LEGISLAÇÃO SOBRE O CONTROLE DE DOENÇAS NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

LEGISLAÇÃO DE SAÚDE

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro da Saúde
Waldyr Mendes Arcoverde

Secretário Nacional de Programas Especiais de Saúde
Francisco de Paula Castro Neto

Diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
Aguinaldo Gonçalves

EQUIPE TÉCNICA

Aguinaldo Gonçalves
Archimedes Guimarães de Castro
Gerson Fernando Mendes Pereira
Neusa Nunes da Silva e Gonçalves

EQUIPE DE APOIO

Elenir Terezinha da Silva
Eustackilina Ramos de Souza
José Antonio de Moura
Maria do Céo Aquino
Maria Ester de Carvalho Pinto
Maria Ferreira Rocha
Maria Tereza Vieira de Souza
Yvonne Loureiro de Sá

Ministério da Saúde
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária

Legislação sobre o controle de doenças da área de dermatologia sanitária

Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1983

Série E: Legislação de Saúde, 1

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - Térreo
70058 Brasília, DF
Telefone: (061) 226-8286
Telex (061) 1752 e (061) 1251

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária.
Legislação sobre o controle de doenças da área de dermatologia sanitária / Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. — Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde , 1983.
36 p. : il. — (Série E: Legislação de Saúde, nº 1),

APRESENTAÇÃO

As ações de dermatologia sanitária, em âmbito nacional, vêm merecendo reoordenamento considerável. No âmbito organizacional interno do Ministério da Saúde, está ocorrendo sua inserção no Comitê de Doenças Transmissíveis e, no plano institucional mais amplo, maior aproximação com as ações da previdência social, além da articulação com outros segmentos importantes do setor saúde e da sociedade como um todo, sobretudo no que se refere a desenvolvimento de recursos humanos, ciência e tecnologia, qualificação gerencial e operacional. Tais novos desafios têm, decorrentemente, exigido a produção e revisão de pautas normativas.

É no bojo de tal processo que se insere esta publicação. Aqui se encontram os instrumentos legais de natureza técnica que, produzidos em diferentes momentos durante o último decênio, ainda se constituem nos documentos norteadores da ação da área, tendo sido ampliados ou aprofundados em diferentes oportunidades. Destarte, a Portaria Interministerial nº 1, de 26 de julho de 1978, estabelece as diretrizes para execução dos serviços básicos de saúde. Já a Portaria nº 165, de 14 de maio de 1976, estabelece a política de controle da hanseníase, cujas respectivas instruções para execução são apresentadas a seguir. A Portaria Interministerial nº 3, de 27 de outubro de 1978, constitui-se na pedra basilar das diretrizes de atuação Conjunta MS/MPAS no controle da hanseníase. A Portaria nº 22, de 18 de julho de 1978, normaliza o diagnóstico, tratamento e controle das doenças sexualmente transmitidas. A Portaria nº 5, de 7 de março de 1979, normaliza o diagnóstico, tratamento e controle da leishamniose. Por sua parte, a Portaria nº 6, de 7 de março de 1979, normaliza o diagnóstico, tratamento e controle do pênfigo foliáceo sul-americano (fogo selvagem).

Aguinaldo Gonçalves
Diretor
Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 3, DE 27 DE OUTUBRO DE 1978

Os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social, no uso de suas atribuições e tendo em vista promover a implementação do Sistema Nacional de Saúde, instituído pela Lei nº 6 229, de 17 de julho de 1975, resolveram estabelecer as seguintes diretrizes de atuação conjunta no controle da hanseníase:

1. As ações de controle da hanseníase serão executadas pelos serviços básicos e especializados de saúde pertencentes às estruturas dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social e das entidades a eles vinculadas, das secretarias de saúde dos estados, dos municípios, do Distrito Federal e dos territórios, bem como por entidades privadas e médicos de clínica particular, como prevê o Sistema Nacional de Saúde.

2. O controle da hanseníase será feito preferencialmente por intermédio dos serviços básicos de saúde (Portaria Interministerial MS/MPAS nº 1/78, de 26.7.78), devendo os casos que requeiram cuidados especiais ser encaminhados aos serviços especializados de saúde, com garantia de atendimento.

DIRETRIZES TÉCNICAS

3. Normas técnicas

A execução das ações de controle da hanseníase será baseada nos seguintes documentos técnicos:

3.1. Portaria MS nº 165, de 14.5.76 (Política de Controle da Hanseníase), publicada no *Diário Oficial* da União, de 11.6.76.

3.2. Instrução MS/DNDS, de 23.11.76 (Normas de Controle da Hanseníase), publicada no *Diário Oficial* da União, de 3.2.77.

3.3. Guia MS/SNPES/DNDS (Controle da Hanseníase).

3.4. Manual MS/SNPES/DNDS (Prevenção e Tratamento de Incapacidades Físicas, Mediante Técnicas Simples).

4. Programação

4.1. Os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, em estreita articulação com as secretarias de saúde das unidades federativas, promoverão a integração das ações dos órgãos e entidades referidos no item 1 e adotarão a Matriz Programática MS/SNPES como instrumento de programação.

4.2. A coordenação e supervisão das ações do Programa Integrado de Controle da Hanseníase obedecerão ao que determina o item 11 e respectivos subitens da Portaria Interministerial MS/MPAS nº 1/78, de 26 de julho de 1978, e ao disposto no inciso X do artigo 1º e no artigo 17 do Decreto nº 79 056, de 30 de dezembro de 1976, publicados, respectivamente, no *Diário Oficial*, de 31.7.78 e de 31.12.76.

5. Medidas preventivas

5.1. Prevenção primária

A educação em saúde será dirigida às equipes de saúde, aos doentes, aos contatos, aos líderes da comunidade e ao público em geral.

A vacina BCG, que apresenta certo grau de eficácia na hanseníase, especialmente nos grupos mais jovens, será aplicada na população geral, com destaque para os seguintes grupos:

a) contatos;
b) grupo etário até 2 anos;
c) população de áreas de alta endemicidade.

5.2. Prevenção secundária

A vigilância de contatos será realizada submetendo-os a exame dermato-neurológico, pelo menos uma vez ao ano.

O tratamento de doentes será normalmente realizado em regime ambulatorial, independente da forma clínica da doença.

O atendimento de doentes nas intercorrências médico-cirúrgicas, em regime de internação, será realizado, de preferência, em hospitais gerais.

5.3. Prevenção terciária

A reabilitação de doentes, em âmbito nacional, será estruturada segundo os seguintes subníveis de complexidade crescente;

a) ações simples de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, incorporadas à rotina de atendimento de doentes pelos serviços básicos de saúde;

b) ações de média complexidade para tratamento de incapacidades físicas, além das descritas no subnível a, executadas pelos serviços de saúde que disponham de recursos de fisioterapia;

c) ações complexas, além das descritas nos subníveis a e b, realizadas indistintamente pelos centros gerais e especializados de reabilitação.

6. Assistência farmacêutica

Os medicamento utilizados no tratamento de doentes de hanseníase serão fornecidos pela CEME/MPAS e as substâncias para provas semióticas pela DNDS/MS.

7. Assistência social

A assistência social aos doentes de hanseníase será prestada pelos órgãos e entidades a que se refere o item 1 desta portaria, vi-

sando aos seguintes objetivos:

7.1. garantir o apoio do serviço social ao doente e ao seu núcleo familiar;

7.2. manter o doente no trabalho, desde que não haja incapacitação física ou risco para a comunidade;

7.3. promover a readaptação profissional do incapacitado na atividade anterior;

7.4. promover a profissionalização de doentes não habilitados;

7.5. conceder o benefício de auxílio-doença, na vigência da incapacitação ou risco à coletividade, sustando-o quando as condições permitirem sua reintegração ao trabalho;

7.6. conceder o benefício de aposentadoria apenas aos doentes com incapacitação física irrecuperável, sem possibilidade de readaptação profissional, ouvida a perícia médica;

7.7. promover a compatibilização da legislação previdenciária pertinente com as normas desta portaria.

8. Uniformização de terminologia

Os órgãos e entidades referidos no item 1 desta portaria adotarão a terminologia estabelecida pela Portaria MS nº 165, de 14.5.76 e as Normas de Controle da Hanseníase baixadas pela Instrução MS/DNDS de 23.11.76, publicadas, respectivamente, no *Diário Oficial*, de 11.6.76 e de 3.2.77.

9. Acompanhamento e avaliação

As entidades participantes do Programa Integrado de Controle da Hanseníase obrigam-se a prestar informes periódicos sobre o desenvolvimento das ações, a fim de permitir o acompanhamento e avaliação pelos órgãos de coordenação previstos no item 4, subitem 4.2, desta portaria.

II. ESTRATÉGIA

10. A implantação do Programa Integrado de Controle da Hanseníase será feita pela Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), através da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), e Secretaria de Serviços Médicos (SSM/MPAS), por intermédio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

10.1. Serão adotadas as seguintes linhas de ação na estratégia de implantação e ampliação do programa:

a) promover o treinamento em hansenologia dos recursos humanos envolvidos na execução do programa, em todos os níveis;

b) apoiar técnica e financeiramente as secretarias de saúde das

unidades da Federação, objetivando a expansão da cobertura e a melhoria da assistência prestada.

III. FINANCIAMENTO DO PROGRAMA

11. O Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistencia Social se comprometem a participar do Programa de Controle de Hanseníase, levando em conta as populações assistidas, segundo normas emanadas de seus órgãos e instituições.

11.1. Financiar apenas órgãos e serviços que se obriguem a cumprir as especificações estabelecidas pela DNDS/MS e INAMPS/MPAS.

12. As secretarias de saúde das unidades federativas, por ocasião da elaboração dos seus programas, deverão definir, em conjunto com os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a sua participação financeira a ser estabelecida em convênio.

Esta portaria entrará em vigor na data de sua publicação.

(Publicada no *Diário Oficial*, de 6.11.78 p. 17764/65)

INSTRUÇÕES PARA EXECUÇÃO DAS NORMAS DE CONTROLE DA HANSENÍASE, BAIXADAS PELA PORTARIA MINISTERIAL Nº 165, DE 14 DE MAIO DE 1976

O Diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, usando das atribuições que lhe confere a letra p, do artigo 6º, da Portaria Ministerial nº 225, de 3 de agosto de 1970, e de conformidade com o item nº 9, da Portaria Ministerial nº 165, de 14 de maio de 1976, resolve:

Baixar as seguintes instruções para a execução das normas estabelecidas na Portaria Ministerial nº 165, de 14 de maio de 1976, que estabelece a política de controle da hanseníase:

1. O controle da hanseníase será realizado mediante a execução das seguintes ações, no mesmo nível de prioridade:

a) educação em saúde;
b) aplicação de BCG;
c) descobrimento de doentes;
d) tratamento dos doentes;
e) prevenção e tratamento de incapacidades.

1.1. A educação em saúde será dirigida às equipes de saúde, aos doentes, aos contatos, aos líderes de comunidade e ao público em geral, visando a:

a) incentivar a apresentação voluntária de doentes e contatos;
b) eliminar falsos conceitos relativos à alta contagiosidade da doença, à sua incurabilidade e à compulsoriedade da internação do doente;
c) informar quanto à sintomatologia (principalmente a inicial), à importância do exame periódico dos contatos, à conveniência do tratamento precoce e à possibilidade de prevenção de incapacidade;
d) estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada;
e) dar conhecimento dos locais de tratamento: unidades de saúde, serviços previdenciários, clínicas de escolas médicas, outras entidades e clínicas particulares.

1.1.1. Visando à consecução dos objetivos da educação em saúde, especialmente quanto à integração do doente na sociedade, é de máxima importância o respeito à terminologia oficial que proscreve o emprego do termo, lepra, e seus derivados.

Terminologia Oficial	Terminologia Proscrita
hanseníase	lepra
doente de hanseníase	leproso, doente de lepra
hansenologia	leprologia
hansenologista	leprologista
hansênico	leprótico
hansenóide	lepróide

Terminologia Oficial	Terminologia Proscrita
hansenide	lepride
hansenoma	leproma
hanseníase virchowiana	lepra lepromatosa
hanseníase tuberculóide	lepra tubercolóide
hanseníase dimorfa	lepra dimorfa
hanseníase indeterminada	lepra indeterminada
antígeno de Mitsuda	lepromina
hospital de dermatologia sanitária	leprosário, leprocômio, asilo-colônia, sanatório, hospital-colônia
patologia tropical ou similares	

1.2. A vacina BCG, que apresenta certo grau de eficácia na hanseníase, especialmente nos grupos mais jovens, deve ser aplicada na população geral, com destaque para os seguintes grupos:

a) contatos;
b) grupo etário até 2 anos;
c) populações de áreas de alta endemicidade.

1.3. O descobrimento de doentes será feito através de:

a) atendimento da demanda;
b) investigação epidemiológica;
c) vigilância de contatos;
d) verificação de notificações.

1.3.1. Em atendimento da demanda serão incluídos os casos de apresentação voluntária, o exame de portadores de dermatoses e/ou neuropatias periféricas, os casos de triagem dos demais serviços da unidade de saúde, os candidatos a carteira ou atestado de saúde, o exame de grupos populacionais.

1.3.2. A investigação epidemiológica inclui o exame das pessoas que convivem ou conviveram, no domicílio ou fora dele, com o doente de hanseníase, qualquer que seja a sua forma clínica, com o intuito de descobrir sua fonte de infecção e de conhecer outros casos oriundos da mesma fonte ou do caso índice.

1.3.3. A vigilância dos contatos será realizada submetendo-os a exame dermato-neurológico, pelo menos 1 vez por ano, considerando-se como sob vigilância os que preencherem essa condição.

1.3.3.1. Conceitua-se como contato toda pessoa que tem ou teve convivência íntima e prolongada com o doente.

1.3.3.2. Para fins operacionais, no entanto, a vigilância poderá ser limitada às pessoas que residem com pacientes virchowianos e dimorfos.

1.3.3.3. Os contatos deverão ser liberados da vigilância 5 anos após o início da mesma, devendo ser esclarecidos quanto à pequena possi-

bilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas suspeitos de hanseníase.

1.3.4. A autoridade sanitária deverá promover a verificação de todas as notificações de casos de hanseníase recebidas.

1.4. O tratamento dos doentes será normalmente realizado em regime ambulatórial, independetemente da forma clínica da doença, nas unidades de saúde, ambulatórios de entidades previdenciárias, universitárias ou clínicas particulares.

1.4.1. Será assegurado, obrigatoriamente, por parte dos serviços de saúde, tratamento adequado a todos os doentes.

1.4.2. Serão propiciados orientação e recursos anticoncepcionais às doentes de hanseníase que possam vir a necessitar de medicamentos de efeitos teratogênicos.

1.4.3. Para o controle do tratamento, os doentes Mitsuda positivos deverão ser submetidos a exame dermato-neurológico, no mínimo 1 vez por ano, e os pacientes Mitsuda negativos, a exames dermato-neurológicos e bacterioscópico, de 6 em 6 meses, no mínimo. Os pacientes que preencherem essa condição, serão considerados doentes sob controle.

1.4.3.1. Na impossibilidade de realizar teste de Mitsuda, entende-se como Mitsuda negativos os pacientes virchowianos, dimorfos e indeterminados, e como Mitsuda positivos, os pacientes tuberculóides.

1.4.4. Será considerado como caso inativo todo paciente de hanseníase que não mais apresentar sinal de atividade clínica da doença e tenha bacterioscopia negativa.

1.4.4.1. Os pacientes inativos deverão prosseguir o tratamento regular durante períodos variáveis. As durações desses períodos serão:

a) de 1 ano e meio para os pacientes tuberculóides e indeterminados Mitsuda positivos, após o que poderão ser liberados;
b) de 5 anos para os pacientes indeterminados Mitsuda negativos, após o que permanecerão por mais 5 anos em observação, podendo então ser liberados;
c) de 10 anos para os pacientes virchowianos e dimorfos, após o que permanecerão sob vigilância por prazo indeterminado.

1.4.5. O tratamento de intercorrência que exigir hospitalização deverá ser, de preferência, realizado em hospitais gerais das redes oficial, previdenciária, universitária e particular.

1.4.5.1. Caberá aos órgãos oficiais de saúde promover medidas que estimulem o atendimento do doente de hanseníase nesses hospitais gerais.

1.5. A prevenção e o tratamento primário das incapacidades físicas serão realizados pelos órgãos locais de saúde, mediante utilização de técnicas simples.

1.5.1. Os casos de incapacidade física que requererem técnicas complexas deverão ser encaminhados aos centros especializados ou gerais de reabilitação.

1.5.2. Deverá ser feito o levantamento, em modelo padronizado, da incidência de incapacidades, a fim de que se possa realizar, posteriormente, avaliação dos trabalhos executados.

2. A execução das ações de controle será integrada nas atividades de rotina das unidades de saúde.

3. Serão fornecidos, gratuitamente, pelas secretarias de saúde das unidades federativas, medicamentos específicos a médicos de clínica particular para o tratamento de seus clientes, desde que autorizados pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, através da secretaria de saúde onde estiverem sediados.

3.1. A autorização será solicitada pelo médico à secretaria de saúde, por intermédio da unidade de saúde da sua localidade, instruída pelos seguintes elementos:

a) nome do proponente e endereço do seu consultório;
b) comprovação de inscrição no Conselho Regional de Medicina;
c) declaração do proponente de cumprir os seguintes compromissos:
   - fazer à autoridade sanitária competente a notificação dos doentes de hanseníase;
   - comunicar periodicamente as revisões dermato-neurológicas e bacterioscópicas dos doentes sob seus cuidados e as revisões anuais dermato-neurológicas dos contatos;
   - comunicar nome e endereço dos doentes e contatos que, por qualquer motivo, deixou de controlar;
   - distribuir gratuitamente os medicamentos que lhe forem confiados pela autoridade sanitária competente, preenchendo um boletim anual demonstrativo de utilização desses medicamentos;
   - promover educação em saúde dos doentes e contatos sob sua responsabilidade;
   - fazer a prevenção e tratamento primário, por técnicas simples, das incapacidades físicas e encaminhar aos centros especializados ou gerais de reabilitação os casos que necessitarem de aplicação de técnicas mais complexas.

3.2. O fornecimento de medicação específica poderá ser suspenso a qualquer tempo, uma vez comprovado o não cumprimento de qualquer dos compromissos acima, devendo a secretaria de saúde da unidade federativa comunicar o fato à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, através da Delegacia Federal de Saúde.

3.3. A secretaria de saúde manterá cadastro dos médicos autorizados, fornecendo cópia à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, por intermédio da Delegacia Federal de Saúde.

4. Ficará restrita a hospitalização do doente de hanseníase em estabelecimentos especializados, em caráter temporário, às seguintes

eventualidades:

a) tratamento de intercorrências clínico-cirúrgicas ou intervenções reconstrutivas que exigirem hospitalização e não puderem ser realizadas em hospitais gerais;

b) tratamento de doentes virchowianos e dimorfos que não puderem atender às determinações da autoridade sanitária;

c) observação científica.

4.1. A iniciativa de hospitalização do doente, atendidas as condições acima, caberá à autoridade sanitária local, ficando responsável pela seleção de casos.

4.1.1. Cessados os motivos da hospitalização, o doente deverá ser imediatamente transferido para continuação do seu tratamento em regime ambulatorial.

5. Para preservar a unidade familiar é essencial:

a) abolir, imediatamente, a prática do afastamento dos filhos de doentes em tratamento ambulatorial;

b) colocar as crianças eventualmente nascidas em hospitais especializados, de preferência, em meio familiar e, na falta deste, em instituições de assistência à infância, até que possam ser reconduzidas à família.

6. Visando ao atendimento da situação econômico-social dos doentes de hanseníase, recomenda-se:

6.1. Manter, sempre que possível, os doentes no trabalho, cabendo à autoridade sanitária o exame minucioso de cada situação, para identificar aquelas que envolvam risco apreciável para a comunidade e para o próprio doente.

6.2. transferir progressivamente para as áreas de promoção social os assuntos a elas pertinentes, com ênfase para a profissionalização ou readaptação profissional do doente.

6.2.1. Conceder benefícios pecuniários dentro dos moldes previdenciários vigentes.

6.2.2. Assegurar condições de abrigo para os doentes totalmente incapacitados.

6.2.2.1. Estas condições serão oferecidas, de preferência, em estabelecimentos que recebam incapacitados por outras causas que não a hanseníase.

6.2.2.2. As áreas destinadas a abrigos sociais e atividades industriais e agropastoris, dos atuais estabelecimentos especializados, serão progressivamente transferidas para órgãos da promoção social e outros, visando à transformação em instituições de caráter geral, eventualmente com núcleos de trabalho sob regime de cooperativismo.

7. A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária promoverá e recomenda a todas as secretarias de saúde que promovam, no mesmo nível de prioridade:

a) estudos sobre aspectos etiopatogênicos, clínico-patológicos, epidemiológicos e terapêuticos da hansenologia;

b) estudos sociológicos que permitam encontrar e encaminhar soluções visando a superar as barreiras culturais que estão dificultando o controle da endemia e a integração social do doente e de sua família;

c) vigilância permanente sobre atividades estigmatizantes e sensacionalistas, relacionadas com a doença, visando a sua correção imediata;

d) cursos de atualização e treinamento de pessoal em diversos níveis;

e) seminários periódicos de avaliação de desempenho em todas as atividades programadas;

f) entendimentos com as escolas da área biomédica e serviço social, objetivando a intensificação do ensino da hansenologia, observada a política de controle da hanseníase, ora preconizada;

g) difusão dos conceitos atualizados referentes a hanseníase na educação em saúde propiciada a escolares nos diferentes níveis.

8. Fica revogada a Portaria nº 236, de 28 de dezembro de 1972, publicado no *Diário Oficial* da União, de 16 de janeiro de 1973.

(Publicado no *Diário Oficial*, de 11.6.76, p. 8301/03)

PORTARIA Nº 165, DE 14 DE MAIO DE 1976

O Ministro de Estado da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 2º do Decreto nº 77 513, de 29 de abril de 1976, e tendo em vista o disposto na alínea b, do item I, do artigo 2º, da lei nº 6 229, de 17 de julho de 1975,

Resolve:

I. A política de controle da hanseníase passará a obedecer às seguintes normas:

1. O controle da hanseníase tem por objetivo reduzir a morbidade, prevenir as incapacidades, preservar a unidade familiar e estimular a integração social dos doentes, conforme as características de cada caso.

2. Para reduzir a morbidade é recomendado:

2.1. Estimular a apresentação voluntária de doentes, suspeitos e contatos, através de ações persistentes de educação para a saúde e de uma atenção médica de boa qualidade.

2.2. Enquanto não se consegue a implantação da educação continuada para a saúde, promover a busca ativa dos casos e eventuais exames da coletividade.

2.3. Promover cursos de atualização em hansenologia para médicos e enfermeiros, principalmente daqueles que atuam em contato com a coletividade.

2.4. Capacitar agentes de saúde em atividades básicas de educação sanitária, reconhecimento dos casos suspeitos e execução de tarefas de prevenção de incapacidades.

2.5. Estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada.

2.6. Integrar as ações de controle da hanseníase nos serviços gerais de saúde.

2.7. Fornecer medicação específica a médicos dermatologistas para o atendimento de doentes e contatos em seus consultórios particulares, desde que sejam obedecidas as normas do item 3.

2.8. Estimular pesquisas em hanseníase.

3. Para receber a medicação específica para utilização em sua clínica privada, o médico deverá:

3.1. Ser credenciado pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) do Ministério da Saúde.

3.2. Comprometer-se a fazer à autoridade sanitária competente a

notificação de casos de hanseníase e a investigação epidemiológica pertinente.

3.3. Comprometer-se a, pelo menos uma vez por ano, fazer a revisão neurodermatológica dos contatos.

3.4. Comunicar à autoridade sanitária competente o abandono do tratamento, as mudanças de endereço do doente e de seus contatos que se transferirem para outra cidade.

3.5. Distribuir gratuitamente os medicamentos que lhe forem confiados pela autoridade sanitária competente, preenchendo um boletim anual demonstrativo de utilização dos medicamentos.

3.6. Fazer a revisão anual dos doentes Mitsuda positivos (++) ou (+++) e a revisão dos doentes Mitsuda negativos a intervalos, a critério do médico, desde que não superior a 6 meses.

3.7. Esclarecer e informar doentes e contatos, fazendo educação para a saúde.

3.8. Encaminhar aos serviços de prevenção de incapacidades os casos que necessitem de tais cuidados.

3.9. O fornecimento de medicação específica poderá ser suspenso a qualquer tempo uma vez comprovado o não cumprimento de qualquer condição acima.

4. A prevenção de incapacidades será atividade de rotina em todos os hospitais e serviços especializados, recomendando-se a sua adoção nos serviços gerais de saúde.

4.1. A prevenção de incapacidades será executada inclusive por pessoal auxiliar devidamente treinado e sob supervisão médica.

4.2. A prevenção de incapacidades deverá ser organizada conforme projetos específicos, devendo a DNDS apoiá-los, técnica e financeiramente.

4.3. Deverá ser mantido um inquérito permanente sobre freqüência e tipo das deformidades, utilizando-se a classificação internacional e modelos padronizados pela DNDS.

4.4. Recomenda-se que os trabalhos de prevenção de incapacidades sejam acompanhados de treinamento para readaptação profissional em atividades consentâneas com as condições físicas do doente.

5. A preservação da unidade familiar será um objetivo permanente, exercitado através dos seguintes procedimentos:

5.1. Abolição da prática do afastamento dos filhos de seus pais enfermos.

5.2. As crianças nascidas em hospitais especializados, quando in-

dicado, poderão ser afastadas da genitora e colocadas de preferência no meio familiar ou instituições públicas de assistência à infância.

5.3. Instruções e recursos para planejamento familiar às doentes de hanseníase que necessitem de medicamentos de efeitos teratogênicos.

5.4. Estímulo ao comparecimento à revisão de todo o grupo familiar, possibilitando-lhe um atendimento cordial e encorajador, afastando o receio do isolamento compulsório.

5.5. A hospitalização de doentes deverá ser feita, de preferência, em hospitais gerais, reservando-se os hospitais especializados para os casos de indicação específica, sempre buscando a limitação do tempo de permanência.

5.6. Os atuais asilos-colônias existentes, de acordo com as peculiaridades locais, serão progressivamente desdobrados em:

asilos - para a assistência social aos grandes mutilados, sem condições para a reintegração na sociedade.

colônias - organização sob a forma de cooperativas, mantidas pelos próprios cooperados com assistência técnica e eventualmente financeira da DNDS e de outras fontes.

hospitais - para a assistência médico-hospitalar a doentes de hanseníase e de outras dermatoses por período limitado.

5.7. Deverá ser estimulada a instalação e funcionamento de uma unidade sanitária nas vizinhanças de cada colônia, vinculada à rede de saúde local, para atendimento da população em geral.

5.8. A DNDS celebrará convênios com as diferentes unidades da Federação, a fim de estimular a adoção do aparelhamento institucional previsto nos subitens 5.6. e 5.7.

6. Visando à reintegração social do doente, passam a vigorar as seguintes normas:

6.1. O termo 'lepra' e derivados ficam proscritos da linguagem utilizada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde.

6.2. Todas as ações do Ministério da Saúde com órgãos e entidades que desejem manter convênios com o Ministério serão norteadas pelo respeito à dignidade da pessoa humana, preservação da unidade familiar e pelo empenho em desenvolver as potencialidades do doente ou ex-doente, procurando torná-lo economicamente capaz e auto-suficiente.

6.3. A readaptação profissional, a prevenção de incapacidade e a reabilitação corretiva devem merecer a mesma atenção que a busca sistemática de casos e as medidas profiláticas tradicionais.

6.4. Recomenda-se que, sem prejuízo das atuais aposentadorias e pensões, sejam desenvolvidos estudos para que se estabeleçam novos cri-

térios de benefícios financeiros aos novos e ex-doentes, com duração limitada.

6.5. A DNDS deverá elaborar lista das profissões e ocupações compatíveis com as diferentes fases da doença.

6.6. As cooperativas a que se refere o subitem 5.6 deverão ser tecnicamente organizadas, assegurando-se a sua administração pelos interessados e a efetiva participação dos cooperados nos resultados da atividade cooperada.

6.7. A DNDS deverá estudar incentivos a serem oferecidos aos hospitais gerais que recebam doentes de hanseníase.

7. Para a consecução dos objetivos preconizados nesta portaria deverá a DNDS, através das coordenadorias de saúde, estimular o fortalecimento técnico-operacional das secretarias de saúde, órgãos executores da nova política de controle da hanseníase.

7.1. Com vistas ao aprimoramento técnico e operacional das medidas a cargo das secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos territórios, deverá a DNDS diligenciar a fim de simplificar as rotinas de coleta de dados, promover cursos de treinamento e atualização, colaborar na preparação de projetos suscetíveis de captar recursos financeiros, e promover seminários objetivando a avaliação do desempenho.

7.2. A partir de 1º de janeiro de 1977, só serão celebrados convênios com as diferentes unidades da Federação para desenvolvimento de atividades relacionadas com o controle da hanseníase que visem ao apoio técnico-financeiro de projetos específicos, compatíveis com a política definida nesta portaria, com detalhamento de metas a serem atingidas e cronograma de execução.

8. Deverão ser estimuladas pesquisas visando à análise das barreiras culturais que dificultem a integração do doente na sociedade e a adoção de instrumentos adequados para a redução progressiva das barreiras segregacionistas.

9. A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária elaborará instruções para a execução das normas baixadas por esta Portaria.

(Publicado no Diário Oficial, de 11.6.76, p. 8301/3)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE
Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária

Portaria nº 5, de 7 de março de 1979

O Diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto no item II do artigo 52 do Regimento Interno aprovado pela Portaria Ministerial nº 47, de 23 de janeiro de 1978, resolve baixar as seguintes normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle das leishmanioses:

I. LEISHMANIOSE CUTÂNEO-MUCOS (TEGUMENTAR AMERICANA)

1. Diagnóstico - É clínico e laboratorial. Clinicamente, em doentes de áreas endêmicas, lesões ulcerosas, úlcero-vegetantes ou vegetante-verrucosas podem ser sugestivas, mas cumpre excluir na diagnose diferencial a paracoccidioidomicose, esporotricose, cromomicose, piodermites, úlcera tropical e outras afecções. Na diagnose laboratorial o recurso eletivo é a intradermo-reação de Montenegro, com antífenos padronizados, que é altamente sensível e específica. A positividade da reação de Montenegro inicia-se após duas a três semanas, podendo tornar-se negativa com o tratamento. A pesquisa de leishmânia, em esfregaço corado pelo Giemma ou Leishman, pode ser positiva principalmente em lesões recentes. A histopatologia possibilita com freqüência o achado do parasito e informes complementares particularmente a exclusão de outras moléstias. Outros métodos de diagnose, como cultura em meio NNN e técnicas de imunofluorescência, são utilizados em centros especializados.

2. TRATAMENTO - O medicamento eletivo é o antimoniato de N-metil glucamina (Glucantime), por via intramuscular, ou eventualmente por via intravenosa, particularmente em doentes hospitalizados, na dose de 1,0 ml por 5 kg de peso (dose máxima de 10 ml), diariamente, em uma série de 10 dias. Após um período de interrupção de 10 dias, fazer nova série.

Em geral, após 2 a 4 séries há cicatrização das lesões. Se esta não ocorrer, mas houver melhora clínica, pode-se fazer maior número de séries. Se não ocorrer melhora clínica, suspender a terapia antimonial e aplicar a anfotericina B, com a hospitalização do doente. A aplicação da droga deve ser feita após exames complementares e consoante técnica especializada.

3. PROFILAXIA - Não há medidas efetivas para a profilaxia da leishmaniose tegumentar. O reservatório do agente são animais silvestres, porém, recentemente, há estudos demonstrando um papel do cão doméstico na cadeia epidemiológica da moléstia. A única medida profilática é o tratamento do homem doente. O comabate aos vetores é ineficaz, pelo conhecimento incompleto da biologia e pelo fato da transmissão ser extradomiciliar. Uma proteção eficaz contra a moléstia poderia ser eventualmente obtida com o emprego de vacinas atualmente em fase de experimentação.

II. LEISHMANIOSE VISCERAL (CALAZAR)

1. *Diagnóstico* - Em sua forma típica o calazar é doença crônica, caracterizada por febre irregular, esplenomegalia, hepatomegalia, emagrecimento, anemia e tendência a hemorragias. Há leucopenia e hiperglobulinemia. A diagnose etiológica é feita principalmente pelo achado da leishmânia em esfregaço da medula óssea por punção esternal, e pela reação de fixação de complemento no soro. Em casos clinicamente suspeitos, com esfregaço de medula óssea negativo, pode ser feita a prova da adrenalina, que consiste na pesquisa na medula óssea meia hora após a injeção de 0,5 a 1,0 mg de adrenalina por via intramuscular.

2. *Tratamento* - O medicamento eletivo é o antimônio pentavalente, sendo recomendado o antimoniato de N-metil glucamina (Glucantime) que deve ser usado, na dose de 1,0 ml por 5 kg de peso (dose máxima de 10 ml), diariamente, por um período de 10 dias, por via intramuscular, e podendo ser empregado por via intravenosa particularmente em doentes hospitalizados. Após um período de 10 dias, deve ser feita nova série idêntica. O número de séries dependerá da evolução clínica, sendo em média de 3 a 4 séries. É importante que na série de 10 aplicações não haja interrupção em nenhum dia, devendo as injeções ser aplicadas inclusive aos sábados e domingos.

Nos casos de não haver melhora com o tratamento antimonial, o medicamento a ser utilizado é a anfotericina B, com hospitalização do doente e consoante técnica especializada.

3. *Profilaxia* - Os reservatórios conhecidos de *Leishmania donovani* no Brasil são o cão doméstico e a raposa. Os cães constituem a principal fonte de infecção, porém o homem doente pode constituir fonte de infecção do flebótomo.

Nas cidades e vilas o ciclo doméstico homem/cão basta para explicar a epidemiologia da doença, porém, em algumas zonas rurais, é possível que a raposa participe da cadeia epidemiológica. Cães infectados podem ter aspecto normal; porém em alta proporção apresentam sintomas como emagrecimento, eriçamento e queda de pêlos, nódulos ou ulcerações na borda das orelhas, do focinho e de outras regiões, alongamento das unhas e, nos casos mais graves, diarréia, hemorragias intestinais, paralisia das patas posteriores, queratite com cegueira e morte em caquexia.

Quanto à transmissão, o principal vetor do calazar é o *Lutzomya longipalpis* (flebótomo), inseto cujo habitat é o domicílio e o peridomicílio. A transmissão processa-se principalmente dentro das casas, sendo que 80% dos doentes são crianças com menos de 10 anos.

São, pois, medidas profiláticas:

1. Tratamento dos casos humanos, já que o homem pode ser fonte importante da infecção.

2. Inquérito que deve ser extenso, através da sorologia pela reação de fixação de complemento e pela pesquisa da leishmânia em esfregaços do lóbulo da orelha nos animais. Todos os cães doentes ou suspeitos devem ser eliminados.

3. O combate ao *Lutzomya longipalpis* é feito com a aplicação de DDT nas casas e abrigos de animais domésticos. Não há indício de resistência desse vetor ao inseticida, cujo efeito residual prolonga-se, pelo menos, por um período de 4 a 6 meses. As áreas de ocorrência devem ficar sob vigilância epidemiológica, com ênfase na educação sanitária da população. É aconselhável uma aplicação semestral de DDT por um período de 4 anos nas áreas atingidas.

III. Sendo doença incluída no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, todo caso suspeito da leishmaniose, visceral ou cutâneo-mucosa, deve ser notificado à unidade sanitária mais próxima.

IV. As normas baixadas por esta portaria entrarão em vigor na data de sua publicação.

(Publicado no *Diário Oficial*, de 13.3.79 p. 3661)

Portaria nº 6, de 7 de março de 1979

O Diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto no item II, do artigo 52, do Regimento Interno aprovado pela Portaria Ministerial nº 47, de 23 de janeiro de 1978, considerando, dentre as moléstias bolhosas que constituem o grupo dos pênfigos, ser de particular interesse para a saúde pública o pênfigo foliáceo sul-americano (fogo selvagem), que assume caráter endêmico em certas regiões rurais do território brasileiro;

resolve baixar as seguintes normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle do pênfigo foliáceo sul-americano (fogo selvagem):

1. *Diagnóstico* - O diagnóstico do pênfigo foliáceo sul-americano está baseado em suas características clínicas e em exames laboratoriais.

1.1. *Exame Clínico* - Devem ser principalmente valorizadas as lesões bolhosas e abrasivas, as localizações preferenciais, o caráter invasivo, o sinal de Nikolski e a procedência do doente.

As lesões características estão representadas por bolhas de teto frouxo, que rapidamente se rompem, para deixar áreas expostas, de aspecto abrasivo. Estas são eritematosas e se tornam escamo-crostosas. É freqüente que o próprio doente não perceba a existência de bolhas íntegras, mas relate apenas o aparecimento das áreas erosadas, que determinam então sensação de prurido e ardência. As lesões podem permanecer localizadas por longo tempo, ou podem evoluir, invadindo a maior parte ou até mesmo toda a pele.

A distribuição das lesões iniciais mostra acentuada predileção pelas áreas ditas seborréicas, a saber: couro cabeludo, face, região pré-esternal e interescapular. Um sinal precoce e de grande utilidade, pequisado em pele aparentemente sã, é o de Nikolski: abrasão da pele quando se faz uma pressão digital e movimento de deslizamento do dedo. Finalmente, a procedência do doente, de áreas reconhecidamente endêmicas, é dado que deve ser devidamente valorizado.

1.2. *Exames Laboratoriais* - É indispensável a confirmação diagnóstica através do exame histopatológico em material obtido por biopsia da pele. Deve ser preferencialmente colhida em lesão bolhosa recente. Em sua ausência, pode-se obter material da borda de uma lesão erosiva. A bolha está situada nas camadas mais superficiais da epiderme, logo abaixo da camada córnea e, em seu interior, são encontradas as células acantolíticas.

O citodiagnóstico e a imunofluorescência são úteis, porém representam recursos complementares somente utilizáveis nos centros especializados.

2. *Tratamento* - Está baseado no uso de corticosteróides por via oral, os quais representam, até o momento, o único recurso efetivo para se obter a remissão clínica da moléstia. É também de fundamental importância que se evitem complicações secundárias, que podem ser responsá-

veis pela evolução desfavorável do quadro clínico.

2.1. Deve ser dada preferência ao uso de triamcinolona:

a) *Dose de ataque* - O início se faz com 48 mg ao dia, pela manhã, durante 10 dias; esta dose pode ser única ou fracionada em duas vezes.

b) *Redução progressiva* - A dose diária é diminuída em 8 mg, de 10 em 10 dias, até se chegar a uma dose mínima que mantenha a remissão dos sintomas.

c) *Dose de manutenção* - Em geral está situada em torno de 8 mg diários. Decorridos 3 meses e permanecendo a remissão dos sintomas, esta dose de 8 mg pode passar a ser dada em dias alternados e, depois, de 3 em 3 dias.

d) *Retirada do corticosteróide* - Só deve ser tentada quando o doente se mantém há pelo menos 1 ano livre de sintomas.

2.2. Como alternativa à triamcinolona, podem ser empregadas a betametasona (início com dose de 6 mg) e prednisona (início com 60 mg). Observe-se que 4 mg de triamcinolona equivalem a 0,5 mg de betametasona e a 5 mg de predisona. Outros corticosteróides, embora ativos, têm demonstrado originar maior ocorrência de reações secundárias desfavoráveis.

2.3. A orientação terapêutica pode sofrer as seguintes alterações:

a) *em casos frustos* - a dose de ataque deve ser de 32 mg diários de triamcinolona;

b) *em casos que não respondam à posologia proposta* - as doses podem ser aumentadas para 80 mg diários;

c) *em crianças* - o esquema inicial é feito em função do peso: até 20 quilos, 16 mg ao dia; de 21 a 40 quilos, 32 mg ao dia; acima de 40 quilos, como em adultos;

d) *em recidivas* - aumentar a dose para 32 ou 48 mg ao dia, conforme a gravidade do quadro.

2.4. Recomendações

a) Na fase diagnóstica e de início da terapêutica, há necessidade de assistência em hospitais gerais, especializados ou universitários. O doente deve permanecer internado, a menos que se trate de uma forma frusta, caso em que poderá ser mantido em regime de tratamento ambulatorial, sob constante controle médico.

b) Em zonas endêmicas, dever-se-á capacitar hospitais gerais regionais, para diagnóstico e tratamento.

c) Os doentes que já se encontram em remissão da moléstia, recebendo doses de manutenção do corticosteróide, serão encaminhados para atendimento ambulatorial na unidade de saúde mais próxima a seu domicí-

lio.

3. *Profilaxia*

3.1. Sendo sua etiopatogenia ainda incompletamente conhecida, medidas de caráter preventivo não podem, no estágio atual dos conhecimentos científicos, ser preconizadas.

3.2. Sabe-se que a moléstia envolve a formação de auto-anticorpos, dirigidos para os espaços intercelulares da epiderme (anticorpos antiepiteliais) o que parece filiar o pênfigo foliáceo sul-americano (fogo selvagem) ao grupo das moléstias auto-imunes.

3.3. Contudo, pouco se sabe e nada se pode demonstrar sobre os seguintes aspectos:

a) a existência de algum agente infeccioso;
b) a participação de vetores alados;
c) o mecanismo pelo qual é deflagrado o processo de formação de auto-anticorpos.

3.4. A notificação de casos diagnosticados à unidade sanitária mais próxima representa elemento fundamental para cadastramento permanente e para estudos epidemiológicos.

As normas baixadas por esta portaria entrarão em vigor na data de sua publicação.

(Publicação no *Diário Oficial*, de 13.3.79 p. 3661/62)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE
Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária

Portaria nº 22 de 18 de julho de 1978

O Diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto no item II, do artigo 52, do Regimento Interno aprovado pela Portaria Ministerial nº 47, de 23 de janeiro de 1978, resolve:

I. Aprovar as seguintes normas técnicas para diagnóstico, tratamento e controle de doenças sexualmente transmitidas, a serem observadas em todo o território nacional.

II. São consideradas de interesse para a saúde pública as seguintes doenças sexualmente transmitidas: sífilis, gonorréia, cancro mole e linfogranuloma venéreo.

III. Estas normas abrangem também as uretrites não gonocócicas, herpes simples genital e o condiloma acuminado, tendo em vista a elevada freqüência de casos dessas enfermidades, na população.

IV. Sífilis

1. Diagnóstico - O diagnóstico da sífilis baseia-se no aspecto clínico e na pesquisa do *Treponema pallidum*, em campo escuro e na sorologia.

2. A reação de floculação, com antígeno padronizado de cardiolipina (VDRL), é a indicada para os exames de rotina nas unidades sanitárias. Quando reagente, deve ser feita, sempre que possível, a titulagem da reagina (reação quantitativa) para se apreciar a evolução dos títulos após o tratamento.

3. Na falta de recursos laboratoriais o tratamento da sífilis pode ser realizado com base no diagnóstico clínico presuntivo.

4. Classificação - A sífilis adquirida é, normalmente, dividida em 2 períodos:

4.1. Recente (cancro duro, secundarismo e sífilis latente com menos de 1 ano de duração).

4.2. Tardia (sífilis com mais de 1 ano de duração, incluindo as manifestações cutâneas, nervosas, cardiovasculares e outras).

5. Para fins operacionais de saúde pública em nosso país recomenda-se:

5.1. Considerar a sífilis latente como forma tardia da moléstia, pela dificuldade de se precisar a época do contágio.

5.2. Adotar a seguinte classificação:

a) sífilis recente (sífilis primária, e secundária - S1 - S2);
b) sífilis tardia (ST): casos assintomáticos com sorologia positiva e as diversas manifestações tardias da moléstia;
c) sífilis congênita (SC): casos de sífilis com ou sem manifestações clínicas, com sorologia positiva, em menores de 10 anos de idade.

6. A sífilis congênita compreende a presença de lesões clínicas e dermatológicas características da moléstia e sorologia positiva.

7. Para fins operacionais, considera-se como sífilis congênita a infecção em crianças até 10 anos de idade.

8. Tratamento - A penicilina é o antibiótico de eleição para o tratamento da sífilis. Deve-se usar a penicilina G benzatina, por via intramuscular profunda, na região glútea, de acordo com os seguintes esquemas:

8.1. Sífilis RECENTE (primária e secundária).

2 400 000 UI de penicilina benzatina em uma única aplicação.

8.2. Sífilis TARDIA (latente, cutânea, nervosa, cardiovascular e outras).

7 200 000 UI de penicilina benzatina, divididas em doses semanais de 2 400 000 unidades.

8.3. Sífilis CONGÊNITA - crianças até 12 meses de idade, com sinais de sífilis congênita ou nascidas de mães portadoras de sífilis não tratada devem receber um dos seguintes esquemas:

a) Penicilina G benzatina - 50 000 UI por kg de peso em uma única dose, ou

b) Penicilina G procaína - 50 000 UI por kg de peso diariamente, durante dez dias.

9. Crianças com mais de 12 meses devem receber 150 000 UI de penicilina G benzatina por kg de peso, divididas em 3 doses, aplicadas com intervalo de uma semana.

10. Sífilis da Gestante - O VDRL deve ser feito, de rotina, em toda gestante, por ocasião do primeiro exame pré-natal. Na impossibilidade de fazer testes sorológicos ou quando estes forem duvidosos ou negativos e houver suspeita clínica de sífilis, o tratamento com penicilina benzatina é o mesmo já recomendado para a sífilis adquirida, recente ou tardia.

11. O esquema de tratamento com penicilina benzatina é o mesmo já recomendado para a sífilis adquirida, recente ou tardia.

12. Doentes Alérgicos à Penicilina - Em casos de comprovada hi-

persensibilidade à penicilina podem ser empregados outros antibióticos, considerados no entanto menos eficazes e de administração mais difícil. Usa-se tetraciclina ou eritromicina, nas doses diárias de 500 mg, 4 vezes ao dia, durante 15 dias na sífilis recente e durante 30 dias na sífilis tardia.

13. Em criança é contra-indicado o uso de tetraciclina, devendo-se usar o estearato ou etilsucinato de eritromicina em doses proporcionais ao peso.

14. As gestantes alérgicas à penicilina devem ser tratadas com estearato ou etilsucinato de eritromicina, em doses recomendadas para o adulto. Não deve ser empregado o estolato de eritromicina, pelos seus efeitos prejudiciais à mãe e ao feto.

V. Gonorréia

1. Diagnóstico - Secreção purulenta dos órgãos genitais é sinal suspeito de gonorréia. A presença de diplococos Gram negativos intracelulares em esfregaço de material obtido na uretra do homem ou do canal cervical e da uretra da mulher confirma o diagnóstico de gonorréia. Onde for possível a realização de cultura em meio seletivo (Thayer-Martin) esta é indicada para o diagnóstico da gonorréia da mulher e para confirmação de cura em alguns casos.

2. Tratamento - Penicilina G procaína em dose única, num total de 4 800 000 UI por via intramuscular (2 400 000 em cada região glútea) precedida de 1,0 g de Probenecid, por via oral, ou

3,5 g de ampicilina ou de outra penicilina semi-sintética juntamente com 1,0 g de Probenecid, ingerido de uma única vez, ou

2.5 g de Tianfenicol, ingerido de uma única vez.

3. O tratamento deve ser administrado na própria unidade sanitária por ocasião da primeira consulta. O tratamento pela penicilina procaína apresenta a vantagem de abortar uma infecção sifilítica adquirida concomitantemente. A experiência tem demonstrado que uma dose de 2 400 000 UI de penicilina G procaína é suficiente para a cura da gonorréia do homem.

4. O tratamento pelo Tianfenicol é também indicado para pacientes alérgicos à penicilina e para infecções resistentes às penicilinas. Não é recomendado o tratamento da gonorréia com penicilina benzatina.

VI. Uretrites Não-Gonocócicas

1. Diagnóstico - Quando os exames de laboratório não revelarem a presença de gonococos ou quando os casos tratados como gonorréia não responderem aos esquemas recomendados, pode-se pensar que a uretrite seja causada por outros agentes. Considerando a dificuldade de diagnóstico etiológico das uretrites não gonocócicas, recomenda-se o seguinte tratamento:

1.1. Tetraciclina, 500 mg, 4 vezes ao dia, durante 10 dias, no mínimo.

2. Os casos que não responderem a esse tratamento deverão ser encaminhados a serviços especializados.

VII. Cancro Mole

1. Diagnóstico - O diagnóstico deverá basear-se nos aspectos clínicos. Havendo disponibilidade, recomenda-se o exame direto para pesquisa do bacilo de Ducrey.

2. Tratamento - Recomenda-se um dos esquemas seguintes:

2.1. Sulfadiazina, 500 mg, de 6 em 6 horas, até a cura clínica, que ocorre de 10 a 14 dias após o início do tratamento, ou

2.2. Tetraciclina ou oxitetraciclina, 500 mg, de 6 em 6 horas, até a cura clínica, que ocorre de 10 a 14 dias após o início do tratamento, ou

2.3. Estreptomicina, 1,0 g IM, ao dia, durante 5 a 7 dias.

VIII. Linfogranuloma Venéreo

1. Diagnóstico - Deverá basear-se nos aspectos clínicos. Havendo disponibilidade, pode ser usada a intradermo-reação com antígeno de Frei.

2. Tratamento - Recomenda-se um dos esquemas seguintes:

2.1. Sulfadiazina, 500 mg, de 6 em 6 horas, devendo o tratamento prolongar-se por 20 a 30 dias, ou

2.1. Tetraciclina, 500 mg, de 6 em 6 horas, devendo o tratamento prolongar-se por 20 a 30 dias.

IX. Condiloma Acuminado

1. Diagnóstico - Deverá basear-se nos aspectos clínicos.

2. Tratamento - Recomenda-se o seguinte:

2.1. Podofilina a 25% em solução oleosa ou alcoólica. As aplicações tópicas devem ser feitas pelo médico. A substância deverá permanecer de 6 a 12 horas, sendo retirada com água e sabão ao fim desse tempo. A necessidade de novas aplicações dependerá da intensidade da reação local e da regressão das lesões. Em casos de lesões extensas, aplicar a substância por áreas. Em lesões exuberantes que não respondam ao tratamento, recomenda-se exame histopatológico.

X. Herpes Simples Genital

1. Diagnóstico - Deverá basear-se no aspecto clínico e evolutivo.

2. Tratamento - Não existe tratamento específico. Não devem ser usados produtos à base de corticosteróides, sulfa tópica e medicamentos irritantes locais. Recomenda-se o uso de anti-sépticos locais brandos.

XI. Recomendação Geral - É importante excluir infecção sifilítica em toda lesão ano-genital ulcerada ou úlcero-vegetante. Para tanto, deverá ser solicitada VDRL 10 a 30 dias após o aparecimento da lesão.

XII. Coleta de Dados

1. As unidades sanitárias devem encaminhar, periodicamente, ao órgão superior, o número de casos atendidos de:

1.1. Sífilis recente (S1 - S2)
1.2. Sífilis tardia (ST)
1.3. Sífilis congênita (SC)
1.4. Gonorréia (GO)
1.5. Cancro mole (CM)
1.6. Linfogranuloma venéreo (LV)

(Publicado no *Diário Oficial*, de 25.7.78 p. 11618/20)

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1, DE 26 DE JULHO DE 1978.

Os Ministros de Estado da Saúde e da Previdência e Assistência Social, no uso de suas atribuições e tendo em vista promover a implantação do Sistema Nacional de Saúde, instituído pela Lei nº 6 229, de 17 de julho de 1975, estabelecem as seguintes diretrizes para execução dos serviços básicos de saúde:

I - INTRODUÇÃO

1. A Lei nº 6 229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde, exige dos ministérios que o compõem, isoladamente ou em conjunto, conforme a natureza da matéria, o estabelecimento de mecanismos necessários que promovam adequada coordenação na prestação de serviços de saúde.

2. A execução da Lei nº 6 229 não resultará da expedição de apenas um documento de caráter regulamentar; textos sucessivos darão apoio à progressiva consolidação dos atos necessários à construção dos objetivos do Sistema Nacional de Saúde.

II - DIRETRIZES

3. A ordenação financeira se afigura prioritária no processo de racionalização das ações do sistema, pois é fator condicionante mais significativo e sensível que os demais, a não ser em casos excepcionais como os de calamidade pública.

4. As entidades vinculadas ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Previdência e Assistência Social integrantes do Sistema Nacional de Saúde comprometem-se a:

4.1. Aplicar os recursos financeiros levando em conta as populações protegidas, segundo normas emanadas dos componentes do sistema.

4.2. Financiar apenas órgãos e serviços, de qualquer natureza, que se disponham a participar de programas cujas especificações de planejamento, avaliação e informação obedeçam às normas técnicas, administrativas e contábeis estabelecidas pelo sistema.

5. Os planos e programas, sob a supervisão do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, a estes serão submetidos, quando necessário, a fim de preservar a coordenação programática e a unidade de ação.

6. Em atendimento ao princípio da regionalização, as ações de saúde serão estruturadas em ordem de complexidade crescente, a partir das mais simples, periféricas, executadas pelos serviços básicos de saúde, até as mais complexas a cargo de serviços especializados de saúde. Os recursos disponíveis - humanos, financeiros e materiais - serão ordenados em sua globalidade, dando-se preferência, no recrutamento de pessoal auxiliar, aos residentes na comunidade.

7. A fim de assegurar à população amplo acesso aos serviços de

saúde, a instalação de serviços básicos terá precedência sobre quaisquer outros de maior complexidade.

8. No âmbito regional, ou de zoneamento a que se prestarem as áreas urbanas, serão arroladas unidades de referência com funções de apoio aos serviços básicos de saúde, capacitados ao exercício dos atos assistenciais de maior complexidade.

9. Até que alcançados os requisitos da capacidade funcional prevista para a região, terão prioridade os serviços básicos de saúde, nos quais serão exercidas atividades típicas de saúde pública, inclusive aqueles médico-assistenciais capazes de satisfazer à demanda imediata de cuidados ambulatoriais.

9.1. Essas unidades periféricas, encarregadas de medidas de saúde-saneamento, de alcance coletivo, atuarão em campos de ação caracterizados por programas e modelos definidos (itens 12, 15 e 16), para atendimento da população em áreas geograficamente delimitadas.

9.2. Em caráter de exceção, justificável pela densidade demográfica e pela natureza da clientela, admitir-se-á o funcionamento de unidades de saúde periféricas destinadas ao atendimento ambulatorial em assistência médica (podendo incluir clínicas médica, pediátrica, tocoginecológica e odontológica, além de pequenas cirurgias), dotadas dos serviços técnicos indispensáveis.

10. Os serviços básicos de saúde manterão entrosamento permanente com as unidades de maior complexidade da região, às quais, sempre que necessário, será encaminhada, sob garantia de atendimento, a clientela que exigir cuidados especializados.

11. Os programas de saúde, para regiões definidas, com base no atendimento inicial pelas unidades dos serviços básicos de saúde, deverão ser coordenados e supervisionados em sua execução e avaliação:

11.1. A nível central, por órgão colegiado, composto por representantes dos ministérios integrantes do Sistema Nacional de Saúde, sob presidência rotativa.

11.2. A nível de unidade federada, por órgão colegiado, composto por representantes de ministérios integrantes do Sistema e da respectiva secretaria de saúde.

11.3. A nível municipal, por órgão colegiado, representativo da comunidade e, sempre que possível, com a participação de representantes dos órgãos integrantes do Sistema.

III - NORMAS OPERACIONAIS

12. As populações residentes nas áreas rurais e periféricas dos centros urbanos serão atendidas por serviços básicos de saúde, com ações de tecnologia simplificada, eficaz e de baixo custo, nos seguintes campos:

a) de saúde
saúde materno-infantil
alimentação e nutrição
emergências
controle de tuberculose e hanseníase
controle de outras doenças transmissíveis
assistência médico-sanitário ao adulto
saúde mental
odontologia sanitária
educação em saúde
vigilância epidemiológica e sanitária

b) de saneamento
abastecimento de água potável
destino adequado de dejetos e lixo
controle de alimentos e de vetores de doenças transmissíveis

c) técnico-administrativo
administração geral
estudo e aperfeiçoamento de serviços
estatística
planejamento, controle e avaliação.

13. A tecnologia a ser empregada constará de procedimentos simples, especificados em normas e instruções condicionados às situações locais, sob supervisão permanente, com maior grau de delegação de competência e atribuições a pessoal técnico e auxiliar.

14. O mecanismo operacional dos serviços básicos de saúde incluirá a capacitação dos recursos humanos a serem utilizados, através de cursos de formação, treinamento em serviço e atualização, e a utilização de equipes de saúde, trabalhando, de preferência, em regime de tempo integral.

15. Os serviços básicos de saúde, em ordem de complexidade crescente, serão classificados em dois níveis:

SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	
Nível	Atribuição
Elementar	Executar ações programadas de saúde-saneamento, quantificadas em metas e destinadas a populações previamente determinadas. Essas ações, de tecnologia simplificada, eficaz e de baixo custo, compreendem especialmente: vacinações, urgências, vigilância epidemiológica e sanitária, educação para a saúde, coleta de dados de saúde, orientação alimentar, de melhoria de habitação e de saneamento básico, principalmente as relativas à captação, depósito e uso de água potável, destino adequado de dejetos e do lixo, e o controle de vetores de doenças transmissíveis. Tais ações serão dirigidas prioritariamente à população da área rural, com ênfase no

SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	
Nível	Atribuição
	grupo materno-infantil. O trabalho será executado por pessoal auxiliar de enfermagem, em tempo integral, com formação mínimo de três meses e sob supervisão da unidade de saúde pública de nível primário.
	Executar as ações já descritas no nível elementar e ainda prestar assistência médica (9.2) em área definida, bem como supervisionar e apoiar a unidade daquele nível. De acordo com o tamanho e desenvolvimento da comunidade, executar atendimento sob a forma de internação nas quatro clínicas básicas (médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica). Nas localidades que não comportem unidades com internação, o Sistema manterá estreito relacionamento e coordenação com os estabelecimentos hospitalares existentes na área (públicos e privados), para os casos que exigirem hospitalização.

16. Em termos gerais, com as adequações necessárias, a instalação* e a operação de serviços levarão em conta a população assistida segundo os parâmetros abaixo:

SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE	
Nível	População
Elementar	Até 2 000 habitantes
Primário sem internação (*)	de 2 000 a 10 000 habitantes
Primário com internação (**)	de 10 000 a 20 000 habitantes

(*) Em função da densidade demográfica, a população poderá ultrapassar 10 mil habitantes.

(**) Em função da distância e do acesso, a população poderá ser inferior a 10 mil habitantes.

17. O nível elementar será desenvolvido por posto de saúde que estarão subordinados a um centro de saúde ou unidade mista, e o nível primário por centros de saúde e unidades mistas.

18. Nas pequenas comunidades onde existam serviços de saúde incipientes, serão estes aprimorados no sentido de se adequarem ao modelo proposto sob responsabilidade governamental.

19. Nos municípios cujos recursos permitirem a instalação de serviços de saúde de maior complexidade, a atuação governamental deverá

objetivar:

19.1. A manutenção de um sistema pluriinstitucional.

19.2. O estabelecimento de uma coordenação local, responsável pela execução do programado, sob controle governamental.

19.3. A distribuição dos serviços entre as instituições do setor saúde, públicas e privadas, a fim de obter a total cobertura da população.

19.4. O estímulo à iniciativa para executar as ações que lhe couberem por designação da coordenação local, em obediência aos programas de saúde estabelecidos para a área.

IMPRENSA OFICIAL
DO ESTADO S.A. — IMESP
SÃO PAULO — BRASIL
1984