacilares: após receber 12 doses do esquema PQT-U, com prazo de até 18 meses do início do tratamento.

Os casos duvidosos em relação à alta, com possível necessidade de prolongamento do esquema terapêutico (PQT-U/24 doses), devem ser encaminhados para avaliação na Unidade de Referência Metropolitana.

Lembrar que a baciloscopia positiva (bacilos fragmentados) e/ou presença de situações reacionais, não são suficientes para justificar a prorrogação do tratamento com PQT-U.

É indispensável que a alta medicamentosa do tratamento com PQT-U seja registrada no prontuário do paciente, assim como a avaliação e classificação do Grau de Incapacidades Físicas (GIF) e orientações para os cuidados pós-alta.

O paciente deve ser orientado para retorno imediato à UR 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.

2.5.2 - Transferência

Pode ocorrer a transferência do paciente para outro serviço durante o tratamento.

Esta situação deve ser registrada no prontuário do paciente, especificando o local e, se possível, a unidade que será responsável pela continuidade do tratamento (nome do serviço, município e estado).

No ato da transferência, fornecer uma cópia do prontuário ou elaborar um relatório com os seguintes itens:

- Identificação;
- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Número do Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Motivo da transferência;
- Número do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- Data do diagnóstico;
- Forma clínica;
- Avaliação de incapacidades no diagnóstico;
- Tratamento realizado, especificando:
 - Medicamentos;
 - Data do início do tratamento;

- Número de doses recebidas;
- Reações apresentadas;

- Resultados de exames realizados;

- Avaliação de incapacidades atual;

- Data do último comparecimento;

- Contatos avaliados.

Em casos de transferência após a alta, a informação deve ser registrada em prontuário e o relatório de transferência deve ser elaborado conforme acima descrito.

2.5.3 - Abandono de tratamento

Define-se esta situação quando o paciente não concluiu o tratamento dentro do prazo máximo permitido de acordo com a classificação operacional (9 meses para os paucibacilares e 18 meses para os multibacilares).

Devem ser realizadas todas as tentativas para adesão do paciente faltoso ao tratamento, por meio de contatos telefônicos e visita domiciliar, desde que autorizada, conforme Anexo VI.

O paciente em abandono que retornar para reiniciar o tratamento, no mesmo serviço ou em outra unidade, deverá ser notificado novamente, com modo de entrada “Outros Reingressos” (campo 38 - código 7), na FIE (Anexo V).

2.5.4- Óbito

Quando o óbito do paciente ocorrer durante o tratamento, este fato deverá ser registrado no prontuário e informado à vigilância epidemiológica, independente da causa da morte.

2.5.5- Erro diagnóstico

Caracteriza-se quando houver uma alteração de diagnóstico, posterior à notificação do caso como hanseníase, devendo ser registrado no prontuário e informado à vigilância epidemiológica.

2.6 - Acompanhamento após alta medicamentosa

Todo paciente após a alta medicamentosa deve ser acompanhado periodicamente por pelo menos 5 anos.

- Para pacientes que não apresentarem manifestações clínicas reacionais ou outras complicações, a avaliação deverá ser:
 - Semestral nos primeiros 2 anos e anual por mais 3 anos, independente da classificação operacional;

- Para pacientes com manifestações clínicas reacionais ou outras complicações, a periodicidade do acompanhamento deve ser definida conforme a avaliação médica e necessidade do paciente;

- Os pacientes que apresentarem neurites terão acompanhamento contínuo pelo médico e pelo profissional da equipe responsável pela avaliação e prevenção de incapacidades e/ou reabilitação;

- Pacientes com sequelas e/ou agravos incapacitantes serão acompanhados de acordo com as necessidades em periodicidade definida pela equipe multiprofissional;

- Todo paciente que já concluiu o tratamento de hanseníase independente da unidade ou município onde teve alta deverá ser atendido conforme sua necessidade na UR. O profissional deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (Anexo VIII) com os dados de cada atendimento.

2.7- Recidivas

Define-se como recidiva todo caso de hanseníase que foi tratado regularmente com esquemas oficiais padronizados e corretamente indicados, que recebeu alta por cura (saiu do registro ativo da doença no Banco SINAN) e que volta a apresentar novos sinais e sintomas clínicos de doença infecciosa ativa. Os casos de recidiva geralmente ocorrem em período superior a cinco anos após a cura. É importante investigar e diferenciar recidiva das situações de reação reversa hansênica (reação tipo 1), insuficiência terapêutica e falência terapêutica.

Todos os pacientes que sejam confirmados ou suspeitos de recidiva, deverão ser encaminhados para pesquisa de resistência medicamentosa, de acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 23/2023-CGDE/DEDT/SVSA/MS - vide item 2.8

2.8 - Pesquisa de resistência antimicrobiana

A vigilância de resistência aos antimicrobianos utilizados para tratamento da hanseníase é realizada desde 2018 em todo o Brasil com o objetivo de detectar mutações genéticas associadas a resistência aos antimicrobianos em pacientes de hanseníase.

De acordo com a NOTA TÉCNICA Nº 23/2023-CGDE/DEDT/SVSA/MS, os critérios para os casos de hanseníase que devem ser encaminhados para investigação de resistência medicamentosa são:

- a) Caso novo de hanseníase e que, no diagnóstico inicial, apresente Índice Baciloscópico $IB \geq 2,0$;

- b) Persistência de hansenomas e/ou lesões infiltradas após o término da PQT-U com aspecto clínico inalterado em relação ao momento do diagnóstico;

- c) IB inalterado ou com aumento em relação ao exame anterior, respeitando os mesmos sítios de coleta e o intervalo mínimo de 1 ano entre os exames;

d) Reações hansênicas reentrantes por mais de 3 anos após a alta por cura, não responsivas ao tratamento com corticosteroides sistêmicos ou talidomida;

e) Abandono ao tratamento com PQT-U por mais de 6 meses para os casos multibacilares (MB);

f) Casos de recidiva, comprovada pelo reaparecimento de lesões cutâneas e/ou neurológicas compatíveis com hanseníase após 5 anos de tratamento prévio com PQT-U.

A coleta de material para a investigação é realizada por uma das universidades do município de São Paulo (Santa Casa ou UNIFESP ou HC-FMUSP).

Cada UR deverá realizar a solicitação de agendamento por e-mail para o PMCH (proghansen@prefeitura.sp.gov.br) e copiar a UVIS. Essa solicitação deve conter os seguintes documentos digitalizados:

- Formulário de Encaminhamento Resistência Antimicrobiana (Anexo IX);
- Relatório clínico indicando o critério utilizado para encaminhamento (pode ser utilizada a Ficha de referência-contrarreferência - (Anexo I);
- Ficha de Notificação do Sinan - FIE (Anexo V);
- Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva (Anexo X) (para o critério “f”).

Após o envio de toda documentação, o PMCH entrará em contato com uma das universidades solicitando o agendamento e enviará o e-mail à UR e UVIS contendo a data, horário e local da consulta. Cabe à UR informar o paciente para comparecer ao atendimento agendado.

O paciente deverá continuar seu acompanhamento na UR de origem.

COMPETE AO PROFISSIONAL MÉDICO

- Participar das reuniões de grupo de autocuidado da UR, conforme organização local;
 - Participar de reuniões e capacitações que envolvam o tema hanseníase, para atualização técnica;
- Organizar a agenda para atender as ações médicas voltadas aos pacientes e seus contatos, demandas da rotina e urgências dos pacientes de hanseníase;
- Registrar as ações específicas em instrumentos padronizados pela SMS, como de rotina;
- Repassar as informações e capacitações recebidas, para outros profissionais da equipe, visando evitar falhas na assistência, em casos de ausência programada ou abrupta;
- Organizar com antecedência a substituição profissional, para dar continuidade às ações programáticas sob sua responsabilidade e execução, em casos de ausência programada, evitando o prejuízo na assistência aos pacientes, contatos, comunidade e equipe interdisciplinar;
- Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

3 - AÇÕES DE ENFERMAGEM

3.1 - Ações frente aos pacientes suspeitos

3.1.1- Acolhimento

- Ouvir as queixas e dúvidas do paciente;
- Garantir a consulta médica conforme agenda regulada da unidade ou em caráter de urgência/emergência, levando em consideração o estado clínico do paciente e classificação de risco.

3.2- Ações frente aos pacientes com diagnóstico confirmado

Após a confirmação do diagnóstico médico, deve ser assegurado ao paciente o encaminhamento para avaliação de enfermagem, avaliação e ações de prevenção e reabilitação das incapacidades, avaliação e ações sociais, avaliação e ações psicológicas e cuidados farmacêuticos.

3.2.1- Consulta

A Consulta de Enfermagem está contemplada como atividade privativa do enfermeiro - Lei 7498/86 – Art.11 –Inciso I Alínea i - Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

“Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão”, Caderno de Atenção Básica nº 21, página nº 99 – Brasília/2008- MS.

Consta também no Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica/SMS-SP - 2ª edição – 2015, pág.13:

1.4 – “Solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e em rotinas aprovadas pela SMS/PMSP”.

3.2.2- Primeira consulta

- Avaliar a Classificação de Risco e posteriormente, de acordo com as necessidades apresentadas, realizar as intervenções e/ou encaminhamentos;

- Aplicar a “Sistematização de Assistência de Enfermagem”- SAE (Anexo XI), realizando todas as fases, conforme a Resolução nº358/2009 do COFEN;
- Informar sobre a doença, esclarecendo dúvidas, importância da adesão ao tratamento medicamentoso e efeito das drogas, rotina local e fluxos de emergência;
- Avaliar as condições da pele e, quando necessário, indicar, prescrever medidas de hidratação e lubrificação e fornecer creme de ureia 10% ou similar;
- Caso seja necessário realizar curativos, avaliar o grau de comprometimento, segundo o “Protocolo Municipal de Curativos”, garantir o cuidado de acordo com a complexidade e seguir o fluxo regional;
- Realizar coleta de raspado intradérmico: enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem capacitado, conforme Parecer COREN - SP 022/2014 CT.

BACILOSCOPIA DO RASPADO INTRADÉRMICO

- Deve ser colhida para todos os casos, no diagnóstico e ao final do tratamento independente da forma clínica;
- Nos casos multibacilares é recomendável a coleta no meio do esquema de tratamento;
 - Locais de coleta: lóbulos das orelhas, cotovelos e borda da lesão;
 - Utilizar o impresso preconizado para solicitação do exame (Anexo III).

- Orientar sobre:
 - Os exames que serão realizados;
 - Necessidade e importância do exame dermatoneurológico dos contatos e posterior realização do Teste Rápido de Hanseníase e vacinação BCG-id dos sadios;
 - Avaliação e prevenção de incapacidades;
 - Oferecer e esclarecer sobre o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Realização de Visitas Domiciliares aos contatos de caso de Hanseníase”(Anexo VI), que deverá ser arquivado em prontuário e informado no campo “observações” da FIE (Anexo V);
- Fornecer e orientar a finalidade e utilização do “Cartão de Atendimento” (Anexo XII);
- Preencher a “Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase” (Anexo XIII), acompanhando o apazamento das consultas/retornos;
- Preencher a FIE (Anexo V), nos campos: 3 a 6, 8 a 16, 17 a 30, 31, 32 e 37:
 - Número de contatos registrados (campo 43 e relacionar no verso);
 - Dados de residência anterior (itens 1 e 2 - verso);
 - Avaliação de incapacidades (verso);
 - Investigador – nome e assinatura do profissional de enfermagem, em conjunto com a assinatura do médico;

Campo “Observações Adicionais”

Devem ser registrados:

- **O consentimento do paciente para Visita Domiciliar a sua residência e a de seus familiares;**
- **Informações sobre o nome da unidade de origem dos pacientes que vem transferidos e o número de doses já recebidas;**
- **Outras informações que possam ser relevantes para o tratamento do caso (vide item 8 nas “Observações Adicionais” das “Ações de Vigilância Epidemiológica”).**

· Realizar ou agendar a data para realização da Avaliação de Incapacidades – preencher o formulário para ANS (Anexo VII). Em casos novos de hanseníase classificados com GIF 2, aplicar o Protocolo GIF 2 (vide item 4.3);

· Administrar a medicação de forma supervisionada, fornecer a dose autoadministrada e orientar a importância da adesão ao tratamento, da prescrição medicamentosa, horários, posologia e armazenamento;

Administração da Medicação

- **Agendar para a tomada da dose supervisionada a cada 28 dias.**
- **Orientar sobre o uso da medicação (dose diária, preferencialmente após a ingestão de alimentos).**
- **Orientar sobre os efeitos dos medicamentos (vide item 7 “Ações do Farmacêutico”);**
 - **Pacientes em uso de talidomida (vide item 7 “Ações do Farmacêutico”)**
- **Encaminhar para demais especialidades de rotina, conforme Linha de Cuidados Regional.**

· Agendar a próxima consulta de enfermagem e orientar sobre atendimento de Urgência/Emergência.

3.2.3 - Consultas de enfermagem subsequentes

· Avaliar a Classificação de Risco;

· Dar sequência a SAE;

· Administrar a medicação de forma supervisionada, reorientando quanto ao efeito das drogas;

· Em uso de corticoterapia, verificar e monitorar a pressão arterial, orientar quanto à indicação de dieta hipossódica em casos de hipertensão;

· Em uso de talidomida, orientar quanto aos cuidados, riscos, efeitos teratogênicos e responsabilidade em relação à guarda da medicação, conforme orientações regulamentadas na RDC nº11/2011 e suas atualizações, e Nota Técnica Conjunta nº 1/2025 - SEABVS/SMS/SP ou o que vier substituí-la;

· Reavaliar as condições de pele, quando necessário indicar, prescrever medidas de hidratação e lubrificação e fornecer creme de ureia 10% ou similar;

· Caso seja necessário realizar curativos, avaliar o grau de comprometimento, segundo o “Protocolo Municipal de Curativos”, garantir o cuidado de acordo com a complexidade e seguir o fluxo regional;

· Solicitar e monitorar o comparecimento dos contatos, orientar sobre a importância do exame dermatoneurológico, realização do Teste Rápido e da vacina BCG-id. Obs.: Somente contatos sem diagnóstico de hanseníase, após exame médico, deverão ser vacinados.

Cicatriz Vacinal	Conduta
Ausência de cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não vacinar
Menor de 1 ano	Consultar informações atualizadas do Programa Nacional de Imunização/MS

Fonte: Manual de Normas e Procedimentos para vacinação – MS | Brasília/DF/2024 e Norma Técnica do Programa de Imunizações da SES – 2021, página 28.

Notas:

1. - As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI);

2. - É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para doentes HIV positivos, seguir as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados;

3. - Contatos de hanseníase em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam vacinação BCG profilática para hanseníase.

· Reorientar:

- **Autocuidado principalmente em relação aos olhos, nariz, mãos e pés, individualmente e em grupo;**
- **Reconhecer situações de urgência/emergência e para qual serviço deverá recorrer, seguindo a Linha de Cuidados Regional;**

· Realizar ou acompanhar a avaliação de incapacidades conforme preconizado no Manual Técnico- Operacional de Hanseníase – Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública - MS/2016, Guia Prático Sobre Hanseníase - Brasília, 2017, Nota Técnica nº5/2022 – CGDE/DCCI/SVS/MS e PCDT/2022.

Havendo necessidade de execução de cuidados ortopédicos, relativos à imobilização (confeção de tala), seguir a Resolução COFEN nº 422, artigo primeiro em seu parágrafo nº 1 de 04/04/2012, D.O.U. de 11/04/2012.

Se necessária a realização de debridamento com auxílio de bisturi, seguir Parecer COREN-SP CAT nº 013/2009.

- Organizar e estimular as práticas de autocuidado, principalmente em grupo de pacientes, conforme orientações encontradas nos cadernos: Autocuidado em Hanseníase e Guia de Apoio de Autocuidado de Hanseníase do MS, Brasília-DF, 2010;

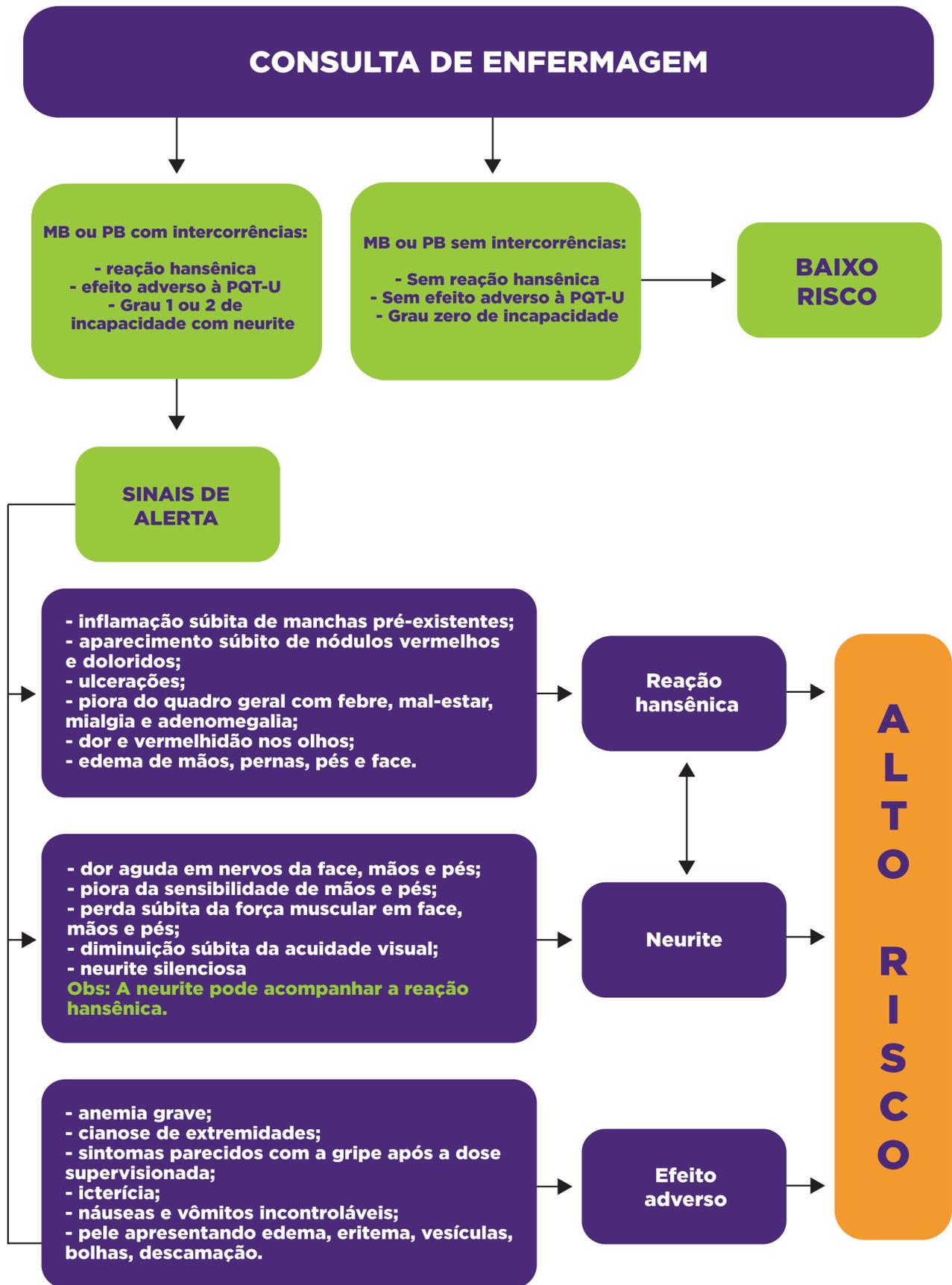
- Realizar o controle da frequência, bem como a convocação dos pacientes faltosos para o tratamento. O paciente que não comparecer à dose supervisionada deve ser contatado e se for possível visitado no domicílio para continuar o tratamento e evitar o abandono, respeitando a Lei de Sigilo Profissional nº 14.289, de 03 de Janeiro de 2022. Publicação: DOU de 04 de Janeiro de 2022;

- Atualizar o “Cartão de Atendimento” (Anexo XII);

- Atualizar mensalmente a “Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase”, principalmente o campo de aprazamento (Anexo XIII);

- Preencher mensalmente o “Boletim de Acompanhamento de Hanseníase” (Anexo XIV) para atualização dos dados no sistema de informação Banco SINAN.

3.2.4- Acompanhamento do caso: classificação de risco



3.2.5- Consulta de enfermagem na última dose de PQT-U

- Coleta de raspado intradérmico de todos os casos, pelo enfermeiro ou técnico ou auxiliar de enfermagem capacitados, conforme Parecer COREN-SP 022/2014 – CT;
- Realizar ou agendar a ANS (Anexo VII);
- Verificar se todos os contatos intradomiciliares foram examinados e fizeram o Teste Rápido, caso contrário, agendar a consulta médica;
- Anotar no “Cartão de Atendimento” (Anexo XII) e na “Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase” (Anexo XIII) a data da alta;
- Orientar quanto à necessidade de retornar ao serviço no caso de situações de emergência e sintomas de reação;
- Agendar consulta médica e de enfermagem após seis meses, se não houver queixas.

3.2.6- Consulta de enfermagem após alta medicamentosa

- Acolher, ouvir as queixas e dúvidas do paciente que recebeu alta independente do tempo e/ou local em que ocorreu o tratamento;
- Aplicar a SAE (Anexo XI), realizando todas as fases, conforme a Resolução nº358/2009 do COFEN;
- Avaliar a Classificação de Risco e posteriormente, de acordo com as necessidades apresentadas, realizar as intervenções e/ou encaminhamentos;
- Avaliar as necessidades do paciente, assistir as possíveis e encaminhar as outras ao respectivo profissional;

· Todo paciente após a alta medicamentosa deve ser acompanhado periodicamente por pelo menos 5 anos:

- Para pacientes que não apresentarem manifestações clínicas reacionais ou outras complicações a avaliação é: semestral nos primeiros 2 anos e anual por mais 3 anos, independente da classificação operacional - Paucibacilar ou Multibacilar;

- Para pacientes com manifestações clínicas reacionais ou outras complicações, a periodicidade do acompanhamento deve ser definida conforme a avaliação médica e necessidade do paciente;

- Todo paciente que já concluiu o tratamento de hanseníase independente da unidade ou município onde teve alta deverá ser atendido conforme sua necessidade na UR;
- O profissional deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (Anexo VIII) com os dados de cada atendimento (Vide item 8.1.7 nas “Ações de Vigilância”).

3.2.7 - Consulta de Enfermagem para Pacientes Externos

Acolher o paciente, oferecendo tratamento e acompanhamento nas Unidades de Referência de Hanseníase do município gratuitamente pelo SUS, fazendo parte do mesmo: consulta médica, acompanhamento de enfermagem, avaliação e prevenção das incapacidades, avaliação dos contatos, exames e testes específicos, medicamentos, vacinação e teste rápido; além do acompanhamento pós alta.

Caso o paciente opte pelo tratamento na rede privada, todas essas ações deverão ser realizadas pelo médico assistente. Somente a retirada da medicação, teste rápido e vacinação para os contatos serão realizados na rede pública.

Para retirada de medicamento, conferir a receita, a cópia da FIE e encaminhar o paciente para a farmácia.

Em relação a vacinação e a realização de teste rápido nos contatos, seguir o fluxo estabelecido na UR.

3.3 - Pacientes com recidiva

Todos os casos suspeitos de recidiva devem ser encaminhados para investigação de resistência antimicrobiana, vide itens 2.7 e 2.8 nas “Ações Médicas”.

3.4- Ações sociais

Essas ações devem ser realizadas preferencialmente pelo profissional assistente social.

Na ausência desse profissional, a equipe de enfermagem deve estar preparada para acolher, orientar e encaminhar as necessidades dos pacientes, levando em consideração a LCRH e os recursos sociais de apoio.

Orientar o paciente sobre seus direitos e deveres. Para maiores informações consultar: Hanseníase Conhecendo estigma, discriminação e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde 2020.

COMPETE AO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

- Participar das reuniões de grupo de autocuidado da UR, conforme organização local;
 - Participar de reuniões e capacitações que envolvam o tema hanseníase, para atualização técnica;
- Organizar a agenda para atender as ações de enfermagem voltadas aos pacientes e seus contatos, demandas da rotina e urgências dos pacientes de hanseníase;
- Registrar as ações específicas em instrumentos padronizados pela SMS, como de rotina;
- Repassar as informações e capacitações recebidas, para outros profissionais da equipe, visando evitar falhas na assistência, em casos de ausência programada ou abrupta
- Organizar com antecedência a substituição profissional, para dar continuidade às ações programáticas sob sua responsabilidade e execução, em casos de ausência programada, evitando o prejuízo na assistência aos pacientes, contatos, comunidade e equipe interdisciplinar;
- Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

4 - AÇÕES DE AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Todo paciente deve ser avaliado quanto às incapacidades físicas nos segmentos (nariz, olhos, mãos e pés). Esta avaliação completa deve ser realizada por profissional capacitado que deverá preencher o Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada e Classificação do Grau de Incapacidade Física em Hanseníase – Anexo VII.

A avaliação de incapacidade física deverá ser realizada, conforme o Manual Técnico-Operacional de Hanseníase – Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública - MS/2016, Guia Prático Sobre Hanseníase - Brasília, 2017, Nota Técnica nº5/2022 – CGDE/DCCI/SVS/MS e PCDT/2022.

- No início do tratamento;
- A cada três meses durante o tratamento, se não houver queixas;
- Sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas ou qualquer alteração em olhos, nariz, mãos e pés;
- No controle periódico de doentes em uso de corticoides por estados reacionais e neurites;
- Na alta do tratamento;
- No acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15, 45, 90 e 180 dias.

Para garantir a avaliação de incapacidades físicas são necessários:

Recursos físicos:

-sala com iluminação e ventilação adequadas

Recursos materiais:

- Monofilamentos de Semmes-Weinstein (estesiômetro)
- Canetas coloridas ou similar
- Tabela de Optotipos E a 3 metros (TABELA LOGARÍTMICA PARA MEDIDA DA ACUIDADE VISUAL – Distância=3m)
- Fio dental (de nylon e sem sabor)
- Fitas do Teste de Schirmer
- Lanterna
- Régua
- Formulário ANS padronizado pelo PECH/CVE/SES/SP (Anexo VII)

4.1- Avaliação inicial do caso

- Levantar queixas e dúvidas, e informar a importância da avaliação dos contatos;
- Esclarecer sobre a doença, riscos, agravos e incapacidades;
- Realizar anamnese, incluindo dados sobre a ocupação, situação empregatícia e atividades domésticas;
- Informar o objetivo da avaliação e prevenção de incapacidades físicas, sua periodicidade e importância no processo do tratamento;
- Explicar os procedimentos de realização da avaliação de incapacidades físicas;
- Realizar a avaliação do paciente no formulário para ANS (Anexo VII) conforme as normas estabelecidas pelo Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde, Guia Prático Sobre Hanseníase – Brasília/2017, Nota Técnica nº 5/2022 – CGDE/DCCI/SVS/MS e PCDT/2022, anexando-a ao prontuário;
- Após a avaliação, realizar ou encaminhar para as condutas pertinentes conforme tabela “Graus de Incapacidades Físicas em Hanseníase e Condutas” (Anexo XV);
- Organizar e estimular as práticas de autocuidado, principalmente em grupo de pacientes, conforme orientações encontradas nos cadernos: Autocuidado em Hanseníase e Guia de Apoio de Autocuidado de Hanseníase do MS, Brasília-DF/2010;
- Registrar em folha de evolução, as queixas, antecedentes pessoais, resultados encontrados e condutas realizadas.

4.2- Classificação do grau de incapacidades físicas (GIF)

Classificar o maior grau de incapacidades encontrado em qualquer um dos segmentos (olhos, mãos e pés) em 0 ou 1 ou 2, através do formulário para ANS (Anexo VII).

Outra classificação que consta no formulário para ANS (Anexo VII) é a do Score Olhos, Mãos e Pés (OMP), que é um instrumento complementar de avaliação da graduação da incapacidade física, sendo a somatória dos graus encontrados em todos os segmentos avaliados, direito e esquerdo, em olhos, mãos e pés.

4.3- Protocolo complementar dos casos de hanseníase diagnosticados com grau 2 de incapacidades físicas (PROCOLO GIF 2)

O MS estabeleceu a Vigilância do GIF 2 de Incapacidade Física em Hanseníase em 2023, com o objetivo de investigar os casos novos com GIF 2 notificados no banco SINAN, visando qualificar a informação no diagnóstico e instituir condutas e encaminhamentos, conforme

deficiências encontradas após a realização da ANS. – Nota Técnica nº 12/2023 - VIGILÂNCIA DO GIF 2 DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE - MS/SVSA/DEDT/CGDE.

Considerando o modelo de vigilância dos casos novos de hanseníase com GIF 2 no momento do diagnóstico implantado pelo PMCH em 2014, o “PROTOCOLO GIF 2” (Anexo XVI) foi adaptado para conter as informações adicionais solicitadas pelo MS, e tem a finalidade de avaliar e confirmar a classificação dos casos diagnosticados com GIF 2, acompanhamento e inclusão em serviços de reabilitação.

Além disso, identificar a procedência, outros possíveis contatos e indicar serviços onde possivelmente a detecção precoce de casos de hanseníase não foi realizada em momento oportuno.

4.3.1- Roteiro para a investigação de GIF 2 nos diagnósticos de casos novos de hanseníase

- Caso novo de hanseníase com GIF 2, no momento do diagnóstico (FIE - campo 37);
- Deverá ser considerada como ANS de diagnóstico o período de 30 dias antes a 30 dias depois da data do diagnóstico (FIE – campo 7);
- Uma segunda ANS deverá ser feita por profissionais de saúde diferentes daqueles que fizeram a ANS de diagnóstico no formulário padronizado (Anexo VII). Pode ser realizada por profissionais pares da mesma unidade ou por profissionais de outra unidade de saúde;
- Encaminhar ao PMCH as cópias do “PROTOCOLO GIF 2 e das “ANS” seguindo o fluxo: UR -> UVIS -> PMCH. As cópias enviadas devem estar coloridas, legíveis, carimbadas e assinadas pelo profissional que preencheu os formulários;
- No processo de investigação, a realização de uma nova ANS deverá ser prioridade, e o uso da tecnologia, como videoconferência e fotos, poderá ser utilizado para auxiliar na investigação, desde que o paciente assine o termo de consentimento, incluso no Protocolo GIF 2;
- A investigação deverá ser concluída em até 60 dias da data do diagnóstico digitada no Banco SINAN;
- Durante o processo da investigação, o PMCH poderá solicitar outras informações do caso;
- Após a avaliação pelo MS, o PMCH irá repassar a informação sobre a conclusão da investigação;
- A UR deverá instituir condutas e encaminhamentos conforme achados na ANS, formulário padronizado (Anexo VII), seguindo a LCRH consultando “Plano de Cuidado para o Grau 2 de incapacidade Física” (Anexo XVII).

4.4- Acompanhamento durante o tratamento

- Prescrever, orientar e executar o tratamento, de acordo com a avaliação de incapacidades físicas;

- Realizar as práticas de autocuidado, individualmente e em grupo, através de orientações para os pacientes e familiares;
- Monitorar as funções neurais e complicações da hanseníase;
- Identificar a presença de neurites, reações, perdas funcionais ou qualquer alteração em olhos, nariz, mãos e pés e encaminhar para o médico;
- Orientar sobre uso de materiais que mantenham a integridade do membro ou órgão afetado, em casos de perda da sensibilidade protetora de mãos e pés e diminuição da sensibilidade dos olhos;
- Realizar procedimentos e orientações de repouso nos casos de neurites e/ou reações;
- Avaliar a condição funcional do paciente nas atividades laborais e no ambiente de trabalho e encaminhar para o médico em caso de necessidade de afastamento ou readaptação;
- Indicar curativo e repouso na presença de úlceras plantares;
- Encaminhar (modelo de encaminhamento ANEXO XXXI) aos profissionais das equipes de reabilitação física, todos os casos classificados com GIF 1 (perda de sensibilidade protetora e/ou diminuição de força muscular sem deficiências visíveis) e/ou GIF 2 (deficiências visíveis causadas pela hanseníase), seguindo a LCRH.

4.5- Ações de reabilitação física

4.5.1- Encaminhamento

A UR que não possuir profissional de reabilitação (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional) deve encaminhar para as referências estabelecidas pela LCRH, utilizando o impresso de referência/contrarreferência (Anexo I), quando houver:

- Prejuízo da força muscular em olhos, mãos e/ou pés;
- Perda da sensibilidade protetora de mãos e/ou pés;
- Sinais e sintomas de neurites;
- Perda de movimentos;
- Atrofias musculares;
- Garras móveis e/ou rígidas;
- Reabsorção óssea;
- Mãos e/ou pés caídos;
- Lesões tróficas e/ou traumáticas;
- Acompanhamento pré e pós-cirúrgicos.

4.5.2- Equipe de reabilitação física

Compete aos profissionais da equipe de reabilitação física:

- Realizar a avaliação completa do paciente no formulário para ANS (Anexo VII), conforme as normas estabelecidas pelo Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde, Guia Prático sobre Hanseníase – Brasília/2017, Nota Técnica nº5/2022– CGDE/DCCI/SVS/MS e PCDT/2022, anexando-a ao prontuário;

- Após a avaliação, realizar as condutas pertinentes conforme tabela “Graus de Incapacidades Físicas em Hanseníase e Condutas” (Anexo XV) que envolvem olhos, mãos e pés;

- Informar a UR a classificação do GIF para registro, utilizando o impresso de referência/contrareferência (Anexo I);

- Registrar em folha de evolução as queixas, antecedentes pessoais, resultados encontrados e condutas realizadas;

- Acompanhar/monitorar as funções neurais e complicações da hanseníase;

- Encaminhar para o médico da UR ao sinal e detecção de neurites e/ou reações hansênicas, realizar ou encaminhar para imobilização o mais breve possível, seguindo a LCRH, orientar repouso e diminuição da sobrecarga neural;

- Indicar curativo e repouso na presença de úlceras plantares;

- Solicitar e fornecer OPM (órteses, próteses e meios de auxiliares de locomoção), calçados, palmilhas e outros, quando necessário;

- Calçados e/ou palmilhas deverão ser solicitados a partir da detecção da perda da sensibilidade protetora nos pés (GIF 1 e/ou GIF 2 não sente monofilamento lilás/2g ou apresenta 1 ponto vermelho/4,0g em pés – teste do estesiômetro Semmes- Weinstein) conforme descrito Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde, Guia Prático Sobre Hanseníase – Brasília/2017 e PCDT/2022;

- Realizar orientações e confeccionar adaptações e/ou órteses visando possibilitar a execução das atividades diárias e laborais;

- Avaliar a necessidade de readaptação e capacitação profissional e encaminhar para cursos profissionalizantes junto as UR, conforme recursos sociais disponíveis.

Não fazer uso de eletroestimulação: US (ultrassom), Tens, Microondas e Ondas Curtas, em áreas com diminuição da sensibilidade e nem sobre a pele danificada.

4.6- Acompanhamento após alta medicamentosa

- Todo paciente após a alta medicamentosa deve ser acompanhado periodicamente por pelo menos 5 anos:

- Para pacientes que não apresentarem manifestações clínicas reacionais ou outras complicações (GIF 0), a avaliação é: semestral nos primeiros 2 anos e anual

por mais 3 anos, independente da classificação operacional - Paucibacilar ou Multibacilar;

- Pacientes com GIF 1 ou GIF 2, deverão ser acompanhados independente do tempo pós alta, quando necessário deverão ser encaminhados para a equipe de reabilitação, conforme linha de cuidados regional;

- De acordo com a classificação do GIF, seguir as condutas da tabela “Graus de Incapacidades Físicas em Hanseníase e Condutas” (Anexo XV);

· Todo paciente que já concluiu o tratamento de hanseníase independente da unidade ou município onde teve alta deverá ser atendido conforme sua necessidade na UR;

· O profissional deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (Anexo VIII) com os dados de cada atendimento.

COMPETE AO PROFISSIONAL DA EQUIPE DE REABILITAÇÃO

- Participar das reuniões de grupo de autocuidado da UR, conforme organização local;

- Participar de reuniões e capacitações que envolvam o tema hanseníase, para atualização técnica;

- Organizar a agenda para atender as ações voltadas aos pacientes e seus contatos, demandas da rotina e urgências dos pacientes de hanseníase;

- Registrar as ações específicas em instrumentos padronizados pela SMS, como de rotina;

- Repassar as informações e capacitações recebidas, para outros profissionais da equipe, visando evitar falhas na assistência, em casos de ausência programada ou abrupta

- Organizar com antecedência a substituição profissional, para dar continuidade às ações programáticas sob sua responsabilidade e execução, em casos de ausência programada, evitando o prejuízo na assistência aos pacientes, contatos, comunidade e equipe interdisciplinar;

- Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

5 - AÇÕES DE PSICOLOGIA

A assistência psicológica é importante para que o paciente de hanseníase compreenda e expresse seus próprios pensamentos e sentimentos sobre o viver e conquiste autonomia para lidar com as questões que surgem pela doença, para assim alcançar uma melhor qualidade de vida na família e na comunidade.

O tratamento da hanseníase pode ser considerado completo, quando os aspectos emocionais também sejam incluídos como necessidades básicas do paciente.

Dessa forma, os profissionais que atuam na área da saúde mental complementam a assistência às pessoas acometidas de hanseníase e seus familiares.

Na consulta, o profissional deve:

- Acolher o paciente, esclarecer sobre a doença, importância do tratamento, fluxos e horários de atendimento da Unidade em casos de rotina e urgências;
- Orientar e esclarecer sobre a importância do exame de contatos, teste rápido de hanseníase e vacinação BCG-id;
- Esclarecer sobre o acesso e a função da equipe interdisciplinar e a importância do autocuidado;
- Ouvir e esclarecer dúvidas em relação ao tratamento e acompanhamento;
- Realizar entrevista/avaliação psicológica de todos os pacientes com diagnóstico confirmado de hanseníase;
- Propiciar atendimento, suporte psicológico e orientações para pacientes e familiares;
- Trabalhar questões sobre preconceito/estigma e autocuidado, individualmente e em grupo;
- Encaminhar para atendimento psiquiátrico, quando necessário;
- Atender os pacientes que já tiverem concluído tratamento de hanseníase, independente da unidade ou município onde teve alta, que necessitem de suporte psicológico;
- Emitir pareceres e laudos psicológicos, quando solicitados pelos pacientes, para serem encaminhados às instituições solicitantes;
- Participar das reuniões de grupo de autocuidado, conforme organização local;
- Participar de reuniões técnicas e afins que envolvam o tema hanseníase, para atualização;

· O profissional de saúde mental deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (Anexo VIII) com os dados de cada atendimento (vide item 8.1.7 “AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA”).

COMPETE AO PROFISSIONAL DA PSICOLOGIA

- Participar das reuniões de grupo de autocuidado da UR, conforme organização local;
 - Participar de reuniões e capacitações que envolvam o tema hanseníase, para atualização técnica;
- Organizar a agenda para atender as ações voltadas aos pacientes e seus contatos, demandas da rotina e urgências dos pacientes de hanseníase;
- Registrar as ações específicas em instrumentos padronizados pela SMS, como de rotina;
- Repassar as informações e capacitações recebidas, para outros profissionais da equipe, visando evitar falhas na assistência, em casos de ausência programada ou abrupta
- Organizar com antecedência a substituição profissional, para dar continuidade às ações programáticas sob sua responsabilidade e execução, em casos de ausência programada, evitando o prejuízo na assistência aos pacientes, contatos, comunidade e equipe interdisciplinar;
- Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

6 - AÇÕES SOCIAIS

Considerando os determinantes sociais e a situação de vulnerabilidade social vivida pelas pessoas acometidas pela hanseníase, o foco do atendimento social deve ser voltado para as articulações sociais, para o trabalho e ampliação da capacidade de cuidado das pessoas com identidade estigmatizadas, através da rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), enquanto porta de entrada do SUAS e outros recursos existentes na comunidade (ONGs, Fundações, etc.).

Outra ferramenta que pode ser associada a esse apoio é a reabilitação psicossocial, que possibilita, a partir de ações articuladas com o território, o fortalecimento, a inclusão e o exercício de direitos de cidadania pelos pacientes e seus familiares, além de suprir suas necessidades sociais irão contribuir para o fortalecimento do vínculo com a equipe de atendimento da instituição.

Na consulta, o profissional deve:

- Acolher o paciente, esclarecer sobre a doença, importância do tratamento, fluxos e horários de atendimento da Unidade em casos de rotina e urgências;
- Importância do exame de contatos, teste rápido e vacinação BCG-id;
- Esclarecer sobre o acesso e a função da equipe interdisciplinar e a importância do autocuidado;
- Ouvir e esclarecer dúvidas em relação ao tratamento e acompanhamento;
- Realizar entrevista social para todos os pacientes com diagnóstico confirmado em hanseníase;
- Emitir parecer e realizar relatório e/ou laudo social, quando solicitado pelo paciente para encaminhar a outras instituições;
- Orientar sobre questões trabalhistas e previdenciárias individualmente e em grupo;
- Oferecer suporte e realizar encaminhamentos adequados quando houver solicitação médica de afastamento de trabalho, mediante quadro de reação e/ou neurite;
- Indicar e encaminhar os pacientes e familiares para os recursos sociais, que possam oferecer cestas básicas, cursos profissionalizantes ou socializantes gratuitos, que atendam a outras necessidades (ONGs, Fundações, etc.);
- Realizar trabalho integrado com os profissionais da equipe de atendimento e de reabilitação para indicar curso profissionalizante se o paciente apresentar comprometimento funcional ou deficiências;
- Identificar junto ao CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), recursos regionais;

· Orientar o paciente sobre seus direitos e deveres. Para maiores informações consultar: Hanseníase Conhecendo estigma, discriminação e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde 2020;

· Atender os pacientes que já tiverem concluído tratamento de hanseníase, independente da unidade ou município onde teve alta, que necessitem de suporte social;

· O profissional do serviço social deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (Anexo VIII) com os dados de cada atendimento (vide item 8.1.7 “AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA”);

· Participar das reuniões de grupo de autocuidado, conforme organização local.

COMPETE AO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

- Participar das reuniões de grupo de autocuidado da UR, conforme organização local;
 - Participar de reuniões e capacitações que envolvam o tema hanseníase, para atualização técnica;
 - Organizar a agenda para atender as ações voltadas aos pacientes e seus contatos, demandas da rotina e urgências dos pacientes de hanseníase;
- Registrar as ações específicas em instrumentos padronizados pela SMS, como de rotina;
- Repassar as informações e capacitações recebidas, para outros profissionais da equipe, visando evitar falhas na assistência, em casos de ausência programada ou abrupta
- Organizar com antecedência a substituição profissional, para dar continuidade às ações programáticas sob sua responsabilidade e execução, em casos de ausência programada, evitando o prejuízo na assistência aos pacientes, contatos, comunidade e equipe interdisciplinar;
- Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

7 - AÇÕES DO FARMACÊUTICO

Os pacientes diagnosticados com hanseníase têm direito a tratamento gratuito com a PQT-U disponível nas UR, que interrompe a transmissão em poucos dias e cura a doença.

O cuidado farmacêutico é ação integrada com a equipe de saúde, centrada no usuário, para a promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. O objetivo do cuidado é melhorar os resultados terapêuticos individuais e coletivos em saúde por meio de ações clínicas do farmacêutico.

Os farmacêuticos que atuam nas UR devem estar atualizados em relação ao tratamento e acompanhamento dos pacientes de hanseníase, incluindo a programação adequada, controle, supervisão e o gerenciamento do estoque dos medicamentos hansenostáticos.

7.1- Orientações para o paciente durante o tratamento

Na dispensação mensal da PQT-U, compete ao farmacêutico orientar a farmacoterapia e a equipe de enfermagem administrar a dose supervisionada.

A PQT-U deverá ser dispensada com receita médica contendo o número da notificação da Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica de Hanseníase - FIE.

As exceções serão para pacientes em trânsito que deverão receber uma única vez a PQT-U, vide o item 2.3.1.

As demais medicações prescritas deverão ser retiradas pelo próprio paciente na farmácia, onde passará pela consulta farmacêutica, agendada preferencialmente para a mesma data da dose supervisionada.

Na consulta, o farmacêutico deve:

- Esclarecer ao paciente sobre dúvidas em relação a doença, benefícios e possíveis reações adversas dos medicamentos;
- Aplicar os conhecimentos farmacoterapêuticos, conciliando os medicamentos utilizados, prescritos e não prescritos, evitando possíveis interações medicamentosas;
- Orientar a necessidade de tomar o medicamento nos horários pré-determinados, realizar periodicamente os cuidados de hidratação e lubrificação da pele;
- Orientar evitar exposição solar prolongada;
- Conscientizar através de estratégias educativas, com saberes popular e científico, a importância da adesão ao tratamento para cura e melhoria na qualidade de vida;

- Conscientizar o paciente sobre a importância da avaliação dos contatos, para diagnóstico precoce, interrupção da transmissão da doença e adesão ao tratamento medicamentoso para evitar resistência bacteriana;

- Orientar o paciente para devolver à farmácia da UR medicamentos não utilizados, por qualquer motivo, para descarte adequado.

Qualquer eventualidade deve ser comunicada à Assistência Farmacêutica da Supervisão Técnica de Saúde e da Coordenadoria Regional de Saúde.

7.2- Medicamentos

O tratamento preconizado é composto pela associação de três antimicrobianos (rifampicina, dapsona e clofazimina), que leva a cura em até 98% dos casos tratados, com baixa taxa de recidiva, estimada internacionalmente em torno de 1% dos casos tratados em um período de cinco a dez anos (PCDT/MS-2022).

No caso de reações hansênicas, o tratamento é realizado com medicamentos anti-inflamatórios, imunossupressores e imunomoduladores.

Como em qualquer tratamento medicamentoso prolongado, é preciso estar alerta para suas interações medicamentosas e reações adversas.

7.2.1– Poliquimioterapia única (PQT-U)

A PQT-U é a primeira escolha e são disponibilizados exclusivamente para o tratamento da hanseníase e distribuídos gratuitamente pelo SUS, em apresentações adulto e infantil, conforme o quadro abaixo:

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia	Duração do tratamento	
			MB	PB
Pacientes com peso acima de 50 Kg	PQT-U Adulto	<p>Dose Mensal Supervisionada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rifampicina 600 mg - Clofazimina 300 mg - Dapsona 100 mg <p>Dose Diária Autoadministrada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clofazimina 50 mg - Dapsona 100 mg 	12 meses	6 meses
Crianças ou adultos com peso entre 30 e 50 Kg	PQT-U Infantil	<p>Dose Mensal Supervisionada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rifampicina 450 mg - Clofazimina 150 mg - Dapsona 50 mg <p>Dose Diária autoadministrada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clofazimina 50 mg dias alternados - Dapsona 50 mg diariamente 	12 meses	6 meses

Faixa etária e peso corporal	Apresentação	Posologia	Duração do tratamento	
			MB	PB
Crianças com peso abaixo de 30 Kg	Adaptação da PQT-U Infantil	<p>Dose Mensal Supervisionada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rifampicina 10 mg/Kg de peso - Clofazimina 6 mg/kg de peso - Dapsona 50 mg 2 mg/Kg de peso <p>Dose Diária autoadministrada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clofazimina 1 mg/Kg de peso/dia - Dapsona 2 mg/Kg de peso/dia 	12 meses	6 meses

Fonte: PCDT/MS-2022

Principais efeitos colaterais e orientações a serem consideradas:

- **Rifampicina:** pode ocorrer diminuição da eficácia dos anticoncepcionais orais (orientar associação com método de barreira), alteração da coloração da urina (vermelho alaranjado ou vermelho escuro), distúrbios gastrointestinais (orientar tomada após alimentação), hepatotoxicidade, síndrome pseudogripal e plaquetopenia.

- **Clofazimina:** pode ocorrer pigmentação da pele (acastanhada, com escurecimento das manchas – evitar exposição solar prolongada), ictiose e distúrbios gastrointestinais.

- **Dapsona:** pode ocorrer anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, anemia hemolítica (mais comum nos pacientes com deficiência de G-6-PD), hepatite medicamentosa, metahemoglobinemia, gastrite, agranulocitose, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa e distúrbios renais.

OBSERVAÇÃO: Diante dos efeitos colaterais ou outras intercorrências medicamentosas, encaminhar para o médico que acompanha o paciente.

NOTA: As medicações diárias contidas na PQT-U, deverão ser tomadas 2 horas após o almoço para evitar intolerância gástrica e eventual abandono do tratamento por esse motivo.

7.2.2– Medicamentos utilizados em caso de reações adversas a PQT-U e reações hansênicas

7.2.2.1- Medicamentos alternativos

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase 2022 (PCDT/MS) indica tratamentos alternativos para efeitos adversos a PQT-U, casos excepcionais e resistência medicamentosa.

Os medicamentos alternativos estão disponíveis aos pacientes nas Unidades de Referência de hanseníase, após avaliação médica na Unidade de Referência Metropolitana.

Quando o médico da UR possuir dúvida em relação a conduta clínica, deverá encaminhar o paciente para a Unidade de Referência Metropolitana, com a “Ficha de Referência e Contrarreferência” (anexo I) devidamente preenchida, que após avaliação médica será indicado o novo tratamento medicamentoso.

O medicamento para o primeiro mês de tratamento será oferecido ao paciente na própria Unidade de Referência Metropolitana.

O restante dos medicamentos, para continuidade do tratamento, o paciente retirará em sua consulta mensal de rotina na UR de origem.

OBSERVAÇÃO: A nova conduta clínica e a respectiva prescrição do novo tratamento deverão constar na Contrarreferência da mesma ficha de encaminhamento, que o paciente deverá entregar para o médico solicitante (da UR de origem).

Seguem os esquemas substitutivos para casos de efeitos adversos, situações extremas e resistência medicamentosa.

Efeitos adversos aos componentes da PQT-U são graves e não podem ser revertidos, isso é considerado uma falha no tratamento. Nesses casos, os medicamentos usados podem ser trocados por outros considerados como segunda opção, conforme quadro abaixo:

REAÇÃO ADVERSA À RIFAMPICINA:

Classificação	Esquema Farmacológico Alternativo	Duração
PAUCIBACILAR OU MULTIBACILAR	<p>Dose Mensal Supervisionada: Clofazimina 300mg + Ofloxacino 400mg + Minociclina 100mg</p> <p>Dose Diária Autoadministrada: Clofazimina 50mg + Ofloxacino 400mg + Minociclina 100mg</p>	6 Meses
MULTIBACILAR	<p>Dose Mensal Supervisionada: Clofazimina 300mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg)</p> <p>Dose Diária Autoadministrada: Clofazimina 50mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg)</p>	18 Meses Subsequentes

REAÇÃO ADVERSA À DAPSONA:

Classificação	Esquema Farmacológico Alternativo	Duração
PAUCIBACILAR	Dose Mensal Supervisionada: Rifampicina 600mg + Clofazimina 300mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg) Dose Diária Autoadministrada: Clofazimina 50mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg)	6 Meses
MULTIBACILAR	Dose Mensal Supervisionada: Rifampicina 600mg + Clofazimina 300mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg) Dose Diária Autoadministrada: Clofazimina 50mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg)	12 Meses

REAÇÃO ADVERSA À CLOFAZIMINA:

Classificação	Esquema Farmacológico Alternativo	Duração
PAUCIBACILAR	Dose Mensal Supervisionada: Rifampicina 600mg + Dapsona 100mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg) Dose Diária Autoadministrada: Dapsona 100mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg)	6 Meses
MULTIBACILAR	Dose Mensal Supervisionada: Rifampicina 600mg + Dapsona 100mg + Ofloxacino 400mg Dose Diária Autoadministrada: Dapsona 100mg + Ofloxacino 400mg (ou Minociclina 100mg)	12 Meses

Situações extremas, como em indivíduos com transtornos mentais graves, alcoolismo crônico, dependência química em estágio avançado, pacientes em cuidados paliativos utilizando múltiplos medicamentos simultaneamente, ou com intolerância significativa a diversos fármacos do esquema PQT-U, entre outras **situações especiais, recomenda-se a administração exclusiva de uma dose mensal supervisionada do esquema ROM** (rifampicina, ofloxacino e minociclina), conforme indicado a seguir:

Classificação	Esquema Farmacológico ROM	Duração
PAUCIBACILAR OU MULTIBACILAR	Rifampicina 600mg + Ofloxacino 400mg OU Minociclina 100mg	24 Meses

Classificação	Esquema Farmacológico Alternativo	Duração
PAUCIBACILAR	Dose Mensal Supervisionada: Rifampicina 600mg + Ofloxacino 400mg + Minociclina 100mg	6 Meses
MULTIBACILAR	Dose Mensal Supervisionada: Rifampicina 600mg + Ofloxacino 400mg + Minociclina 100mg	12 Meses

Resistência medicamentosa: os critérios para investigação da resistência medicamentosa estão descritos no PCDT/2022.

Esquemas de segunda linha na detecção de *M. leprae* resistente à rifampicina

Classificação	Esquema farmacológico 1	Duração
Multibacilar (MB)	Ofloxacino 400mg + minociclina 100mg + clofazimina 50mg	Primeiros 6 meses, diariamente
	Clofazimina 50mg + ofloxacino 400mg (ou minociclina 100mg)	Próximos 18 meses, diariamente
Classificação	Esquema farmacológico 2	Duração
Multibacilar (MB)	Ofloxacino 400 mg + claritromicina 500 mg + clofazimina 50 mg	Primeiros 6 meses, diariamente
	Ofloxacino 400 mg + clofazimina 50 mg	Próximos 18 meses, diariamente

Esquemas de segunda linha na detecção de *M. leprae* resistente à rifampicina e ao ofloxacino

Classificação	Esquema farmacológico	Duração
Multibacilar (MB)	Claritromicina 500mg + minociclina 100mg + clofazimina 50mg	Primeiros 6 meses, diariamente
	Clofazimina 50mg + claritromicina 500mg (ou minociclina 100mg)	Próximos 18 meses, diariamente

Minociclina: é um medicamento análogo à tetraciclina, com atividade antibacteriana comparável à de outras tetraciclinas. De acordo com as recomendações da OMS, seu uso em combinação com outros agentes é considerado uma alternativa de segunda linha para o tratamento da hanseníase. É prontamente absorvida pelo trato gastrointestinal, no entanto quando administrada juntamente com refeições que contenham leite, sua absorção pode ser reduzida em aproximadamente 33%, sem prejuízo do efeito terapêutico.

Esse medicamento não deve ser utilizado por gestantes sem orientação médica, uma vez que antibióticos pertencentes à classe das tetraciclinas, podem causar danos fetais. Embora raros, há relatos espontâneos de anomalias congênitas, incluindo redução de membros, após o uso de minociclina durante a gestação. Contudo, devido à limitação de informações disponíveis, não é possível estabelecer uma relação causal definitiva.

Ofloxacino: possui amplo espectro antibacteriano, bem absorvidos após a administração oral e se distribui-se amplamente pelos tecidos do corpo. Foi detectada a presença de ofloxacino no leite humano. Esse medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.

Claritromicina: é um antibiótico semissintético e sua ingestão concomitante com alimentos pode retardar o início da absorção do fármaco, mas não afeta a sua biodisponibilidade. Esse medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica.

7.2.2.2- Corticosteróides

A prednisona é o medicamento de escolha para as reações hansênicas tipo 1, e eventualmente nas reações hansênicas tipo 2, a critério médico.

Principais efeitos colaterais e riscos para seu uso prolongado:

- Disseminação de infestação por *Strongiloides stercoralis*;
- Disseminação de tuberculose pulmonar;
- Agravamento ou indução de diabetes;
- Facilitação de aparecimento e/ou piora clínica de outros agravos à saúde, como: hipertensão arterial, aumento da pressão ocular (glaucoma), catarata, edemas, osteoporose, Síndrome de Cushing e outros;
- Fraqueza, mal-estar, hipotensão arterial, dores musculares e articulares que podem ocorrer pela interrupção abrupta do corticosteroide.

OBS: quando houver percepção de qualquer situação agravante à saúde do paciente, verificar com a equipe médica e de enfermagem se está havendo o monitoramento da pressão arterial, taxa de glicemia e exame oftalmológico.

Em caso de dúvidas, consultar o manual Orientações para uso: corticosteróides em hanseníase- MS/2010

7.2.2.3 - Talidomida

A talidomida produzida no Brasil e disponibilizada no SUS tem registro em bula destinado somente para adultos. Portanto, não está autorizada a administração de talidomida em menores de 18 anos.

A talidomida é utilizada na reação hansênica tipo 2, sendo que toda a equipe interdisciplinar deve acompanhar o paciente em suas necessidades de tratamento e cuidado, avaliando o resultado no uso do medicamento.

Somente poderá ser prescrita, após a exclusão de gravidez através de método sensível e mediante a utilização de, no mínimo, 2 métodos efetivos de contracepção. Um dos métodos deve ser de barreira (preservativo masculino, preservativo feminino e diafragma); o outro deve ser de alta eficácia, de preferência que não dependam de adesão da paciente, como anticoncepcional injetável, implante subdérmico e dispositivo intrauterino (DIU), com comprovação de utilização durante todo o tratamento e após 30 dias de seu término.

Na utilização dos métodos contraceptivos injetáveis, DIU, implante subdérmico, laqueadura e histerectomia, a paciente deverá apresentar comprovação documental e a mesma anexada ao prontuário.

Em relação à prescrição do implante subdérmico contraceptivo reversível de longa duração de etonogestrel, o médico deverá preencher o Formulário de Autorização de Prescrição e Dispensação do medicamento com especificação de uso de talidomida.

Os homens deverão ser orientados quanto ao uso de preservativo masculino durante todo o tratamento com Talidomida e após 30 dias de seu término.

Na dispensação, o paciente deve apresentar as: Notificação de Receita de Talidomida, o Termo de Responsabilidade/Esclarecimento (em 3 vias) e o resultado do exame Beta HCG excluindo gravidez. Recomenda-se que o medicamento seja administrado antes de deitar para minimizar o impacto do seu efeito sedativo, com intervalo mínimo de 1 hora após a última refeição do dia.

Para orientações detalhadas sobre dispensação, consultar a RDC 11/2011 e suas alterações, a Nota Técnica Conjunta COVISA/CAB – Nº01/2025 e o que vier a substituí-la, para dúvidas e informações sobre efeitos colaterais e interações medicamentosas, consultar publicação Talidomida: orientação para o uso controlado/Ministério da Saúde/2014.

O paciente no uso de talidomida, independente do sexo biológico ao nascer, devem ter um maior cuidado, atenção especializada e diferenciada, na dispensação que permita melhor compreensão sobre a ação e o efeito teratogênico da droga.

Deve ser criteriosamente verificada:

- A compreensão da receita, responsabilidade sobre o uso e guarda. O farmacêutico deve alertar o paciente que o medicamento é pessoal e intransferível e explicar sobre as reações e restrições de uso, informando sobre os efeitos (sonolência, constipação) e riscos (teratogenicidade);

- Prescrever e verificar o teste de gravidez a cada consulta para pacientes com potencial reprodutivo. O teste de gravidez (método sensível) deve ser realizado 24 horas antes do início do tratamento, semanalmente durante o primeiro mês, a cada duas a quatro semanas a partir do segundo mês, mantendo-se essa periodicidade durante todo o tratamento, com comprovação da utilização do método contraceptivo para toda dispensação da talidomida;

O prescritor deve solicitar um teste de gravidez (método sensível / Beta HCG ou equivalente) 24 horas antes de cada prescrição de talidomida. Deve registrar em prontuário o resultado do exame (Nota Técnica Conjunta COVISA/CAB – No01/2025);

- A dispensação esta condicionada a apresentação do teste de gravidez (realizado até 24 horas) e na ausência, o farmacêutico deve solicitar a realização de um novo exame de BHCG em pacientes sujeitos a engravidarem (PCDT/2022);

- A compreensão sobre a importância dos termos de responsabilidade/esclarecimento assinados pelo paciente devido a teratogenicidade do medicamento;

- Garantir o fornecimento dos métodos contraceptivos, disponíveis na rede, que impeçam a ocorrência de gravidez ao longo de todo o tratamento com o medicamento à base de talidomida, e até 30 dias após o término do tratamento realizado em pessoas em idade fértil que possam engravidar;

7.2.2.4 – Pentoxifilina

A pentoxifilina está preconizada como esquema substitutivo para tratamento de reação tipo 2 (eritema nodoso hansênico), quando a talidomida for contraindicada e quando não houver indicação para o uso de corticoterapia. Mais informações, vide PCDT/2022.

7.3- Medicamentos para Pacientes Externos

· Primeiramente o médico assistente deverá notificar o caso, seguindo o modelo a ser preenchido da FIE, que está disponível no link: https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ficha_noti_hansen_22-11-2024-pdf e posteriormente encaminha-la ao PMCH, pelo e-mail proghansen@prefeitura.sp.gov.br;

· Informações sobre local de retirada de hansenostáticos e Termo de Responsabilidade para retirada de PQT-U serão encontradas no site da SMS, página do PMCH, pelo link: https://capital.sp.gov.br/web/saude/w/vigilancia_em_saude/doencas_e_agravos/hanseniose/6199;

· Os contatos intradomiciliares, após avaliação clínica e descartada a doença ativa, deverão ser encaminhados para uma das UR para aplicação da vacina BCG-id e para a realização do teste rápido, mediante relatório médico com as seguintes informações: nome completo do paciente (caso índice), data do diagnóstico, modo de entrada, nome dos contatos intradomiciliares avaliados. A UR deverá fornecer cópia do resultado do teste para o contato;

· O contato devesa encaminhar ao médico assistente os comprovantes da vacinação e o resultado do teste rápido.

COMPETE AO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

- Participar das reuniões de grupo de autocuidado da UR, conforme organização local;
- Participar de reuniões e capacitações que envolvam o tema hanseníase, para atualização técnica;
- Organizar a agenda para atender as ações voltadas aos pacientes e seus contatos, demandas da rotina e urgências dos pacientes de hanseníase;
- Registrar as ações específicas em instrumentos padronizados pela SMS, como de rotina;
- Repassar as informações e capacitações recebidas, para outros profissionais da equipe, visando evitar falhas na assistência, em casos de ausência programada ou abrupta
- Organizar com antecedência a substituição profissional, para dar continuidade às ações programáticas sob sua responsabilidade e execução, em casos de ausência programada, evitando o prejuízo na assistência aos pacientes, contatos, comunidade e equipe interdisciplinar;
- Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

8 - AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O sistema de Vigilância Epidemiológica (VE) do MSP está organizado em todos os níveis da Secretaria da Saúde, sendo representado em nível central pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA), nas regiões (CRS, DRVS e STS) pelas UVIS e na Atenção Básica pelas NUVIS, com atribuições de coordenar, orientar e supervisionar o desenvolvimento das atividades no território de sua responsabilidade.

As ações de VE relacionadas à hanseníase, coordenadas e supervisionadas pela equipe do PMCH da COVISA, abrangem todas as atividades relacionadas ao Sistema de Informação, ao planejamento e à execução das medidas de controle da doença.

Para o controle da doença está estabelecido pelo PMCH que cada STS deve contar com ao menos uma UR para o atendimento dos pacientes de hanseníase, que são responsáveis por:

- Investigação de casos suspeitos e confirmação de diagnóstico;
- Tratamento e seguimento dos pacientes;
- Avaliação, prevenção e acompanhamento das incapacidades;
- Exame, vacinação e realização de Teste Rápido nos contatos intradomiciliares;

· Atividades relacionadas ao Sistema de Informação: notificação e investigação dos casos, atualização mensal das informações sobre o tratamento realizado, informações sobre os contatos examinados, registro dos atendimentos pós- alta, protocolos, etc.

É de responsabilidade dos profissionais das UVIS, juntamente com a STS, zelar pelo atendimento às necessidades da UR:

· Orientar o NUVIS, a gerência da UR e profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes, em relação às diversas atividades e ações programáticas que fazem parte do PMCH, incluindo o monitoramento dos Grupos de Autocuidado;

· Verificar a necessidade de treinamentos dos profissionais e providenciar os meios para atendimento a essa demanda;

· Supervisionar e promover a regularização do abastecimento dos medicamentos e insumos necessários;

· Organizar, atualizar e adequar os fluxos necessários ao atendimento dos pacientes de acordo com a LCRH: laboratório, especialidades médicas, reabilitação, internação, cirurgias, etc;

· Planejar e monitorar em conjunto com a interlocução de Hanseníase da CRS, STS e NUVIS as ações de divulgação de sinais e sintomas da doença e busca ativa de casos novos nas regiões durante a campanha anual e outras ações pontuais no decorrer do ano;

- Realizar as visitas domiciliares em conjunto com a UBS/NUVIS de residência, desde que autorizada conforme o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES AOS CONTATOS DE CASO DE HANSENÍASE (Anexo VI);

- Acompanhar os pacientes em tratamento na rede privada.

8.1- Sistema de informação

As ações de VE da hanseníase abrangem todos os passos da operacionalização do Sistema de Informação, desde a coleta, processamento e análise dos dados, até o cálculo e interpretação dos indicadores epidemiológicos e operacionais.

8.1.1- Prontuário

O prontuário é o documento que contém o histórico do tratamento do paciente e a sua guarda é de responsabilidade da unidade de atendimento, sendo indestrutível e intransferível. Resolução CFM nº 1638/2002 e Resolução CFM nº 1821/2007.

O prontuário do paciente deve ser único para todos os atendimentos realizados, contendo as anotações da equipe multidisciplinar e todas as informações sobre o tratamento, como:

- Diagnóstico;
- Exames solicitados e resultados;
- Encaminhamentos realizados;
- Número de doses recebidas;
- Medicamentos utilizados;
- Alterações de esquema terapêutico;
- Apresentação de quadros reacionais;
- Registro de alta da PQT-U;
- Avaliação de incapacidades;
- Controle e relação dos contatos registrados e examinados
- Relatório de visita domiciliar;
- Outras informações relevantes.

Se houver transferência do paciente para outro serviço, deve ser elaborado um relatório detalhado com todas as informações contidas no prontuário ou retirada uma cópia do mesmo para ser encaminhada ao outro serviço ou entregue ao paciente.

O prontuário do paciente da Unidade de atendimento não deve ser remanejado para outro serviço.

É indispensável que os registros sejam claros para leitura e compreensão de todos os profissionais que atendem o paciente.

Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

8.1.2- Ficha de notificação e investigação epidemiológica de hanseníase

A notificação deve ser realizada para todos os casos com diagnóstico confirmado, por meio do preenchimento das FIE de Hanseníase (Anexo V).

A FIE poderá ser preenchida manualmente ou digitada através do link: https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ficha_noti_hansen_22-11-2024-pdf. No caso da FIE digitada pela UR, a mesma deverá ser impressa e encaminhada para a UVIS da região. No caso dos consultório ou clínicas particulares, a mesma deverá ser encaminhada ao PMCH, pelo e-mail proghansen@prefeitura.sp.gov.br.

Todas as FIE deverão ser digitadas no Banco SINAN, após conferência, correções e completude das informações.

O seu preenchimento é de responsabilidade dos profissionais que realizaram o atendimento do paciente na UR ou unidades privadas.

São campos de preenchimento pela equipe de enfermagem:

- Dados gerais (campos 3 a 6);
- Notificação individual (campos 8 a 16);
- Dados de residência atual (campos 17 a 30);
- Ocupação (31 e 32);
- Avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico (37);
- Nº de contatos registrados (43 e relacionar no verso);
- Observações Adicionais;
- Dados de residência anterior (itens 1 e 2 - verso);

- Avaliação de incapacidades (verso);
- Investigador – nome e assinatura do profissional de enfermagem, junto com a assinatura do médico.

São campos de preenchimento pelo médico:

- Data do diagnóstico atual (7);
- Nº de lesões (33);
- Forma clínica (34);
- Classificação operacional (35);
- Nº de nervos afetados (36);
- Modo de entrada: caso novo, transferência, recidiva ou outros reingressos (38);
- Modo de detecção do caso novo (39);
- Resultado da baciloscopia (40);
- Data do início do tratamento (41);
- Esquema terapêutico (42);
- Histórico/ Exame dermatoneurológico: descrição clínica sucinta e situação de tratamento anterior (verso);
- Dados laboratoriais complementares (verso);
- Investigador – nome e assinatura do profissional médico, junto com a assinatura do profissional de enfermagem.

São campos de preenchimento pela equipe responsável pela Avaliação das Incapacidades:

- Avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico (37);
- Avaliação de incapacidades (verso);
- Investigador – nome e assinatura do profissional que realizou a avaliação de incapacidades, junto com a assinatura do profissional médico e de enfermagem.

Campo “Observações Adicionais” – devem ser registrados:

- O consentimento do paciente para Visita Domiciliar a sua residência e a de seus familiares;
- Casos transferidos durante o tratamento: nome da unidade de origem e o nº de doses já recebidas;
- Nos casos com modo de entrada **RECIDIVA** (cód. 6) ou **OUTROS REINGRESSOS** (cód.7):
 - informar tratamento anterior realizado, local e data;
 - Saídas por transferência: informar unidade e município;
- Outras informações que possam ser relevantes para a compreensão da notificação e tratamento instituído, por exemplo: medicamentos substitutivos e forma clínica neural pura.

Compete ao profissional responsável pela Vigilância na Unidade Notificadora:

- Verificar o preenchimento adequado e completo das fichas;
- Conferir as informações;
- Encaminhar as fichas preenchidas para a UVIS da região, para que sejam digitadas no Banco SINAN.

Em casos de consultórios ou clínicas particulares, compete ao médico responsável pelo paciente preencher e encaminhar a Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica de Hanseníase (FIE) por e-mail ao PMCH (proghansen@prefeitura.sp.org.br). A FIE está disponível no Site da SMS pelo Link: https://capital.sp.gov.br/documents/d/saude/ficha_noti_hansen_22-11-2024-pdf

O PMCH informará a respectiva UVIS da área de abrangência da unidade notificadora.

Compete ao profissional da UVIS de notificação:

- Verificar o preenchimento adequado e completo das fichas e entrar em contato com o notificante, em até 15 dias da data de notificação, para complementar as informações;
 - Numerar e digitar os dados da FIE no Banco SINAN;
 - Orientar os profissionais dos consultórios ou clínicas particulares, quanto as ações de notificação, tratamento, controle de contatos, avaliação e acompanhamento das incapacidades, seguimento pós-alta medicamentosa e conhecimento da LCRH;
- Monitorar mensalmente através do boletim de acompanhamento, o tratamento e demais ações e registrar no Banco SINAN;
- Realizar a visita domiciliar, ou informar a UVIS de residência, desde que o paciente tenha assinado o **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES AOS CONTATOS DE CASO DE HANSENÍASE** (Anexo VI).

Compete ao profissional da UVIS de residência realizar a visita domiciliar, seguindo as orientações do item 8.2.2 “Visita Domiciliar”.

8.1.3- Protocolos de investigação

1) “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos – PCID < 15” (Anexo XVIII);

2) “Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva” (Anexo X);

Estes protocolos estão estabelecidos e regulamentados no documento Manual Técnico-Operacional de Hanseníase – Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública – MS/2016:

2016: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doença Transmissíveis e Guia Prático Sobre Hanseníase/2017

- Após o preenchimento, os documentos digitalizados devem seguir o seguinte fluxo de encaminhamento:

UR > UVIS > PMCH > CVE/SES > PNCH / Ministério da Saúde

- Os protocolos devem ser arquivadas nos prontuários dos pacientes.

3) “Protocolo Complementar dos Casos de Hanseníase Diagnosticados com Grau 2 de Incapacidades Físicas” (Anexo XVI);

O Ministério da Saúde estabeleceu a Vigilância do GIF 2 de Incapacidade Física em Hanseníase com o objetivo de investigar os casos novos com GIF 2 notificados no Banco SINAN, qualificar a informação de GIF 2 no diagnóstico e instituir condutas e encaminhamentos conforme achados na ANS. – VIGILÂNCIA DO GIF 2 DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE – MS/SVSA/DEDT/CGDE. Além disso, pode identificar serviços onde possivelmente a detecção precoce de casos de hanseníase não foi realizada em momento oportuno (vide item 4.3, PROTOCOLO COMPLEMENTAR DOS CASOS DIANOSTICADOS COM GRAU 2 DE INCAPACIADES FÍSICAS)

- Este instrumento deve ser preenchido pelo profissional que executou a investigação e seguir o fluxo: UR > UVIS > PMCH

4) Relatório de Investigação de Incidente Crítico - IIC (Anexo XIX)

Esse relatório faz parte de documentos preconizados pelo Programa Estadual de Controle de Hanseníase – CVE/ SES.

O preenchimento desse relatório deve ser realizado pela equipe da UR para todos os casos diagnosticados menores de 15 anos e com GIF 2 de incapacidade física.

- Após o preenchimento, o documento digitalizado deve seguir o seguinte fluxo de encaminhamento:

UR > UVIS > PMCH > CVE/SES

- O relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

8.1.4- Ficha de acompanhamento de caso de hanseníase (anexo XIII)

A “Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase” deve ser preenchida e iniciada por ocasião do diagnóstico do paciente com hanseníase ou no primeiro atendimento do paciente na unidade para os casos que vêm transferidos já com tratamento iniciado. Esse procedimento deve ser concomitante com o preenchimento da Ficha de Notificação e as informações constantes em ambas devem ser as mesmas.

Esta é utilizada para:

- Registro da data do agendamento e comparecimento do paciente;
- Atualização das informações do diagnóstico e esquema terapêutico;
- Registro do comparecimento e avaliação dos contatos intradomiciliares, durante os 5 anos.

Deve ser utilizada como apoio para o preenchimento do Boletim de Acompanhamento mensal dos casos.

Para atender a suas finalidades, estas fichas devem ser mantidas sob responsabilidade da enfermagem e não arquivadas dentro dos prontuários dos pacientes.

8.1.5- Cartão de atendimento do paciente (anexo XII)

O “Cartão de Atendimento” deve ser preenchido e entregue a todos os pacientes por ocasião do diagnóstico e início do tratamento, no primeiro atendimento na unidade. Devem ser registradas e atualizadas as datas do agendamento e do comparecimento do paciente, o nº de doses da medicação e as intercorrências reacionais. Tem por finalidade subsidiar o paciente no controle do seu tratamento e como fonte de informação para outros serviços de emergência ou ambulatoriais a que o paciente possa recorrer.

8.1.6- Boletim de acompanhamento de hanseníase (anexo XIV)

O “Boletim de Acompanhamento de Hanseníase” é um instrumento utilizado para a atualização e complementação das informações relacionadas ao tratamento dos pacientes no Banco SINAN.

Informações a serem mensalmente atualizadas:

- Data do último comparecimento;
- Classificação operacional atual (CO);
- Esquema terapêutico atual (ET);
- Número de doses de PQT-U administradas (ND);
- Episódios reacionais apresentados durante o tratamento (ER);
- Data de Mudança de esquema (apenas se houver substituição da PQT-U por medicamentos alternativos);

- Número de contatos registrados;
- Número de contatos examinados;
- Avaliação de incapacidade física no momento da Cura (AI);
- Tipo de Saída;
- Data de alta.
- Outras atualizações mensais como por exemplo TR realizado e mudança na autorização de VD.

Devem ser preenchidas e/ou corrigidas todas as inconsistências e pendências da Ficha de Investigação, como:

- **Identificação do paciente: correções do nome ou data de nascimento; nome da mãe, endereço, distrito administrativo e município de residência etc.**
 - **Avaliação das incapacidades físicas no diagnóstico;**
 - **Resultado de baciloscopia;**
- **Informações pertinentes à saída do caso por transferência, como: nome do município, local e serviço para onde foi transferido.**

TIPOS DE SAÍDA:

- **Cód.1: Alta por cura** – Tratamento realizado dentro dos critérios estabelecidos (nº de doses e tempo de tratamento);
- **Cód.2: Transferência para o mesmo município** – durante o tratamento;
- **Cód.3: Transferência para outro município** do mesmo estado durante o tratamento;
- **Cód.4: Transferência para outro estado** durante o tratamento;
- **Cód.5: Transferência para outro país** durante o tratamento;
- **Cód.6: Óbito** - quando ocorre durante o tratamento;
- **Cód.7: Abandono** - Quando o paciente estiver faltoso ao tratamento por mais de 3 meses para os casos PB e por mais de 6 meses para os casos MB e não atender às solicitações de comparecimento (contato telefônico ou VD) para reiniciar o tratamento;
- **Cód.8: Erro diagnóstico** – quando o diagnóstico for alterado após a notificação como caso de hanseníase.

As informações devem estar baseadas no registro efetuado nas fichas de acompanhamento dos casos e/ou nos prontuários dos pacientes.

Fluxo do Boletim de Acompanhamento:

- Impressão do Boletim de Acompanhamento retirado do Sistema de Informação - SINAN pelas UVIS e encaminhamento para as UR: até o dia 15 do mês;
- Devolução do Boletim preenchido com atualização das informações pelas UR para as UVIS: após o dia 30 do mês;
- Digitação no Banco SINAN pelas UVIS das informações procedentes das UR: até o dia 10 do mês seguinte.

8.1.7- Planilha de monitoramento pós-alta (anexo VIII)

A “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” tem por finalidade o registro dos atendimentos efetuados aos pacientes já tratados, independente do local de tratamento, e que continuam necessitando da assistência dos diversos profissionais da UR, como médico, enfermeiro, profissionais da prevenção e reabilitação das incapacidades, assistente social, etc.

Cada profissional deve preencher as planilhas, conforme orientações discriminadas no rodapé das mesmas, constando a data de atendimento e o nome dos pacientes atendidos, especificando as ações realizadas.

Compete a UVIS reunir, conferir e monitorar as ações registradas nas planilhas, antes de encaminhar ao PMCH, até o dia 10 do mês seguinte.

Fluxo mensal das Planilhas de Monitoramento Pós-Alta:

UR > UVIS > PMCH

8.1.8- Atribuições das UVIS no sistema de informação

- Receber e conferir o preenchimento das “Fichas de Notificação e Investigação Epidemiológica” (FIE), verificando a completude e inconsistências das informações;
- Digitar as FIE no Banco SINAN, somente após a conferência das informações;
- Imprimir mensalmente o “Boletim de Acompanhamento de Hanseníase” retirado do Banco SINAN e encaminhar às unidades notificantes para o preenchimento de todos os campos com as informações a serem atualizadas. As unidades notificantes devem ser orientadas para a necessidade de devolução deste boletim preenchido, assim que houver o encerramento do mês;
- Digitar mensalmente a atualização das informações procedentes no boletim de acompanhamento;
- Entrar em contato com as unidades notificantes para esclarecimentos e orientações em relação às informações e se necessário verificar pessoalmente o registro das mesmas nos prontuários;
- Ao identificar casos em menor de 15 anos, recidivas e casos novos com GIF 2 no diagnóstico, solicitar à unidade notificante o preenchimento dos respectivos protocolos,

a seguir: “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos (PCID < 15 – Anexo XVIII)”, “Fichas de Investigação de Suspeita de Recidiva (Anexo X)” e “Protocolos Complementar dos Casos Diagnosticados com Grau 2 de Incapacidades Físicas” (Anexo XVI);

- Receber os protocolos: “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos (PCID < 15 – Anexo XVIII)”, “Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva (Anexo X)” e “Protocolo Complementar dos Casos Diagnosticados com Grau 2 de Incapacidades Físicas” (Anexo XVI) procedentes das unidades e verificar a consistência das informações. Encaminhar cópias digitalizadas para o PMCH / COVISA por e-mail, após conferência;

- Receber e conferir as informações das “Planilhas de Monitoramento dos Atendimentos de Casos Pós Alta” procedentes das unidades (UR e CER). Caso haja necessidade, solicitar correção da informação à unidade. Após conferência, encaminhar para o PMCH / COVISA por e-mail.

As UVIS são responsáveis pela elaboração e análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais em seu território, promovendo a sua discussão e utilização no planejamento de recursos locais e das ações do PMCH.

8.2- Ações de controle

8.2.1- Vigilância dos contatos

A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram com o caso novo de hanseníase diagnosticado (caso índice). Além disso, visa descobrir sua possível fonte de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente da forma clínica.

Conforme o PCDT – MS/2022, considera-se contato toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não.

De acordo com o Manual Técnico Operacional - MS/2016, 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 trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado. Atenção especial deve ser dada aos contatos familiares do paciente (pais, irmãos, avós, tios, etc).

Seguem as ações para serem realizadas nas unidades de saúde:

- Realizar consulta médica na UR, com anamnese e exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos notificados;

- Realizar a vacinação BCG-id nos contatos que não apresentarem sinais ou sintomas de hanseníase no momento da avaliação médica;

- Realizar o teste rápido para hanseníase nos contatos que não apresentarem sinais ou sintomas de hanseníase no momento da avaliação médica;
- Informar e orientar os contatos quanto à possibilidade do aparecimento da doença, posteriormente à avaliação clínica;
- Registrar o comparecimento e resultado da avaliação dos contatos, incluindo resultado de TR, na Ficha de Acompanhamento e no prontuário do paciente (caso índice) em folha identificada como CONTROLE DOS CONTATOS;
- O avaliação médica e vacinação dos contatos sociais ou familiares não domiciliados com o paciente, podem ser realizados nas UBS próximas de suas residências;

Os contatos (familiares ou sociais) devem ser avaliados anualmente, ao menos durante 5 anos.

8.2.2- Visitas domiciliares

Todos os pacientes diagnosticados residentes no município de São Paulo, devem receber visita domiciliar (VD) com a finalidade de ampliar a vigilância de contatos de convivência com o paciente.

Para a realização da VD é indispensável a autorização prévia do paciente para a visita a seu domicílio e a residência de seus familiares, o que deverá ser documentado por meio do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Realização de Visitas Domiciliares aos contatos de casos de Hanseníase” (Anexo VI) assinada pelo mesmo, arquivado no prontuário e informado e digitado no campo observações adicionais da FIE.

Lei de Sigilo Profissional nº 14.289/2022 e suas alterações

O PMCH solicitará às respectivas secretarias de saúde a realização de ações de vigilância de contatos residentes em outros municípios ou estados.

Compete à UVIS:

- Consultar mensalmente o Banco SINAN-NET os casos de hanseníase residentes em sua área de abrangência, independente da unidade de tratamento, para organizar e realizar as visitas domiciliares;
- Programar e participar da VD com o responsável do NUVIS da UBS da área de residência;
- Orientar o profissional do NUVIS que irá realizar a VD juntamente com a UVIS em relação à finalidade e importância da investigação dos contatos e agendamento para avaliação médica;
- Verificar se o endereço do paciente pertence a outra UVIS e, neste caso, encaminhar a solicitação de VD para a UVIS de residência;

· Encaminhar a investigação e exames dos contatos familiares ou sociais identificados na VD, que não residirem em sua área para as outras UVIS, independente da unidade de origem do caso notificado;

· Preencher e encaminhar o Relatório de Visita Domiciliar (RVD) – Anexo XX para o PMCH e unidade notificante;

· Realizar no mínimo três tentativas para efetivar as visitas. Caso não seja efetivada, registrar essa informação na planilha 4 – campo “Observações” e enviar o RVD para o PMCH;

· A VD deve ser realizada, preferencialmente, antes do término do tratamento do paciente, para que as ações de vigilância sejam realizadas em tempo oportuno.

RELATÓRIOS DE VISITA DOMICILIAR (RVD)

- Preencher todos os campos;
- Realizar três tentativas para efetivação da VD e resolução das pendências antes do encerramento;
- Enviar uma cópia ao PMCH/COVISA e para a unidade de tratamento, para arquivar no prontuário do paciente.

8.2.2.1 - Visitas domiciliares a pacientes faltosos

Devem ser realizadas visitas domiciliares para todos os pacientes faltosos que não respondem às convocações por telefone. A unidade de tratamento é responsável por realizar a solicitação para a UVIS que deve providenciar a VD junto à UBS da área de residência.

8.2.3- Vigilância da resistência antimicrobiana em hanseníase

Na hanseníase, a taxa de casos de resistência antimicrobiana ainda é considerada baixa. Entretanto, há recentes publicações que mostram aumento desses casos, devido principalmente ao tratamento inadequado ou ao seu abandono. Por essa razão, o MS, seguindo orientações da OMS, instituiu um sistema de vigilância para detectar a resistência antimicrobiana na hanseníase como uma importante atividade para a redução da carga bacilar da doença no país. (vide item 2.8 “Ações Médicas”).

8.3- Busca ativa de casos e ações educativas

Com a finalidade de estimular a detecção precoce de casos da doença, torna-se indispensável o investimento constante em atividades de busca ativa nos serviços de saúde e na comunidade além da capacitação dos profissionais de saúde para a suspeição diagnóstica.

As UVIS devem realizar levantamento das unidades de saúde em que os casos novos passaram em consulta e não obtiveram suspeição da doença, com objetivo de sensibilizar os profissionais sobre os sinais e sintomas da hanseníase. Utilizar o Formulário para Investigação dos Locais sem Suspeição de Casos Novos em Hanseníase (Anexo XXI).

Diariamente todas as unidades de saúde podem preencher o impresso “Planilha Mensal de Busca Ativa Diária de Casos Novos de Hanseníase” (Anexo XXII).

8.3.1- Campanha anual de hanseníase

No município de São Paulo é considerada de suma importância a realização anual de uma ação educativa em forma de campanha, com a finalidade de incentivar e facilitar a mobilização de toda a rede de serviços de saúde para a busca de casos não diagnosticados na população, estimulando a procura espontânea para o atendimento de pessoas com sinais ou sintomas suspeitos da doença.

É prevista a realização da Campanha Anual de Hanseníase – Janeiro Roxo, com ações planejadas e elaboradas pelas equipes do PMCH, Atenção Básica, CRS, STS, UVIS e NUVIS juntamente com as UR, UBS, CER, contando com o apoio das Organizações Sociais e ONGs.

Compete à interlocução da hanseníase das CRS coordenar as ações de campanha na sua área de abrangência, envolvendo as STS, UVIS, UBS, UR e demais unidades de saúde, além de outras instâncias públicas.

É responsabilidade das UVIS em seu território:

- Planejar atividades a serem realizadas em conjunto com a interlocução de hanseníase da CRS, as STS, gerências dos serviços, profissionais envolvidos das UR, equipamentos de saúde, recursos da comunidade e ONGs;
- Estabelecer cronograma de palestras e treinamentos;
- Promover o treinamento de médicos e enfermeiros das UBS como multiplicadores para a sensibilização dos profissionais das unidades;
- Estimular e monitorar a capacitação para profissionais de saúde por meio do EAD de hanseníase;
- Promover a capacitação aos médicos das UBS para a triagem de casos suspeitos de hanseníase;
- Organizar as atividades educativas de divulgação dos sinais e sintomas da doença entre os usuários dos serviços e na população;
- Monitorar todas ações durante o período da campanha;
- Após o período da campanha consolidar os dados das UBS e UR de sua região, encaminhar a planilha consolidada padronizada para a interlocução da hanseníase da CRS que irá consolidar os dados de todo seu território, e posteriormente, encaminhar para o PMCH, conforme data pré estabelecida.

Para realizar a campanha anual, as Unidades de Saúde, UR e UVIS devem utilizar os seguintes documentos:

- Anexo XXII: Busca Ativa;

- Anexo XXIII: Cronograma de Treinamentos;
- Anexo XXIV: Lista de Presença;
- Anexo XXV: Relatório de Atividades das Unidades de Saúde;
- Anexo XXVI: Relatório de Atividades das Unidades de Referência de Hanseníase;
- Anexo XXVII: Relatório Condensado das Atividades Realizadas – UVIS;
- Anexo XXVIII: Ficha de Atendimento de Investigação e Suspeição de Hanseníase.

- Os casos suspeitos detectados pelas UBS devem ser encaminhados para confirmação de diagnóstico nas UR;
- Os Relatórios de Campanha (Anexos XXV, XXVI e XXVII) devem ser preenchidos pelas UBS, UR e UVIS, com posterior encaminhamento para a interlocução de hanseníase da CRS.

COMPETE AO PROFISSIONAL DA VIGILÂNCIA

- Participar de reuniões e capacitações que envolvam o tema hanseníase, para atualização técnica;
- Registrar as ações específicas em instrumentos padronizados pela SMS, como de rotina;
- Repassar as informações e capacitações recebidas, para outros profissionais da equipe, visando evitar falhas na assistência e vigilância, em casos de ausência programada ou abrupta;
- Organizar com antecedência a substituição profissional, para dar continuidade às ações programáticas sob sua responsabilidade e execução, em casos de ausência programada, evitando o prejuízo na assistência aos pacientes, contatos, comunidade e equipe interdisciplinar;
 - Repassar orientações do PMCH para UR, UBS, (NUVIS) e STS;
- Encaminhar ao PMCH as informações sobre a hanseníase, oriundas da UR, UBS e STS.

9 - ORIENTAÇÕES PARA OS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA PARA BACILOSCOPIA DE HANSENÍASE

A baciloscopia do raspado intradérmico é o exame complementar ao diagnóstico clínico, que busca detectar a presença do bacilo e estimar a carga bacilar. O método comumente utilizado por ser de fácil execução, pouco invasivo e de baixo custo para auxílio no diagnóstico da hanseníase.

No MSP as baciloscopias são realizadas nos cinco laboratórios municipais: Laboratório Municipal de São Miguel Paulista, Laboratório Municipal de Saúde Pública Nossa Senhora do Ó, Laboratório Municipal de Saúde Pública Santo Amaro, Laboratório de Saúde Pública Lapa e Laboratório Municipal da Região Sudeste, respeitando a LCRH.

9.1 - Índice baciloscópico (IB)

O Índice Baciloscópico (IB), proposto por Ridley em 1962, baseia-se em uma escala logarítmica com variação entre 0 a 6. É o método de avaliação quantitativo mais correto e utilizado na leitura da baciloscopia em hanseníase.

Para os índices de 0 a 3+ devem ser examinados 100 campos microscópicos; de 4+ a 6+, a leitura poderá ser realizada em 25 campos. O IB do paciente é calculado pela média aritmética dos IBs de cada sítio analisado e, caso não seja encontrado nenhum bacilo em 100 campos, liberar o resultado da seguinte maneira: **“Ausência de bacilos em 100 campos examinados por sítio (IB=0)”**.

O cálculo do IB deve seguir as recomendações do Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase, MS/2010.

9.2 - Índice morfológico (IM)

O índice morfológico (IM) é utilizado para descrever o aspecto da morfologia do *M. leprae* nos esfregaços. De acordo com o Guia de Procedimentos Técnicos de Baciloscopia em Hanseníase, MS-2010, o IM requer habilidade e muita prática, além de ser uma análise de caráter subjetivo.

Recomenda-se que, quando necessário, o Índice Morfológico seja realizado somente nos centros de referência com mais experiência (Instituto “Lauro de Souza Lima” – ILSL), dependendo da disponibilidade técnica do local.

9.3 - Rotina laboratorial

9.3.1- Recepção das amostras

Cabe ao profissional da recepção de material:

- Receber as amostras e verificar se todos os campos da “SOLICITAÇÃO DE RASPADO INTRADÉRMICO – BACILOSCOPIA DE HANSENÍASE” (Anexo III) estão devidamente preenchidos, não esquecendo de assinalar na solicitação os campos que possuem o raspado intradérmico, como também os campos para identificação e rastreabilidade do paciente;
- Verificar as condições do material com relação à identificação e à integridade das lâminas, avaliar, aceitar ou rejeitar a amostra conforme o caso;
- Em caso de rejeição anotar na “Ficha de Registro Laboratorial” (Anexo XXIX) o motivo da recusa e informar o responsável pelo setor para que entre em contato com a UR solicitante para nova coleta;
- Registrar a amostra no sistema interno de controle de materiais recebidos e encaminhar para análise.

9.3.2- Coloração

O método de Ziehl Neelsen a frio é o recomendado por preservar as condições morfotintoriais do bacilo. A coloração dos esfregaços deve seguir as recomendações do Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase, MS/2010

9.3.3 – Exame baciloscópico

Na leitura da baciloscopia alguns itens podem comprometer o resultado do exame, quando inadequados, como: lâmpada do microscópio utilizado, óleo de imersão, conservação e limpeza do equipamento. A leitura dos esfregaços deve seguir as recomendações do Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase, MS/2010.

9.3.4 - Liberação de resultado

O resultado do Índice Baciloscópico (IB) somente poderá ser liberado após os esfregaços da lâmina serem **lidos por no mínimo 2 técnicos**. As assinaturas dos 2 profissionais devem constar na “Ficha de Registro Laboratorial”. (Anexo XXIX)

O resultado (IB) deverá ser registrado no Sistema Matrix, no prazo máximo de 20 (vinte) dias corridos. Vide item 9.1 deste protocolo.

9.3.5 – Armazenamento e revisão das lâminas

Após a leitura retirar o excesso do óleo de imersão das lâminas, armazenar em porta-lâminas de plástico em ordem numérica, independente do resultado, por no mínimo um ano, conforme descrito no Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase, MS/2010.

A revisão de lâminas deverá ser feita quando solicitada pelo médico da UR e o resultado deverá ser emitido no prazo máximo de 7 dias corridos. O PMCH também deverá ser informado sobre resultado da revisão.

9.4 – Controle de qualidade das lâminas de baciloscopia

Processo de avaliação dos procedimentos estabelecidos pelo laboratório garantindo a qualidade da leitura das lâminas de raspado intradérmico e um padrão de qualidade a ser seguido, conforme descrito no Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase / Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica/2010.

O PMCH realiza visitas técnicas periódicas aos laboratórios visando o aprimoramento da qualidade das baciloscopias, através de instrumentos de avaliação dos recursos humanos, materiais, estruturais e operacionais, efetivando o processo de controle de qualidade das baciloscopias de hanseníase do MSP.

Faz parte do processo:

a) Releitura dos esfregaços da rotina dos laboratórios sem que o avaliador conheça o resultado da baciloscopia fornecido pelo laboratório.

b) Qualificação do grau de concordância/discordância entre ambas as leituras. Esse processo de avaliação não só possibilita verificar a concordância dos resultados, mas também o desempenho das unidades, com vistas a planejar atividades de treinamento dos profissionais, na busca de melhor desempenho e fortalecimento da rede.

c) Avaliação dos recursos humanos, materiais, estruturais, fluxos operacionais e atualizações técnicas.

10 – TESTE RÁPIDO (TR)

O PCDT/2022 descreve a utilização do TR como um exame de apoio ao diagnóstico de hanseníase, entretanto a distribuição e implantação foi efetivada pela Nota Técnica nº3/2023-CGDE/DEDT/SVSA/MS e atualizada pelo OFÍCIO CIRCULAR Nº 3/2024/CGHDE/DEDT/SVSA/MS.

Atualmente o uso do teste rápido da hanseníase, no âmbito do SUS, está aprovado para uso exclusivo na investigação de contatos de casos de hanseníase.

10.1 - Metodologia

Determinar anticorpos IgM anti-*Mycobacterium leprae* para avaliação de contatos de hanseníase. O conjugado é formado por anticorpo anti-IgM humano. Quando uma amostra reagente é adicionada no teste, os anticorpos IgM presentes na amostra são capturados pelos anticorpos anti-IgM conjugados, formando o complexo: IgM – anticorpos anti-IgM.

A detecção de anticorpos (TR reagente) não pode ser utilizada isoladamente como teste diagnóstico para hanseníase, tendo em vista que indivíduos saudáveis podem apresentar sorologia positiva, enquanto casos confirmados, como paucibacilares, podem ter sorologia negativa.

OBS: não é indicado a aplicação do teste rápido para casos confirmados e suspeitos de hanseníase.

No caso em que a avaliação clínica do contato for inconclusiva, o TR poderá ser realizado.

10.2 – Informações técnicas

A realização do teste deve ser conduzida por um profissional de saúde de nível superior ou, no caso de profissionais de nível médio, sob a supervisão de um profissional de nível superior. Para assegurar a obtenção de resultados precisos, é imprescindível que a metodologia descrita na bula do kit seja seguida de maneira rigorosa, mantendo a temperatura de armazenamento entre 2° e 25°.

O TR é disponibilizado somente para realização nas UR.

Caso os contatos sejam avaliados clinicamente em uma UBS e descartada a hipótese de hanseníase, deverão ser encaminhados para a equipe de enfermagem de uma UR, com o impresso de Referência/Contrarreferência devidamente preenchido, para aplicação do teste rápido.

10.3 – Interpretação dos resultados

A interpretação do resultado do TR deve seguir as orientações descritas na bula do kit.

OBS: O resultado não deve ser positivo ou negativo, pois a soropositividade indica que o indivíduo possui maior risco de adoecimento, portanto deve ser monitorado com maior frequência, quanto aos sinais e sintomas da hanseníase.

10.4 – Emissão de laudo

A emissão do laudo é restrita a profissionais de saúde de nível superior. Imprimir o Laudo (Anexo XXX) em duas vias: anexar uma via no prontuário e outra entregar ao paciente.

10.5 – Movimentação de estoque do TR

A UR deve fornecer ao PMCH os dados da unidade, do gerente e do profissional de nível superior responsável pela movimentação do estoque, a fim de possibilitar o cadastro no Sistema de Informação de Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SIES/MS). Em caso de alterações de UR e/ou dos profissionais responsáveis, essas informações deverão ser comunicadas ao PMCH.

A UR deverá formalizar a solicitação do TR à UVIS por meio de e-mail a qual encaminhará essa solicitação ao PMCH que, após avaliação, dará o devido retorno, informando a quantidade disponibilizada e a data para retirada. Sugere-se que a movimentação e o controle de estoque, seja realizada pelo farmacêutico da UR.

Ao receber os TR na UR, o responsável pela movimentação do estoque deve fazer o aceite da nota de fornecimento no SIES.

A saída do teste rápido no SIES é realizada por caixa e não por unidade de TR (atualmente cada caixa possui 5 unidades de TR), por meio do link: <http://sies.saude.gov.br/senha.asp>

10.6- Registro dos contatos que realizaram o teste rápido

O responsável pela realização do TR deve registrar o resultado no Sistema de Informação “Microsoft Forms” do PECH, **imediatamente** após a execução, informando o nome do paciente caso-índice e o nome do contato avaliado, através do link: <https://forms.office.com/r/ckveRNODK4>

Sugere-se que esse registro, seja realizada pelo enfermeiro da UR.

11 - NOTA IMPORTANTE

Este protocolo foi baseado na Portaria do Ministério da Saúde nº 149 de 03 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União de 04 de fevereiro de 2016 que aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública no Brasil, no Guia Prático Sobre Hanseníase/BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doença Transmissíveis. Brasília, 2017, na Nota Técnica nº 16/2021-CGDE/DCCI/SVS/MS e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2022.

Caso os documentos/anexos citados neste protocolo sofram quaisquer alterações posteriores, os mesmos serão substituídos e encaminhados para as interlocuções de hanseníase das CRS e respectivas UVIS, para conhecimento e divulgação para todos os equipamentos que realizam as ações de controle da hanseníase no MSP.

12 - AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais da saúde que direta ou indiretamente colaboraram para a estruturação e confecção deste documento, de fundamental importância para a organização, padronização e garantia da assistência a saúde às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares.

O apoio dos órgãos públicos, gerências e setores que compreenderam a importância, a necessidade de atualização e divulgação de ações protocolares de hanseníase no município com mais de 12 milhões de habitantes, intenso movimento migratório e uma população com vulnerabilidades sociais; além de tantos desafios à administração pública no planejamento, execução e supervisão das ações de saúde, para oferecer uma assistência de qualidade às pessoas acometidas pela hanseníase.

Às ONG que contribuem direta ou indiretamente na assistência, pesquisa e apoio operacional.

Um especial agradecimento aos profissionais que fizeram parte da equipe do PMCH e/ou que contribuíram na elaboração deste protocolo: Carmela Salgado Vertullo, Cláudia Romero, Denise Paseli, Geórgia Fernandes Cabral, Gisela Gomes Borges Ranieri de Paula, Helena Keico Mekai, Helena Zaio, Maria Estela Araujo Motta, Maria Francisca Marranghello Mingione, Patricia Carla Ramos Pirajibe Burihan, Rosa Maria Dias Nakazaki, Rosely Antunes Albino, Silvia Regina Gil Ferreira, Sueli Myia de Albuquerque e Zilwara Penha da Gerab.

13 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés”** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: 10_0164_M.indd Acesso em 12/12/2024.
- 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”** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/diretrizes-vigilancia-atencao-eliminacao-hansenia.pdf> Acesso em 12/12/2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **“Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022”**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília:Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2019/arquivos/estrategia-nacional-para-enfrentamento-da-hansenia-2019-a-2022/> Acesso em 12/12/2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **“Estratégia Nacional para Enfrentamento à Hanseníase 2024-2030”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/hansenia/estrategia-nacional-para-enfrentamento-a-hansenia-2024-2030> Acesso em 12/12/2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Eu me cuido e vivo melhor”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: Eu me cuido e vivo melhor Acesso em 12/12/2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase Acesso em 12/12/2024.
- 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. Disponível em: guia_pratico_hansenia.pdf Acesso em 12/12/2022.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase”** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase Acesso em 12/12/2024.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. **“Guia de vigilância em saúde: volume 2”** / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Capítulo 5 – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao/view> Acesso em 12/12/2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doença Transmissíveis. **HANSENÍASE: Conhecendo estigma, discriminação e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hansenise_conhecendo_estigma_discriminacao_direitos_pessoas.pdf-Acesso em 12/12/2024.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08_0317_M.pdf Acesso em 12/12/2024

- BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências Brasília, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm Acesso em 12/12/2024.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Manual de adaptações de palmilhas e calçados”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [manual_adaptacoes_palminha_calçados.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/manual_adaptacoes_palminha_calçados.pdf) Acesso em 12/12/2024.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed., rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [manual_condutas_oculares_hansenise.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/manual_condutas_oculares_hansenise.pdf) Acesso em 12/12/2024.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed., rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [manual_condutas_ulcera_hansenise.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/manual_condutas_ulcera_hansenise.pdf) Acesso em 12/12/2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para vacinação**. Brasília, 2024, Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-de-normas-e-procedimentos-para-vacinacao.pdf> Acesso em 09/12/2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Manual de prevenção de incapacidades”**. Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1, 3ª edição, Brasília, 2008.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 2. ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [manual_reabilitacao_cirurgia_hanseníase.pdf](#) Acesso em 12/12/2024.

- BRASIL. 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. NOTA TÉCNICA **“Alterações no Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) e Classificação do Grau de Incapacidade Física em Hanseníase.”** Nº 5/2022 - CGDE/DCCI/SVS/MS. BRASÍLIA,2022.

- BRASIL. 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. NOTA TÉCNICA **“Medicação: Ampliação da Clofazimina para PB”** - Nº 16/2021CGDE/DCCI/SVS/ MS. BRASÍLIA,2021. Disponível em:https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hanseníase/publicacoes/sei_ms-0020845770-nota-tecnica-16.pdf/view Acesso em 12/12/2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. NOTA TÉCNICA **“Vigilância dos Casos Novos de Hanseníase com grau 2 de Incapacidade Física (GIF 2)”** Nº 12/2023-CGDE/DEDT/SVSA/MS. BRASÍLIA,2023.

- BRASIL. 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. NOTA TÉCNICA **“Vigilância da resistência em Hanseníase”** Nº 8/2020-CGDE/. DCCI/SVS/MS. BRASÍLIA,2020.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **“Vigilância do GIF 2 de Incapacidade Física em Hanseníase”**, 2023.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **“Orientações para uso: corticosteroides em hanseníase”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [Orientações para uso: corticosteroides em hanseníase](#) Acesso em 12/12/2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 149 de 3 de fevereiro de 2016**. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. Revoga a Portaria nº 3.125/GM/ MS, de 7 de outubro de 2010. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/ DF, 4 fev. 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0149_04_02_2016.html#:~:text=Aprova%20as%20Diretrizes%20para%20Vigil%C3%A2ncia,profissionais%20dos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde Acesso em 12/12/2024.

- 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”** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº11 de 22 de março de 2011**. Dispõe sobre o controle da substância talidomida e do medicamento que a contenha. Brasília, 2011. Disponível em <https://anvisa.gov.br/legis/comunicacao/Resolucao-RDC-11-2011.pdf> Acesso em 12/12/2024

Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/publicacoes_ms/copy_of_20230131_PCDT_Hanseníase_2022_eletronica_ISBN.pdf Acesso 12/12/2024.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **“Talidomida: orientação para o uso controlado”** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/publicacoes/seguranca-de-uso/2014/05/talidomida-orientacao-para-o-uso-controlado> Acessado em 12/12/2024

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **“Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose”**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: file:///C:/Users/d806185/OneDrive%20-%20rede.sp/%C3%81rea%20de%20Trabalho/VIGIL%C3%82NCIA%20EM%20SAUDE_DENGUE_ESQUISTOSSOMOSE_HANSEN%C3%8DASE_MALARIA_TRACOMA_TUBERCULOSE.pdf Acesso em 12/12/2024

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 705/2022**. Normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-705-2022/> Acesso em 12/12/2024

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 736/2024**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2024 Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/> Acesso em 12/12/2024

- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN- SP CAT nº 013/2009**. Assunto: Realização de desbridamento pelo Enfermeiro. São Paulo, 2009. Disponível em: https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/07/parecer_coren_sp_2009_13.pdf Acesso em 12/12/2024
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 022/2014** – CT. Ementa: Competência dos profissionais de Enfermagem para realização do teste de Mitsuda, Montenegro, Mantoux (PPD) e baciloscopia para Hanseníase. São Paulo, 2014. Disponível em : https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2014/08/parecer_coren_sp_2014_022.pdf Acesso em 12/12/2024
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica – Resolução nº 1931/2009**, Capítulo X, artigo 87, § 1º, dispõe sobre a elaboração de prontuário legível. Brasília, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf> Acesso em 12/12/2024
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1638/2002**. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2002/1638_2002.pdf Acesso em 12/12/2024.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1821/2007**. Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília, 2007. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2007/1821_2007.pdf Acesso em 12/12/2024
- CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. **Resolução nº 22, de 30 de junho de 2005**. Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.gov.br/conarq/pt-br/legislacao-arquivistica/resolucoes-do-conarq/resolucao-no-22-de-30-de-junho-de-2005> Acesso em 12/12/2024.
- Rio de Janeiro (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. **“Protocolos de Enfermagem na atenção primária á saúde” / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura**, 2012, página 140. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111921/enfermagem.pdf> Acesso em 12/12/2024.
- SÃO PAULO (Estado) Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Norma técnica do Programa de Imunização. São Paulo**: CVE, 2021. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/immunizacao/2021/norma_de_imunizacao_2021_2.pdf Acesso em 12/12/2024
- São Paulo (Cidade). Secretaria da Saúde. **“Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde” / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica**. 2. ed. - São Paulo: SMS, 2014. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/legislacao/NormasRotinas02102015.pdf> Acesso em 12/12/2024.

- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Nota Técnica Conjunta COVISA/CAB - Nº 01/2025.** Orientações sobre o medicamento talidomida para as unidades municipais dispensadoras. São Paulo, 2025

- SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Núcleo de Programas Estratégicos. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético.** São Paulo, 2010

- VIETH, H.; SALOTTI S.R.A.; PASSEROTTI, S. **Guia de prevenção de alterações oculares em hanseníase.** Instituto Lauro de Souza Lima/Associação Alemã de Ajuda aos Hansenianos. 2ª edição, Bauru, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gpoh.pdf>
Acesso em 12/12/2024



14 – ANEXOS

Anexo I - Ficha de referência e contrarreferência



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Orçavisa
COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

(identificação unidade de saúde)

Ficha de Referência e Contrarreferência

Unidade de Referência: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____

Serviço/Especialidade/Programa de Atividade:

Nome/nome social: _____

Idade: _____ Cartão SUS: _____

Sexo: () Masculino () Feminino () Intersexo

Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Endereço: _____

Telefone: _____

Hipótese diagnóstica/Motivo do encaminhamento:

Exames e procedimentos realizados:

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

Agendamento:

Consulta agendada dia: ____/____/____ às ____

Relatório da Consulta: _____

Procedimentos a serem realizados: _____

Assinatura e carimbo do profissional

Anexo II - Ficha de atendimento de hanseníase



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase

FICHA DE ATENDIMENTO DE HANSENÍASE

(identificação unidade de saúde)

IDENTIFICAÇÃO:

Data: ____/____/____ N° SINAN: _____

Nome/nome social: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Local de Nascimento: _____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____

ANAMNESE:

Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas? _____

Já fez algum tratamento para a sintomatologia atual? Qual? _____

Antecedentes Pessoais: _____

Existe ou existiu doente de hanseníase na família: () Sim () Não

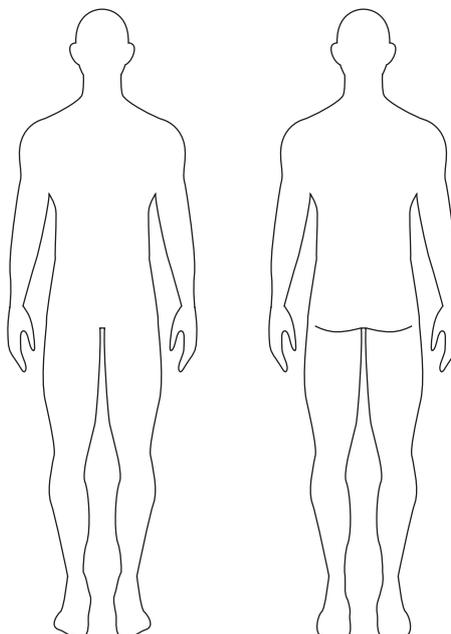
Antecedentes Familiares: _____

EXAME DERMATO-NEUROLÓGICO:

Número de lesões de pele: _____

Número de nervos afetados: _____

Descrição das lesões e nervos identificados na figura abaixo:



EXAMES COMPLEMENTARES:

Teste de histamina: () Completo () Incompleto () Não realizado

Baciloscopia inicial: Data: ____/____/____ () Positiva () Negativa

Biópsia inicial: Data: ____/____/____

Descrição histológica: _____

Classificação Operacional: () PB () MB

Forma Clínica: () Indeterminada () Tuberculóide () Dimorfa () Virchowiana

PI inicial: () Grau 0 () Grau I () Grau II

Estados Reacionais: () Reação Tipo 1 () Reação Tipo 2 () Ambas

EXAMES LABORATORIAIS:

Data: ____/____/____

Hemograma:

Glicemia: _____ TGO: _____ TGP: _____ FA: _____ Ureia: _____ Creatinina: _____

Urina I:

Protoparasitológico:

Dosagem G6PD:

Outros:

OBSERVAÇÕES: _____

RESUMO DE ALTA MEDICAMENTOSA:

Data: ____/____/____ Número de doses (PQT): _____

Baciloscopia pós-tratamento: Data: ____/____/____ () Positiva () Negativa

PI pós-tratamento: () Grau 0 () Grau I () Grau II

Programa Municipal de Controle da Hanseníase

SOLICITAÇÃO DE EXAME

(identificação unidade de saúde)

Orientações para o preenchimento correto da solicitação

- Dados do Paciente:** Preencher com letra legível: nome completo, número do Cartão Nacional de Saúde, número do prontuário, sexo e data de nascimento. Nesse campo, também pode ser colada a etiqueta Cartão SUS.
- Identificação da Unidade:** Colocar o carimbo legível.
- Etiqueta do laboratório:** Espaço reservado para colar a etiqueta do laboratório.
- Finalidade do Exame:** Importante assinalar com x para informar ao laboratório.
- Identificação do médico solicitante:** Carimbo com nome legível e deve ser assinado.
- Identificação do paciente:** Identificar com lápis grafite colocando apenas as iniciais do paciente e a data de nascimento.
- Padronização da disposição dos raspados na lâmina:**
Seguir a padronização:
1 LD (lóbulo direito); **2** LE (lóbulo esquerdo); **3** Lesão A
4 CD (cotovelo direito); **5** CE (cotovelo esquerdo); **6** Lesão B
Marcar os sítios enviados com um X.
- Identificar o local da lesão:**
3 Lesão A _____
6 Lesão B _____
- Data da coleta:** Anotar a data.
- Identificação do profissional responsável pela coleta:** Carimbo com nome legível e deve ser assinado.

1 Nome/nome social: _____ Prontuário: _____

Nº Cartão SUS: _____ Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo

Data de Nascimento: ____/____/____

Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

2	Carimbo da Unidade	3	Etiqueta do Laboratório

4 Baciloscopia para: () Diagnóstico () Controle () Pós Alta

5 _____

Médico solicitante

Nome legível/Assinatura e carimbo

6	Identificação do Paciente	7	1 LO	2 LE	3 LESÃO A	8	3 Lesão A: _____
			4 CO	5 CE	6 LESÃO B		6 Lesão B: _____

9 Data da coleta: ____/____/____

10 _____
Carimbo e assinatura do
responsável pela coleta

Anexo IV - Serviços De Apoio Diagnóstico E Terapia - SADT



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SADT

Número do prontuário: _____

Análises Clínicas Radiologia Outros

Nome: _____

Nome Social: _____

CPF: _____ CNS: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____

Sexo Biológico: () M () F Gestante: () Sim () Não

Identidade de Gênero: () Homem () Mulher () Homem Trans () Mulher Trans () Travesti

Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Endereço: _____

Telefone: _____ Município: _____ Estado: _____

Hipótese diagnóstica (com CID): _____

Exames solicitados: _____

Justificativa: _____

Carimbo e Assinatura do Solicitante; Data de Emissão; Unidade Solicitante

AUTORIZAÇÃO EXAME (QUANDO NECESSÁRIO)

Endereço: _____ Telefone: _____

Carimbo e Assinatura de Autozização: _____

COLETA AMOSTRA BIOLÓGICA

Carimbo e Assinatura de Coleta:	Obs:
Data da Coleta: ___/___/___	Hora da Coleta: _____: _____

Validade Guia: ___/___/___

Anexo V - Ficha de notificação e investigação epidemiológica



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO 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 Agravado/doença	HANSENÍASE	
	4 UF	5 Município de Notificação	3 Código (CID10) A 3 0. 9
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data da Notificação	Código (IBGE)

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
	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 a 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	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe	

Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código (IBGE)
	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
-------------	---

Atendimento	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
-------------	--

Atendimento	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

RESIDÊNCIA

1. LOCAL DE RESIDÊNCIA NO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA		
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> A - ANO <input type="checkbox"/> M - MESES
2. LOCAL DE RESIDÊNCIA DE 3 A 5 ANOS ANTES DO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA		
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> A - ANO <input type="checkbox"/> M - MESES

HISTÓRICO / EXAME DERMATOLÓGICO

DADOS LABORATORIAIS COMPLEMENTARES

<input type="checkbox"/> MITSUDA	1- POSITIVA <input type="text"/> mm	2- NEGATIVA <input type="text"/> mm	3- ULCERADA	4- NÃO-REALIZADA	9- IGNORADA		
ÍNDICE BACILOSCÓPIO: _____ (escala logarítmica de Ridley)							
<input type="checkbox"/> HISTOPATOLOGIA	1- I	2- T	3- D	4- V	5- OUTROS RESULTADOS	6- NÃO -REALIZADA	9- IGNORADA

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE

GRAU	GRAU MÁXIMO DE MÃO	GRAU MÁXIMO DE PÉ	GRAU MÁXIMO DE OLHO
	Sinais e ou Sintomas	Sinais e ou Sintomas	Sinais e ou Sintomas
ZERO	Nenhum problema nas mãos devido à hanseníase	Nenhum problema nos pés devido à hanseníase	Nenhum problema nos olhos devido à hanseníase
I	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível	Sensibilidade corneana diminuída ou ausente
II	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas	- lagofalmo e / ou ectrópio
	- garras	- garras	- triquíase
	- reabsorção	- reabsorção	- opacidade corneana central
	- mão caída	- pé caída	- Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros
NÃO AVALIADA	- não-avaliada	- não-avaliada	- não-avaliada

PROBLEMAS OCULARES: Irite Ceratite OUTROS: _____ ACUIDADE VISUAL: OD ANOTAR GRAU OE ANOTAR GRAU

RELAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS:

Nº	NOME	IDADE	SEXO	TEMPO RESID. C/DOENTE	PARENTESCO	Nº DE CICATRIZES DE BCG
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

Anexo VI - Termo de consentimento livre e esclarecido para realização de visitas domiciliares aos contatos de caso de hanseníase



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



(identificação unidade de saúde)

Programa Municipal de Controle da Hanseníase

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES AOS CONTATOS DE CASO DE HANSENÍASE

São Paulo, _____ de _____ de 20_____.

Eu, _____,
informo que fui devidamente esclarecido sobre a importância e a finalidade da realização da visita domiciliar para mim, para meus familiares e para outros contatos, residentes no município de São Paulo e em outros municípios, inclusive fora do estado de SP, e que:

- Autorizo todas as visitas domiciliares necessárias, e comprometo-me a informar meus contatos sobre essas visitas.
- Autorizo, neste momento, apenas visita no meu domicílio.
- Não autorizo visitas domiciliares para meus contatos, mas comprometo-me a trazê-los para consulta nesta unidade.

Atenciosamente,

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Nº DO CARTÃO SUS: _____

OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS.

Anexo VII - Formulário para avaliação neurológica simplificada e classificação do grau de incapacidade física em hanseníase



Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

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)												
Fecha olhos com força	"mm" ou "0"												
Triquíase	(S/N)												
Ectrópio	(S/N)												
Opacidade da córnea central	(S/N)												
Acuidade Visual	(Anotação em decimal)												
Teste SCHIRMER*	>10 mm <10 mm												

*Em São Paulo a Divisão de Oftalmologia (CVE) disponibiliza o Teste de SCHIRMER para identificação de OLHO SECO. **Legenda:** Sim = S; Não = N
Notas: Em caso de fenda, anotar em milímetros (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	/	/
PALPAÇÃO DE NERVOS		D		E	D		E	D		E	D		E
Queixas													
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 Diminuída = 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 traumáticas =

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 Diminuída = 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 traumáticas =

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

GRAU	CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA			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 $\geq 0,1$ (a tabela de optotipos "E) de 3 metros ou Conta dedos a 6 metros	Força muscular das mãos preservada E Sensibilidade palmar preservada: <i>sente</i> o monofilamento 2 g (violeta/roxa).	Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar preservada: <i>sente</i> o monofilamento 2 g (violeta/roxa).	Verde (0,07 g) – preencher círculo na cor verde 	Azul (0,2 g) – preencher círculo na cor azul
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: <i>não sente</i> o monofilamento 2 g (violeta/roxa).	Diminuição da força muscular do(s) pé(s) sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: <i>não sente</i> o monofilamento 2 g (violeta/roxa).	Vermelho (4,0 g) – preencher círculo na cor vermelha 	Laranja (10,0g) – marcar o círculo com X na cor vermelho
2	Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: • Lagofthalmo • 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 círculo fora da palma da mão indica a avaliação da região dorsal entre o polegar e indicador, innervado pelo nervo radial. 2. O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e o 2º artelho, innervado pelo nervo fibular. ATENÇÃO: As incapacidades classificadas como grau 1 e/ou 2, somente serão atribuídas à hanseníase quando excluídas outras causas.	

Anexo VIII - Monitoramento de atendimento de casos pós - alta de hanseníase e instrutivo para preenchimento das planilhas de atividades desenvolvidas



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA
DA SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase MONITORAMENTO DE ATENDIMENTO DE CASOS PÓS - ALTA DE HANSENÍASE INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

OBJETIVOS:

1. Quantificar as necessidades apresentadas pelos pacientes após a alta por cura do tratamento com Poliquimioterapia.
2. Quantificar a demanda para os profissionais da equipe responsável por esse atendimento.
3. Apoiar o gerenciamento de recursos humanos e materiais.
4. Apoiar o direcionamento da Linha de Cuidados de Hanseníase.

QUAIS ATENDIMENTOS DEVEM SER REGISTRADOS NAS PLANILHAS?

Todos os atendimentos realizados pelas Unidades de Referência para pacientes que já foram tratados anteriormente para Hanseníase e que receberam alta por cura, independente do tempo e lugar/local em que isto ocorreu.

Esses pacientes podem ter sido tratados ou não no município de São Paulo e com alta recente, ou tratados há anos atrás, desde que este atendimento tenha relação com uma necessidade gerada pela Hanseníase.

EM QUE MOMENTO DEVE SER REALIZADO ESSE REGISTRO? POR QUEM?

Durante ou imediatamente após o atendimento, pelo profissional responsável pelo mesmo.

DESCRIÇÃO:

PLANILHA I: Deve ser preenchida por todas as Unidades de Referência que acompanham pacientes de Hanseníase após a alta por cura da PQT. Deve ser mantida em posse dos médicos e enfermeiros da UR.

PLANILHA II: Deve ser preenchida por todas as Unidades de Referência (UR) que acompanham pacientes de Hanseníase após a alta por cura da PQT e que tenham uma equipe multiprofissional (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional e/ou enfermeiro) responsável pelas ações de prevenção e reabilitação das incapacidades físicas dos pacientes.

Deve ser mantida em posse dos profissionais do CER/NIR da UR.

PLANILHA III: Deve ser preenchida por todas as Unidades de Referência que acompanham pacientes de Hanseníase após a alta por cura da PQT e que dispõem dos profissionais: assistente social e/ou equipe de saúde mental, vinculados ao acompanhamento dos pacientes.

Deve ser mantida em posse do assistente social e da equipe de saúde mental da UR.

PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS:

- Na primeira linha devem ser identificados o mês da abertura da planilha e o Nome da Unidade responsável pelo atendimento (UR).
- Nas colunas devem ser preenchidas as atividades e/ou motivos do comparecimento do paciente para o atendimento. Observar as orientações de preenchimento no rodapé das planilhas.
- Cada paciente atendido deve ser relacionado em uma linha com o dia do atendimento, nome completo do paciente e o registro com um "X" nas colunas das atividades realizadas e/ou motivos deste atendimento.
- Após o último dia de cada mês, essas planilhas deverão ser encaminhadas aos respectivos interlocutores de hanseníase das SUVIS, que devem arquivar uma cópia e enviar as originais ao Programa Municipal de Controle de Hanseníase/CCD/COVISA.

JANEIRO DE 2.016

Anexo IX - Formulário para encaminhamento de pacientes para investigação da resistência medicamentosa da hanseníase



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA
DA SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



(identificação unidade de saúde)

Programa Municipal de Controle da Hanseníase

FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA INVESTIGAÇÃO DA RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA DA HANSENÍASE

Número do Cartão SUS: _____

Número do SINAN: _____

Nome/nome social: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone: _____

Forma Clínica: () Indeterminado () Tuberculóide () Dimorfo () Virchoviano

Esquema terapêutico realizado: () PQT/PB () PQT/MB () Outros esquemas substitutos

Anexo X - Ficha de investigação de suspeita de recidiva

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

CGHDE/SVS/MS	Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva	
Regional de Saúde: _____	N.º Reg. Sinan: _____	
Mun. Notificação: _____ UF: _____	N.º Prontuário: _____	
Unidade de Saúde: _____		
Identificação do Paciente		
Nome: _____		
Idade: _____	Data de Nascimento: ___/___/___	Sexo: M) Masc F) Fem <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe: _____		
Endereço: _____		
Município de Residência: _____ UF: _____		
História Anterior		
1. Exame Dermatoneurológico: 1) Sim, 2) Não		
Manchas <input type="checkbox"/>	Placas <input type="checkbox"/>	Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____ <input type="checkbox"/>
Outros _____		
1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não		
Auricular <input type="checkbox"/>	Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/>	Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>
2. Classificação		
1)PB 2)MB <input type="checkbox"/>	3. Baciloscopia <input type="checkbox"/>	
1)I, 2)T, 3)D, 4)V, <input type="checkbox"/>	1)Positiva Ib _____	4. Grau Incapacidade <input type="checkbox"/>
Data do Diagnóstico ___/___/___	2)Negativa	0)Zero
	3)Não Realizada/Não informada	1)Um
		2)Dois
		3) Não Avaliado/Não Informado
5. TRATAMENTO		
Data do Início do Tratamento Anterior: ___/___/___		
1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ <input type="checkbox"/>		
Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>		
Data do Término do Tratamento: ___/___/___		
Observações: _____		
6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:		
1) Sim, 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> N.º DE EPISÓDIOS _____		
Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas): _____		

SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA		
1. Exame Dermatológico 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/>		
Áreas hipoanestésicas <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/>	
Manchas <input type="checkbox"/>	Lesão residual <input type="checkbox"/>	
Placas <input type="checkbox"/>	Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/>	
Nódulos <input type="checkbox"/>	N.º de lesões _____ <input type="checkbox"/>	
1.1 Nervos Acometidos		
Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não <input type="checkbox"/>		
Auricular <input type="checkbox"/>	Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/>	Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/>
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/>		
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas): _____		

3. Grau De Incapacidade:		
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/>		

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA

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

1. EXAME DERMATOLÓGICO 1) Sim, 2) Não

Manchas <input type="checkbox"/>	Infiltrações <input type="checkbox"/>
Placas <input type="checkbox"/>	Outras <input type="checkbox"/>
Nódulos <input type="checkbox"/>	No De Lesões _____

1.1 NERVOS ACOMETIDOS 1) Sim 2) Não

Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não

Auricular Ulnar Mediano Radial Fibular Tibial

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

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

4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não TIPO I TIPO II TIPO III NEURITES

Conduta Medicamentosa (Drogas usadas) _____

5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não

<input type="checkbox"/> Aparecimento súbito e inesperado	<input type="checkbox"/> Lento e insidioso
<input type="checkbox"/> Acompanhados de febre e mal estar	<input type="checkbox"/> Sem febre e mal estar
<input type="checkbox"/> Aparecimento de várias lesões novas	<input type="checkbox"/> Poucas lesões novas
<input type="checkbox"/> Ulceração das lesões	<input type="checkbox"/> Sem ulceração
<input type="checkbox"/> Envolvimento de muitos nervos	<input type="checkbox"/> Nenhum ou algum nervo envolvido
<input type="checkbox"/> Boa resposta aos esteroides	<input type="checkbox"/> Resposta não pronunciada aos esteroides

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

Estado reacional de hanseníase

Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente)

Recidiva de hanseníase

Recidiva e estado reacional de hanseníase

Suspeita de resistência medicamentosa

Outros _____

(Especificar)

7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não

DATA ____/____/____

Introduzido medicação anti-reacional

Introduzida PQT/PB

Introduzida PQT/MB

Iniciada investigação para resistência medicamentosa

Retirado material para inoculação

Outros _____

(Especificar)

8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA

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

_____ de _____ de _____

NOME (CRM) Médico da Unidade de Saúde

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE

NOME (CRM) Médico do Centro de Referência

NOME DO CENTRO DE REFERÊNCIA

NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL

Anexo XI - S.A.E. - Sistematização da assistência de enfermagem no programa de hanseníase



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SECRETARIA
DA SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase

S.A.E. - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE HANSENÍASE

(identificação unidade de saúde)

Nome da Unidade: _____ Subprefeitura: _____

I - IDENTIFICAÇÃO:

Nome/nome social: _____ Prontuário: _____

RG: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Fone: _____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Naturalidade: _____ Endereço: _____

II - ANAMNESE:

A) ANTECEDENTES PESSOAIS

- () Diabetes () Cicatriz vacinal BCG ID - _____
() Cardiopatias () Internações hospitalares - _____
() Doença infecto contagiosas - qual? _____
() Tabagismo - quanto tempo? _____
() Etilismo - quanto tempo? _____ () Outras doenças ou agravos - _____
() Drogas - quanto tempo? _____ () Ant. familiares: MH () Outras - _____
() Cirurgia anterior - qual? _____
() Alergia - qual? _____

B) ASPECTOS SÓCIOS ECONÔMICOS

Moradia: () Alvenaria () Madeira () Outros - Nº de cômodos: _____ -| () Própria () Aluguel () Outros

Água tratada: () Sim () Não - Rede de esgoto: () Sim () Não

Número de pessoas que vivem na casa: _____ adultos - _____ crianças (menores de 13 anos)

Renda familiar (aproximadamente - em salário mínimo): _____

C) HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL: _____

III - EXAME FÍSICO E DERMATOLÓGICO:

T: _____ A. Cabeça: _____ B. Pescoço: _____

P: _____ Olhos: _____

R: _____ Nariz: _____ C. Tórax: _____

PA: _____ Orelha: _____

Peso: _____ Boca: _____ D. Abdome: _____

Altura: _____

E. Membros	Superiores		Inferiores		Legenda: N = normal D = diminuído A = ausente P = presente E = espessado
	direito	esquerdo	direito	esquerdo	
Dor					
Força					
Sensibilidade					
Garra					
Manchas					
Espessamento neural					
Placas					
Nódulos					
Ulcerações					
Mal perfurante plantar					

IV - EXAMES COMPLEMENTARES

Baciloscopia: () Positiva () Negativa

Data da última: ____/____/____

Biópsia: _____

Data da última: ____/____/____

Mitsuda: _____

Data da última: ____/____/____

Histamina realizada () Sim () Não _____

Resultado: _____

Bioquímica básica realizada () Sim () Não

Protoparasitológico realizado () Sim () Não

Urina tipo 1 realizado () Sim () Não

V - DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

VI - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Obs.: Na presença de calosidade plantar, sugerimos o desbridamento mecânico ou químico, conforme normas do manual de procedimentos do Ministério da Saúde.

VII - EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome do enfermeiro

Data: ____/____/____

COREN nº: _____

Anexo XII - Cartão de atendimento

Nome da Unidade de Referência
Nº de SINAN
Nº Cartão SUS
Nome/nome social do paciente



CARTÃO DE ATENDIMENTO

Apoio Técnico On-line

- Guia de Vigilância Epidemiológica - Ministério da Saúde | 2005 6º ed. Pág. 377.
- Portaria Ministerial nº 3125 de 07/10/2010 - Consultas e Tratamentos.
- Protocolo de Atendimento de Hanseníase do Município de São Paulo.

ATENÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Em caso de atendimento de Urgência, favor fornecer resumo clínico para o paciente e encaminhar à Unidade de Saúde onde é feito o tratamento ou acompanhamento.



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SECRETARIA
DA SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Programa Municipal de Controle da Hanseníase

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE

CNES: _____ Número SINAN: _____ Unidade de Saúde: _____ Cartão SUS: _____

Nome/nome social do paciente: _____

Sexo: () Masculino () Feminino () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Escolaridade: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço (anotar a lápis): _____ Data do diagnóstico: ____/____/____

Data do início do tratamento nesta US: ____/____/____ Data de notificação: ____/____/____

Modo de detecção de caso novo

- Encaminhamento
- Espontânea
- Exame de coletividade

- Exame contatos
- Outros modos
- Sem informação

Modo de entrada

- Transferência
- Recidiva
- Outros reingressos

Forma clínica inicial

- MB
- V
- D
- PB
- I
- T

Histórico do tratamento

- Virgem tratamento
- Tratado anteriormente qual esquema: _____

Esquema tratamento inicial

- PQT/PB/6 doses
- PQT/PB/12 doses
- Outros esquemas alternativos

Data da interrupção:

Nº de doses ingeridas: ____/____/____

Dados clínicos

Nº de lesões cutâneas: _____
Nº troncos nervosos acometidos: _____

Avaliação incapacidade inicial grau (I, II, S, Inc., não avaliado)

Mão: _____ Pé: _____ Olho: _____
Leitura Mitsuda: _____ mm Ulcerado

DADOS ATUALIZAÇÃO DO CASO

Forma clínica inicial	MB <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	PB <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/>	Tratamento atual	<input type="checkbox"/> PQT/PB/6 doses	<input type="checkbox"/> PQT/PB/12 doses	Data da introdução: ____/____/____	Avaliação de incapacitação atual	Mão: _____ Pé: _____ Olho: _____ grau (I, II, S, Inc., não avaliado)	Saída do registro	<input type="checkbox"/> Alta cura	<input type="checkbox"/> Óbito	<input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Erro diagnóstico	Data: ____/____/____	<input type="checkbox"/> Transferência para: _____
-----------------------	---	---	------------------	---	--	------------------------------------	----------------------------------	--	-------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---	----------------------	--

APRAZAMENTO

ANO	MESES												NÚMERO DE DOSES SUPERVISIONADAS																						
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	13º	14º	15º	16º	17º	18º	19º	20º	21º	22º	23º
1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CADASTRO DOS CONTRATOS INTRADOMICILIARES

Nº	NOME DOS COMUNICANTES INTRADOMICILIARES	IDADE	TEMPO RES. SP	AVALIAÇÃO					CICATRIZ DE BCG	BCG 1º (mês/ano)	
				ANO	ANO	ANO	ANO	ANO			
1									SIM	NÃO	/
2									SIM	NÃO	/
3									SIM	NÃO	/
4									SIM	NÃO	/
5									SIM	NÃO	/
6									SIM	NÃO	/
7									SIM	NÃO	/
8									SIM	NÃO	/
9									SIM	NÃO	/
10									SIM	NÃO	/

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

ANO AVALIAÇÃO { NL - NORMAL AD - ADOCEU } ALTA NC - NÃO COMPARECEU

CICATRIZ MARCAR COM UM X EX.: SIM NÃO

BCG ANOTAR MÊS E ANO

Anexo XIV - Boletim de acompanhamento de hanseníase



República Federativa do Brasil
 Ministério da Saúde
 SES -

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

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

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

CO : Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)
 AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado ET: Esquema Terapêutico Atual
 NC: Número de Contatos Examinados ND: Número de Doses recebidas
 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 substitutos
 Tipo de Saída: 1 – Cura 2 – Transf p/ mesmo município 3 – Transf p/ outro município 4 – Transf p/outro Estado 5 – Transferência para outro País 6 – Óbito 7 – Abandonado 8 – Erro diagnóstico

Anexo XV - Graus de incapacidades físicas em hanseníase e condutas



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase

GRAUS DE INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE E CONDUTAS

GRAUS 0, 1 E 2	ORIENTAÇÕES GERAIS: - Orientar paciente e familiar sobre a doença; - Avaliar e monitorar a função neural periodicamente (anexo); - Realizar orientações e práticas sobre autocuidado. Encaminhar para as especialidades quando necessário.	
	NEURITES E REAÇÕES: - Na suspeita de neurites e reações encaminhar para médico da referência e especialidades; - Orientar diminuição da sobrecarga neural e reavaliar com mais frequência; - Na confirmação de neurite imobilizar ou encaminhar. Não realizar exercícios no período reacional.	
GRAU	COMPROMETIMENTO	CONDUTA
GRAU 0	Sem comprometimentos em olhos, mãos e pés Força muscular = grau 5	Avaliar condição da pele, orientar hidratação e lubrificação. Seguir orientações dos quadros acima.
GRAU 1	OLHOS: diminuição ou perda da sensibilidade córnea (toque do fio dental)	Orientar sobre auto inspeção, não coçar, não esfregar, usar óculos de proteção diurno e noturno, uso de chapéu ou boné de aba larga.
	MÃOS: Perda da sensibilidade protetora, não sente monofilamento lilás - 2g	Avaliar condição da pele, orientar hidratação e lubrificação 2x dia. Cuidados com objetos perfuro-cortantes, produtos químicos e altas temperaturas. Realizar orientações e adaptações necessárias em todas as atividades para evitar lesões.
	Diminuição da força muscular = grau 4 ou 3	Monitorar função, na ausência da neurite orientar exercícios.
	PÉS: Perda da sensibilidade protetora, não sente monofilamento lilás - 2g	Avaliar condição da pele, orientar hidratação e lubrificação 2 x dia. Inspeção diária do pé e calçado, uso de meias de algodão, orientar sobre riscos e cuidados. Solicitar palmilhas e/ou calçados.
	Diminuição da força muscular grau = 4 ou 3	Monitorar função, na ausência da neurite orientar exercícios.
GRAU 2	OLHOS: Em todas as deficiências visíveis	Orientar inspeção diária, lubrificação, uso de óculos de proteção e de sol, não coçar, não esfregar.
	Catarata, Iridociclite, opacidade corneana, Ectrópio, Entrópio	Encaminhar para médico da UR e oftalmologista.
	Triquíase	Retirada do cílio, inspeção diária e orientação.
	Lagoftalmo (<= 5 mm) Lagoftalmo (> 5 mm)	Venda noturna e exercícios; Cirurgia
	Acuidade visual < 0,1 (não conta dedos a 6 m)	Encaminhar para oftalmologista e reabilitação.
	MÃOS e PÉS: Deficiências visíveis: atrofia, garras, contraturas, mão caída, pé caído, força muscular grau = 2 ou 1 ou 0.	Inspeção, hidratação e lubrificação diários. Na ausência de neurite: reabilitação, exercícios, adaptações, órteses. Palmilhas e calçados sob medida.
SEM classificação de Grau	NARIZ: Ressecamento Feridas ou desabamento de septo OLHOS: Teste de Schirmer = < 10mm em 5 minutos	Lavar o nariz 3 a 4 x ao dia, evitar retirar cascas com dedo ou objetos. Encaminhar para médico da UR e otorrino. Auto inspeção, piscar com frequência e lubrificação com colírio conforme orientação médica.

Anexo XVI - Protocolo complementar dos casos diagnosticados com grau 2 de incapacidades físicas



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase

Protocolo Complementar dos Casos Diagnosticados com Grau 2 de Incapacidades Físicas

(identificação unidade de saúde)

IDENTIFICAÇÃO:

1 - Nome/nome social: _____ DN.: ____/____/____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo

Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

SINAN: _____ Cartão SUS nº _____ Data do Diagnóstico: ____/____/____

Forma Clínica: _____

2 - Unidade de Saúde: _____ Data: ____/____/____

3 - Dados do profissional responsável pela investigação:

Nome Completo: _____

Categoria Profissional: _____ Registro no Conselho: _____

Tel: _____ E-mail: _____

INCAPACIDADE FÍSICA:

4 - Qual a condição clínica para atribuição do GIF 2: (especificar a incapacidade encontrada na ANS)

1ª Avaliação - **até 1 mês após a data do diagnóstico**: Data: _____

OLHOS: grau: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____

MÃOS: grau: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____

PÉS: grau: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____

2ª Avaliação - **até 1 mês após a 1ª Avaliação**: Data: _____

OLHOS: grau: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____

MÃOS: grau: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____

PÉS: grau: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____

CONDUTAS E ENCAMINHAMENTOS:

5 - Instituído Plano de Cuidado para o paciente? **(marcar X em apenas uma resposta)**

() Sim () Não () Sem informação

6 - O paciente foi encaminhado para reabilitação? () Sim () Não

Se sim, qual local? _____

Está em acompanhamento no local acima citado? () Sim () Não

Se não, por quê? _____

INVESTIGAÇÃO DO DIAGNÓSTICO TARDIO/ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO

Perguntar ao paciente:

7 - Local de Nascimento (Cidade/Estado): _____

Quanto tempo morou neste local? _____

8 - Município atual de residência: _____

Há quanto tempo mora no atual endereço? _____

9 - Outros locais de residência (Bairros, Município ou Estados) _____

Quanto tempo morou nesses locais _____

10 - Procurou outros serviços de saúde antes do diagnóstico de Hanseníase? () sim () não

Se sim, especificar quais:

Unidade de Saúde	Município:
1	
2	
3	

11 - Qual o possível motivo do diagnóstico tardio? **(marcar X em apenas uma resposta)**

() demora em procurar ou da família em trazer o paciente para a unidade de saúde

() dificuldade no acesso a consulta na unidade

() profissionais não suspeitaram de hanseníase

() sem informação

12 - Você preferiria que as pessoas não soubessem que você tem hanseníase?

(marcar X em apenas uma resposta)

() Sim () Não () Sem informação

13 - Alguma vez te pediram para se manter afastado(a) das suas atividades (trabalho, escola ou grupo social) por conta da hanseníase? **(marcar X em apenas uma resposta)**

() Sim () Não () Sem informação

Os originais de todos os documentos deverão ser anexados no prontuário do paciente (Formulário Protocolo GII, Fichas da Avaliação Neurológica Simplificada, Termo de Consentimento e Autorização de Uso de Imagem). Encaminhar uma cópia dos documentos pelo e-mail do PMCH (proghansen@prefeitura.sp.gov.br), no formato PDF ou JPEG.

Fotos das incapacidades poderão ser solicitadas. Para tanto, será NECESSÁRIA a autorização prévia do paciente ou responsável legal (TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM assinado).

Programa Municipal de Controle da Hanseníase

**TERMO DE CONSENTIMENTO E
AUTORIZAÇÃO DO USO DE IMAGEM**

O PACIENTE: _____,

CPF: _____, de forma livre, espontânea e informada, AUTORIZA, expressamente, a utilização, sem qualquer tipo de ônus (inclusive financeiro), remuneração ou indenização das imagens colhidas na avaliação de hanseníase realizada por profissional de saúde, por meio de fotografia do seu caso clínico, para serem utilizadas com a finalidade de subsidiar as condutas terapêuticas e encaminhamentos que serão prescritos, ficando resguardado o dever de sigilo profissional. As imagens serão tratadas nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados e o dado pessoal sensível será tratado somente pelos profissionais de saúde envolvidos pela assistência do paciente com o único objetivo de reabilitar o paciente.

São Paulo, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do paciente (maior de idade) ou responsável legal.

Se responsável legal, informe o nome completo e CPF abaixo:

Nome: _____

CPF: _____

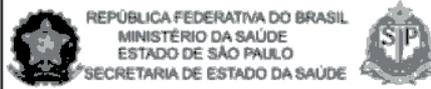
Anexo XVII - Plano de cuidado para grau 2 de incapacidade física

PLANO DE CUIDADO PARA O GRAU 2 DE INCAPACIDADE FÍSICA		
<p>Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: OLHOS: Lagoftalmo , Ectrópio, Triquíase, Opacidade corneana, E/OU Acuidade visual < 0,1 (Tabela logarítmica) de 3 metros ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas; MÃOS: Garras, Reabsorção óssea, Atrofia muscular, Mão caída, Lesões tróficas, Lesões traumáticas; PÉS: Garras, Reabsorção óssea, Atrofia muscular, Pé caído, Lesões tróficas, Lesões traumáticas.</p>		
X	ACHADOS	CONDUTAS
	LAGOFTALMO	Prescrever colírio e óculos Orientar e demonstrar autocuidado, exercícios, lubrificar com colírio e usar óculos de proteção noturno e diurna Encaminhar para cirurgia de reabilitação Fazer acompanhamento
	ECTRÓPIO	Prescrever colírio e óculos Orientar e demonstrar autocuidado, exercícios, lubrificar com colírio e usar óculos de proteção noturno e diurna Encaminhar para cirurgia de reabilitação Fazer acompanhamento
	TRIQUÍASE	Orientar e demonstrar 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 cirurgia de reabilitação
	OPACIDADE CORNEANA	Encaminhar ao oftalmologista
	ACUIDADE VISUAL < 0,1	Encaminhar ao oftalmologista
	GARRAS EM MÃOS	Orientar e demonstrar autocuidado Fazer exercícios e alongamento Prescrever órtese dinâmica diurna e noturna Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa Encaminhar para cirurgia de reabilitação Realizar pré e pós-operatório de terapia física
	REABSORÇÃO ÓSSEA	Orientar e demonstrar autocuidado Fazer exercícios Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa
	ATROFIA MUSCULAR	Orientar e demonstrar autocuidado Fazer exercícios
	MÃO CAÍDA	Avaliar condição neural: em caso de neurite, prescrever corticoide Orientar e demonstrar 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 demonstrar 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 TRAUMATICAS	<p>Orientar e demonstrar autocuidado</p> <p>Fazer curativo</p> <p>Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa</p>
GARRAS EM PÉS	<p>Orientar e demonstrar autocuidado</p> <p>Prescrever exercícios e alongamento</p> <p>Prescrever, confeccionar e usar órteses plantar</p> <p>Prescrever calçado adequado</p> <p>Encaminhar para cirurgia de reabilitação</p> <p>Realizar pré e pós-operatório de terapia física</p> <p>Fornecer muletas para o pós-operatório</p>
REABSORÇÃO ÓSSEA	<p>Orientar e demonstrar autocuidado</p> <p>Fazer exercícios</p> <p>Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa</p> <p>Prescrever, confeccionar e usar órteses plantar</p> <p>Prescrever calçado adequado</p>
ATROFIA MUSCULAR	<p>Orientar e demonstrar autocuidado</p> <p>Fazer exercícios</p>
PÉ CAÍDO	<p>Avaliar condição neural: em caso de neurite, prescrever corticoide</p> <p>Orientar e demonstrar autocuidado</p> <p>Prescrever exercícios e alongamento</p> <p>Prescrever aparelho dorsiflexor para uso diurno</p> <p>Órtese de gesso para uso noturno para manter o alongamento</p> <p>Encaminhar para cirurgia de reabilitação</p> <p>Realizar pré e pós-operatório de terapia física</p> <p>Fornecer muletas para o pós-operatório</p>
CONTRATURA	<p>Orientar e demonstrar autocuidado</p> <p>Fazer exercícios e alongamento</p> <p>Prescrever órtese diurna e noturna</p> <p>Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa</p>
LESÕES TROFICAS E OU LESÕES TRAUMATICAS	<p>Orientar e demonstrar autocuidado</p> <p>Fazer curativo</p> <p>Prescrever e confeccionar adaptações para as atividades de vida diária e laborativa</p> <p>Prescrever, confeccionar e usar órteses plantar</p> <p>Prescrever calçado adequado</p> <p>Lesão sem regressão: úlceras profundas; infectada em suspeita de osteomielite solicitar RX do pé</p> <p>Encaminhar para cirurgia</p> <p>Fornecer muletas para o pós-operatório</p>

FONTE: CGDE/MS

Anexo XVIII - Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos - PCID <15



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



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

1 - Unidade de Saúde: _____

2 - Município: _____ 3 - UF: _____

4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____

6 - Nome da Mãe: _____

7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos

9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____

11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____

12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?

Menos de 6 meses
 De 6 meses há 1 ano
 Mais de 1 ano

13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual?
 Não Sim

Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família?
 Não Sim Quantas? _____

15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família?
 Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____

17 - Tipos/características de lesões:

Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s)
 c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele
 c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Placas eritematomatosa com bordas elevadas
 c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade
 Nódulos/pápulas
 Infiltração
 Outras (especificar): _____

18 - Cicatriz de BCG:
 Nenhuma Uma Duas ou mais

19 - Existem áreas com rarefação de pelo?

não sim Onde? _____

20 - Existem nervos acometidos?

não sim Quantos? _____

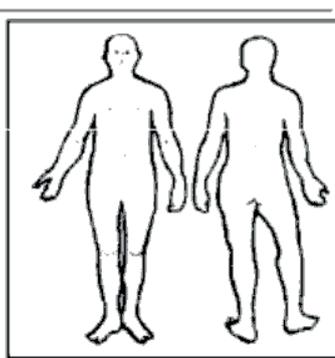
21 - Teste de Histamina:

não realizado realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Açuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído Contratura do tornozelo		



24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase?
 não sim

25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional:
 PB MB

26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____

27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
 SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS

Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos

28- Qual a categoria profissional do funcionário que realizou a avaliação de incapacidade:

Mão e Pé : _____ Olho: _____

29- Os pais ou responsável foram orientados quanto a prevenção de incapacidades? () Sim () Não

30- Qual a categoria profissional do funcionário que fez a orientação: _____

31- Teve ou tem contato com doente de Hanseníase? () Sim () Não

Nome: _____ Nº Sinan: _____

32- Tipo de contato: (parente, vizinho, outros: mencionar) _____

33- Nº de Contatos Registrados: ()

34- Nº de Contatos Examinados: ()

Nº	Nome do Contato	Idade	Parentesco ou outro tipo de contato	Data da Avaliação Dermat. (Mês/Ano)	Resultado Avaliação D.Neurol 1- Sadio 2- Doente 3- Em Invest.	Tratamento Anterior 1- Completo 2- Incompl. 3- Não Tratou	Dose BCG	
							1ª dose (Mês/Ano)	2ª dose (Mês/Ano)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Nome do Responsável pelo Preenchimento: _____

Categoria Profissional: _____

Data: ____/____/____

Anexo XIX - Relatório de Incidente Crítico – IIC



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - CVE
DIVISÃO TÉCNICA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HANSENÍASE



CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
"Prof. Alexandre Vranjac"

PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTE CRÍTICO - IIC

IDENTIFICAÇÃO - PACIENTE		
Nome do paciente (sem abreviação):		
Data de nascimento: ____/____/____	Idade: _____ anos	Nº SINAN: _____
Sexo: () Masculino () Feminino		
Nome da Mãe (s/ abreviação):		
Nome do Pai (s/ abreviação):		
Endereço:		
Escola:		
DADOS DO PACIENTE – UNIDADE DE SAÚDE		
Unidade de origem:		
Telefone da unidade ou SMS:		
Profissional Responsável pelo Preenchimento:		
Nº Conselho:		
Data do diagnóstico: ____/____/____		
Forma Clínica: () I () T () D () V		
Classificação Operacional: () PB () MB		
Incapacidade (Grau 0, I ou II): () Olho Direito () Olho Esquerdo _____ () Mão Direita () Mão Esquerda _____ () Pé Direito () Pé Esquerdo _____		
Existe outro caso na família:		
Qual foi a primeira manifestação da doença? _____		
Quando notou? _____ Quem notou? _____		
O que foi feito em relação a isso:		
Nada. Por quê? _____		
Procurou um médico particular, quando e por que motivo? _____		
Qual foi o tratamento administrado? _____		
Quanto dinheiro gastou? _____		
Qual foi a resposta ao tratamento? _____		
Por que a criança não foi levada a estabelecimento de saúde público? _____		
Procurou o estabelecimento de saúde público, quando e por que motivo? _____		



Em relação à incapacidade:

Quando Notou a Incapacidade? _____

O que foi feito em relação a isso:

Nada. Por quê? _____

Procurou um médico particular, quando e por que motivo? _____

Qual foi o tratamento administrado? _____

Quanto dinheiro gastou? _____

Qual foi a resposta ao tratamento? _____

Por que a criança não foi levada a estabelecimento de saúde público? _____

Procurou o estabelecimento de saúde público, quando e por que motivo? _____

Perguntar ao pai ou mãe:

Em sua opinião, qual é a doença da criança? _____

Em sua opinião, qual é a causa da incapacidade? _____

Como a criança foi identificada?

() Durante consulta no estabelecimento de saúde

() Pelo profissional de saúde durante consulta de rotina

() Pelo profissional de saúde durante levantamento geral

() Pelo profissional de saúde durante campanha

() Pelo enfermeiro da unidade de abrangência

() Pelo profissional de saúde durante levantamento escolar

() Outros, especifique _____

Em relação à Unidade de saúde:

Acessibilidade de estabelecimento de saúde no lugar da residência da criança:

() Fácil acesso () Dificil acesso

Distância em Km: _____

Disponibilidade de meios de transporte: () Sim () Não

Qual utiliza para chegar a unidade? _____

Disponibilidade diária de serviços de PQT:

() Sim () Não () Dias específicos

Quem é responsável pelo diagnóstico e manejo da hanseníase na Unidade: _____

Capacidade de manejo: _____



Situação de treinamento:

Quantos casos de hanseníase foram diagnosticados no último ano: _____

Quantos deles com:

Grau 0 () Grau I () Grau II () Não avaliado ()

Quantos casos de crianças foram diagnosticados no último ano: _____

Quantos deles com incapacidade:

Grau 0 () Grau I () Grau II () Não avaliado ()

Dispõe de registro e relatórios: () Sim () Não

Dispõe de estoque de medicamentos para PQT: () Sim () Não

Dispõe de esteróides: () Sim () Não

Dispõe de material para educação em saúde: () Sim () Não

Dispõe de diretrizes de manejo de pacientes com hanseníase: () Sim () Não

Alguma atividade de informação, educação e comunicação – IEC na área de interesse nos últimos 6 meses: () Sim () Não

Alguma visita de técnicos da SES no último ano: () Sim () Não

Há escola na área: () Sim () Não

Houve algum levantamento escolar no último ano: () Sim () Não

Houve alguma outra atividade de detecção de casos na área: () Sim () Não

Qual é o principal método de detecção de casos de hanseníase na área: _____

Em caso de dúvida, para onde o paciente é encaminhado para manejo? _____

Em relação à comunidade:

Há conscientização sobre hanseníase na comunidade (realizar entrevista de algumas pessoas da área): _____

Onde as pessoas buscam tratamento quando doentes e por que? _____

O que eles pensam sobre os serviços oferecidos na saúde municipal? _____

Problemas identificados, com evidências:

Ações sugeridas:

Nome, cargo e assinatura dos membros da equipe:

Anexo XX - Relatório de visita domiciliar de hanseníase – RVD e instruções de preenchimento



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SECRETARIA
DA SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE - RVD INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

PARA A REALIZAÇÃO DA VD:

A UVIS é responsável pela Visita Domiciliar, deve verificar se a autorização de VD foi assinada pelo paciente, sendo esta informada na notificação do SINAN no campo observação.

Para a realização da VD, a UVIS deve levar:

- Cópia da ficha de notificação e investigação do SINAN, com informação sobre o consentimento da VD, data de diagnóstico, data de notificação e nº do SINAN.
- Um modelo do Relatório de Visita Domiciliar (RVD) com os campos da identificação preenchidos, para facilitar o preenchimento no ato da VD.

PLANILHA 1:

Identificação de caso índice e Contatos Intradomiciliares:

- Dados do caso índice, sua residência (R1) e seus contatos intradomiciliares.
- As datas de diagnóstico, data de notificação e número do SINAN devem ser preenchidos antes da VD.
- UNIDADE DE RESIDÊNCIA é a unidade responsável pela área de residência e conseqüentemente pela realização da VD, juntamente com a UVIS.
- UNIDADE DE TRATAMENTO é a Unidade de Referência onde o paciente foi notificado e que faz o seu acompanhamento e tratamento.
- TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VD deve ser preenchido antes da realização da VD.
- Registrar data da VD realizada. Se a VD foi feita, mas não se conseguiu entrevistar o paciente ou familiar, datar e justificar.
- Preencher a relação dos residentes na R1, incluindo o caso índice, com as informações constantes nas colunas: idade, grau de parentesco, local de nascimento (Município e Estado) há quanto tempo reside no município de SP, se tem ou já teve hanseníase, devendo ser preenchida a **Planilha 3** para os casos afirmativos.
- Preencher as informações da avaliação clínica de cada contato **realizada pela Unidade de Referência ou pelo médico da unidade que fez a VD** e o resultado desta avaliação, se descartado ou suspeito. Os contatos considerados suspeitos no exame realizado nas UBS deverão ser agendados na Unidade de Referência para confirmação ou descarte e relacionados na **Planilha 3**. Registrar a aplicação da BCG **após avaliação clínica** nos contatos assintomáticos (descartados).

No final da planilha informar as justificativas para o preenchimento inadequado ou incompleto. Informar nomes dos responsáveis pela VD da Unidade de Saúde e da UVIS.

PLANILHA 2:

Identificação de outras residências do município de São Paulo em que morem contatos do caso índice (R2, R3, R4, etc):

- Preencher uma planilha para cada residência com o endereço da mesma, Unidade de Saúde e UVIS responsável pela VD. Registrar data da VD realizada.
- Se a VD foi feita, mas não se conseguiu entrevistar os moradores, datar e justificar.
- Preencher a relação dos residentes nas outras R, com as informações constantes nas colunas: idade, grau de parentesco, local de nascimento, há quanto tempo reside no município de SP, se tem ou já teve hanseníase, devendo ser preenchida a **Planilha 3** para os casos afirmativos.
- Preencher as informações da avaliação clínica de cada contato **realizada pela Unidade de Referência ou pelo médico da unidade que fez a VD** e o resultado desta avaliação, se descartado ou suspeito. Os contatos considerados suspeitos no exame realizado nas UBS deverão ser agendados na Unidade de Referência para confirmação ou descarte e relacionados na Planilha 3. Registrar a aplicação da BCG **após avaliação clínica** nos contatos assintomáticos (descartados).

Quando houver o encaminhamento para realização de VD de contatos residentes em áreas de

responsabilidade de outras UVIS, estas devem seguir as mesmas orientações e enviar as planilhas preenchidas para a UVIS de origem.

No final da planilha informar as justificativas para o preenchimento inadequado ou incompleto. Informar os nomes dos responsáveis pela VD da Unidade e da UVIS.

PLANILHA 3:

CONTATOS IDENTIFICADOS COMO SUSPEITOS pela Unidade que realizou a VD:

- Preencher a relação dos nomes desses contatos, a Unidade de Referência para a qual foram encaminhados e o resultado desta avaliação. Registrar o nº do SINAN dos casos confirmados. O encerramento destas informações compete a UVIS responsável pela VD.

CONTATOS QUE TEM OU TIVERAM HANSENÍASE (mesmo moradores de outros municípios, mas que foram contatos do paciente):

- Nesta relação devem estar indicadas as possíveis fontes de infecção.
- Preencher as colunas com as informações obtidas: local de nascimento e de residência atual, local e data de tratamento, tempo e tipo de convivência com o caso índice.

CONTATOS RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS OU ESTADOS:

- Relacionar aqui os contatos do paciente relatados na VD e autorizados pelo paciente para serem informados e investigados em seus municípios e locais de residência.
- Em cada linha é suficiente registrar apenas o nome do responsável pela residência e seu grau de parentesco com o paciente. Importante obter o máximo possível de informações sobre o endereço destes contatos, como nome do local, nº, município, estado, e inclusive telefone ou celular.

PLANILHA 4:

CONCLUSÕES:

IDENTIFICAÇÃO DA FONTE DE INFECÇÃO:

- Identificação e registro da possível fonte de infecção e o grau de parentesco com o caso índice.

CONTATOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:

- IDENTIFICADOS – Total de contatos levantados nas VD.
- EXAMINADOS – Total de contatos que passaram por avaliação clínica pelo médico da UR ou da UBS responsável pela VD.
- SUSPEITOS – Total de contatos examinados e que foram considerados suspeitos pelo médico da UR ou da UBS responsável pela VD.
- CONFIRMADOS – Total de contatos que foram confirmados como doentes após a avaliação pelas Unidades de Referência.

PENDÊNCIAS:

- Registrar as informações pertinentes à investigação dos contatos e as pendências que permaneceram, como endereços, avaliação de alguns contatos, vacinação com BCG, retorno de outras UVIS, etc.

OBSERVAÇÕES E RELATOS:

- Para registro de informações consideradas interessantes ou indispensáveis obtidas na VD pelos entrevistadores da UBS ou da UVIS.

ENCERRAMENTO DO RELATÓRIO:

- Registrar a desistência da resolução das pendências após 3 tentativas sem resultados.
- Registrar a data do encerramento do relatório e o nome do responsável que realizou a VD.

ENCAMINHAMENTO DO RELATÓRIO:

- **O relatório de visita domiciliar deve ser encerrado e encaminhado para o PMCH em até 3 meses da data da realização da VD.**
- **Enviar os relatórios de VD para o PMCH por e-mail, para proghansen@prefeitura.sp.gov.br.**
- **Enviar cópia do relatório para a Unidade de Referência responsável pelo caso índice.**

Programa Municipal de Controle da Hanseníase
PLANILHA 1 - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE

Nº Residência: R 1 _____ Quantos moradores nessa residência? _____

(identificação unidade de saúde)

Caso índice -

Nome/nome social do paciente: _____

Diagnóstico: _____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena - Data da notificação: ____/____/____

Nº SINAN: _____ Endereço: _____ Bairro: _____

DA: _____ Município: _____ Telefone: _____

Unidade de Saúde de residência: _____ UVIS de residência: _____

Unidade de Saúde de tratamento: _____ UVIS de tratamento: _____

Termo de consentimento para realização de VD - SINAN: Para todos os endereços e contatos () Somente em seu domicílio () Não autorizada VD ()
VD realizada? () Sim () Não - Se não realizada, qual o motivo? _____ Data da VD realizada: ____/____/____

Caso índice (paciente)	Nome	Idade (em anos)	Grau de parentesco	Índice	Município e Estado de nascimento	Há quanto tempo mora no MSP? (em anos)	Tem ou já teve Hanseníase? Sim/Não. Se sim, preencher planilha 3	Avaliação Clínica						
								Realizada? Sim/Não	Nome da Unidade de Saúde	Descartado	Suspeito (preencher Planilha 3)	BCG após avaliação Sim/Não		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														

Preencher uma planilha para cada residência do município de São Paulo onde morem contatos do caso índice.

Contatos que tem ou já tiveram hanseníase devem ser considerados como possíveis fontes de infecção - **transportar para Planilha 3.**

Contatos considerados suspeitos no exame clínico pelas UBS devem ser encaminhados às Unidades de Referência para confirmação - transportar para Planilha 3.

OBS: Justificar devolução sem o preenchimento adequado: _____

Nome de quem realizou a VD: _____ da Unidade de Saúde: _____

Programa Municipal de Controle da Hanseníase PLANILHA 2 - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE

Nº Residência: R _____ Nº SINAN: _____

Caso índice -

Nome/nome social do paciente: _____ Diagnóstico: _____

Sexo: () Masc. () Femín. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena - Data da notificação: ____/____/____

Endereço desta R: _____ Bairro: _____ DA: ____/____/____

Município: _____ Telefone: _____

Unidade de Saúde de residência: _____ UVIS de residência: _____

Termo de consentimento para realização de VD - SINAN: Para todos os endereços e contatos () Somente em seu domicílio () Não autorizada VD ()
VD realizada? () Sim () Não - Se não realizada, qual o motivo? _____ Data da VD realizada: ____/____/____

	Nome	Idade (em anos)	Grau de parentesco	Município e Estado de nascimento	Há quanto tempo mora no MSP? (em anos)	Tem ou já teve Hanseníase? Sim/Não. Se sim, preencher planilha 3	Avaliação Clínica			
							Realizada? Sim/Não	Nome da Unidade de Saúde	Descartado	Suspeito (preencher Planilha 3)
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										

Preencher uma planilha para cada residência do município de São Paulo em que residem os contatos do caso índice.

Contatos que tem ou já tiveram hanseníase devem ser considerados como possíveis fontes de infecção - **transportar para Planilha 3.**

Contatos considerados suspeitos no exame clínico pelas UBS devem ser encaminhados às Unidades de Referência para confirmação - transportar para Planilha 3.

OBS: Justificar devolução sem o preenchimento adequado: _____

Nome de quem realizou a VD: _____ da Unidade de Saúde: _____

(Identificação unidade de saúde)

Programa Municipal de Controle da Hanseníase
PLANILHA 3 - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE

(identificação unidade de saúde)

CONTATOS IDENTIFICADOS COMO SUSPEITOS pela Unidade que realizou a VD

Nome	Grau de parentesco com o caso índice	Unidade de referência	Resultado da avaliação na Unidade de Referência			
			Confirmado	Nº do SINAN	Descartado	Aguarda resultado
1						
2						
3						

INVESTIGAÇÃO DA FONTE DE INFECÇÃO

CONTATOS QUE TEM OU TIVERAM HANSENÍASE (dentro ou fora do município de São Paulo)

Nome	Grau de parentesco com o caso índice	Município e Estado de nascimento	Município e Estado de residência atual	Local de tratamento	Ano de tratamento	Quando e quanto tempo de convivência com o caso índice
1						
2						
3						
4						
5						

CONTATOS RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS OU ESTADOS

Nome	Grau de parentesco	Endereço completo (Bairro, Município, Estado, Telefone)	Data de envio para outros Municípios ou Estados pelo DVE
1			
2			
3			
4			
5			

OBS: Justificar devolução sem o preenchimento adequado: _____

Programa Municipal de Controle da Hanseníase
PLANILHA 4 - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE

(identificação unidade de saúde)

CONCLUSÕES

IDENTIFICAÇÃO DA FONTE DE INFECÇÃO

Foi detectada a possível fonte de infecção para o caso índice? () Sim () Não

Quem são ou foram essas possíveis fontes de infecção? Grau de parentesco:

Nº DE CONTATOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

IDENTIFICADOS: () EXAMINADOS: ()

SUSPEITOS: () CONFIRMADOS: ()

PENDÊNCIAS (ex.: Endereços de outros contatos, contatos suspeitos aguardando avaliação na UR, vacinação, etc.):

OBSERVAÇÕES E RELATOS IMPORTANTES OBTIDOS NA VD:

Fez no mínimo 3 tentativas para resolução das pendências antes do encerramento: () Sim () Não

ENCERRAMENTO DO RELATÓRIO DE VD

UVIS: _____ DATA: ____/____/____

UVIS: _____ DATA: ____/____/____

Anexo XXI - Relação de casos novos em hanseníase/locais sem obtenção diagnóstica/mensal



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA
DA SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase Relação de casos novos em Hanseníase/ locais sem obtenção diagnóstica/MENSAL

(identificação unidade de saúde)

Nome/nome social do paciente: _____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

SINAN: _____ Data do Diagnóstico: ____/____/____

Local	Município:
1	
2	
3	

Nome/nome social do paciente: _____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

SINAN: _____ Data do Diagnóstico: ____/____/____

Local	Município:
1	
2	
3	

Nome/nome social do paciente: _____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

SINAN: _____ Data do Diagnóstico: ____/____/____

Local	Município:
1	
2	
3	

Responsável pelo preenchimento: _____

Data: ____/____/____

Unidade de referência: _____

UVIS: _____

Anexo XXIII - Cronograma de relação dos profissionais participantes



Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase
Campanha Hanseníase - ANEXO XXIII
Treinamento: "Orientação Técnica para Suspeição e Ações de Controle da Hanseníase"
Cronograma e Relação dos Profissionais Participantes

CRS: _____ UVIS: _____

Unidade de Referência: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

Data: ____/____/____
Unid. de Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

II - ATIVIDADES EDUCATIVAS DE BUSCA ATIVA PARA A POPULAÇÃO E INSTITUIÇÕES

TIPO ATIVIDADE	Nº pessoas interrogadas
Busca ativa na unidade (com USUÁRIOS)	
Busca ativa em Instituições? Quais?	
Busca ativa em Visitas Domiciliares	
Outras atividades - Quais?	
Total	

III - TREINAMENTOS REALIZADOS PARA PROFISSIONAIS NA PRÓPRIA UNIDADE DE SAÚDE

Nº de participantes por categoria					Total
Med.	Enf.	Téc. Enf.	ACS	Outros	

IV - MATERIAL EDUCATIVO

Quantificar o material educativo recebido e quanto foi utilizado nas atividades da Campanha.

TIPO DE MATERIAL	RECEBIDOS	UTILIZADOS	NÃO UTILIZADOS
Album Seriado			
Banners			
Folhetos para População			
Folhetos para Profissionais			
Outros			

V - COMENTÁRIOS:

Pontos positivos:
Pontos negativos:
Sugestões:

PREENCHIDO POR: _____ DATA ____/____/____.

OBS: Este relatório deverá ser preenchido ao término das atividades de Campanha e enviado à UVIS

II - ATIVIDADES EDUCATIVAS DE BUSCA ATIVA:

TIPO ATIVIDADE	Nº pessoas interrogadas
Busca ativa na unidade (com USUÁRIOS)	
Busca ativa em Instituições? Quais?	
Busca ativa em Visitas Domiciliares	
Busca ativa de contatos dos últimos 02 anos	
Outros	
Total	

III - TREINAMENTOS REALIZADOS

A - Capacitação de MULTIPLICADORES das Unidades de Saúde:

Para médicos e enfermeiros responsáveis pela organização das atividades de Campanha e Sensibilização dos funcionários nas UBS e médicos das UBS que serão os responsáveis pela avaliação médica dos sintomáticos identificados nas busca ativa.

Nº de participantes por categoria		
MED.	ENF.	TOTAL

B - Sensibilização dos profissionais da própria Unidade de Referência:

Nº de participantes por categoria					Total
Med.	Enf.	Téc. Enf.	ACS	Outros	

C - Outras atividades de sensibilização para profissionais realizadas com participação da UR:

Med.	Enf.	Téc. Enf.	ACS	Outros	Total

IV - MATERIAL EDUCATIVO

Quantificar o material educativo recebido e quanto foi utilizado nas atividades da Campanha.

TIPO DE MATERIAL	RECEBIDOS	UTILIZADOS	NÃO UTILIZADOS
Album Seriado			
Banners			
Folhetos para População			
Folhetos para Profissionais			
Outros			

V - COMENTÁRIOS:

Pontos positivos:
Pontos negativos:
Sugestões:

PREENCHIDO POR: _____ DATA ____/____/____.

OBS: Este relatório deverá ser preenchido ao término das atividades de Campanha e enviado à UVIS

II - ATIVIDADES REALIZADAS PELA(S) UNIDADES DE REFERÊNCIA

A - TRIAGEM DOS CASOS SUSPEITOS

A 1. Nas Unidades

Unidade de Referência	Número de casos suspeitos			Avaliação de casos suspeitos				Não avaliado **
	Da própria Unidade	* de outras UBS	Total	Descartados	Aguard. resultado	Confirma-dos	Total avaliado	
Total de casos								

* Estes valores devem ser iguais a somatória dos casos suspeitos relacionados pelas Unidades de Saúde e encaminhados para as Unidades de Referência.

A 2. Casos Confirmados por Forma Clínica

Nome do caso confirmado	Nº SINAN	Nº de casos por Forma Clínica				É contato de caso de hanseníase?	
		I	T	D	V	(SIM)	(NÃO)
1-							
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
Total de casos							

B. TREINAMENTOS REALIZADOS

B 1. - Capacitação de MULTIPLICADORES das Unidades de Saúde:

Para médicos e enfermeiros responsáveis pela organização das atividades de Campanha nas UBS, Sensibilização dos funcionários e triagem médica dos sintomáticos identificados nas atividades de busca ativa.

Unidade de Referência e/ou UVIS	Nº de profissionais		
	Med.	Enf.	Total
Total			

B.2 - Sensibilização dos profissionais das próprias Unidades de Referência.

Unidade de Referência	Nº de profissionais					
	Med.	Enf.	Téc. Enf.	ACS	Outros	Total
Total						

B.3 - Outras atividades de sensibilização para profissionais realizadas com participação da UR e/ou da UVIS:

Quem realizou	Med.	Enf.	Téc. Enf.	ACS	Outros	Total

B.4 Treinamento das Unidades de Saúde da área da Supervisão Técnica

Total de Unidades de Saúde da área:	
Nº Unidades de Saúde treinadas:	
Porcentagem de Unidades treinadas:	

III - ATIVIDADES EDUCATIVAS DE BUSCA ATIVA PARA A POPULAÇÃO

TIPO ATIVIDADE	Nº pessoas interrogadas*
Busca ativa na unidade (com USUÁRIOS)	
Busca ativa em Instituições? Quais?	
Busca ativa em Visitas Domiciliares	
Outras atividades - Quais?	
Total	

* Estes valores devem ser a somatória dos totais do ítem II (Atividades Educativas) dos relatórios das Unidades de Saúde, das Unid de Referência mais as atividades desenvolvidas pelas próprias UVIS.

IV - MATERIAL EDUCATIVO

Quantificar o material educativo recebido e quanto foi utilizado nas atividades da Campanha em toda região da UVIS.

TIPO DE MATERIAL	RECEBIDOS	UTILIZADOS	NÃO UTILIZADOS
Album Seriado			
Banners			
Cartazes			
Folhetos para População			
Folhetos para Profissionais			
Outros			

V - AVALIAÇÃO DA CAMPANHA e SUGESTÕES:

Reuniões de Planejamento realizadas no período pré-Campanha entre CRS, STS, UVIS e Gerências:
Quantas?
Na Campanha deste ano houve envolvimento de outras Instituições? Se sim, Quais?
ATIVIDADES DE MAIOR IMPACTO:
PONTOS POSITIVOS:
PONTOS NEGATIVOS:
SUGESTÕES:

PREENCHIDO POR: _____ DATA ____/____/____.

OBS: Este relatório deverá ser preenchido a partir das informações dos relatórios das Unidades e entregue ao PMCH.

Anexo XXVIII - Ficha de atendimento de investigação e suspeição de hanseníase



PREFEITURA DE
SÃO PAULO
SECRETARIA
DA SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



Programa Municipal de Controle da Hanseníase

FICHA DE ATENDIMENTO DE INVESTIGAÇÃO E SUSPEIÇÃO DE HANSENÍASE

(identificação unidade de saúde)

IDENTIFICAÇÃO:

Unidade: _____ Data: ____/____/____

Nome/nome social: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Local de Nascimento: _____

Sexo: () Masc. () Femin. () Intersexo - Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Estado Civil: _____ Profissão: _____

Escolaridade: _____ SUS: _____

ANAMNESE: Queixa: _____

Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas? _____

Já fez algum tratamento para a sintomatologia atual? Qual? _____

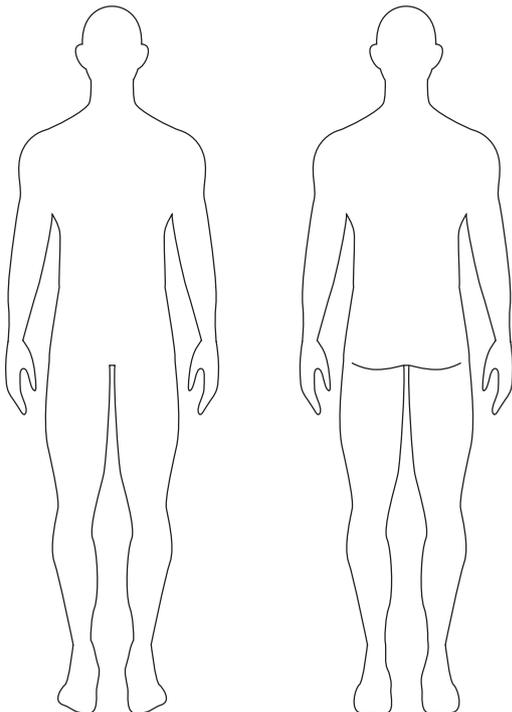
Antecedentes Pessoais: _____

Existe ou existiu doente de hanseníase na família: () Sim () Não

Antecedentes Familiares: _____

EXAME: Avaliar todo o corpo do paciente.

Desenhar manchas suspeitas e realizar o teste de sensibilidade tátil e térmica na mancha:



RESULTADO:

Quantidade de manchas suspeitas? _____

Existem alterações de sensibilidade? _____

Presença de nódulos? _____

Há queixas de alterações em membros inferiores ou superiores?

sensibilidade () ; força muscular () ; parestesias () ; dor neural () .

Descartado: () .

Encaminhado: () Unidade de Referência em atendimento da região.

Anexo XXX - Laudo para resultado teste rápido



MINISTÉRIO DA SAÚDE



Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

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

GVE	MUNICÍPIO
Nº CNES	UNIDADE DE SAÚDE
NOME DO CASO ÍNDICE	Nº SINAN

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome do usuário: _____	Sexo: Masc () Fem ()
Endereço: _____	Telefone: _____
Data da realização do exame: ____ } ____ j ____	Data de Nascimento: __ J __ j __
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.

Nº LOTE:

VALIDADE:

Responsável pelo laudo do teste
(assinatura e carimbo)

Anexo XXXI - Encaminhamento de pacientes de hanseníase ao CER, para reabilitação funcional, após avaliação neurológica simplificada na UR



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SECRETARIA
DA SAÚDE

Prefeitura da Cidade de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde



(identificação unidade de saúde)

Programa Municipal de Controle da Hanseníase

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DE HANSENÍASE AO CER, PARA REABILITAÇÃO FUNCIONAL, APÓS AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA NA UR

NOME/NOME SOCIAL: _____
TEL: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ SUS: _____
CPF: _____ SINAN: _____ SEXO: () MASC. () FEMIN. () INTERSEXO
RAÇA/COR: () BRANCA () PRETA () PARDA () AMARELA () INDÍGENA
UNIDADE SOLICITANTE: _____
MEDICAMENTOS EM USO: _____

RESULTADO DA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

DATA DA AVALIAÇÃO: ____/____/____
OLHOS: GIF: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____
MÃOS: GIF: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____
PÉS: GIF: 0 () ; 1 () ; 2 () Incapacidade encontrada: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO AO CER

OBSERVAÇÃO: ENCAMINHAR SOMENTE GIF 1 E 2 EM MMSS E MMII:

Incapacidade motora adquirida há menos de 6 meses com:
() Limitação na realização de AVD's () Alteração de marcha () Fraqueza Muscular
() Quadro agudo de neurite de membro superior – (confeção de órteses/imobilização)
() AVALIAÇÃO de OPM:
() Calçado () Palmilha () Órtese de Membros inferiores () Órtese de Membro superior

OBS: _____

_____/____/____
ASSINATURA/CARIMBO/DATA

CONTRARREFERÊNCIA

ATENDIDO NO CER: _____
CONDUTAS REALIZADAS: _____

_____/____/____
ASSINATURA/CARIMBO/DATA

(identificação unidade de saúde)

Ficha de Referência e Contrarreferência

Unidade de Referência: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Telefone: _____.

Serviço/Especialidade/Programa de Atividade:

Nome/nome social: _____

Idade: _____ Cartão SUS: _____

Sexo: () Masculino () Feminino () Intersexo

Raça/Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

Endereço: _____

Telefone: _____

Hipótese diagnóstica/Motivo do encaminhamento:

Exames e procedimentos realizados:

Data: ____/____/____ Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

Agendamento:

Consulta agendada dia: ____/____/____ às ____

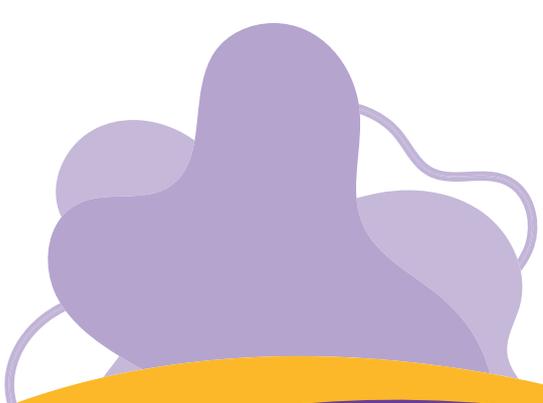
Relatório da Consulta: _____

Procedimentos a serem realizados: _____

Assinatura e carimbo do profissional







**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**