Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

NORMAS TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA UTILIZAÇÃO DOS ESQUEMAS DE POLIQUIMIOTERAPIA NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE

0.10

WC335900.10
B736n
Ch
OMBO 179012
Hans. - Terapêutica

© 1989. Ministério da Saúde
2ª ed. 1990.
Fundação Nacional de Saúde/Dermatologia Sanitária
CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Sala 354
Edifício Anexo, Ala A - 70058 Brasília-DF
Fone: (061) 315.2174 - Telex: (61) 611603
Tiragem: 12.000 exemplares
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

ISBN 85-324-0025-6

FICHA CATALOGRÁFICA

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Dermatologia Sanitária
Normas técnicas e procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento da hanseníase/Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Dermatologia Sanitária - Brasília: Fundação Nacional de Saúde. CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia, 1990.
70 p.

PREFÁCIO DA II EDIÇÃO

Este documento foi elaborado para normatizar a utilização dos esquemas de Poliquimioterapia de hanseníase no Brasil, recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1982. Sua elaboração tem origem nas experiências do Hospital Estadual do Curupaiti (SES-RJ), do Centro de Dermatologia Tropical e Venerologia Alfredo da Mata (SES-AM), além da contribuição das (SES-DF e PE), visto-que nestes serviços de saúde a implantação dos referidos esquemas antecedeu a do nível nacional.

A consolidação das experiências a nível nacional a partir de 1986, permite que o Ministério da Saúde publique estas normas, sedimentadas na experiência brasileira de utilização destes esquemas no campo, no período de 1986 a 1990.

Este esquema terapêutico tem como principais objetivos:

. Maior eficácia terapêutica, a partir da associação medicamentosa;
. Prevenção e tratamento da resistência primária;
. Operacionalização das ações de controle pela duração limitada do tratamento;
. Administração mensal e supervisão dos medicamentos buscando-se maior regularidade do tratamento;
. Melhoria da relação usuário - equipe de saúde e consequente aumento da adesividade ao tratamento.

A eficácia a longo prazo dos esquemas propostos vem sendo avaliada por várias instituições credenciadas por TDR/THELEP/WHO (Transmissibles Diseases Research/Therapeutic of Leprosy/World Health Organization).

Os resultados obtidos informam que as taxas de recidivas ocorridas depois de completado o tratamento foi de:

- 0,12 por 100 anos/pacientes de observação para mais de 18.000 casos paucibacilares observados durante períodos de 12 a 37 meses;
- 0,02 por 100 anos/pacientes de observação para mais de 9.000 casos multibacilares observados durante períodos de 12 a 40 meses.

No Brasil, desde 1986, paralelamente à implantação e expansão da Poliquimioterapia, vem sendo dado apoio ao desenvolvimento de projetos específicos de pesquisa, que objetivam a avaliação da eficácia dos esquemas, dos fenômenos de resistência e persistência bacilar, avaliação de recaídas, entre outras.

O tratamento proposto baseia-se na administração de um esquema tríplice, composto de uma droga bactericida e duas bateriostáticas e na supervisão da ingestão das doses mensais dos medicamentos prescritos.

A magnitude da hanseníase no país requer a adoção de estratégias adequadas às diferentes realidades regionais, visando a implementação das ações de controle em todos

os níveis. Nesse sentido, a estratégia nacional de implantação e expansão do novo esquema de tratamento traz no seu bojo a propulsão de mudanças operacionais importantes nos serviços de saúde, de modo a adequá-los a um melhor atendimento ao paciente.

Vale ressaltar que tanto a detectada falta de padronização quanto a credibilidade dos esquemas de tratamento para a hanseníase utilizados anteriormente, estão em muito relacionadas a uma deficiente estratégia de implantação. Optamos por não incorrer no mesmo risco com possibilidade de consequências mais graves, considerando-se as poucas opções terapêuticas existentes.

A baixa capacidade resolutiva dos serviços de saúde do Brasil exigiu a implantação gradual, criteriosa e monitorizada da poliquimioterapia em 05 anos (1986-1990) a fim de se garantir a padronização e sistematização necessárias às avaliações pertinentes, imprescindíveis à decisão de novos passos.

O resultado desse processo de avaliação, levou à recomendação dos esquemas de poliquimioterapia a nível nacional, a partir de 1991, com prioridade para os estados onde a endemia é mais grave, de acordo com o plano nacional para o próximo quinquênio.

Não podemos mais adiar o acesso dos portadores de hanseníase ao esquema de tratamento considerado o mais eficaz no momento. É um desafio para os governos estaduais e municipais conjuntamente com o programa nacional de controle da hanseníase.

Gerson Fernando Mendes Pereira - MS - Dermatologia Sanitária
Gerson Oliveira Pena - MS - Dermatologia Sanitária
Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira - UFRJ

SUMÁRIO

1 - INTRODUÇAO 1
2 - SELEÇÃO DOS CASOS PARA POLIQUIMIOTERAPIA 1
3 - SITUAÇÕES QUE DEVEM SER OBSERVADAS 3
4 - ESQUEMAS TERAPÊUTICOS/OMS 4
5 - MONITORIZAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO 6
6 - ESTADOS REACIONAIS 7
7 - REGULARIDADE E SEGUIMENTO DO PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO 9
8 - CRITÉRIOS PARA ALTA TERAPÊUTICA 10
9 - SINAIS DE ATIVIDADE CLÍNICA DA DOENÇA 10
10 - SEGUIMENTO DOS PACIENTES EM ALTA TERAPEUTICA 12
11 - CRITÉRIOS DE ALTA POR CURA 13
12 - PARA EFEITOS DAS DROGAS UTILIZADAS PROCEDIMENTOS, ROTINAS E ATRIBUIÇÕES 14

PROCEDIMENTOS, ROTINAS E ATRIBUIÇÕES

PROCEDIMENTOS

1 - PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS 19
2 - EXAMES BACILOSCÓPICOS 19
3 - INTRADERMO-REAÇÃO DE MITSUDA 19
4 - VIGILÂNCIA DE CONTATOS 20
5 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE 21

ROTINAS

1 - ROTINA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 23
2 - EXAMES LABORATORIAIS 24

ATRIBUIÇÕES

1 - ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO 27
2 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO 28
3 - ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR 29
4 - ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE LABORATORIO 30
5 - ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL 30

SISTEMA DE INFORMAÇÕES EM HANSENÍASE

1 - CONCEITOS BÁSICOS EM EPIDEMIOLOGIA 32
2 - PROCESSO DE OBTENÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE DADOS 33
3 - INDICADORES 33
4 - FLUXO DE INFORMAÇÃO 34
5 - COORTE 35

ANEXO 1 37
ANEXO 2 43
ANEXO 3 47
ANEXO 4 51
ANEXO 5 59

BIBLIOGRAFIA 66

1 - INTRODUÇÃO

A implantação da poliquimioterapia/OMS no tratamento da hanseníase no Brasil, permitiu que uma grande quantidade de informação fosse coletada, demonstrando uma maior regularidade ao tratamento através de supervisão das doses mensais e da duração limitada do mesmo, além da melhoria da relação usuário - equipe de saúde.

Nesse sentido esse manual foi elaborado para normatizar a utilização dos referidos esquemas no tratamento da hanseníase, nos serviços de saúde que desenvolvem atividades de controle deste agravo.

2 - SELEÇÃO DOS CASOS PARA POLIQUIMIOTERAPIA

2.1. Casos novos (todos, exceto os incluídos no item 3.1.)

Para a indicação dos esquemas de poliquimioterapia (PQT), o paciente deverá ser classificado de acordo com os métodos diagnósticos clínico e baciloscópico em pauci e multibacilares. Quando necessário, deverá ser realizado exame histopatologico, principalmente em casos de difícil classificação.

O teste de Mitsuda será utilizado em todos os pacientes com diagnóstico clínico de hanseníase indeterminada (HI), com vistas à inclusão no grupo multibacilar ou paucibacilar, e como teste complementar naqueles pacientes de difícil classificação, por exemplo os dimorfos. Nos casos típicos de hanseníase - Virchowiana (HV) ou Tuberculóide (HT) - não está recomendada a utilização do teste de Mitsuda.

2.1.1. Critérios para classificação em paucibacilares

Clínico: Pacientes classificados como Indeterminado Mitsuda positivo e Tuberculóides, segundo a classificação de Madri.

Baciloscópico: Pacientes negativos em todos os esfregaços examinados (índice baciloscópico igual a zero (IB=0), e/ou baciloscopia negativa).

Imunológico: Pacientes que apresentam resposta positiva (≥5mm) à intradermo-reação de Mitsuda ou ulceração (cicatriz).

2.1.2. Critérios para classificação em multibacilares

Clínico: Pacientes classificados como Virchowianos, Dimorgos e Indeterminados Mitsuda negativo, segundo a classificação de Madri.

Baciloscópico: Pacientes positivos em pelo menos um (1) esfregaço da coleta. Qualquer índice baciloscópico diferente de zero e/ou baciloscopia positiva (+, ++, +++).

Imunológico: Pacientes que apresentam resposta negativa à intradermo-reação de Mitsuda. (<5mm) e sem ulceração.

EXAMES	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
CLÍNICO	T e I Mitsuda positivo	V, D e I Mitsuda negativo
IMUNOLÓGICO (MITSUDA)	POSITIVO ≥ 5mm ou com ulceração	NEGATIVO < 5mm e sem ulceração
BACILOSCÓPICO	NEGATIVO (IB = 0) em todos os esfregaços) ou baciloscopia negativa	POSITIVO (Qualquer IB ≠ 0) ou baciloscopia positiva (+, ++, +++)

2.2. Casos Antigos

2.2.1. Paucibacilares

Os pacientes classificados clinicamente como HT ou HI Mitsuda positivo, que não tenham completado 2 anos de tratamento, iniciarão terapêutica PQT.

Os pacientes HT e HI Mitsuda positivo, que tenham mais de 2 anos de tratamento, farão novo exame clínico (dermato-neurológico e baciloscópico) e se necessário imunológico, para avaliação quanto a possibilidade de alta terapêutica (vide instruções normativas).

2.2.2. Multibacilares

Os pacientes classificados clinicamente como HV, HD ou HI Mitsuda negativo, que tenham até cinco anos de tratamento, serão incluídos na poliquimioterapia.

Os pacientes HV, HD ou HI Mitsuda negativo com mais de cinco anos de tratamento, farão novo exame para avaliação da atividade clínica/dermato-neurológica e baciloscópica e terão a conduta adotada de acordo com resultados do quadro a seguir:

CONDUTA PARA OS PACIENTES HV, HD OU HI MITSUDA NEGATIVO COM MAIS DE 5 ANOS DE TRATAMENTO

TRATAMENTO ANTERIOR	SINAIS CLÍNICOS DE ATIVIDADE (ITEM 9)	BACILOSCOPIA	CONDUTA ADOTADA
1. DNDS	Presentes	Positiva	PQT
2. DNDS	Presentes	Negativa	PQT
3. DNDS	Ausentes	Positiva	PQT
* Monoterapia	Presente ou Ausente	Positiva ou Negativa	PQT
4. DNDS	Ausentes	Negativa	Alta terapêutica (EOSTQ)

1. Sinais de atividades clínica presentes e baciloscopia positiva → iniciar PQT.
2. Sinais de atividades clínica presentes e baciloscopia negativa → iniciar PQT.
3. Sinais de atividade clínica ausente e baciloscopia positiva → iniciar PQT.
4. Ausência de sinais de atividade clínica e baciloscopia negativa → dar alta terapêutica (vide instruções normativas).

3 - SITUAÇÕES QUE DEVEM SER OBSERVADAS

3.1. Deverão ser excluídos os pacientes portadores de afecção que contra-indique a administração de um dos medicamentos. Por exemplo: Hepatopatias graves, alcoolismo crônico, doença mental, distúrbios hematológicos e nefropatias, principalmente as de caráter auto-imune.

3.2. Gravidez e/ou aleitamento materno **não** contra-indicam a administração dos esquemas de poliquimioterapia.

---

* Dar especial atenção aos casos de hanseníase que tiveram tratamento anterior com monoterapia sulfônica ou DADDS; deverão, obrigatoriamente, iniciar PQT.

3.3. Em caso de dúvida na classificação de pacientes em PAUCI ou MULTIBACILAR, recomenda-se considerá-los como MULTIBACILAR.

3.4. Em virtude da alta frequência de tuberculose no país, recomenda-se especial atenção na busca de sinais/sintomas de tuberculose, antes e durante o tratamento de pacientes de hanseníase, com a finalidade de evitar cepas a M. tuberculosis resistentes à Rifampicina.

Para os pacientes que apresentarem, concomitantemente tuberculose (Tb) e hanseníase (MH), recomenda-se a administração da quimioterapia apropriada para a tuberculose, conjuntamente com a da hanseníase.

Para estes pacientes, recomenda-se que no dia aguardado para a dose supervisionada de poliquimioterapia, seja administrada a dose diária de Rifampicina prevista no tratamento da tuberculose, sob supervisão (Rifampicina 300mg/cápsula).

4 - ESQUEMAS TERAPÊUTICOS/OMS

4.1. Esquema Padrão (Para maiores de 15 anos)

4.1.1. Paucibacilares (PB)

Rifampicina (RFM) - 600mg uma vez por mês, supervisionados.
Dapsona (DDS) - 100mg uma vez ao dia, auto-administrados:

. Duração mínima do tratamento: 6 doses supervisionadas, obedecendo aos critérios de regularidade. (Item 7)

4.1.2. Multibacilares (MB)

Rifampicina (RFM) - 600mg uma vez por mês, suprvisionados.
Clofazimina (CFZ) - 300mg uma vez por mês, supervisionados.
+ 100mg em dias alternados ou 50mg diárias auto-administrados.
Dapsona (DDS) - 100mg uma vez ao dia auto-administrados.

. **Duração mínima do tratamento:** 24 doses supervisionadas, obedecendo aos critérios de regularidade, ou até a baciloscopia tornar-se negativa.

4.2. Esquemas Alternativos (Somente utilizados no caso de **impossibilidade** de utilizar o esquema padrão)

4.2.1. Paucibacilares

a) Rifampicina (RFM) - 600mg uma vez por mês, supervisionados
Clofazimina (CFZ) - 100mg diários auto-administrados.
b) Rifampicina (RFM) - 600mg uma vez por mês, supervisionados
Etionamida (ETH) - 250mg diários, auto-administrados.

4.2.2. Multibacilares

a) Rifampicina (RFM) - 600mg uma vez por mês, supervisionados
Clofazimina (CFZ) - 300mg uma vez por mês, supervisionados.
+ 100mg em dias alternados, ou 50mg diários, auto-administrados.
Etionamida (ETH) - 250mg diários, auto-administrados.
b) Rifampicina (RFM) - 600mg uma vez por mês, supervisionados.
Dapsona (DDS) - 100mg diários, auto-administrados.
Etionamida (ETH) - 250mg diários, auto-administrados.

Observações:

1) A Rifampicina deve ser administrada preferencialmente em jejum. No entanto, devido a problemas operacionais, ela pode ser administrada em qualquer hora do dia, sem prejuízo considerável de sua eficácia terapêutica.

2) É importante assinalar que deve ser **enfatizado** o uso da Clofazimina que, apesar dos seus efeitos inestéticos, não apresentam a toxicidade da associação RFM + ETH.

3) A utilização da Etionamida requer **obrigatoriamente** avaliação prévia e mensal da função hepática.

4) As drogas devem ser ajustadas ao peso do paciente, conforme o descrito a seguir:

DAPSONA (DDS)	RIFAMPICINA (RFM)	CLOFAZIMINA (CFZ)	ETIONAMIDA (ETH)
1,5mg/kg/dia	10mg/kg/dia	1mg/kg/dia	5mg/kg/dia

DOSES (EM mg) INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA

PAUCIBACILARES

IDADE EM ANOS	DAPSONA (DDS) DIÁRIA AUTO-ADMINISTRADA	RIFAMPICINA (RFM) MENSAL SUPERVISIONADA
0 - 5	25	150 - 300
6 - 14	50 - 100	300 - 450
>15	100	600

MULTIBACILARES

IDADE EM ANOS	DAPSONA (DDS) DIÁRIA	RIFAMPICINA (RFM) MENSAL	CLOFAZIMINA (CFZ)	
	AUTO-ADMINIST.	SUPERVISIONADA	AUTO-ADMINIST.	SUPERV.MENSAL
0 - 5	25	150 - 300	100/Semana	100
6 - 14	50 - 100	300 - 450	150/Semana	150 - 200
>15	100	600	50/Dia	300

5 - MONITORIZAÇÃO NA EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO

Para os pacientes que durante o tratamento apresentarem manutenção e/ou piora do quadro clínico suspeitar de:

5.1. Episódio reacional próprio da doença;

5.2. Se o esquema terapêutico está sendo seguido regularmente pelo paciente;

5.3. Se os medicamentos estão dentro do prazo de validade.

6 - ESTADOS REACIONAIS

6.1. Reação Reversa ou Reação Tipo I

Os pacientes dimorfos são os mais propensos a desenvolver reações cutâneas e/ou nervosas que se caracterizam por:

a) **Lesões cutâneas** - as lesões tornam-se mais infiltradas, eritematosas, amolecidas, suculentas, por vezes escamosas, podendo chegar à ulceração. O quadro é mais grave em paciente com múltiplas lesões. Entretanto, casos com pequeno número de lesões localizadas sobre (ou próximo a) troncos nervosos merecem especial atenção, pelo risco de gerar incapacidades.

b) **Lesões nervosas** - durante os episódios reacionais deve-se prestar atenção aos troncos nervosos mais frequentemente afetados(*). Os principais sinais e sintomas de neurite são: espessamento do nervo, dor à palpação e dor espontânea no trajeto dos troncos nervosos. As neurites também podem evoluir sem dor (neurite silenciosa).

As medidas recomendadas são:

a) Manter **sem modificação**, o tratamento específico;
b) Introduzir Prednisona, 1 a 2mg/kg/dia, conforme avaliação clínica;
c) Manter a dose inicial da Prednisona até a regressão clínica do quadro reacional;
d) Reduzir a dose do medicamento a intervalos fixos e quantidade predeterminada, conforme avaliação clínica;
e) Retornar à dose imediatamente anterior em caso de reagudização (agravamento) do quadro clínico;
f) Em caso de comprometimento neural, imobilizar o segmento afetado e acompanhar atentamente a evolução do caso;
g) Em caso de persistência, (neurite crônica), reagudização e/ou agravamento do quadro neurológico, avaliar indicação de cirurgia descompressiva.

(*) Ulnar, ciático popliteo externo, tibial posterior, auricular, ramo cutâneo do radial, mediano, radial e ramos do facial.

Exemplo: (utilização de Prednisona):

60mg/dia	até a regressão clínica
50mg/dia	15 dias
40mg/d.a	15 dias
30mg/dia	15 dias
25mg/dia	15 dias
20mg/dia	15 dias
15mg/dia	15 dias
10mg/dia	15 dias
5mg/dia	15 dias

6.2. Eritema nodoso hansenótico ou reação tipo II

Caracteriza-se pela presença de nódulos profundos, eritematosos, dolorosos, em vários estágios evolutivos, localizados em qualquer segmento corporal, com ou sem sinais e sintomas sistêmicos podendo ou não ulcerar-se. Com certa frequência, observam-se lesões nervosas profundas ou de aspectos nodular na palpação do trajeto dos nervos.

As medidas recomendadas são:

a) Manter **sem modificação** o tratamento específico;
b) Introduzir Talidomida 100 - 400mg/dia, conforme avaliação clínica;
c) Manter a dose inicial até a regressão clínica do quadro reacional;
d) Reduzir a dose do medicamento a intervalos fixos e quantidade predeterminada, conforme avaliação clínica;
e) Retornar à dose imediatamente anterior em caso de reagudização (agravamento) do quadro clínico;
f) Em casos com comprometimento neural, introduzir corticoesteróides, imobilizar o segmento afetado e encaminhar para a prevenção de incapacidades.

Exemplo: (utilização da talidomida)

400mg/dia	até a regressão clínica
300mg/dia	7 dias
200mg/dia	7 dias
100mg/dia	7 dias
50mg/dia	7 dias

Observação:

Indicação de Prednisona na reação tipo II

R 1 - Eritema nodoso necrotizante TH
A 2 - Comprometimento neural
R 3 - Orqui-epididimite TH
A 4 - Irite ou iridociclite

5 - Nefrite
6 - Mão e pé reacional
7 - Mulheres em idade fértil
8 - Vasculite (Fenômeno de Lúcio)

Proceder como no tratamento das reaçõs reversas, levando em consideração a gravidade intrínseca de tais quadros clínicos e a necessidade de medidas terapêuticas firmes e eficazes, inclusive referenciando pacientes a cirurgia quando houver indicação.

Observações:

1 - **Está proscrita a utilização** da Talidomida em mulheres em idade fértil, devido a seus conhecidos efeitos teratogênicos.

2 - O uso da Prednisona obriga a algumas precauções. Sempre que possível, devem ser registradas a pressão arterial dos pacientes e a taxa de glicose no sangue, devido aos efeitos colaterais do medicamento.

A pesquisa de parasitas intestinais não deve ser esquecida, devido à posibilidade de disseminação sistêmica do **Strongiloydes stercoralis**. Iniciar tratamento antiparasitário dos pacientes com medicamento indicado.

Exemplo: Tiabendazol - 50mg/kg/dia durante 3 dias.

3 - Para controlar Eritema Nodoso severo, crônico e subintrante, complicações graves de Reação tipo II e neurites persistentes, a OMS recomenda o uso de clofazimina 300mg/dia não mais que 90 dias suplementada com corticoesteróides.

Exemplo da utilização dessa associação em alguns Centros de Referência:

- 300mg/dia de clofazimina + corticoesteróide - 30 dias
- 200mg/dia de clofazimina - 30 dias
- 100mg/dia de clofazimina - 30 dias

Utilizar este esquema quando formalmente a **Talidomida** estiver contra-indicada, apenas nas situaçõs acima descritas.

4 - Possíveis fatores desencadeadores do eritema nodoso hansenótico: infecções, PPD, gravidez, parto, medicamentos contendo iodo, distúrbios neurovegetativos.

7 - REGULARIDADE E SEGUIMENTO DO PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO

A regularidade na tomada mensal supervisionada das drogas é fundamental para o êxito da terapêutica poliquimioterápica.

A regularidade será analisada em função do número das tomadas mensais de doses mínimas preconizadas, num período variável de tempo suficiente para a alta terapêutica.

Será considerado paciente tratado regularmente aquele que completar o número mínimo de doses preconizadas (6 doses em até 9 meses para os PB e 24 doses para os MB em até 36 meses), desde que não ocorram 3 faltas consecutivas para os PB e 4 faltas consecutivas para os MB.

Os pacientes que não preencherem os critérios acima deverão sempre reiniciar o tratamento.

7.1. **Procedimentos para Garantir a Regularidade do Tratamento**

A partir da inclusão do paciente no tratamento poliquimioterápico, a equipe de saúde fará explicações detalhadas no que diz respeito à regularidade do comparecimento mensal necessária ao tratamento.

Procedimentos para garantir o retorno dos pacientes que faltarem nos dias aprazados para tomada da dose supervisionada, após levantamento semanal dos faltosos, deverão ser providenciados (aerogramas, visita domiciliar, convocação por telefone, etc.).

O mesmo procedimento deverá ser adotado para garantir a regularidade às visitas de controle do paciente após fim do tratamento. (Ver controle dos pacientes EM OBSERVAÇÃO SEM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO - EOSTQ).

8 - CRITÉRIOS PARA ALTA TERAPÊUTICA - ENTRADA EOSTQ

A suspensão da quimioterapia se dará quando o paciente tiver completado suas doses mínimas preconizadas, e não apresentar atividade clínica e baciloscópica (MB) da doença.

8.1. **Paucibacilares**

No mínimo 6 doses em até 9 meses, não sendo necessário baciloscopia no momento da alta terapêutica.

8.2. **Multibacilares**

No mínimo 24 doses em até 36 meses, ou até a negativação baciloscópica (IB = 0),com ausência de atividade clínica da doença.

9 - SINAIS DE ATIVIDADE CLÍNICA DA DOENÇA (OMS - Informes técnicos 768)

a) Cutâneos:

. Novas lesões

. Aumento das lesões preexistentes
. Eritema e infiltração
. Ulceração não-traumática das lesões
. Episódios reacionais do tipo II (vide item 10.3.1).

não não ocorrem + que 2 anos depois

b) Neurais:

. Espessamento e/ou hiperestesia de nervos e troncos previamente normais
. Paresia ou paralisia de músculos não afetados anteriormente.
. Novas áreas anestésicas ou acentuação da alteração da sensibilidade em áreas previamente afetadas.

Observação:

Os sinais de caráter trófico ou degenerativo listados a seguir, que constituem as sequelas da doença, não devem ser considerados como sinais de atividade clínica.

. ulceração traumática
. madarose
. cicatrizes
. áreas de despigmentação
. atrofia
. áreas anestésicas persistentes
. reabsorção óssea
. lagoftalmia
. diminuição da fertilidade masculina
. evidência laboratorial de nefrite
. diminuição da acuidade visual.

DIFERENÇAS ENTRE REAÇÃO REVERSA E RECAÍDA/RECIDIVA

CARACTERÍSTICAS	REAÇÃO REVERSA	RECAÍDA/RECIDIVA
Intervalo de tempo	Ocorre geralmente durante a quimioterapia ou dentro de seis meses após completado o tratamento	ocorre normalmente muito depois do término da quimioterapia, em geral, depois de um intervalo de um ano.
Aparecimento	Súbito e inesperado	lento e insidioso
Distúrbios sistêmicos	podem vir acompanhados de febre e mal-estar	nunca vêm acompanhados de febre e mal-estar
Lesões antigas	Algumas ou todas se tornam eritematosas, brilhantes e consideravelmente edematosas, com infiltração	algumas podem apresentar bordas eritematosas
Lesões novas	em geral várias	poucas
Ulceração	muitas vezes as lesões se agravam e ficam ulceradas	raramente há ulceração
Regressão	com descamação	não há descamação
Envolvimento dos nervos	muitos nervos podem estar envolvidos, rapidamente ocorrendo dor, sensitividade e perturbações motoras	pode ocorrer em um único nervo; perturbações motoras ocorrem muito lentamente
Respostas a esteróides	excelente	não pronunciada

10 - SEGUIMENTO DOS PACIENTES EM ALTA TERAPÊUTICA-EOSTQ

10.1. Paucibacilares

Observação clínica dermato-neurológica anual, durante 2 anos.

10.2. Multibacilares

Observação clínica dermato-neurológica e baciloscópica anual, durante 5 anos.

10.3. Situações que podem ser observadas

10.3.1. Episódios reacionais após o tratamento quimioterápico.

a) Reação reversa ou reação tipo I

Conduta:

. Avaliação clínica e baciloscópica

. Iniciar o tratamento indicado para a reação e reiniciar PQT, enquanto o paciente estiver fazendo uso de corticosteróides.

b) Eritema Nodoso Hansenótico (ENH) ou reação tipo II

Conduta:

. Avaliação clínica e baciloscópica
. Iniciar o tratamento indicado para reação e reiniciar o esquema PQT
Optar pelo reinício do tratamento quimioterápico quando da vigência de ENH no EOSTQ. No entanto recomenda-se a avaliação criteriosa para que o mesmo seja considerado recaída, em virtude da falta de subsídios técnicos que sedimentem o ENH como sinal de atividade clínica da doença.

10.3.2. Recaída

O termo aplica-se aos pacientes que desenvolvem sinais de atividade clínica e/ou baciloscópica da doença no período EOSTQ.

Conduta:

. Reiniciar o tratamento quimioterápico utilizando os mesmos medicamentos prescritos anteriormente e o mesmo critério de doses mínimas.

Observação:

1) Considerando-se a dificuldade do diagnóstico diferencial entre os sinais da reação reversa e os de recaída torna-se necessário que cada caso suspeito seja avaliado no tocante a:

. Classificação correta, tratamento adequado e critérios adotados para a alta (vide item 8).

2) Os pacientes clinicamente inativos durante o período EOSTQ, que apresentarem atividade baciloscópica, deverão ser reportados à supervisão técnica do programa.

11 - CRITÉRIOS DE ALTA POR CURA

Entende-se como alta por cura a liberação do controle ou seguimento do caso. Significa, portanto, a saída do registro ativo, sendo que o paciente não mais será computado nos coeficientes de prevalência.

A alta por cura será concedida quando o paciente não apresentar sinais de atividade clínica e baciloscópica ao final do período de observação sem tratamento quimioterápico.

2 anos para os casos paucibacilares
5 anos para os casos multibacilares.

11.1. Recidivas

A ocorrência de sinais de atividade clínica da hanseníase segundo os critérios da OMS, após a alta por cura, são considerados recidivas. Nestes casos, o paciente reiniciará o tratamento seguindo as normas e procedimentos já descritos, ou seja, realizará nova baciloscopia e novo exame dermato-neurológico.

Na literatura internacional, o termo Recaída ("relapse", item 10.3.2) abrange também o termo recidiva.

Salienta-se que os sinais clínicos e a conduta terapêutica são os mesmos em ambas as situaçõs. Note-se que a única diferença é que o caso recidiva dá nova entrada no registro ativo, como caso novo do ano (Recidiva) pelo fato de já ter sido retirado do registro, por alta por cura, ou por saída administrativa.

12 - PARA-EFEITOS DAS DROGAS UTILIZADAS

12.1. Rifampicina

Cutâneos: rubor de face e pescoço, prurido e "rash" cutâneo generalizado.

Gastro-intestinais: diminuição do apetite, náuseas, ocasionalmente vômitos e diarréias, dor abdominal leve. Estes sintomas provavelmente ocorrerão se o medicamento for ingerido em jejum.

Hepáticos: mal-estar, perda de apetite, náuseas, podendo ocorrer também icterícia. São descritos dois tipos de icterícias: leve ou transitória e a grave, com danos hepáticos.

Hematopoéticos: púrpuras ou sangramentos anormais, como epistaxes, hemorragias gengivais e uterinas. Neste caso encaminhar ao hospital.

Anemia Hemolítica Rara: manifesta-se por tremores, febre, náuseas, cefaléia e às vezes choque. Poderá ocorrer icterícia leve.

Síndrome Pseudogripal Rara: ocorre a partir da 2ª ou 4ª dose supervisionada devido a reação de hipersensibilidade quando utilizada em dose intermitente. Manifesta-se por febre, calafrios e mialgias podendo incluir eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque.

Observação:

A utilização da Rifampicina pode:

- Diminuir a vida média das seguintes substâncias:

  . Prednisona

. Quinidina
. Ketoconazol
. Propanolol
. Digitoxina
. Metoprolol
. Clofibrato
. Sulfoniluréia (hipoglicemiante oral)

- Diminuir a eficácia terapêutica dos anticoagulantes tipo cumarínico.
- Diminuir a excreção biliar dos meios de contraste para visualização da vesícula biliar.
- Incrementar o catabolismo dos contraceptivos orais.

12.2. **Clofazimina**

Efeitos colaterais são improváveis de ocorrer com a dose utilizada na poliquimioterapia.

Cutâneos: pele ressecada é comum. Pode ser grave e evoluir para ictiose. Coloração da pele, urina, suor e secreção respiratória. Nas pessoas de pele escura a cor pode se acentuar e em pessoas claras a pele pode ficar com coloração avermelhada ou adquirir um tom acinzentado, devido à impregnação e o ressecamento.

O ressecamento da pele provocado pela clofazimina pode ser minimizado pela aplicação diária de óleo vegetal após o banho, creme de uréia e evitando-se exposição solar.

Estas alterações aparecem mais acentuadas nas lesões hansenóticas e só regridem muito lentamente com a suspensão do medicamento. A coloração avermelhada da urina não deve ser confundida com hematúria e a da secreção pulmonar com escarros hemoptóicos. Pigmentação conjuntival não deve ser confundida com icterícia.

Gastro-intestinais: diminuição da peristalse e dor abdominal podem ocorrer devido ao depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e gânglios linfáticos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. O medicamento deve ser interrompido e reiniciada após regressão completa do quadro clínico. Estes paraefeitos poderão ser encontrados com maior frequência com a dose de 300mg/dia por períodos prolongados, superiores a 90 dias.

12.3. **Dapsona**

Cutâneos: Síndrome de Stevens-Jonhson, Dermatite esfoliativa ou eritrodermia. Implica na interrupção definitiva do tratamento com Dapsona.

Hepáticos: icterícias. A Dapsona deverá ser interrompida e o paciente encaminhado ao hospital.

Anemia Hemolítica: este para-efeito não ocorre na dose preconizada (1,5mg/kg/dia), salvo em indivíduos com deficiência da enzima Glicose - 6 - fosfato - desidrogenase (G-6-PD). A confirmação da deficiência enzimática, já referida, só pode ser obtida pela dosagem da mesma, entretanto, como são necessárias hemácias velhas para a positividade do teste (e a hemólise as destrói), levaria seis semanas após a ocorrência da hemólise para que novas hemácias envelhecessem o suficiente. Em função desse fato a conduta a ser adotada é a suspensão da dapsona (substituindo pela clofazimina 100mg/dia) e de outras drogas oxidantes que porventura esteja fazendo uso.

Metahemoglobinemia: cianose, dispnéia, taquicardia, cefaléia, fadiga, desmaios, náuseas, anorexia e vômitos. O medicamento deve ser interrompido e o paciente ser encaminhado imediatamente ao hospital.

Neurológicos: incluem neuropatia motora periférica e raramente psicoses. No caso de neuropatia fazer vitamina B6. No caso de psicose o medicamento deve ser interrompido e o paciente encaminhado ao hospital.

Insônia: desaparece depois de algum tempo. O paciente deverá ser orientado a tomar a Dapsona pela manhã ou no almoço.

12.4. **Etionamida/Protionamida**

Gastro-intestinais: anorexia, salivação excessiva, gosto metálico na boca, náuseas, vômitos, estomatite e diarréia.

Hepáticos: Hepatite, icterícia. O aparecimento de icterícia deve levar à suspensão do medicamento imediatamente.

As Tioamidas são potencialmente HEPATO-TÓXICAS, principalmente quando associadas à Rifampicina, particularmente se o paciente for **alcoólatra** ou tiver história prévia de doença hepática.

A utilização da Etionamida/Protionamida impõe exame clínico e avaliação laboratorial da função hepática antes e mensalmente durante o tratamento. Em caso de sorologia positiva para hepatite não usar essa associação.

12.5. **Talidomida**

Teratogenicidade, sonolência, edema unilateral de membros inferiores, obstipação intestinal, secura de mucosas e, mais raramente, linfopenia.

Em virtude da rifampicina diminuir a ação dos contraceptivos orais, proscreve-se a talidomida em pacientes de sexo feminino em idade fértil.

12.6. **Corticosteróides**

Distúrbios metabólicos: redução de sódio e depleção de potássio; aumento das taxas de glicose no sangue; absorção no metabolismo do cálcio, levando a osteoporose; síndrome de Cushing.

Gastro-intestinais: gastrite, úlcera péptica.

Outras manifestações:

Agravamento de infecções latentes, acne cortisônica, psicoses.

12.7 **Situação em que o esquema terapêutivo deverá ser suspenso**

A equipe de saúde deverá estar atenta para a possibilidade da ocorrência de para-efeitos durante a poliquimioterapia, e relacionamos a seguir as posíveis condutas a serem adotadas nestas eventualidades:

12.7.1. **Síndrome Pseudogripal**

. Suspender a rifampicina imediatamente e avaliar a gravidade do quadro.
. Administrar anti-histamínicos, corticosteróide (hidrocortizona 500mg/250ml de soro fisiológico - 30 gotas/minuto) EV, mantendo em seguida corticosteróide oral com redução progressiva da dose até a retirada completa. Controlar a pressão arterial e a glicemia.
. Os casos que apresentarem comprometimento geral severo, deverão ser hospitalizados, se possível em centros de referência.

12.7.2. **Náuseas e vômitos incontroláveis**

. Suspender o tratamento.
. Submeter o paciente a exames complemenares para diagnóstico diferencial com outras causas.
. Investigar se estes sinais ocorrem após a ingestão da dose supervisionada.

12.7.3. **Icterícia**

O tratamento deverá ser suspenso quando o hepatograma estiver alterado, com valores superiores a duas vezes os valores normais.

- Avaliação da história pregressa (alcoolismo, tuberculose, ...).
  . Submeter o paciente a exames complementares para diagnóstico diferencial:

- Avaliação da função hepática.
- Sorologia para hepatite.

. Suspender definitivamente a etionamida, pelo dano que ela pode incrementar em associação com a rifampicina. Retornar à clofazimina sempre que possível.

12.7.4. **Distúrbios hematopoiéticos(*)**

. Suspender o tratamento.
. Encaminhar ao hematologista para avaliação e conduta.

Metahemoglobinemia/conduta:

. Leve - observar, desaparece gradualmente com a suspensão do medicamento.

. Severa - internação hospitalar: Azul de Metileno a 1% (EV) na dose 1mg/kg/peso. Não ultrapassar a dose de 7mg/kg. Lavagem gástrica, hemodiálise, diálise peritoneal ou exanguíno transfusão.

Não usar Azul de Metileno nos deficientes de G6PD. (Glicose - 6 - fosfato - desidrogenase).

(*) Lê-se Hematopoéticos - Aurélio Buarque de Hollanda. Ambas as denominações são encontradas na literatura específica. Optou-se por Hematopoiese considerando-se a origem grega da palavra já consagrada na prática médica.

PROCEDIMENTOS, ROTINAS E ATRIBUIÇÕES

PROCEDIMENTOS

1 - PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS

As atividades de prevenção e tratamento das incapacidades se constituem em parte indissociável do tratamento nas unidades operativas. Tais atividades se efetuarão a partir:

. Da discussão da equipe de saúde com os pacientes sobre as formas de prevenção de incapacidades (principalmente através das técnicas simples), procurando-se descobrir a partir da vivência de cada um (atividades laborativas), quais as técnicas que se aplicam a cada caso, buscando-se técnicas alternativas.
. Da importância do confronto entre as técnicas já consagradas e as novas descobertas com os pacientes, dando-lhes oportunidade de relatar a outros pacientes os resultados obtidos.
. Da terapêutica correta nos episódios reacionais agudos.
. Do encaminhamento dos pacientes que requerem técnicas complexas a centros de referência para reabilitação física.

2 - EXAME BACILOSCÓPICO

Vide "Manual de Normas Técnicas e Procedimentos para o Exame Baciloscópico em Hanseníase". Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1989.

3 - INTRADERMO-REAÇÃO DE MITSUDA

O antígeno de Mitsuda (mitsudina), utilizado para determinar o grau de resposta imunológica do indivíduo frente ao bacilo de Hansen **(M. leprae)**, tem, além do valor prognóstico, valor no agrupamento dos pacientes como **pauci** ou **multibacilares,** naqueles casos classificados clinicamente como Indeterminados, ou nos casos de difícil classificação, por exemplo, na diferenciação entre dimorfos e tuberculóides.

a) Técnica

Consiste na inoculação intradérmica de 0,1ml do antígeno de Mitsuda (suspensão autoclavada de hansenomas) na face anterior do antebraço direito, até que se forme uma pápula de 0,5cm de diâmetro.

A inoculação é feita com seringa de tuberculina ou insulina e com agulha de calibre 20 x 7.

A leitura da reação ocorrida será feita entre 21 a 28 dias após a inoculação. A

resposta é baseada na medida em milímetros, feita com régua milimetrada. Esta resposta deverá necessariamente ser anotada no prontuário em **milímetros.**

Exemplo: Teste de Mitsuda ..... dia 01/03/90
Leitura:..... dia 27/03/90 6mm

Reação negativa: Ausência de qualquer sinal no ponto de inoculação, ou presença de pápula **inferior** a 5 (cinco) milímetros de diâmetro.

Reação positiva: Presença de pápula ou tubérculo **igual** ou **maior** que 5 (cinco) milímetros ou presença de ulceração.

4 - VIGILÂNCIA DE CONTATOS

A vigilância dos contatos é considerada atividade importante para se obter o diagnóstico precoce e o controle da endemia, devendo ser adotadas medidas adequadas e articulações necessárias a cada unidade regional no sentido de aumentar a cobertura desta atividade.

Para seleção e acompanhamento dos principais grupos de risco, serão examinados os contatos de todos os doentes inscritos na Unidade, constando de exame clínico-dermato-neurológico:

a) Contatos intradomiciliares de pacientes multibacilares:

Vigilância por 5 (cinco) anos, com revisões anuais, e liberar após este período, com as orientações educativas necessárias.

b) Contatos intradomiciliares de pacientes paucibacilares:

Após o primeiro exame, os contatos indenes deverão ser liberados com as orientações educativas necessárias.

4.1. Vacinação BCG (Bacilo de Calmette - Guérin)

A norma nacional recomenda (Portaria nº 01 - 03/01/90) a aplicação de BCG a todos os contatos intradomiciliares de doentes HV, HD, independentemente de idade e cicatriz vacinal por BCG, em duas doses com intervalo de 1 ano calendário, com a finalidade de aumentar a proteção deste grupo de risco, contra a hanseníase.

A programação de BCG deve ser feita no nível local, conjuntamente com o programa de controle da tuberculose e imunização de acordo com o número de contatos V e D registrados, com menos de 05 anos de vigilância.

Técnica: Aplicar 0,1ml da suspensão, por via intradérmica no braço direito, na altura da inserção inferior do músculo deltóide (Vide Manual de Normas para o Controle da Tuberculose - MS, 1989).

5 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde na poliquimioterapia, como nas demais ações de saúde, deve ser desenvolvida de forma a garantir a participação real do paciente, de toda a equipe de saúde e grupos sociai nas ações de controle. Inicia-se com o diagnóstico e a instituição do esquema terapêutico recomendado pelo Ministério da Saúde, com a formação de equipe responsável pela coordenação, supervisão e execução destas ações. É importante que a unidade de saúde seja aberta à participação do paciente e de seus movimentos organizados.

A equipe deve se preparar não só para a execução das atividades básicas, como também para desenvolver a prática educativa com os pacientes e com a comunidade.

A comunidade, através dos grupos sociais que a compõem, necessita estar informada das ações que lhe dizem respeito e ter seus canais de participação junto aos serviços que ali existem com determinados fins, que são a garantia da saúde de seus membros.

A equipe de saúde deve estar preparada para manter uma linha de atuação coerente, em que todos estejam inseridos nos mesmos propósitos:

Discute-se:

. Como a unidade encontra-se organizada?
. Que tipo de ação está mais capacitada para realizar?
. Como iniciar o trabalho junto ao paciente e à população?
. Como garantir a sua participação em todos os momentos e em todas as fases da ação de controle?
. Que princípios de participação estão regendo este trabalho?
. Quem se responsabiliza pela coordenação dessas ações?
. Qual o compromisso e a responsabilidade de cada membro da equipe no trabalho em questão?

Refletir sobre o compromisso da equipe com as condições de saúde da população da área e com o controle da endemia.

. Que caminhos percorrer para viabilizar o trabalho educativo? (Com pacientes? Com grupos sociais? Com instituições?)
. Levantar os conceitos e preconceitos existentes na equipe de saúde sobre a hanseníase.
. Procurar trabalhar este preconceito (realizar com toda a equipe a discussão do Módulo I, "Fenômeno Social do Estigma").

Dar oportunidade para que os pacientes discutam o esquema padrão da poliquimioterapia, suas vantagens, efeitos colaterais, indicações e contra-indicações.

. Esclarecer sobre a possibilidade da existência de casos sulfono-resistentes;
. Estabelecer com o paciente a forma de seguimento, verificando a necessidade de regularidade do tratamento e a visita de controle pós-tratamento.

Organizar, com a participação do paciente, o levantamento real dos casos de hanseníase existentes na localidade (casos novos e antigos, pacientes fora de controle...).

. Aumentar a cobertura no controle de contatos.
. Procurar saber como vivem estas pessoas (condições de vida, trabalho, saneamento da área em que residem, se estão inseridos no sistema de produção e de que forma, acesso aos serviços de saúde...).
. Procurar saber como cuidam de sua saúde geral.
. Levantar os valores existentes na área de atuação dos serviços, costumes, crenças, conceitos, preconceitos, formas de cuidar da saúde, alternativas de tratamento e de cura das doenças.
. Estabelecer a forma de trabalhar o preconceito que cerca a doença a partir do conhecimento da realidade citada nos itens anteriores e do universo conceitual existente na área (ex. círculo de cultura).
. Organizar com os pacientes e grupos sociais as atividades a serem desenvolvidas pelos diferentes segmentos com estratégia de reuniões para acompanhamento e avaliação das atividades.

Na relação interna da unidade e desta com a comunidade:

. Discutir o trabalho que está sendo desenvolvido, com as demais equipes da unidade de saúde, garantindo o atendimento dos pacientes como um ser global.
. Discutir e analisar os critérios de alta terapêutica e observação de 02 a 05 anos após alta medicamentosa.
. Participar das discussões e articulações no sistema para garantir a referência e contra-referência, nos diversos níveis de complexidade.
. Com o paciente e grupos organizados na comunidade, verificar como trabalhar a prevenção de incapacidade através de técnicas simples, discutindo e exercitando as técnicas existentes e descobrindo novas com o paciente, e permitindo a troca de experiência naquelas técnicas descobertas e julgadas de comprovado efeito.
. Articular com as instituições da comunidade que desenvolvem atividades de reabilitação, com os CRP's(*) do INPS e outras.

. Discutir a forma de encaminhamento ao trabalho e a permanência de pacientes em tratamento em suas atividades normais.
. Estimular o desenvolvimento de tecnologia simples para adaptação de instrumentos de trabalho com a finalidade de prevenir e tratar casos com incapacidade física.
. Integrar as atividades do grupo com as desenvolvidas pelas comissões estaduais e locais de reestruturação dos hospitais asilo-colônia e de reinserção do paciente de hanseníase, somando esforços em ações comuns.

(*) Centro de Reabilitação Profissional.

ROTINAS

1 - ROTINA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.1. Início do Tratamento

O tratamento poliquimioterápico deverá ser instituído imediatamente após o diagnóstico clínico de hanseníase.

A leitura do Teste de Mitsuda, quando indicado, e a avaliação do resultado da baciloscopia não devem se constituir em fatores impeditivos para instituição imediata da poliquimioterapia; no máximo, os resultados destes exames poderão redefinir o esquema terapêutico instituído se houver necessidade de reagrupamento do paciente do grupo pauci para multibacilar ou vice-e-versa.

1.2. Aprazamento

. O paciente será aprazado para retorno ao ambulatório a cada 30 dias para a tomada da dose supervisionada.
. Esses aprazamentos deverão ser em **datas fixas**, tendo como base a data que o paciente tomou a primeira dose supervisionada.
. Considerar como faltoso ao aprazamento (dose do mês em curso) o paciente que ultrapassar o período de 30 (trinta) dias de falta, a contar do dia aprazado (falta-dose).

Exemplo:

Se o paciente tomar a primeira dose no dia 08/04, os aprazamentos subsequentes deverão ser 08/05, 08/06, 08/07 e assim sucessivamente.

Se o paciente faltar ao dia aprazado, a dose supervisionada só será administrada até um período de no máximo 15 dias após o dia aprazado. A partir de 15 dias, o paciente deverá receber somente o suprimento da medicação auto-administrada, receber uma falta-dose e retornar no dia previsto para a tomada da dose supervisionada.

No início do tratamento e a cada ano, o paciente deverá ser visto pelo médico, e a cada 3 meses, pelo enfermeiro. As doses mensais entre esses períodos deverão ser efetuadas na presença do auxiliar de saúde ou de responsável **credenciado** para tal, treinado para a observação, anotação e condução adequada diante das ocorrências que porventura surgirem.

A consulta médica para avaliação da alta terapêutica 24ª doses supervisionadas, respectivamente, para os pacientes pauci e multibacilares.

A decisão da alta terapêutica deverá estar rigorosamente de acordo com os critérios de alta (vide item 8).

O aprazamento dos pacientes no período EOSTQ, deverá constar de retorno anual (a cada 12 meses), quando serão realizados os exames de controle (item 10); aqueles pacientes que necessitarem de acompanhamento, a intervalos menores que um ano, deverão ter estes aprazamentos feitos a critério da equipe de saúde.

1.3. **Doses Supervisionadas**

Os medicamentos de administração mensal supervisionada deverão ser ingeridos com água diante de um responsável, componente da equipe de saúde, ou pessoa autorizada para tal. Em **nenhuma** situação esses medicamentos deverão ser remetidos a um paciente, nem entregues a portadores **não credenciados** pelo serviço. Os medicamentos de auto-administração serão entregues ao paciente adequadamente embalados.

2 - EXAMES LABORATORIAIS

Os exames laboratoriais, como o hemograma, e as provas de função hepática e renal, parasitológico, bioquímica sanguínea, serão realizados quando se fizerem necessários. Deve-se ressaltar a importância do exame parasitológico de fezes quando da introdução de corticoesteróides, sem que sua realização implique em retardamento da terapêutica anti-reacional.

Qualquer quadro de icterícia, principalmente em pacientes tomando Rifampicina + Etionamida, deverá ser rigorosamente investigado, utilizando-se todos os recursos disponíveis.

ROTINA DE ATIVIDADES PARA ATENÇÃO AOS PACIENTES PAUCIBACILARES

ATIVIDADE \ TEMPO/DOSE	1	2	3	4	5	6	7
Exame clínico dermato-neurológico	X					X	X
Baciloscopia	X						
Intradermoreação (Mitsuda)	forma I						
Histopatologia	Em caso de dúvida diagnóstica						
P. função hepática	Em caso da utilização de ETH						
Parasitológico de fezes	. Antes de terapêutica anti-reacional com corticosteróide						
Outros exames	. Quando necessário						
Grau de incapacidade	X						X
Consulta Médica	X						X
Consulta enfermeiro	X			X			X
Dose supervisionada/auxiliar enfermagem ou para médico		X	X		X	X	
Avaliação/alta terapêutica							X

ROTINA DE ATIVIDADES PARA ATENÇÃO AOS PACIENTES MULTIBACILARES

ATIVIDADES \ TEMPO/DOSE	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Exame clínico dermato-neurológico	X											X												X	X
Baciloscopia	X											X												X	
Intradermoreação (Mitsuda)	Casos de difícil classificação																								
Histopatologia	Casos de dúvida diagnóstica																								
Função hepática	Em caso da utilização de ETH ou história pregressa de hepatopatias																								
Parasitológico de fezes	Antes de terapêutica anti-reacional (ver anexo II.3).																								
Outros exames	Quando achar necessário																								
Grau de incapacidade	X											X												X	
Consulta Médica	X											X												X	X
Consulta enfermeiro	X			X			X			X			X			X			X			X			X
Dose supervisionada/Auxiliar enfermagem ou para médico		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X		X	X	
Avaliação/alta terapêutica																									X

ATRIBUIÇÕES

1 - ATRIBUIÇÕES DO MÉDICO

A - Prestar assistência médica ao indivíduo, família e comunidade através de:

. avaliação do estado de saúde do indivíduo através da consulta médica;
. realização e interpretação de testes complementares de diagnóstico;
. colheita de material para baciloscopia e/ou histopatologia;
. diagnóstico, classificação do caso e prescrição do tratamento, indicando o esquema terapêutico apropriado, conforme normas estabelecidas, enfatizando as doses supervisionadas;
. diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade e conduta pertinente a cada caso;
. avaliação clínica dermato-neurológica e laboratorial periodicamente;
. indicação de alta terapêutica;
. acompanhamento clínico dermato-neurológico (e baciloscópico no MB) dos pacientes pós-alta terapêutica (EOSTQ);
. prescrição do tratamento das reações hansênicas;
. realização de ações de natureza educativa junto ao indivíduo, família e comunidade;
. participação nas ações que compõem a mobilização da comunidade e a participação social da mesma nas atividades de controle de hanseníase.

B - Desenvolver ações técnico-administrativas, de acordo com as diretrizes da Política de Controle da hanseníase, do Ministério da Saúde, mediante:

. planejamento da assistência ao paciente com ênfase no levantamento epidemiológico e operacional do problema da hanseníase;
. participação na implementação do sistema de informações de dados para a avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle da hanseníase, mediante produção, registro, processamento e análise de dados, gerais e específicos;
. participação na supervisão e avaliação das atividades de controle da hanseníase;
. participação no fortalecimento da integração do controle da hanseníase aos serviços básicos de saúde;
. participação nos treinamentos de recursos humanos.

C - Aplicar os princípios da pesquisa operacional mediante:

. identificação dos problemas prioritários de assistência que sejam objeto de estudo;
. participação em pesquisas multiprofissionais desenvolvidas no nível operativo.

2 - ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO

A - Prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, através de:

. prescrição de medicamentos conforme normas estabelecidas;
. aplicação de tratamento com ênfase nas doses supervisionadas;
. identificação e encaminhamento dos pacientes com reações hansênicas;
. tratamento não medicamentoso das reações hansênicas;
.. avaliação do grau de incapacidade física;
. prescrição e/ou execução de técnicas simples de prevenção de incapacidades;
. avaliação do estado de saúde do indivíduo através da consulta de enfermagem. Controle de doentes e contatos;
. execução de ações básicas de investigação e vigilância epidemiológica priorizando grupos e categorias de risco;
. execução de visita domiciliar conforme prioridades;
. realização de ações de natureza educativa junto ao indivíduo, à família e à comunidade;
. desenvolvimento de aços que incluem a mobilização da comunidade e a participação social da mesma nas atividades de controle de hanseníase;
. colheita de material para exames complementares;
. identificação de casos suspeitos de hanseníase através de exames clínico-dermato-neurológicos e avaliação oftalmológica e nasal para diagnóstico e condutas de enfermagem;
. realização e interpretação de testes complementares de diagnóstico.

B - Desenvolver ações técnico-administrativas, de acordo com as diretrizes da Política de Controle da hanseníase, do Ministério da Saúde, mediante:

. planejamento da Assistência de Enfermagem com ênfase no levantamento epidemiológico e operacional do problema de hanseníase;
. gerenciamento da Assistência de enfermagem dando unidade ao seu processo de trabalho;
. desenvolvimento dos Recursos Humanos de Enfermagem com base no perfil da categoria;
. supervisão e avaliação das atividades de controle de forma planejada e contínua, bem como do desempenho do pssoal auxiliar;
. fortalecimento da integração do controle da hanseníase aos serviços básicos de saúde, através de uma efetiva assistência de enfermagem;
. participação e/ou Coodenação das atividades de controle da hanseníase ao nível estadual;
. participação na implementação do sistema de informações de dados para avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle da hanseníase, mediante produção, registro, processamento e análise de dados gerais e específicos de enfermagem;
. organização das atividades concernentes à busca de casos e tratamento regular, com ênfase em poliquimioterapia;

. previsão e requisição de medicamentos, imunobiológicos e material de consumo;

C - Aplicar os princípios da pesquisa operacional mediante:

. identificação dos problemas prioritários de assistência de enfermagem, que sejam objeto de estudo no controle da hanseníase;
. promoção de pesquisas operativas, aplicadas à área de enfermagem, enfatizando os aspectos clínicos, epidemiológicos e operacionais;
. participação em psquisas multiprofissionais desenvolvidas no nível operativo.

3 - ATRIBUIÇÕES DO PESSOAL DE NÍVEL MÉDIO E ELEMENTAR

A - Prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, sob supervisão do enfermeiro, através de:

. atendimento de enfermagem, de acordo com as rotinas estabelecidas na Unidade de Saúde(entrega de medicação, curativos, testes de sensibilidade, aprazamento, procura de lesões ativas, e outros);
. identificação através de sinais e sintomas de casos de hanseníase e encaminhamento para confirmação diagnóstica e tratamento oportuno;
. identificação das incapacidades físicas;
. identificação e encaminhamento de pacientes com reaçõs hansênicas;
. desenvolvimento de ações de natureza educativa;
. aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas;
. realização de visita domiciliar conforme prioridades estabelecidas;
. colheita de material para baciloscopia, teste de Mitsuda e teste de histamina;
. preparo e esterilização de material.

B - Desenvolver ações administrativas, tais como:

. participação na produção, registro e encaminhamento de dados, na avaliação epidemiológica e operacional das aços de controle;
. participação no processo de organização do trabalho de enfermagem e no planejamento das ações de controle da hanseníase;
. participação na implantação e manutenção das aços de controle da hanseníase, conforme o nível de complexidade da atenção;
. participação na organização e manutenção de prontuários e arquivo de aprazamento;
. aprazamento da clientela;
. preenchimento do Boletim de Produção ou da Planilha de computação;
. preenchimento e encaminhamento da convocação a casos faltosos;
. quando necessário, solicitação de medicamentos para PQT/OMS, controle de estoque de hansenostáticos da Unidade de Saúde e material de consumo.

4 - ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE LABORATÓRIO:

. preparar todos os corantes e soluções pelos métodos padronizados;
. proceder a colheita de material para baciloscopia;
. fixar, corar e fazer leitura das lâminas de baciloscopia, de acordo com os protocolos;
. realizar outros exames laboratoriais de rotina;
. preencher o registro diário de atividade.

Vide "Normas Técnicas e Procedimentos para o Exame Baciloscópico em Hanseníase". Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, 1989.

5 - ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL(*)

A - Desenvolver com a equipe interprofissional de saúde e usuários, as ações destinadas a:

. planejar assistência integral à população atendida;
. participar, junto à equipe, na programação, execução e supervisão das atividades previstas ao paciente de hanseníase;
. supervisionar e avaliar as ações de controle da hanseníase;
. planejar, promover e executar atividades voltadas para a ruptura do estigma ligado à lepra e defesa dos direitos de cidadania em programas interinstitucionais, particularmente relacionados à previdência social, ao trabalho, à justiça, às universidades e às Forças Armadas;
. discutir com o paciente de hanseníase a busca de condições para:
  - manutenção de seu vínculo no mercado de trabalho, preservação do núcleo familiar, ampliação de sua visão de mundo, incentivo de sua auto-estima e reconhecimento de sua capacidade física como potencial para sua readaptação profissional;
. divulgar e interpretar os programas de saúde junto:
  - ao usuário,
  - à família,
  - aos grupos e representações populares,
  - aos organismos institucionais;
. discutir as relações do paciente com a família e equipe de saúde;
. assegurar o tratamento ao portador de hanseníase em todas as suas etapas, efetivando o controle da doença nas atividades de busca de casos novos e vigilância de contatos, inclusive para evitar o abandono do tratamento.

(*) Em fase de discussão nos serviços de saúde.

B - Desenvolver com a equipe interprofissional de saúde, ações destinadas a:

. efetivar atividades de reciclagem e treinamento de recursos humanos, promovendo a reflexão acerca dos aspectos sociais que envolvem a hanseníase;
. discutir práticas profissionais destinadas à melhoria do padrão de atendimento assistencial;
. orientar os usuários quanto à sua participação e desligamento dos programas de saúde;
. participar de estudos e pesquisas sobre as condições sanitárias peculiares a cada grupo de atendimento.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM HANSENÍASE

Em hanseníase, como em outras atividades do setor saúde, um bom sistema de informação é fundamental para o diagnóstico da situação, planejamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação das ações desenvolvidas.

A hanseníase é doença de notificação compulsória em todo o território nacional, tanto pelo setor público como pelo privado (consultórios e clínicas particulares). Embora sendo obrigatória a sua notificação, ainda persiste um sub-registro de casos muito grande, seja pela pouca importância dada pelos profissionais ao ato da notificação, seja pela baixa cobertura dos serviços para fazer o diagnóstico, tornando difícil o conhecimento da magnitude e da distribuição deste agravo, como também o planejamento de ações em áreas prioritárias e a alocação de recursos humanos e materiais para seu controle.

Diante desse quadro, faz-se necessário, além do aumento de cobertura das atividades de controle da hanseníase, um sistema ágil de informação que permita integrar os diferentes níveis (local, regional, estadual e nacional) para a obtenção de dados indispensáveis para avaliar e propor ações de controle da endemia no país.

1 - CONCEITOS BÁSICOS EM EPIDEMIOLOGIA

Incidência - é o número de novos eventos (novos casos de uma doença, por exemplo: hanseníase) numa população definida, dentro de um período de tempo especificado.

Taxa ou Coeficiente de Incidência - é a taxa em que novos eventos ocorrem numa população. O numerador é o número de novos eventos que ocorrem no período definido e o denominador é a população sob risco de experimentar o evento durante este período.

Prevalência - é o número de pessoas com uma doença ou atributo num determinado ponto no tempo (prevalência de ponto).

Taxa ou coeficiente de prevalência - é o número total de indivíduos que tem um atributo ou doença num momento dado, dividido pela população sob risco de ter o atributo ou doença neste momento.

Magnitude - corresponde ao tamanho de determinado agravo ou problema de saúde, em tempo e lugar determinados. É geralmente expressa pelo número absoluto de pessoas acometidas pelo problema ou por coeficientes de morbidade que relacionem o número de pessoas acometidas pela doença ou agravo à saúde com a população da área. Pode-se também levar em consideração a magnitude potencial: por exemplo, a população que ficou exposta a risco numa área em que está ocorrendo uma determinada agressão ao meio ambiente.

Transcedência - corresponde ao dano causado pelo problema, por exemplo, o número de óbitos provocados por determinada doença ou agravo à saúde. A avaliação da transcendência é em geral feita por coeficientes de morbidade (óbitos/população) e de le-

talidade (óbitos/indivíduos acometidos). Certas doenças de baixa letalidade podem, entretanto, ser também consideradas como de alta transcendência, por serem causa importante de incapacidade física, ou mental e/ou rejeição social, como é o caso da poliomielite, da hanseníase e das doenças mentais.

Vulnerabilidade - é a possibilidade que se tem de reduzir um determinado problema de saúde na população por meio de técnicas existentes, eficazes e acessíveis.

2 - PROCESSO DE OBTENÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

Independentemente do tipo de agravo com que se está trabalhando, a coleta, registro, consolidação, processamento, análise e interpretação dos dados devem seguir os seguintes passos:

a) Identificação dos diferentes aspectos com que se manifesta a magnitude e a transcendência do agravo em questão, isto é, porque esta doença ou agravo é considerado problema de saúde pública;
b) Identificação dos indicadores epidemiológicos que medem estes diferentes aspectos da magnitude e transcendência da doença ou agravo;
c) Identificação das atividades necessárias para reduzir o problema em seus diferentes aspectos;
d) Identificação dos indicadores operacionais que medem em termos de quantidade e qualidade a execução das atividades;
e) Seleção dos dados a serem coletados, que devem ser os necessários para a construção de um indicador;
f) Estabelecimento das normas de periodicidade e de canais a serem utilizados para a obtenção dos dados;
g) Recebimento das notificações e outros dados pertinentes;
h) Obtenção e consolidação dos dados.
i) Representação dos dados sob a forma de tabelas, gráficos e mapas. Cálculo dos indicadores epidemiológicos e operacionais;
j) Fixação dos parâmetros de comparação.
l) Análise da informação e comparação com parâmetros estabelecidos para a sua devida interpretação;
m) Elaboração de informes que reúnam todos os elementos de importância da questão em estudo, dos problemas identificados, a interpretação dos dados analisados e sugestão de alternativas de soluções;
n) Divulgação desses informes, retroalimentação aos diferentes níveis de operação e/ou agregação de dados e apresentação aos organismos competentes para posterior estabelecimento de prioridades.

Obs.: Os dados obtidos pelo sistema de informação servem também para realização de investigações especiais complementares que contribuam para a melhor precisão do quadro que se quer estudar. Além dos dados sobre o problema, o sistema deve obter informações necessárias para o seu monitoramento e avaliação.

3 - INDICADORES

"Indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o

objetivo de avaliar, sob o ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos bem como fornecer subsídios ao planejamento de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário, de diferentes coletividades consideradas à mesma época, ou da mesma coletividade em diversos períodos de tempo".

Características de um bom indicador

O informe técnico nº 137 da Organização Mundial de Saúde enfatiza a necessidade de que os indicadores de saúde devem apresentar os seguintes requisitos: **disponibilidade** de dados; **simplicidade técnica** que permita fácil manejo e rápido entendimento; **uniformidade; sinteticidade** de modo a poder abranger o efeito do maior número possível de fatores que influam no estado de saúde das coletividades; **poder discriminatório** que permita comparações inter-regionis e internacionais.

Classificação dos indicadores

Os indicadores podem ser classificados em dois grandes grupos de acordo com o tipo de avaliação a que se destinam:

1) **Indicadores epidemiológicos:** medem a magnitude ou a transcendência do problema de saúde pública. Referem-se, portanto, à situação verificada na população, ou no meio ambiente num dado momento ou num determinado período. Ex.: Coeficientes de prevalência e incidência;
2) **Indicadores operacionais:** medem o trabalho realizado, seja em função da qualidade, seja em função da quantidade. Ex.: Proporção de pacientes atendidos, baciloscopias realizadas.

O valor desse tipo de indicador está na dependência do critério com que foram estabelecidas as metas: o ideal é que a meta programada corresponda à quantidade de ações que presumivelmente seja necessária para impactar o problema. Quando as metas são estabelecidas unicamente em função dos recursos financeiros disponíveis, ou da capacidade administrativa de desenvolver as ações de saúde, a consequência é, em geral, a obtenção de resultados operacionais aparentemente bons, porém sem impacto no problema de saúde pública.

4 - FLUXO DE INFORMAÇÃO

Um fluxo de informação regular entre as unidades de saúde, hospitais e outros órgãos responsáveis pelo atendimento de pacientes e os vários níveis de atenção é fator decisivo para a alimentação do sistema de informação.

A documentação utilizada para o intercâmbio de informações deve ser a mais simples e objetiva possível. São as seguintes as utilizadas para as ações de controle da hanseníase no nível local:

a) **Ficha de notificação** ou ficha epidemiológica e clínica, contendo todos os dados do paciente na data do diagnóstico (registro inicial). Sugere-se a permanência de uma cópia da ficha na unidade de saúde, remetendo a outra para o arquivo central.
b) **Ficha de acompanhamento de caso de hanseníase**, proposta pelo Ministério da Saúde (anexo 01) onde estão todos os dados de seguimento do paciente

de hanseníase. A ficha serve para alimentar os vários instrumentos de análise.

Em caso de poliquimioterapia são utilizados também o formulário estatístico anual e os instrumentos de coleta de dados para estudo de coorte (anexos 03 e 04).

Embora tenham seus formulários específicos, os pacientes sob poliquimioterapia deverão estar contidos no registro ativo geral de hanseníase do Estado, Município e Unidade de Saúde.

5 - COORTE

Do latim "cohors" (guerreiros). Usado para descrever qualquer grupo designado de pessoas que são seguidas durante um período de tempo.

Estudo de coorte ou estudo longitudinal ou prospectivo - é o método de estudo epidemiológico no qual porções de uma população definida podem ser identificadas como sendo ou tendo sido expostas ou não expostas ou expostas em diferentes graus a um fator ou fatores que hipoteticamente influenciam a probabilidade de ocorrência de uma dada doença. E a observação da população por um número suficiente de pessoas - ano para gerar taxas de incidência ou mortalidade confiáveis em subgrupos da população.

Para análise do problema da hanseníase propõe-se uma variante do estudo de coorte, qual seja, o seguimento de um grupo de pacientes de mesma classificação quanto à forma clínica ingressados num período dado, com vistas ao estudo das características de sua evolução.

A complexidade da coleta de dados para estudo de coorte em hanseníase faz com que este instrumento de coleta seja aplicado em forma de amostragem nacional, ou seja, não é obrigatório o seu uso em todos os serviços de saúde em uso de poliquimioterapia.

BIBLIOTECA - CEBO 17961

ANEXO 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
DERMATOLOGIA SANITÁRIA

Nº DO PRONTUÁRIO NA US _____

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CASO DE HANSENÍASE

UNIDADE DE SAÚDE _____ MUNICÍPIO _____

REGIÃO DE SAÚDE _____ ESTADO _____ DATA _____

NOME _____ Nº DO REG. ESTADUAL _____

DATA DE NASCIMENTO _____ SEXO M ☐ F ☐

NOME DA MÃE _____

ENDEREÇO _____

DATA DO DIAGNÓSTICO _____

_____ DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO NESTA US _____

MODO DE DETECÇÃO DOS CASOS NOVOS

☐ ENCAMINHAMENTO
☐ DEMANDA EXPONTÂNEA
☐ EXAME DE CONTATOS
☐ EXAME COLETIVIDADE
☐ NÃO INFORMADO
☐ OUTROS MÉTODOS

OUTRAS ENTRADAS

☐ RECIDIVA
☐ TRASNFERÊNCIA
☐ OUTROS REINGRESSOS

SAÍDAS DO REGISTRO ATIVO DATA ____/____/____

☐ ALTA POR CURA
☐ ÓBITO
☐ TRANSFERÊNCIA
☐ SAÍDA ADMINISTRATIVA
☐ ALTA ESTATÍSTICA
☐ ERRO DIAGNÓSTICO
☐ MÚLTIPLO REGISTRO

HISTÓRICO DO TRATAMENTO
HISTÓRIA ANTERIOR DE TRATAMENTO
☐ SIM ☐ NÃO
TRATADO ANTERIORMENTE ☐ DNDS ☐ PQT
DATA INÍCIO TRATAMENTO ANTERIOR ____/____/____
INTERRUPÇÃO TRATAMENTO ☐ SIM ☐ NÃO
DATA ____/____/____ ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ ABANDONO (1)

FORMA CLÍNICA DO INÍCIO DO TRATAMENTO
MB ☐ I- ☐ D ☐ V
PB ☐ I+ ☐ T
N/C ☐ (2)

BACILOSCOPIA INÍCIO TRATAMENTO
☐ POS
☐ NEG
☐ NÃO REALIZADO
_____ IB (3)

Nº DE COMUNICANTES INTRADOMICILIARES NO ANO DO DIAGNÓSTICO ____ (4)

GRAU DE INCAPACIDADE
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ N/AVALIADO (5)

DADOS DE ATUALIZAÇÃO DE CASO E PRONTUÁRIO DATA ____/____/____

FORMA CLÍNICA ATUAL
MB ☐ I- ☐ D ☐ V
PB ☐ I+ ☐ T
N/C ☐ (6)

TRATAMENTO ATUAL
DNDS ☐ ☐ PQT (8)

GRAU DE INCAPACIDADE NO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL
☐ 0 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ N/AVALIADO (10)

COMUNICANTES INTRADOMICILIARES
☐ Nº DE COMUNICANTES COM QUEM CORVIVE ATUALMENTE ____ (11)

LEITURA DO MITSUDA _____ mm ☐ CICATRIZ ☐ IGNORADO (7)

BACILOSCOPIA NO INÍCIO DO TRATAMENTO ATUAL
☐ POS
☐ NEG
☐ NÃO REALIZADO
_____ IB (9)

APRAZAMENTO

ANO	MESES												REGULARIDADE AO TRATAMENTO					
													PACIENTE				CONTATOS INTRADOMICILIARES	
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ						
1													ABANDONO ☐ NENHUM ATEND.	INSUFICIENTE ☐ DE 1 A 66%	IRREGULAR ☐ ENTRE 66 E 75%	REGULAR ☐ > 75%	Nº DE EXAMINADOS ☐	Nº DE CONTATOS MB QUE COMPLETARAM SEGUNDA DOSE DE BCG
2													ABANDONO ☐ NENHUM ATEND.	INSUFICIENTE ☐ DE 1 A 66%	IRREGULAR ☐ ENTRE 66 E 75%	REGULAR ☐ > 75%	Nº DE EXAMINADOS ☐	Nº DE CONTATOS MB QUE COMPLETARAM SEGUNDA DOSE DE BCG
3													ABANDONO ☐ NENHUM ATEND.	INSUFICIENTE ☐ DE 1 A 66%	IRREGULAR ☐ ENTRE 66 E 75%	REGULAR ☐ > 75%	Nº DE EXAMINADOS ☐	Nº DE CONTATOS MB QUE COMPLETARAM SEGUNDA DOSE DE BCG
4													ABANDONO ☐ NENHUM ATEND.	INSUFICIENTE ☐ DE 1 A 66%	IRREGULAR ☐ ENTRE 66 E 75%	REGULAR ☐ > 75%	Nº DE EXAMINADOS ☐	Nº DE CONTATOS MB QUE COMPLETARAM SEGUNDA DOSE DE BCG
5													ABANDONO ☐ NENHUM ATEND.	INSUFICIENTE ☐ DE 1 A 66%	IRREGULAR ☐ ENTRE 66 E 75%	REGULAR ☐ > 75%	Nº DE EXAMINADOS ☐	Nº DE CONTATOS MB QUE COMPLETARAM SEGUNDA DOSE DE BCG

SEGUIMENTO DO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

ANOS	FORMA CLÍNICA	BACILOSCOPIA IB	SITUAÇÃO CLÍNICA	GRAU DE INCAPACIDADE	EPISÓDIOS REACIONAIS	NEURITES	SUBSTITUIÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO
1	MB ☐ I- ☐ D ☐ V PB ☐ I+ ☐ T	☐ POS (I) PB ___ IB ☐ NEG ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ NÃO ☐ SIM ☐ NOVO ESQUEMA MOTIVO ___
2	MB ☐ I- ☐ D ☐ V PB ☐ I+ ☐ T	☐ POS (I) PB ___ IB ☐ NEG ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ NÃO ☐ SIM ☐ NOVO ESQUEMA MOTIVO ___
3	MB ☐ I- ☐ D ☐ V PB ☐ I+ ☐ T	☐ POS (I) PB ___ IB ☐ NEG ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ NÃO ☐ SIM ☐ NOVO ESQUEMA MOTIVO ___
4	MB ☐ I- ☐ D ☐ V PB ☐ I+ ☐ T	☐ POS (I) PB ___ IB ☐ NEG ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ NÃO ☐ SIM ☐ NOVO ESQUEMA MOTIVO ___
5	MB ☐ I- ☐ D ☐ V PB ☐ I+ ☐ T	☐ POS (I) PB ___ IB ☐ NEG ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ NÃO ☐ SIM ☐ NOVO ESQUEMA MOTIVO ___

EM OBSERVAÇÃO SEM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO (E.O.S.T.Q.)

ANOS	BACILOSCOPIA (IB)	SITUAÇÃO CLÍNICA	GRAU DE INCAPACIDADE	EPISÓDIOS REACIONAIS	NEURITES	RECAÍDA	CONDUTA	DATA DA ALTA POR CURA
1	☐ POS ___ ___ ☐ NEG PB IB ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO	☐ MANTIDO EOSTQ ☐ REINÍCIO TRAT.	___/___/___
2	☐ POS ___ ___ ☐ NEG PB IB ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO	☐ MANTIDO EOSTQ ☐ REINÍCIO TRAT.	
3	☐ POS ___ ___ ☐ NEG PB IB ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO	☐ MANTIDO EOSTQ ☐ REINÍCIO TRAT.	
4	☐ POS ___ ___ ☐ NEG PB IB ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO	☐ MANTIDO EOSTQ ☐ REINÍCIO TRAT.	ASSINATURA
5	☐ POS ___ ___ ☐ NEG PB IB ☐ N/R	☐ ATIVO ☐ INATIVO ☐ N/A	☐ 0 ☐ II ☐ N/A ☐ I ☐ III	☐ TIPO I ☐ S/R ☐ TIPO II ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO ☐ IGN	☐ SIM ☐ NÃO	☐ MANTIDO EOSTQ ☐ REINÍCIO TRAT.	

ANEXO 1
INSTRUCIONAL PARA PREENCHIMENTO DA FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE

IDENTIFICAÇÃO

. Anotar o **número** do prontuário do paciente na Unidade de Saúde.
. Anotar **nome** da Unidade de Saúde na qual está inscrito o paciente.
. Anotar o **nome** do município a que pertence a U.S.
. Anotar **nome** ou **número** da região de saúde do estado em que a U.S. está inserida.
. Anotar o **nome** do estado a que a U.S. pertence.
. Anotar a data do preenchimento da ficha.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

. Anotar o nome completo do paciente.
. Anotar o nº do registro estadual do paciente (após numeração pelo nível central do programa).
. Anotar a data do nascimento do paciente e/ou a idade no momento de prenchimento da ficha.
. Anotar o nome completo da mãe do paciente.
. Anotar endereço completo, ou referência para localização.
. Anotar dia, mês e ano em que o paciente teve o diagnóstico de hanseníase.
. Anotar a data do início do tratamento deste paciente nesta U.S.

HISTÓRICO DO TRATAMENTO

Estes dados devem corresponder ao histórico do paciente, dados de entrada, até o momento do preenchimento desta ficha. (itens 1 a 5)

DADOS DE ATUALIZAÇÃO DO CASO E PRONTUÁRIO

Itens 6 ao 11

Item 11: Comunicantes Intradomiciliares: anotar o número de comunicantes que convivem, com o paciente no momento da atualização do dado e prontuário.

APRAZAMENTO

Anos

anotar o ano em que iniciou a utilização desta ficha, de acordo com a revisão de casos e/ou prontuários, ou início do tratamento de casos novos.

Ex.:

logo os anos subsequentes serão 1989, 1990...

Meses: anotar no espaço superior, a data do agendamento do paciente, feita pela equipe de saúde de acordo com as normas vigentes para regularidade de cada esquema terapêutico (DNDS ou PQT); e no espaço inferio a data do comparecimento do paciente à unidade sanitária.

COMPARECIMENTO PARA O ESQUEMA DNDS:

Abandono: (sem tratamento) corresponde àquele paciente que não teve nenhum comparecimento no ano.

Tratado insuficiente: corresponde àquele paciente que tem um % de atendimento compreendido entre 1% e 66% exclusive.

Tratado Irregular: corresponde ao paciente que teve um % de atendimento compreendido entre 66% e 75% exclusive.

Tratado Regular: corresponde ao paciente que teve um % de atendimento compreendido entre 75% e mais.

Obs.: Estas medidas percentuais devem ser retiradas da proporção:

$$\frac{\text{número de comparecimento}}{\text{número de agendamentos previstos no ano}} \times 100$$

COMPARECIMENTO PARA O ESQUEMA PQT:

Abandono - (Sem tratamento) - corresponde àquele que não teve nenhum comparecimento no ano.

Tratado Insuficiente - corresponde àquele paciente que teve um % de doses supervisionadas entre 1% a 66% exclusive.

Tratado Irregular - corresponde àquele paciente que tomou um % de doses supervisionadas, no ano, entre 66% e 75% exclusive.

Tratado Regular - corresponde àquele paciente que tomou um % de doses supervisionadas, no ano, maior ou igual a 75%.

Obs.: Estas medidas percentuais devem ser retiradas da proporção:

$$\frac{\text{número de doses supervisionadas tomada no ano}}{\text{número de doses supervisionadas previstas para o ano}} \times 100$$

Comunicantes: de MB que completaram a 2ª dose de BCG segundo as normas técnicas.

Seguimento do Tratamento Quimioterápico

As avaliações do paciente devem ser anuais (ano calendário), por isto anotar na casela **ano,** o ano em que se iniciou o controle do paciente e as reavaliações com data em que foram feitas.

Forma Clínica: Anotar a forma clínica do paciente na data desta avaliação.

Baciloscopia: Preencher se a baciloscopia de reavaliação foi positiva, negativa ou não realizada.

Importante: nas unidades que fazem PQT é obrigatório anotar o resultado do IB anual do paciente.

Exemplo:

(x) Positiva $\frac{1,9}{IB}$

(x) Negativa $\frac{Zero}{IB}$

A adoção de realização da baciloscopia na escala logarítima de Ridley deve ser implementada a todos os pacientes, independentemente do esquema terapêutico a que estejam submetidos.

Situação clínica: preencher se ativo ou inativo no momento desta reavaliação.

Grau de incapacidade: preencher o grau de incapacidade do paciente no momento desta reavaliação.

Episódios reacionais: preencher se houver episódios reacionais no espaço de um ano.

( ) Tipo I ( ) S/R (sem reações) ( ) IGN (ignorado)
( ) Tipo II

Substituição do esquema terapêutico: preencher se houver substituição do esquema terapêutico "padrão".

- Se houver adoção de novo esquema, anotar qual (ex. (PQT)).

Data do término do tratamento quimioterápico: Anotar a data em que o paciente obteve "alta terapêutica" e a partir daí entrará EOSTQ.

Assinatura: Assinatura e carimbo do médico responsável pela concessão da alta terapêutica.

EM OBSERVAÇÃO SEM TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

Observa-se que estas reavaliações são anuais (ano calendário) e devem seguir as orientações anteriormente feitas para o **seguimento do tratamento quimioterápico.**

Obs.: Preencher se houver ou não recaída de acordo com as normas nacionais vigentes, qual a conduta adotada:

( ) mantido EOSTQ ( ) reiniciou tratamento

ANEXO 2

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SES - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
DERMATOLOGIA SANITÁRIA

BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO ANUAL DE CASOS DE HANSENÍASE
Unidade Sanitária
Código
Data: / /

NOME	FORMA CLINICA ATUAL	BACILOSCOPIA	SITUAÇÃO CLINICA	GRAU DE INCAPACIDADE	SUBST. ESQUEMA TERAP.	COMPARE-CIMENTO	Nº DOSES SUPERVI-SIONADAS	DATA INÍCIO EOSTQ (ALTA TERA-PÊUTICA	RECAIDA	DATA DA SAÍDA	MOTIVO SAÍDA	Nº COMU-NICANTES	OUTRAS ALTERA-ÇÕES EVENTUAIS
	1 - I- 2 - D 3 - V 4 -I+ 5 - T 6 - N/C	1-Pos. 2-Neg. 3-N/Re-gis. IB	1-Ativo 2-Inativo	0-Zero 1-Um 2-Dois 3-Três 4-N/A	1-Não 2-Por Hi-per-Pigm CFZ 3-Por outro Motivo Novo Esq. DATA	1-Aban-dono 2-Aten-dido 3-Insuficiente 4-Regular			1-SIM Mant EOSTQ 2-SIM Rein. Tratm. 3-NÃO		1-Cura 2-Óbito 3-Trans-ferência 4-Erro Diag. 5-Múltiplo Registro 6-S. Adm. 7-A.Est		
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	M	N	O

ANEXO 2
BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO ANUAL DE CASOS DE HANSENÍASE

Unidade de Saúde - Anotar nome da Unidade de Saúde
Código - Anotar código da Unidade de Saúde
Data - Anotar data do preenchimento do boletim (dia, mês e ano)

A - NOME - Anotar nome completo do paciente.
B - FORMA CLÍNICA ATUAL - Anotar a forma clínica atual do paciente com os números:

1. Se o paciente for Indeterminado Mitsuda Negativo
2. Se o paciente for Dimorfo
3. Se o paciente for Virchowiano
4. Se o paciente for Indeterminado Mitsuda Positivo
5. Se o paciente for Tuberculóide
6. Se o paciente não for classificado.

C - BACILOSCOPIA - Anotar com os números:

1. Se o paciente tiver baciloscopia positiva. Anotar o índice bacilocópico.
2. Se o paciente tiver baciloscopia negativa.
3. Se a baciloscopia não tiver sido realizada.

D - SITUAÇÃO CLÍNICA - Anotar com os números:

1. ATIVO - Anotar se o paciente apresentar:

. novas lesões
. aumento das lesões preexistentes
. eritema e infiltração
. ulceração das lesões (não traumáticas)
. episódios reacionais do tipo II
. espessamento e/ou hiperestesia de nervos e troncos nervosos previamente normais
. paresia ou paralisia de músculos não afetados anteriormente
. novas áreas anestésicas ou acentuação da alteração da sensibilidade em áreas previamente afetadas.

2. INATIVO:

Se o paciente não apresentar sinais de atividade clínica (novas lesões, episódios reacionais do tipo II).

E - GRAU DE INCAPACIDADE - Anotar com os números:

0. Se na avaliação de incapacidade o paciente tiver grau 0 (zero)
1. Se na avaliação de incapacidade o paciente tiver grau I (um)
2. Se na avaliação de incapacidade o paciente tiver grau II (dois)

3. Se na avaliação de incapacidade o paciente tiver grau III (três)
4. Se o paciente não tiver o seu grau de incapacidade avaliado.

F - SUBSTITUIÇÃO DO ESQUEMA TERAPÊUTICO - Anotar com os números:

1. Se não houve substituição do esquema terapêutico
2. Se substituiu o esquema terapêutico por hiperpigmentação pela clofazimina
3. Se substituiu o esquema terapêutico por para-efeito dos medicamentos, ou outro motivo que não a hiperpigmentação pela clofazimina.

Obs.: Se substituiu o esquema terapêutico, anotar novo esquema e data da substituição.

G - COMPARECIMENTO

Para Esquema DNDS:

1. Abandono - (Não atendido) - Corresponde àquele paciente que não compareceu nenhuma vez à unidade de saude no ano avaliado.
2. Tratado Insuficiente - Corresponde àquele paciente que teve um % de atendimento compreendido entre 1% e 66% exclusive.
3. Tratado Irregular - Corresponde àquele paciente que teve um % de atendimento compreendido entre 66% e 75% exclusive.
4. Tratado Regular - Corresponde àquele paciente que teve um % de atendimento compreendido entre 75% e mais.

Para esquema PQT

1. Abandono (Não atendido) - Corresponde àquele paciente que não compareceu nenhuma vez à unidade de saúde.
2. Tratado Insuficiente - Corresponde àquele paciente que teve um % de doses supervisionadas em 1% e 66% exclusive.
3. Tratado Irregular - Corresponde àquele paciente que tomou um % de doses supervisionadas entre 66% e 75% exclusive.
4. Tratado Regular - Corresponde àquele paciente que tomou um % de doses supervisionadas, no ano, maior ou igual a 75%.

H - NÚMERO DE DOSES SUPERVISIONADAS - Anotar o número de doses supervisionadas que foram administradas ao paciente.

I - DATA DO INÍCIO EOSTQ (Alta Terapêutica) - Anotar dia, mês e ano em que o paciente teve alta terapêutica e iniciou período de observação sem tratamento quimioterápico.

J - RECAÍDA - Anotar os seguintes números:

1. Se durante o período EOSTQ o paciente **apresentou** sinais de recaída da doença, segundo normas nacionais, **e foi mantido em observação sem tratamento quimioterápico.**
2. Se durante o período EOSTQ o paciente **apresentou** sinais de recaída da doença, segundo normas nacionais, e **optou-se pelo reinício do tratamento quimiterápico.**

3. Se durante o período EOSTQ o paciente **não apresentou** sinais de recaída da doença, segundo normas nacionais.

L - DATA DA SAÍDA - Anotar dia, mês e ano em que o paciente saiu do registro da unidade por cura, óbito, transferência, erro diagnóstico, múltiplo registro, alta estatística.

M - MOTIVO DA SAÍDA - Anotar com os números abaixo de acordo com o motivo da saída do paciente do registro da unidade.

1. Cura - Quando o paciente saiu do registro ativo da unidade por cura.
2. Óbito - Quando o paciente saiu do registro ativo da unidade por óbito.
3. Transferência - Quando o paciente é transferido para outra unidade sanitária, estado ou país.
4. Erro diagnóstico - Quando o paciente é registrado na unidade de saúde, erroneamente, como paciente de hanseníase.
5. Múltiplo registro - Quando o paciente já constava anteriormente no registro ativo de hanseníase.
6. Saída administrativa - Dada a pacientes paucibacilares (I+, T) e multibacilares (I-, V e D) que **concluiram o esquema terapêutico** (se encontram EOSTQ) e que tem paradeiro ignorado ao completarem os períodos de observação sem tratamento quimioterápico respectivo (2 e 5 anos).
7. Alta Estatística - Dada a pacientes paucibacilares e multibacilares que **não completaram o esquema terapêutico** e que se incluem nas seguintes situações:

. Casos que pela Tábua de Vida são provavelmente falecidos, levando-se em consideração a idade que tinham ao serem vistos pela última vez, e o tempo em que se encontram desaparecidos

. Casos Indeterminados Mitsuda positivo e casos tuberculóides não atendidos há mais de 10 anos, independente da idade

. Casos Indeterminados Mitsuda negativos Dimorfo e Virchowianos não atendidos há mais de 20 anos, independente da idade.

Obs.: Utilizar a Tábua de Vida de sua Unidade Federada.

N - NÚMERO DE COMUNICANTES EXAMINADOS - Anotar o número de comunicantes que foram submetidos a exame dermato-neurológico. Anotar o número de comunicantes que completaram as duas doses de vacinação com BCG.

O - OUTRAS ALTERAÇÕES EVENTUAIS - Anotar outras alterações eventuais do paciente, importantes para seu acompanhamento.

ANEXO 3

FORMULÁRIO DE ESTATÍSTICA ANUAL DE PACIENTES EM REGISTRO ATIVO DE HANSENÍASE SOB POLIQUIMIOTERAPIA

Para o preenchimento deste formulário são necessários: Leitura Cuidadosa do instrucional contido no verso, bem como no Manual e Normas e Procedimentos para a implantação dos Esquemas OMS de Poliquimioterapia no Brasil, e a adequada coleta dos dados solicitados.

ANO: _____ MUNICIPIO: _____

UNIDADE SANITÁRIA: _____ ESTADO: _____

A. PREENCHER SOMENTE PARA PACIENTES QUE INICIARAM POLIQUIMIOTERAPIA COM ESQUEMA PADRÃO (RMP+CFZ+DDS)	CLASSIFICAÇÃO		TOTAL
	PB	MB	
1. Número de pacientes em registro ativo de poliquimioterapia nesta Unidade em 01/01/19...			
2. Número de pacientes virgens de tratamento que iniciaram esquema poliquimioterápico nesta unidade em 19...			
3. Número de casos com tratamento anterior nesta Unidade que foram inscritos no registro ativo de Poliquimioterapia em 19...			
4. Número de casos transferidos em 19..., para esta Unidade e incluídos no registro ativo de poliquimioterapia.			
5. TOTAL (1 + 2 + 3 + 4)			
6. Pacientes retirados do registro ativo de poliquimioterapia no ano de 19...			
a - Alta por cura			
b - Saída administrativa			
c - Óbito			
d - Transferência			
e - Alta estatística			
f - Outros motivos			
6. TOTAL (a + b + c + d + e + f)			
7. Número de pacientes em registro ativo de poliquimioterapia em 31/12/19... (5 - 6)			
8. Pacientes que tiveram alta terapêutica durante o ano de 19...			
a - Alta terapêutica com tratamento regular			
b - Alta terapêutica com tratamento irregular			
c - Alta terapêutica com mais de 6 doses mensais e mais de 24 doses mensais supervisionadas			
8. TOTAL (a + b + c)			
9. Número de pacientes que receberam dose supervisionada no ano de 19...			
10. Número de pacientes em que o esquema poliquimioterápico padrão (RMP + DDS + CFZ) foi substituido em 19... devido a hiperpigmentação pela clofazimina			
11. Situação dos pacientes em registro ativo de poliquimioterapia em 21/12/19...			
a - Em fase de tratamento com esquema poliquimioterápico			
b - Em fase de observação sem tratamento poliquimioterápico			
11. TOTAL (a + b)			

B. PREENCHER PARA PACIENTES COM ESQUEMA	DNDS	OUTROS	TOTAL
1. Número de pacientes com registro ativo nesta Unidade em 01/01/19...			
2. Número de pacientes em registro ativo em 31/12/19...			

ANEXO 3
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ESTATÍSTICA ANUAL DE PACIENTES EM REGISTRO ATIVO DE HANSENÍASE SOB POLIQUIMIOTERAPIA

AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR AUXILIAM O PREENCHIMENTO CORRETO DESTE FORMULÁRIO E PERMITEM A AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIDADE DOS ESQUEMAS DE POLIQUIMIOTERAPIA.

- Preencha todos os dados de forma legível
- Anotar: ano, Unidade de Saúde, Município e Estado
- Para o item A (do número 1 a número 11), considerar somente os pacientes que iniciaram poliquimioterapia com esquema padrão (RFM, CFZ, DDS), classificando em paucibacilares e multibacilares.

1. Número de pacientes em registro ativo de poliquimioterapia nesta Unidade em 01/01/19...
Corresponde a todos os pacientes (em uso de medicamento e EOSTQ), que iniciaram o ano em registro ativo de poliquimioterapia.
2. Número de pacientes virgens de tratamento que iniciaram esquema poliquimioterápico nesta Unidade em 19...
Corresponde a todos os pacientes que nunca fizeram tratamento anterior, e que iniciaram pela primeira vez, o uso de esquema poliquimioterápico nesta Unidade no corrente ano.
3. Número de casos com tratamento anterior nesta Unidade que foram inscritos no registro ativo de poliquimioterapia em 19...
Corresponde a todos os pacientes que têm história anterior de tratamento nesta Unidade (DNDS ou outros) e foram inscritos pela 1ª vez em esquema poliquimioterápico padrão no corrente ano ou que já haviam saído do registro ativo de poliquimioterapia.
Por exemplo:

- **Por substituição do esquema DNDS ou outro.**
- **Por recaídas (durante a fase de observação somente de esquema terapêutico anterior).**
- **Por recidivas (após alta pro cura independente do esquema terapêutico anterior).**
- **Por reingresso (pacientes que haviam saído do registro ativo de poliquimioterapia antes da alta por cura).**

4. Número de casos transferidos em 19... para esta Unidade e incluídos no registro ativo de poliquimioterapia:
Corresponde a todos os pacientes transferidos de outras Unidades Sanitárias (Município, Estado ou País), em uso de esquema poliquimioterápico ou em observação sem tratamento quimioterápico (EOSTQ) que foram incluídos no registro ativo de poliquimioterapia desta Unidade no corrente ano.
5. Pacientes retirados do registro ativo de poliquimioterapia durante o ano de 19...
Corresponde a todos os pacientes que durante o ano corrente saíram de controle, isto é, saíram do registro ativo de poliquimioterapia desta Unidade, considerar:

A - Alta por cura: Será concedida quando o paciente não apresentar sinais de atividade clínica e/ou baciloscópica, após completar a quimioterapia e o período em observação sem tratamento quimioterápico (EOSTQ), de acordo com a discriminação abaixo:

ESQ. TERAPÊUTICO	PERÍODO DE TRATAMENTO			
	QUIMIOTERÁPICO		EOSTQ*	
	PB	MB	PB	MB
POLIQUIMIOTERAPIA	6 meses**	24 meses**	02 anos	05 anos

* EOSTQ - Em observação sem tratamento quimioterápico
** Tempo mínimo de tratamento quimioterápico - Vide **Normas Técnicas e Procedimentos para utilização dos esquemas de poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase** - Brasília, 1990.

B - Saída Administrativa - Dada a pacientes paucibacilares (I+,T) e multibacilares (I-, D e V) que **concluíram o esquema terapêutico e se encontram EOSTQ** e que tem paradeiro ignorado ao completarem os períodos de observação sem tratamento quimioterápico respectivos (2 e 5 anos para PB e MB).

C - Alta por óbito - Ao se tomar conhecimento de morte mediante atestado de óbito ou informação confiável.

D - Transferência para - Dá-se quando o paciente for transferido para outra Unidade de Saúde, Estado ou País

E - Alta estatística - Refere-se a pacientes que **não completaram o esquema terapêutico** e, com paradeiro ignorado que se incluem nas seguintes situações:

- Casos que pela Tábua de Vida são provavelmente falecidos, levando-se em consideração a idade que tinham ao serem vistos pela última vez, e o tempo em que se encontram desaparecidos.
- Casos I Mitsuda positivo e casos tuberculóides não atendidos há mais de 10 anos, independente da idade.
- Casos I Mitsuda negativos D.V. não atendidos há mais de 20 anos, independente da idade.

Obs.: Utilizar a Tábua de vida de sua Unidade Federada.

F - Outros motivos - Preencher considerando:
- Erro diagnóstico - Refere-se àqueles casos diagnosticados erradamente como hanseníase.
- Múltiplo registro - Refere-se àqueles casos computados duas ou mais vezes no registro ativo.

6. Número de pacientes em registro ativo de poliquimioterapia em 31/12/19... (5 - 6)
Corresponde ao total do item 5 (pacientes em registro ativo na Unidade no início do ano + pacientes registrados na Unidade durante o ano corrente) subtraído do item 6 (pacientes retirados do registro ativo de poliquimioterapia durante o ano de 19...)
7. Pacientes que tiveram alta terapêutica durante o ano corrente. Corresponde ao total de pacientes que durante o ano corrente concluíram o esquema terapêutico e iniciaram o EOSTQ. Para classificar esses pacientes em regular ou irregular, considerar o número de meses em que completaram as doses mínimas preconizadas conforme o exemplo abaixo para os itens a e b.

- **Paucibacilar** - Deverá tomar 6 doses supervisionadas no período mínimo de 6 meses, podendo efetuá-lo em até 9 meses.

Exemplo: 6 doses/6 meses = 100% regular
6 doses/7 meses = 85% regular
6 doses/8 meses = 75% regular
6 doses/9 meses = 66% irregular

- **Multibacilar** - Deverá tomar doses supervisionadas no período mínimo de 24 meses, podendo efetuá-lo em até 36 meses.

Exemplo: 24 doses/24 meses = 100% regular
24 doses/27 meses = 85% regular
24 doses/32 meses = 75% regular
24 doses/36 meses = 66% irregular.

Item C - Corresponde aos pacientes paucibacilares e multibacilares que tiveram alta terapêutica no ano corrente mas que fizeram uso de mais de 6 doses mensais supervisionadas até a inativação clínica e mais de 24 doses mensais supervisionadas até a negativação baciloscópica, embora com tratamento regular.

8. Número de pacientes que receberam doses supervisionadas no ano de 19...
Corresponde ao total de pacientes com dose supervisionadas tomada no corrente ano (em registro ativo no ano anterior e inscritos neste ano, que tenham comparecido a esta Unidade de Saúde e tomado a dose supervisionada).
9. Situação dos pacientes em registro ativo poliquimioterapia em 31/12/19...
Corresponde ao total de pacientes do item 7. Para classificar a situação em que esses pacientes se encontram, considere se estão em fase de tratamento ou de observação independente de estarem comparecendo ou não a Unidade de Saúde.

B - Para o item B (1 e 2) os pacientes com esquemas da DNDS e esquema poliquimioterápico padrão e anote apenas os totais.

ANEXO 3 A

ESQUEMA PARA CÁLCULO DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA POLIQUIMIOTERAPIA

01 - Percentual de casos detectados no ano, entre os casos inscritos para poliquimioterapia

$$\frac{\text{Item 2}}{\text{Itens 2 + 3 + 4}} \times 100$$

02 - Percentual de pacientes sob esquema padrão OMS

$$\frac{\text{Item 7}}{\text{total de pacientes em registro ativo de hanseníase}} \times 100$$

03 - Percentual de pacientes que concluíram o tratamento quimioterápico no ano

$$\frac{\text{8a + 8b + 8c}}{\text{Item 7}} \times 100$$

3.1 - Percentual de pacientes que concluíram o tratamento quimioterápico regular

$$\frac{\text{Item 8a}}{\text{Itens 8a + 8b + 8c}} \times 100$$

3.1.2 - Percentual de pacientes paucibacilares que concluíram o tratamento quimioterápico regular no ano

$$\frac{\text{Item 8a PB + 8b PB}}{\text{Itens 8a PB + 8b PB + 8c PB}} \times 100$$

3.1.3 - Percentual de pacientes multibacilares que concluíram o tratamento quimioterápico regular

$$\frac{\text{Itens 8a MB + 8c MB}}{\text{Itens 8a MB + 8b MB + 8c MB}} \times 100$$

04 - Percentual de pacientes que concluíram o tratamento quimioterápico irregular no ano

$$\frac{\text{Item 8b}}{\text{Item 8a + 8b + 8c}} \times 100$$

4.1 - Percentual de pacientes paucibacilares que concluíram o tratamento irregular no ano

$$\frac{\text{8b PB}}{\text{Item 8a PB + 8b PB + 8c PB}} \times 100$$

4.2 - Percentual de pacientes multibacilares que concluíram o tratamento irregular no ano

$$\frac{\text{Item 8b MB}}{\text{Item 8a MB + 8b MB + 8c MB}} \times 100$$

05 - Percentual de pacientes que concluíram o tratamento quimioterápico com mais de 6 e mais de 24 doses

$$\frac{8c}{8a + 8b + 8c} \times 100$$

5.1 - Percentual de pacientes paucibacilares que concluíram o tratamento quimioterápico com mais de 6 doses

$$\frac{\text{Item 8c PB}}{\text{Itens 8a PB + 8b PB + 8c PB}} \times 100$$

5.2 - Percentual de pacientes multibacilares que concluíram o tratamento quimioterápico com mais de 24 doses

$$\frac{\text{Itens 8c MB}}{\text{Itens 8a MB + 8b MB + 8c MB}} \times 100$$

06 - Percentual de substituição do esquema poliquimioterápico padrão por hiperpigmentação pela clofazimina

$$\frac{\text{Item 10 MB}}{\text{Item 9 MB}} \times 100$$

07 - Percentual de pacientes sob esquema poliquimioterápico padrão

$$\frac{\text{Item 11a}}{\text{Item 7}} \times 100$$

08 - Percentual de pacientes em observação sem tratamento quimioterápico

$$\frac{\text{Item 11b}}{\text{Item 7}} \times 100$$

09 - Percentual de pacientes que obtiveram alta por cura entre os pacientes retirados do registro ativo de 19...

$$\frac{6a}{6\ \text{total}\ (6a + 6b + 6c + 6d + 6e)} \times 100$$

10 - Proporção de pacientes que foram retirados do registro ativo por saída administrativa entre todos os pacientes que foram retirados do registro ativo em 19...

$$\frac{6b}{6\ \text{total}\ (6a + 6b + 6c + 6d + 6e)} \times 100$$

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ESTUDO DE COORTE DE CASOS PAUCIBACILARES SOB POLIQUIMIOTERAPIA

PARA O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO SÃO NECESSÁRIOS: LEITURA CUIDADOSA DO INSTRUCIONAL CONTIDO NO VERSO, BEM COMO DO MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA A IMPLANTAÇÃO DOS ESQUEMAS OMS DE POLIQUIMIOTERAPIA NO BRASIL E A ADEQUADA COLETA DE DADOS

MUNICÍPIO _____

PERÍODO _____ ESTADO _____

UNIDADE SANITÁRIA _____

Nº DE ORDEM	Nº DE REGISTRO	DATA DE INÍCIO DESTE TRATAMENTO	DATA DE NASCIMENTO (OU IDADE) NO INÍCIO DESTE TRATAMENTO	SEXO	HISTÓRIA ANTERIOR DO TRATAMENTO POT F			GRAU DE INCAPACIDADE NO INÍCIO DESTE TRATAMENTO G					SUBSTITUIÇÃO DO ESQUEMA PADRÃO POR PARA-EFEITO (MÊS/ANO)	EPISÓDIO REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO I				DATA DE ALTA DE TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO	DOSES RECEBIDAS ATÉ O ANO AVALIADO	GRAU DE INCAPACIDADE NO ANO AVALIADO M					SINAIS DE ATIVIDADE CLÍNICA EOSTQ (MÊS/ANO) N		ALTA POR CURA (MÊS/ANO)	SAÍDA ADMINISTRATIVA (MÊS/ANO)	OUTRAS SAÍDAS DO REGISTRO ATIVO Q		
					RECAÍDA (MÊS/ANO)	RECIDIVA (MÊS/ANO)	SUSPENSÃO POR IRREGULARIDADE (MÊS/ANO)	O	I	II	III	NÃO AVALIADO		TIPO I	TIPO II	NEURITE	N/ESPECIFICADO			O	I	II	III	NÃO AVALIADO	NOVAS LESÕES	ESPISÓDIOS REACIONAIS			POR ÓBITO (MÊS/ANO)	POR TRANSFERÊNCIA (MÊS/ANO)	OUTROS MOTIVOS (MÊS/ANO)
A	B	C	D	E									H					J	L								O	P			

ANEXO 4
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ESTUDO DE COORTE DE CASOS PAUCIBACILARES SOBPOLIQUIMIOTERAPIA

AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR AUXILIAM O PREENCHIMENTO CORRETO DESTE FORMULÁRIO E PERMITEM A AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIZAÇÃO DOS ESQUEMAS DE POLIQUIMIOTERAPIA.

- Preencha todos os dados de forma legível
- ANOTAR: Ano, Unidade Sanitária, Município e Estado.

Os ítens A, B, C, D e E correspondem à relação de todos os pacientes que foram inscritos no período no registro ativo de poliquimioterapia (esquema padrão) independente da atual situação em que se encontram.

Item (A) Número de ordem - Numerar em ordem crescente todos os pacientes que fazem parte dessa listagem que deverão corresponder ao total de pacientes inscritos no período para tratamento com esquema padrão de poliquimioterapia.

Item (B) Número de registro - Corresponde ao número existente na ficha clínico-epidemiológica de cada paciente.

Item (C) Data de início deste tratamento - Anotar mês e ano de administração da primeira dose supervisionada.

Item (D) Data de nascimento - Corresponde ao dia, mês e ano do nascimento (ou a idade em anos completos) em que o paciente iniciou o tratamento poliquimioterápico padrão.

Item (E) Sexo - Anotar F para sexo feminino e M para sexo masculino.

Item (F) História anterior de tratamento PQT - Corresponde somente aos pacientes com história anterior de tratamento com esquema poliquimioterápico padrão de PQT.

Recaída - Anotar mês e ano em que foram registrados sinais de atividade clínica da doença durante período EOSTQ de tratamento poliquimioterápico padrão anterior.

Recidiva - Anotar mês e ano em que foram observados sinais de atividade clínica da doença após alta por cura de tratamento poliquimioterápico padrão anterior.

Suspensão por irregularidade - Anotar mês e ano em que deverá ser reiniciado esquema poliquimioterápico padrão anterior, isto é, mês e ano em que o paciente teve tratamento considerado insuficiente.

Item (G) Grau de incapacidade no início deste tratamento - Anotar com um "X" o grau de incapacidade registrado na ficha clínico-epidemiológica no início deste tratamento.

Não avaliado - Anotar com "X" para aqueles pacientes em que não há registro de grau de incapacidade na ficha clínico-epidemiológica no início deste tratamento.

Item (H) Substituição do esquema padrão por para-efeito - Anotar mês e ano somente para aqueles pacientes em que o esquema poliquimioterápico padrão foi substituido devido a efeitos colaterais causadas pelos medicamentos administrados (cutâneos, gastrintestinais, hepáticos, hamatopoiéticos e neurológicos).

Item (I) Episódios reacionais durante o tratamento quimioterápico - Corresponde àqueles pacientes que iniciaram o uso do esquema poliquimioterápico padrão, e apresentam durante o uso do mesmo 01 ou mais episódios reacionais.

Anotar com um "X" o tipo de episódio reacional (I, II ou I e II) e também a coluna neurite se a mesma tiver sido registrada acompanhada de reações ou isoladamente.

N/especificado - Se não houver definição do tipo de reação (apenas a prescrição da medicação usada para o seu tratamento).

Item (J) Data de alta de tratamento poliquimioterápico - Corresponde àqueles pacientes que iniciaram o tratamento poliquimioterápico padrão e tiveram alta terapêutica.

Item (L) Anotar o número de doses supervisionadas recebidas pelo paciente até o ano de avaliação.

Item (M) Grau de incapacidade no ano avaliado - Anotar conforme as orientações do item G, considerando a avaliação do grau de incapacidade no ano de avaliação.

Item (N) Sinais de atividade clínica durante o período EOSTQ - Considerar somente as ocorrências registradas entre os pacientes assinalados no item J.

Anotar mês e ano em que tiver sido registrado para qualquer um destes pacientes sinais de atividade clínica da doença, tais como novas lesões ou episódios reacionais antes da alta por cura.

Item (O) Alta por cura - Corresponde a todos os pacientes que completaram o tratamento poliquimioterápico padrão e o período EOSTQ após 2 anos deste tratamento. Anotar mês e ano.

Item (P) Saída Administrativa - Anotar mês e ano para aqueles pacientes paucibacilares (Indeterminado Mitsuda positivo e tuberculóides) **que completaram o esquema terapêutico** e se encontram EOSTQ e que tem paradeiro ignorado ao completarem os 02 anos de observação sem tratamento quimioterápico.

Item (Q) Outras saídas do registro ativo - Corresponde a todos os pacientes que iniciaram o tratamento poliquimioterápico padrão sem haver substituição do esquema e, completando ou não o tratamento, saíram do registro ativo por outras causas que não alta por cura ou saída administrativa.

Saída por óbito - Ao se tomar conhecimento da morte mediante atestado de óbito ou informação confiável.

Saídas por transferência - Dá-se quando o paciente for transferido para outra Unidade de Saúde, Estado ou País.

Outros Motivos:

- Erro diagnóstico - Refere-se àqueles casos diagnosticados erroneamente como hanseníase.
- Múltiplo registro - Refere-se aos casos computados duas ou mais vezes no registro ativo.

Alta estatística - Refere-se a pacientes que **não completaram** o tratamento quimioterápico e tem paradeiro ignorado, que se incluem em uma das seguintes situações:

- Casos que pela tábua de vida são provavelmente falecidos, levando-se em consideração a idade que tinham ao serem visto pela última vez, e o tempo em que se encontram desaparecidos. Utilizar a tábua de vida de sua Unidade Federada.
- Casos Indeterminados Mitsuda positivo e casos tuberculóides atendidos há mais de 10 anos independente da idade.

ESQUEMA PARA CÁLCULO DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA POLIQUIMIOTERAPIA BASEADO NO INSTRUMENTO DE COORTE DE CASOS PAUCIBACILARES DE HANSENÍASE

1 - Percentual de pacientes com história anterior de recaída de PQT

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares com história anterior de recaída de PQT}}{\text{Total de pacientes que entraram no coorte de paucibacilares}} \times 100$$

2 - Percentual de pacientes com história anterior de PQT

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares com história anterior de recidiva de PQT}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares.}} \times 100$$

3 - Percentual de pacientes com história anterior de suspensão do tratamento de PQT por irregularidade.

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares com história de suspensão de tratamento anterior por irregularidade}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares.}} \times 100$$

4 - Percentual de pacientes com grau de incapacidade avaliado no início de PQT

a) Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares que tiveram grau de incapacidade avaliado no início do tratamento

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares que tiveram grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares.}} \times 100$$

b) Percentual de pacientes com grau 0 de incapacidade

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau 0 de incapacidade que entraram na coorte de paucibacilares}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares com grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}} \times 100$$

c) Percentual de pacientes com grau I de incapacidade

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau I de incapacidade que entraram na coorte de paucibacilares}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares com grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}} \times 100$$

d) Percentual de pacientes com grau II de incapacidade

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau II de incapacidade que entraram na coorte de paucibacilares}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares com grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}} \times 100$$

e) Percentual de pacientes com grau III de incapacidade

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau III de incapacidade que entraram na coorte de paucibacilares}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares com grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}} \times 100$$

5 - Percentual de pacientes que tiveram o esquema poliquimioterápico padrão substituído por para-efeitos.

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares que tiveram o esquema poliquimioterápico padrão substituído por para-efeitos}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares.}} \times 100$$

6. Episódios reacionais e/ou neurites em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão.

a) Percentual de pacientes que apresentaram episódios reacionais e/ou neurites em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte e que apresentaram episódios reacionais e/ou neurites em vigência de tratmento poliquimioterápico padrão.}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

b) Percentual de pacientes que apresentaram reações tipo I

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte e que apresentaram reações tipo I em vigência de tratamento poliquimioterápico.}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

c) Percentual de pacientes que apresentaram reações tipo II

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte e que apresentaram reações tipo II em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão.}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

d) Percentual de pacientes que apresentaram reações tipo I e II

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte e que apresentaram reações tipo I e II em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão.}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

e) Percentual de neurites

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte e que apresentaram neurites em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão.}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

f) Percentual de pacientes que apresentaram episódios reacionais não especificados

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte e que apresentaram episódios reacionais especificados em vigência de tratamento poliquimioterápico.}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

7 - Percentual de pacientes que não completaram tratamento quimioterápico

$$\frac{\text{Nº de pacientes que saíram da coorte antes da alta terapêutica}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares.}} \times 100$$

8 - Percentual de Pacientes que tiveram a alta terapêutica

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram a alta terapêutica}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares.}} \times 100$$

9 - Percentual de pacientes que receberam alta terapêutica com 6 doses

a) Percentual de regulares

$$\frac{\text{Nº de pacientes com alta terapêutica com 6 doses em 6 meses}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

b) Percentual de irregulares

$$\frac{\text{Nº de pacientes com alta terapêutica com 6 doses entre 7, 8 ou 9 meses}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

10 - Percentual de pacientes que receberam alta terapêutica com 7 doses ou mais

a) Percentual de regulares

$$\frac{\text{Nº de pacientes com alta terapêutica com 7 doses ou mais no mesmo número de meses}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

b) Percentual de irregulares

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram alta terapêutica com número de doses inferior ao número de meses}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

11 - ALTAS POR CURA

11.A Percentual de pacientes que entraram na coorte e que receberam alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares e que receberam alta por cura}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

11.B Percentual de pacientes que receberam alta por cura entre os pacientes EOSTQ

$$\frac{\text{Nº de pacientes que receberam alta por cura entre os que entraram EOSTQ}}{\text{Nº de pacientes da coorte de paucibacilares que entraram EOSTQ}} \times 100$$

12 - SAÍDA ADMINISTRATIVA

12.A - Percentual de pacientes que tiveram saída administrativa entre os que entraram na coorte

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram saída administrativa}}{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

12.B Percentual de pacientes que tiveram saída administrativa entre os EOSTQ

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram saída administrativa entre os que entraram EOSTQ}}{\text{Nº de pacientes da coorte de paucibacilares que entraram EOSTQ}} \times 100$$

13 - OUTRAS SAÍDAS DO REGISTRO ATIVO

13.A - Percentual de pacientes que tiveram outras saídas do registro ativo entre os que entraram na coorte

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram outras saídas do registro ativo}}{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de paucibacilares}} \times 100$$

13.B Percentual de pacientes que tiveram outras saídas do registro altivo entre os EOSTQ

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram outras saídas do registro ativo entre os que entraram EOSTQ}}{\text{Nº de pacientes da coorte de paucibacilares que entraram EOSTQ}} \times 100$$

14 - GRAU DE INCAPACIDADE NA ALTA POR CURA

14.A - Percentual de pacientes com grau de incapacidade avaliado na alta por cura.

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau de incapacidade avaliado na alta por cura}}{\text{Total de pacientes que tiveram alta por cura}} \times 100$$

14.B - Percentual de grau 0 de incapacidade na alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau 0 de incapacidade na alta por cura}}{\text{Total de pacientes com incapacidade avaliada na alta por cura}} \times 100$$

14.C - Nº de pacientes com grau I de incapacidade na alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau I de incapacidade na alta por cura}}{\text{Total de pacientes com incapacidade avaliada na alta por cura}} \times 100$$

14.D - $\frac{\text{Nº de pacientes com grau II de incapacidade na alta por cura}}{\text{Total de pacientes com incapacidade avaliada na alta por cura}} \times 100$

14.E - $\frac{\text{Nº de pacientes com grau III de incapacidade na alta por cura}}{\text{Total de pacientes com incapacidade avaliada na alta por cura}} \times 100$

ANEXO 5

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ESTUDO DE COORTE DE CASOS MULTIBACILARES SOB POLIQUIMIOTERAPIA

PARA O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO SÃO NECESSÁRIOS: LEITURA CUIDADOSA DO INSTRUCIONAL CONTIDO NO VERSO, BEM COMO DO MANUAL DE NORMAS E PROCEDIMENTOS PARA A IMPLANTAÇÃO DOS ESQUEMAS OMS DE POLIQUIMIOTERAPIA NO BRASIL E A ADEQUADA COLETA DE DADOS

UNIDADE SANITÁRIA: _____

PERÍODO: _____ ESTADO: _____

MUNICÍPIO: _____

Nº DE ORDEM A	Nº DE REGISTRO B	DATA DE INICIO DESTE TRATAMENTO C	DATA DE NASCIMENTO (OU IDADE) NO INÍCIO DESTE TRATAMENTO D	SEXO E	HISTÓRIA ANTERIOR DE TRATAMENTO PQT F			IB INÍCIO DESTE TRATAMENTO G	GRAU DE INCAPACIDADE NO INÍCIO DESTE TRATAMENTO H					SUBSTITUIÇÃO DO ESQUEMA PADRÃO POR PARA-EFEITO (MÊS/ANO) I	EPISÓDIO REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO J				BACILOSCOPIA L		DATA DE ALTA DE TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO M	DOSES RECEBIDAS ATÉ O ANO AVALIADO N	GRAU DE INCAPACIDADE NO ANO AVALIADO O					SINAIS DE ATIVIDADE CLÍNICA DURANTE EOSTQ (MÊS/ANO) P		ALTA POR CURA (MÊS/ANO) Q	SAÍDA ADMINISTRATIVA (MES/ANO) R	OUTRAS SAÍDAS DO REGISTRO ATIVO S		
					RECAÍDA (MÊS/ANO)	RECIDIVA (MÊS/ANO)	SUSPENSÃO POR IRREGULARIDADE (MÊS/ANO)		0	I	II	III	NÃO AVALIADO		TIPO I	TIPO II	NEURITE	N/ESPECIFICADO	DATA DA NEGATIVAÇÃO	IB NO ANO AVALIADO			0	I	II	III	NÃO AVALIADO	NOVAS LESÕES	EPISÓDIOS REACIONAIS			POR ÓBITO (MÊS/ANO)	POR TRANSFERÊNCIA (MÊS/ANO)	OUTROS MOTIVOS (MÊS/ANO)

ANEXO 5
INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA ESTUDO DE COORTE DE CASOS MULTIBACILARES SOB POLIQUIMIOTERAPIA

AS ORIENTAÇÕES A SEGUIR AUXILIAM O PREENCHIMENTO CORRETO DESTE FORMULÁRIO E PERMITEM A AVALIAÇÃO DA OPERACIONALIDADE DOS ESQUEMAS DE POLIQUIMIOTERAPIA.

- Preencher todos os dados de forma legível
- Anotar: ano, Unidade Sanitária, Município e Estado.

Os itens A, B, C, D e E correspondem a relação de todos os pacientes que foram inscritos no período, no registro ativo de poliquimioterapia (esquema padrão) independente da atual situação em que se encontram.

Item A - **Número de ordem** - Numerar em ordem crescente todos os pacientes que fazem parte dessa listagem que deverão corresponder ao total de pacientes incritos no período para tratamento com esquema padrão de poliquimioterapia.

Item B - **Número de registro** - Corresponde ao número existente na ficha clínico-epidemiológica de cada paciente.

Item C - **Data de início deste tratamento** - Anotar mês e ano de administração da primeira dose supervisionada.

Item D - **Data de nascimento ou idade do início no tratamento** - Corresponde ao dia, mês e ano do nascimento ou idade em anos completos em que o paciente iniciou o tratamento poliquimioterápico padrão.

Item E - **Sexo** - Anotar F para sexo feminino e M para sexo masculino.

Item F - **História anterior de tratamento PQT** - Corresponde somente aos pacientes com história anterior de tratamento poliquimioterápico padrão de PQT.

Recaída - Anotar mês e ano em que foram registrados sinais de atividade clínica da doença durante o período EOSTQ de tratamento poliquimioterápico padrão anterior.

Recidiva - Anotar mês e ano em que foram observados sinais de atividade clínica da doença após alta por cura de tratamento poliquimioterápico padrão anterior.

Suspensão por irregularidade - Anotar mês e ano em que deveria ser reiniciado o esquema poliquimioterápico padrão, em decorrência da irregularidade ao tratamento poliquimioterápico padrão anterior, isto é, mês e ano em que o paciente teve tratamento considerado insuficiente.

Item G - **IB no início desse tratamento** - Anotar a média dos índices baciloscópicos dos 04 locais de coleta de tecido, preconizados, registrados no início do tratamento.

Item H - **Grau de incapacidade no início do tratamento** - Anotar com um "X" o grau de incapacidade registrado na ficha clínico-epidemiológica no início desse tratamento.

Não avaliado - Anotar com um "X" naqueles pacientes em que não há registro do grau de incapacidade na ficha clínico-epidemiológica no início do tratamento.

Item I - **Substituição do esquema padrão por para-efeito** - Anotar mês e ano somente para aqueles pacientes em que o esquema poliquimioterápico padrão foi substituído devido a efeitos colaterais causados pelos medicamentos administrados (cutâneos, gastrintestinais, hepáticos, hematopoiéticos e neurológicos e heperpigmentação inaceitável pelo paciente).

Item J - **Episódios reacionais até a alta do tratamento poliquimioterápico** - Corresponde a todos os pacientes que iniciaram o uso do esquema poliquimioterápico padrão, e apresentaram durante o uso do mesmo 01 ou mais episódios reacionais.

Anotar com um "X" o tipo de episódio reacional (I, II ou I e II) e também a coluna neurite se a mesma tiver sido registrada acompanhada de reações ou isoladamente.

Não especificado - se houver definição do tipo de reação (apenas a prescrição da medicação usada para o seu tratamento).

Item L - **Baciloscopia** - Anotar data da negativação baciloscópica para os pacientes da coorte que apresentaram negativação baciloscópica.

Anotar o IB no ano avaliado, para todos os pacientes.

Item M - **Alta de tratamento poliquimioterápico** - Corresponde a todos os pacientes que iniciaram o tratamento poliquimioterápico padrão e tiveram alta terapêutica deste tratamento. Anotar data da alta.

Item N - **Anotar o número de doses supervisionadas recebidas pelo paciente até o ano de avaliação.**

Item O - **Grau de incapacidade avaliado no ano.**

Anotar conforme as orientações do item H, considerando a avaliação do grau de incapacidade no momento da alta de tratamento poliquimioterápico.

Item P - **Sinais de atividade clínica durante o período EOSTQ** - Considerar somente as ocorrências observadas entre os pacientes assinaladas no item M. Anotar mês e ano em que tiver sido registrado para qualquer um destes pacientes sinais de atividade clínica da doença, tais como novas lesões ou episódios reacionais, antes da alta por cura.

Item Q - **Alta por cura** - Corresponde a todos os pacientes que completaram o tratamento quimioterápico e o período EOSTQ após 5 anos deste tratamento.

Item R - **Saída Administrativa** - Anotar mês e ano para aqueles multibacilares (I Mitsuda negativo, Dimorfos e Virchowianos) que completaram o esquema terapêutico e se encontravam EOSTQ e que tem paradeiro ignorado ao completarem os 05 anos recomendados para observação sem tratamento quimioterápico.

Item S - **Outras saídas do registro ativo** - Corresponde a todos os pacientes que iniciaram o tratamento poliquimioterápico padrão sem haver substituição do esquema e completando ou não o tratamento, saíram do registro ativo por outras causas que não alta por cura ou saída administrativa.

Saída por óbito - Ao se tomar conhecimento da morte mediante atestado de óbito ou informação confiável.

Saída por transferência - Dá-se quando o paciente for transferido por outras Unidades de Saúde, Estado ou País.

Outros motivos:

- Erro diagnóstico - Refere-se àqueles casos diagnósticados erroneamente como hanseníase.
- Múltiplo registro - Refere-se aos casos computados duas ou mais vezes no registro ativo.
- Alta estatística - Refere-se a pacientes com paradeiro ignorado que se incluem em uma das seguintes situações:

- Casos que pela tábua de vida são provavelmente falecidos, levando-se em consideração a idade que tinham ao serem vistos pela última vez, e o tempo em que se encontram desaparecidos. Utilizar a tábua de vida de sua Unidade Federada.
- Casos indeterminados Mitsuda negativo, Dimorfos, Virchovianos não atendidos há mais de 20 anos independentemente da idade.

ESQUEMA PARA CÁLCULO DOS INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA POLIQUIMIOTERAPÍA BASEADO NO INSTRUMENTO DE COORTE DE CADOS MULTIBACILARES DE HANSENÍASE

01 - Percentual de pacientes com história anterior de recaídas de PQT

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares com história anterior de recaída de PQT}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares.}} \times 100$$

02 - Percentual de pacientes com história anterior de recidivas de PQT

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares com história anterior de reciciva de PQT}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares.}} \times 100$$

03 - Percentual de pacientes com história anterior de suspensões do tratamento de PQT por irregularidade.

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares por suspensão de tratamento anterior por irregularidade}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares.}} \times 100$$

04 - Média dos IBs no início do tratamento

$$\frac{\Sigma \text{ dos IBs de todos os pacientes da coorte com IB avaliado no início do tratamento}}{\text{Total de pacientes da coorte com IB avaliado no início do tratamento.}} \times 100$$

05 - Percentual de pacientes com grau de incapacidade avaliado no início de PQT

a) $$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que tiveram grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

b) Percentual de pacientes com grau 0 de incapacidade

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau 0 de incapacidade que entraram na coorte de multibacilares}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares, com grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}} \times 100$$

c) Percentual de pacientes com grau I de incapacidade

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau I de incapacidade que entraram na coorte de multibacilares}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares, com grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}} \times 100$$

d) Percentual de pacientes com grau II de incapacidade

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau II de incapacidade que entraram na coorte de multibacilares}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares, com grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}} \times 100$$

e) Percentual de pacientes com grau III de incapacidade

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau III de incapacidade que entraram na coorte de multibacilares}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares, com grau de incapacidade avaliado no início do tratamento}} \times 100$$

06 - Percentual de pacientes que tiveram o esquema poliquimioterápico padrão substituído por para-efeitos.

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que tiveram o esquema poliquimioterápico padrão substituido por para-efeitos}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares.}} \times 100$$

07 - Episódios reacionais e/ou neurites em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão.

a) Percentual de pacientes que apresentaram episódios reacionais em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que apresentaram episódios reacionais e ou neurite em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

b) Percentual de pacientes que apresentaram reações tipo I

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que apresentaram reações de tipo I em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

c) Percentual de pacientes que apresentaram reações tipo II

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que apresentaram reações de tipo II em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

d) Percentual de reações tipo I e II

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que apresentaram reações tipo I e II em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

e) Percentual de neurites

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que apresentaram neurites em vigência de tratamento poliquimioterápico}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

f) Percentual de pacientes que apresentaram episódios reacionais não especificados

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que apresentaram episódios reacionais não especificados em vigência de tratamento poliquimioterápico padrão}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

08 - Baciloscopia

a) $$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que negativaram baciloscopicamente em 24 meses}}{\text{Total de pacientes da coorte de multibacilares que foram avaliados baciloscopicamente após 24 meses}} \times 100$$

b) $$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que negativaram baciloscopicamente em 36 meses}}{\text{Total de pacientes da coorte de multibacilares que foram avaliados baciloscopicamente após 36 meses}} \times 100$$

c) $$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que negativaram baciloscopicamente em 48 meses}}{\text{Total de pacientes da coorte de multibacilares que foram avaliados baciloscopicamente após 48 meses}} \times 100$$

09 - Média dos IBs no ano

$$\frac{\Sigma \text{ dos IBs de todos os pacientes da coorte com IB avaliado no ano}}{\text{Total de pacientes da coorte com IB avaliado no ano}} \times 100$$

10 - Percentual de pacientes que tiveram alta terapêutica

a) $$\frac{\text{Nº de pacientes que receberam alta terapêutica}}{\text{Total de pacientes da coorte}} \times 100$$

b) Percentual de regulares

$$\frac{\text{Nº de pacientes com alta terapêutica com 24 doses em 24 meses}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

c) Percentual de irregulares

$$\frac{\text{Nº de pacientes com alta terapêutica com 24 doses entre 25 e 36 meses}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

12 - Nº de pacientes que tiveram alta terapêutica com 25 doses ou mais

a) Percentual de regulares

$$\frac{\text{Nº de pacientes com alta terapêutica com 25 doses ou mais no mesmo número de meses}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

b) Percentual de irregulares

$$\frac{\text{Nº de pacientes com alta terapêutica com 25 doses ou mais em número de meses superior ao de doses}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

13 - Altas por cura

13.A - Percentual de pacientes que entraram na coorte e que receberam alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares e que receberam alta por cura}}{\text{Total de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

13.B - Percentual de pacientes que receberam alta por cura entre os pacientes EOSTQ

$$\frac{\text{Nº de pacientes que receberam alta por cura entre os que entraram EOSTQ}}{\text{Total de pacientes que entraram EOSTQ}} \times 100$$

14 - Saída Administrativa

14.A - Percentual de pacientes que tiveram saída administrativa entre os que entraram na coorte.

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram saída administrativa}}{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

14.B - Percentual de pacientes que tiveram saída administrativa entre os que entraram EOSTQ

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram saída administrativa entre os que entraram EOSTQ}}{\text{Nº de pacientes que entraram EOSTQ}} \times 100$$

15 - Outras saídas do registro ativo

15.A - Percentual de pacientes que tiveram outras saídas do registro ativo entre os que entraram na coorte

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram outras saídas do registro ativo}}{\text{Nº de pacientes que entraram na coorte de multibacilares}} \times 100$$

15.B - Percentual de pacientes que tiveram outras saídas do registro ativo entre os EOSTQ

$$\frac{\text{Nº de pacientes que tiveram outras saídas do registro ativo entre os que entraram EOSTQ}}{\text{Nº de pacientes entre os que entraram EOSTQ}} \times 100$$

16 - Percentual de pacientes com grau de incapacidade avaliado na alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau de incapacidade avaliado na alta por cura}}{\text{Total de pacientes que tiveram alta por cura}} \times 100$$

a) Percentual de grau 0 de incapacidade na alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau 0 de incapacidade na alta por cura}}{\text{Total de pacientes com incapacidade avaliada na alta por cura}} \times 100$$

b) Percentual de pacientes com grau I de incapacidade na alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau I de incapacidade na alta por cura}}{\text{Total de pacientes com incapacidade avaliada na alta por cura}} \times 100$$

c) Percentual de pacientes com grau II de incapacidade na alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau II de incapacidade na alta por cura}}{\text{Total de pacientes com incapacidade avaliada na alta por cura}} \times 100$$

d) Percentual de pacientes com grau III de incapacidade na alta por cura

$$\frac{\text{Nº de pacientes com grau III de incapacidade na alta por cura}}{\text{Total de pacientes com incapacidade avaliada na alta por cura}} \times 100$$

BIBLIOGRAFIA

ALL AFRICA LEPROSY REHABILITATION CENTER (ALERT). **Manual for multidrug therapy (MDT) of leprosy.** Addis Ababa, Ethiopia, 1985.

ANDRADE, V.L.G. et al. Feasibility of multidrug therapy (MDT) in Hansen's disease in a urban population. Curupaiti State Hospital, Rio de Janeiro, Brazil. **International Journal of Leprosy**, 55; 435-40, 1987.

ANDRADE, V.L.G. et al. Results after five years of multidrug therapy (MDT) according WHO recommendations for leprosy patients in Curupaiti (Brazil). **In: Abstracts of the XIIIth International Leprosy Congress,** The Hague, The Netherlands, 1988.

AVELLEIRA, J.C.R. et al. Eficácia da poliquimioterapia no tratamento dos pacientes paucibacilares: resultados preliminares. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

BARKOKEBAS, F. M. et al. A implantação dos esquemas PQT/OMS e a organização do serviço de hanseníase a nível local. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

BECX-BLEUMINCK, M. Operational aspects of multidrug therapy. **Intenational Journal of Leprosy,** 57; 540-51, 1989.

BOSCO, J. Ação educativa através de um método participativo no setor saúde. **In: Ação participativa: metodologia.** Divisão Nacional de Educação em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, 1987.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Normas Técnicas e Procedimentos para utilizaçãos dos esquemas de Poliquimioterapia no tratamento de Hanseniase,** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989 (Série A: Normas e Manuais Técnicos; 60 p.).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Ação participativa: trabalhando com hanseníase.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. (Ministério da Saúde, série F, Educação em Saúde: 7).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da Hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro, DNDS/NUTES, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de dermatologia Sanitária. **Gradual setting up multidrug therapy in Brazil.** 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia para o controle da hanseníase.** 2ª ed. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. (Ministério da Saúde, séria A: Normas e manuais técnicos, 6).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase: módulo I: fenômeno social do estigma.** Brasília, 1988.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. **Manual de Normas para o Controle da Tuberculose,** 3ª Ed., Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989 (Ministério da Saúde, Série A: Normas e Manuais Técnicos, 13).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia, Programa Nacional de Imunizações. **Manual de Vacinação**, Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984 (Série A, Normas e Manuais Técnicos, I5).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, **Normas Técnicas e Procedimentos para o Exame Baciloscópico em Hanseníase**, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, Brasília, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Controle da Hanseníase. **Nota sobre a vacinação dos contatos intradomiciliares de pacientes de hanseníase das formas clínicas virchowiana e dimorfa com BCG.** 1990, (mimeo).

CARTEL, J.L. et al. Results after eight years of a daily multidrug therapy for leprosy patients in Guadeloupe, New Caledonia and Polynesia. **In: Abstracts of the XIIIth International Leprosy Congress.** The Hague, The Netherlands, 1988.

CENTRO DE DERMATOLOGIA TROPICAL E VENEREOLOGIA ALFREDO DA MATA **Normas para a implementação do projeto multidroga.** Manaus, 1986.

CHAVES, E.L. Levantamento epidemiológico em comunicantes de hanseníase no esquema multidrogaterapia-detecção de casos. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

DAVID, H.M.S.L. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes submetidos ao esquema poliquimioterapia/OMS no ambulatório de dermatologia sanitária do Centro de Saúde Vasco Barcelos-Nova Iguaçu/RJ. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

DESTA, Z, et al. Five years of experience with MDT in the ALERT leprosy control programme. **In: Abstracts of the XIIIth International Leprosy Congress**, The Hague, The Netherlands, 1988.

ECUADOR. MINISTÉRIO DA SALUD PÚBLICA. **Manual de normas, métodos técnicas y procedimientos para el control de la enfermedad de Hansen.** Quito, 1984.

GALLO, M.E.N. et al. MDT em hansenianos multibacilares. Avaliação de dois esquemas após 24 meses de terapêutica. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia.** Rio de Janeiro, 1989.

GÓES, R.S.O. et al. Avaliação da poliquimioterapia no Estado do Pará. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

GOODMAN, A.S. (ed.) **The pharmacological basis of therapeutics.** 7th ed. New York, Mac Millan, 1985.

GROSSI, M.A.F. et al. Evolução da implantação de poliquimioterapia em Minas Gerais de 1986 a junho de 1989. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia**, Rio de Janeiro, 1989.

JI, B-H et al. Progress in chemotherpy research under THELEP programme. **In: Abstracts of the XIIIth International Leprosy Congress,** The Hague, The Netherlands, 1988.

JOHN, K.R. et al. Study on operational efficiency of multidrug therapy with a view to identify the factors affecting the implementation. **In: Abstracts of the XIIIth International Leprosy Congress,** The Hague, The Netherlands, 1988.

JOPLING, W.H. **Manual de Lepra,** 1ª ed., Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1983.

LOMBARDI, C. (ed.) **Hanseníase: epidemiologia e controle.** São Paulo, Imprensa Oficial do Estado: Arquivo do Estado, 1990.

MARQUES, A.B. Clinical and bacteriological evaluation of patients after suspension of treatment with MDT schems. **In: Abstracts of the XIIIth International Leprosy Congress,** The Hague, The Netherlands, 1988.

MARQUES, A.B. et al. Evolução clínica e baciloscópica de pacientes multibacilares em observação sem tratamento após poliquimioterapia: resultados parciais. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

MORAIS, S.C.J.D. et al. Poliquimioterapia no Centro de Saúde de Duque de Caxias. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

MOREIRA, T.M.A. et al. Avaliação estadual de poliquimioterapia/OMS no Rio de Janeiro. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** 1989.

MOTTA, C.M.P. Poliquimioterapia en la lepra. **In: Seminário Bolivariano sobre el control de la lepra.** Caracas, Venezuela, 1983.

NOORDEEN, S.K. et al - The global leprosy situation and the implementation of leprosy control through multidrugtherapy. **In: Abstracts of the XIIIth Internacional Leprosy Congress.** The Hague, The Netherlands, 1988.

OPROMOLLA, D.V.A. et al. A controlled trial to compare the therapeutic effect of dapsona in combination with daily or once-monthly rifampin in patients with lepromatous leprosy. **International Journal of Leprosy,** 49: 393-97, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Report of consultation on implementation of multidrugtherapy for leprosy control.** Geneva, 1985. (WHO/LEP/85.1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Report of a meeting on action plans for leprosy control.** New Delhi, 1982. (WHO/LEP/83.1).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Manual de controle de lepra**, 2ª ed., Ref. PNSP/89-43, Genebra, Suiça, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a WHO study group.** Geneva, 1982, (OMS, Série de Informes Técnicos, 675).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Comitê de expertos de la OMS en lepra, sexto informe.** Genebra, 1988 (Série de Informes Técnicos, 768).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) - **Taller sobre quimioterapia de la lepra en las Américas: Informe final OPAS/OMS.** Brasília, Brasil, 1988.

PANNIKAR, V. et al. Relapse or late reversal reaction? **Inrernational Journal of Leprosy,** 57; 526-28, 1989.

PENNA, G.O. et al. Avaliação preliminar da implantação de poliquimioterapia/OMS para tratamento de hanseníase no Brasil. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

REIS VIANNA, F. et al. Multidrug therapy and pregnancy: Preliminary repot on toxicity. **In: Abstracts of the XIIIth International Leprosy Congress.** The Hague, The Netherlands, 1988.

ROCHA, C.A. et al. A implantação da poliquimioterapia no Estado de Sáo Paulo. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Hansenologia,** Rio de Janeiro, 1989.

ROSS, W.F. **A process for planning MDT:** Leprosy Review, 58, Vol 04, 1987.

TALHARI, S. et al. Leprosy control in the State of Amazonas, based on MDT (WHO/1982). **In: Abstracts of the XIIIth International Leprosy Congress,** The Hague, The Netherlands, 1988.

THANGARAJ, E.S. **Multidrug therapy, a working guide,** 3rd edition, the leprosy mission, Southern Asia, New Delhi, 1984.

ZUÑIGA, M.G. & MOTTA C.P. **Contribuição ao estudo das tendências da endemia hansênica no Brasil.** s.n.t.

ELABORAÇÃO – 1986

- Alfredo Boechat Marques - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.
- Célio Marinho de Paula Motta - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.
- José Antonio Nunes de Miranda - Campanha Nacional Contra a Tuberculose.
- Lúcia Helena Vieira da Cunha - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.
- Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde.
- Paulo Chagastelles Sabrosa - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.
- Vera Lúcia Gomes de Andrade - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.

REVISÃO – 1988

- Alfredo Boechat Marques - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.
- Célio Marinho de Paula Motta - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.
- Elizabeth Pederneiras Pimenta da Veiga - Hospital Docente Assistêncial do Distrito Federal.
- Francisco Reis Vianna - Campanha Nacional Contra à Tuberculose/Ministério da Saúde.
- Gerson Oliveira Penna - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde.
- João Carlos Regazzi Avelleira - Comissão Evangélica de Reabilitação de Pacientes de Hanseníase - Rio de Janeiro.
- Maria Ângela Alcalde Torrecilla - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.
- Maria da Graça Souza Cunha - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.
- Vera Lúcia de Andrade - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.

REVISÃO 1989

- Célio Marinho de Paula Motta - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro.
- Darcy de Valadares Rodrigues Ventura - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde.
- Diltor Vladimir de Araújo Opromolla - Hospital Lauro de Souza Lima - São Paulo.
- Emília Pereira Dias - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.
- Flávia Maria Barkokebas - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.
- Francisco Reis Vianna - Campanha Nacional Contra a Tuberculose/Ministério da Saúde
- Gerson Fernando Mendes Pereira - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde.
- Gerson Oliveira Penna - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde.
- Jonice Maria Ledra - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde.
- Maria Ângela Alcalde Torrecilla - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.
- Maria Aparecida de Assis Patroclo - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.
- Maria da Graça Souza Cunha - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.

- Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde/Ministério da Saúde.
- Marlene Santos Barroso - Legião Brasileira de Assistência/Ministério da Previdência e Assistência Social.
- Rossilene Cruz - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.
- Sinésio Talhari - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas.
- Tadiana Maria Alves Moreira - Comissão Evangélica de Reabilitação de Pacientes de Hanseníase.
- Vera Lúcia Gomes de Andrade - Secretaria Estadual de Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.

REVISÃO 1990

- Clodis Maria Tavares - Secretaria de Saúde e Serviço Social de Alagoas.
- Diltor Vladimir de Araújo Opromolla - Hospital Lauro de Souza Lima - São Paulo.
- Flávia Maria Barkokebas - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco.
- Francisco Reis Vianna - Campanha Nacional Contra a Tuberculose/Ministério da Saúde.
- Gerson Fernando Mendes Pereira - Ministério da Saúde
- Gerson Oliveira Penna - Ministério da Saúde
- Jair Ferreira - Secretaria Estadual de Saúde e Meio Ambiente do Rio Grande do Sul
- Marcia Galdino Moreira - Divisão Nacional de Epidemiologia - Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde - Ministério da Saúde
- Maria da Graça Souza Cunha - Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas
- Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira - Ministério da Saúde
- Ranilda Fernandes dos Santos Pimentel - Secretaria de Saúde e Serviço Social de Alagoas
- Tadiana Maria Alves Moreira - Comissão Evangélica de Reabilitação de Pacientes de Hanseníase
- Vera Lúcia Gomes de Andrade - Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro

REVISÃO FINAL E DIAGRAÇÃO TÉCNICA

- Gerson Oliveira Penna - Ministério da Saúde

APOIO:

Projeto Nacional para Implantação da Poliquimioterapia/OMS no Brasil - Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) American Leprosy Missions (ALM) Comissão Evangélica para Reabilitação dos Pacientes de Hanseníase (CERPHA).

CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia
Esplanada dos Ministérios - Bl. G - sala 354
Edifício Anexo, Ala A – CEP 70058 - Brasília–DF
Fone: (061) 315.2174 – Telex: (61) 611603

IMPRENSA NACIONAL
1808