



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

LEGISLAÇÃO SOBRE O CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL

.32

BRASÍLIA - 2000



Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica
Área Técnica de Dermatologia Sanitária



Legislação Sobre o Controle da Hanseníase no Brasil

BRASÍLIA - 2000

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Editor:
Área Técnica de Dermatologia Sanitária

Editoração Eletrônica:
Antonio Barbosa de Sousa Filho

Distribuição e Informação: Área Técnica de Dermatologia Sanitária
Esplanada dos Ministérios – Bloco G – 6º Andar – Sala 618
Brasília-DF
CEP: 70.058.900
Telefone: (0xx61) 321-1040 / 224-5700 – FAX (0xx61) 224-0797
e-mail: atds@saude.gov.br

1ª Edição

Tiragem: 5.000 exemplares.
Impresso no Brasil / Printed in Brazil.

N.º Ch.	WC335-32
	B+362
	22.2
OMBO	4.155/L

Ficha Catalográfica

Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil / Elaborada pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

48 p.: il.

1. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. I. Ministério da Saúde. II. Secretaria de Políticas de Saúde. III. Departamento de Atenção Básica.

Legislação Sobre o Controle da Hanseníase no Brasil

Coordenador Nacional da Área Técnica de Dermatologia Sanitária:

Gerson Fernando Mendes Pereira

Equipe Técnica:

Acácia de Lucena Rodrigues

Maria Bernadete Rocha Moreira

Maria da Conceição Cavalcante Magalhães

Nilton José da Silva

Equipe de Apoio:

Antonio Barbosa de Sousa Filho

Francisco Florêncio de Medeiros

Thiego de Sousa Cotrim

Vera dos Santos Vasconcelos

PORTARIA Nº 214/2005 DE 28 DE JULHO DE 2005
Publicada no D.O.U. - 1ª E - página 26 - Seção 1 de 27 de
julho de 2005.

Apresentação

É com enorme prazer que esta área técnica disponibiliza aos estados e municípios a Legislação Sobre o Controle da Hanseníase no Brasil.

As normas nacionais foram exaustivamente discutidas pelos coordenadores estaduais, Centros de Referência Nacionais, demais técnicos da área de hanseníase, MORHAN e OPAS/OMS.

A atualização das normas visam cada vez mais a integração das ações de controle da hanseníase nas ações básicas de saúde objetivando o aumento de cobertura o que resulta no diagnóstico e tratamento com PQT/OMS de todos os casos.

Esta integração é a estratégia principal do país para o alcance, no ano de 2005 da meta de eliminação da doença como problema de saúde pública (< 1 doente a cada 10.000 habitantes).

Contamos com a colaboração de todos na implantação destas normas e na luta para a eliminação da doença.

Gerson Fernando Mendes Pereira
Coordenador Nacional de Dermatologia Sanitária

PORTARIA N.º 814/GM DE 26 DE JULHO DE 2000

Publicada no D.O.U. – 144-E – página 26 – Seção 1 de 27 de julho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, considerando:

a necessidade de dar cumprimento às diretrizes nacionais que visam orientar, prevenir e tratar as doenças objeto da dermatologia sanitária, em especial a hanseníase;

a Resolução XIV da Organização Mundial da Saúde, aprovada na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em maio de 1991, na qual está estabelecida a meta de eliminação da hanseníase, como problema de saúde pública, até o ano 2000; e

a necessidade de orientar os diferentes níveis de complexidade dos serviços na área de dermatologia sanitária, com ênfase para a hanseníase, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, bem como organizá-los mediante o estabelecimento de sistema de referência e contra-referência, resolve:

Art. 1º Aprovar os pré-requisitos, as atividades e demais orientações, constantes desta Portaria, para o reconhecimento de instituições como Centros Colaboradores Nacionais, Macrorregionais e Estaduais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário.

Parágrafo único. Os Centros Colaboradores Nacionais e Macrorregionais serão reconhecidos por meio de portaria ministerial específica e os Centros Colaboradores Estaduais pela respectiva Secretaria de Estado da Saúde.

Art. 2º Definir como atividades dos Centros Colaboradores Nacionais:

I – o desenvolvimento de pesquisas de interesse do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário;

II – a capacitação de recursos humanos especializados na atenção básica e em outras de maior complexidade para o Programa Nacional mencionado; e

III – a realização de estudos de interesse do Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase, com ênfase em epidemiologia, aspectos operacionais, resistência medicamentosa, efeitos colaterais e recidivas e monitoramento de eventos sentinelas.

Art. 3º Definir os pré-requisitos mínimos obrigatórios para o reconhecimento de Unidades de Saúde como Centros Colaboradores Estaduais, Macrorregionais ou Nacionais na área de dermatologia sanitária.

§ 1º São os seguintes os pré-requisitos para o reconhecimento de instituições como Centro Colaborador Estadual ou Macrorregional:

I – dispor de equipe multidisciplinar capacitada para a assistência em dermatologia sanitária, com enfoque nas ações de controle da hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário;

II – assessorar tecnicamente as demais Unidades de Saúde da rede do SUS na área de hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário;

III – realizar e apoiar a capacitação técnica nas atividades de controle e eliminação da hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário;

IV – esclarecer diagnósticos, inclusive de recidivas e de outras intercorrências;

V – desenvolver e apoiar o desenvolvimento de pesquisas de interesse do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase; e

VI – estar vinculado formalmente a comitê de ética em pesquisa.

§ 2º São os seguintes os pré-requisitos para o reconhecimento de instituições como Centro Colaborador Nacional, além dos constantes no § 1º precedente:

I – dispor de, pelo menos, um terço da equipe com titulação em nível de pós-graduação;

II – possuir laboratório de pesquisa; e

III – apresentar produção científica regular.

§ 3º Os Centros Colaboradores Nacionais deverão subsidiar o Ministério da Saúde nas decisões referentes à política de controle e eliminação da hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário.

Art. 4º Os Centros Colaboradores Nacionais, Macrorregionais e Estaduais deverão trabalhar de forma integrada e assessorar as gerências de hanseníase, de acordo com a sua capacidade organizacional e em consonância com as normas técnicas nacionais.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga as disposições em contrário, em especial a Portaria N.º 861, de 7 de agosto de 1992.

BARJAS NEGRI

PORTARIA N.º 815/GM DE 26 DE JULHO DE 2000

Publicada no D.O.U. – 144-E – página 26 – Seção 1 de 27 de julho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, considerando o disposto no parágrafo único do Art 1º da Portaria nº 815/GM, de 26 de julho de 2000, resolve:

Art. 1º Reconhecer como Centros Colaboradores Nacionais para o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário, as seguintes instituições:

I – Laboratório de Hanseníase, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro;

II – Instituto Lauro de Souza Lima, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo; e

III – Instituto de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta, da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas.

Art. 2º Apoiar essas instituições na execução das atividades definidas para os Centros Colaboradores Nacionais, no Art 2º da Portaria n.º 814/GM, de 26 de julho de 2000.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga a Portaria Nº 861, de 7 de agosto de 1992.

BARJAS NEGRI

PORTARIA N.º 816/GM DE 26 DE JULHO DE 2000

Publicada no D.O.U. – 144-E – página 26 – Seção 1 de 27 de julho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, considerando a relevância da hanseníase no quadro nosológico do País e a necessidade de orientar a assistência às pessoas atingidas pela doença, bem como organizar o sistema de saúde no tocante às ações de atenção básica, resolve:

Art. 1º Aprovar as diretrizes, a seguir apresentadas, destinadas a orientar, em todos os níveis do Sistema Único de Saúde – SUS –, as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de hanseníase no País, que serão coordenadas, em nível nacional, pela Área Técnica de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Políticas de Saúde deste Ministério.

§ 1º As ações de controle e eliminação da hanseníase têm como objetivos:

I – a redução da morbidade, expressa pela incidência e prevalência da doença; e

II – a redução de danos causados pela doença, expressos pela gravidade das incapacidades físicas, psíquicas e sociais.

§ 2º Para a consecução dos objetivos enunciados no parágrafo precedente, as medidas destinadas ao controle e à eliminação da hanseníase serão orientadas por:

I – ações que visam a detecção de casos:

a) atendimento da demanda espontânea, com prioridade para os sintomáticos dermatoneurológicos; e

b) busca ativa, com ênfase na vigilância de contatos e ações intensivas junto à população.

II – tratamento integral dos casos, compreendendo:

a) quimioterapia específica em regime ambulatorial, visando a cura da doença e a interrupção da transmissão da infecção;

b) diagnóstico e tratamento das intercorrências e ou complicações, durante ou após o tratamento, inclusive em regime hospitalar, quando houver indicação; e

c) prevenção e recuperação de incapacidades físicas, psíquicas e sociais, durante ou após o tratamento específico, readaptação profissional e reinserção social do doente e de seus familiares, quando necessário.

§ 3º As estratégias para o controle e a eliminação da hanseníase envolvem:

I – desenvolvimento de recursos humanos, mediante:

a) apoio à capacitação de pessoal para execução de todas as atividades de controle da hanseníase na rede do SUS;

b) promoção da articulação ensino-serviço na área da saúde, com vistas à adequação de conteúdos e cargas horárias mínimas – teóricas e práticas –, sobre hanseníase, nos currículos dos cursos de educação básica e profissionalizante, bem como de graduação das áreas biomédicas e humanas.

c) apoio à realização de cursos de atualização e outros treinamentos para o pessoal de todos os níveis de atenção à saúde; e

d) apoio a seminários, ciclos de conferências e atividades similares destinados à atualização do pessoal de saúde em geral.

II – apoio às ações de educação em saúde, compreendendo a intensificação das práticas educativas nos serviços de saúde, com a participação dos usuários e da comunidade, visando a qualidade dos serviços e a promoção da saúde;

III – incentivo a pesquisas, com ênfase naquelas de caráter epidemiológico, operacional e que tratam dos aspectos psíquicos, sociais e educacionais, que subsidiem as ações de controle da hanseníase, mediante a incorporação de novas tecnologias e a identificação e a adoção de novas estratégias de controle;

IV – desenvolvimento de atividades gerenciais, compreendendo:

a) a ratificação dos princípios constitucionais para o setor saúde e das diretrizes do SUS em todos os níveis, com ênfase no processo de municipalização;

b) a implementação e ou implantação das ações de controle e de eliminação da hanseníase na rede do SUS, de modo a proporcionar a cobertura adequada em todo o território nacional;

c) a definição de instâncias de gerenciamento da área técnica de dermatologia sanitária, nas quais devem estar inseridas as ações de controle e de eliminação da hanseníase – nos níveis nacional, estadual e municipal –, visando a execução das atribuições nas diferentes esferas de direção do SUS; a articulação com as interfaces setoriais; e a coordenação das parcerias governamentais e não-governamentais;

d) a designação de comitê assessor para o nível nacional, de caráter consultivo, integrado por profissionais com representatividade nacional e regional, com a finalidade de assessorar a área de hanseníase, da Secretaria de Políticas de Saúde deste Ministério;

e) o fornecimento – pelo Ministério da Saúde, às Secretarias Estaduais de Saúde e a distribuição, por estas, aos municípios – dos medicamentos específicos e dos imunobiológicos, segundo as normas e instruções técnicas; e

f) atuação junto aos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, nas Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite com vistas à inclusão das ações de controle da

hanseníase nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

V – funcionamento de sistema de informação em hanseníase, com:

a) a notificação compulsória de casos de hanseníase em todo o território nacional, segundo instrumentos, fluxos e periodicidade do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan –, estabelecidos na Portaria N.º 4052/GM/MS, de 23 de dezembro de 1998; e

b) a utilização do Sinan para a notificação de casos, atualização de dados de acompanhamento e obtenção de dados para a construção dos indicadores epidemiológicos e operacionais necessários ao monitoramento e à avaliação das ações de controle do Programa nos níveis nacional, estadual e municipal.

§ 4º Para a consecução dos objetivos e atividades previstas, serão observadas as seguintes recomendações:

I – as ações de controle da hanseníase deverão ser executadas pela rede municipal de saúde e complementadas pelas redes estadual e federal e pelos serviços contratados e conveniados ao SUS.

II – a assistência hospitalar aos doentes de hanseníase, de qualquer forma clínica, quando indicada, deverá ser assegurada em hospitais gerais da rede pública e contratada ou conveniada ao SUS.

III – a reestruturação dos antigos hospitais asilos-colônia deverá ser realizada com base nas Instruções Normativas vigentes e respeitadas as peculiaridades regionais e locais.

IV – o incentivo à representação de usuários e da comunidade na tomada de decisões que interfiram na implementação das ações de controle da hanseníase deverá ser promovido.

V – a denominação oficial da doença no Brasil – HANSENÍASE – e a terminologia derivada deverão ser preservadas, de acordo com a Lei N.º 9.010, de 29 de março de 1995.

VI – as instâncias gerenciais das ações de controle da hanseníase, em todas as esferas do SUS, deverão encaminhar documentos informativos atualizados aos meios de comunicação de massa, de modo a estimular a divulgação de informações e da terminologia corretas sobre a hanseníase.

VII – quaisquer projetos financiados e ou executados por organizações governamentais ou não-governamentais, nacionais e internacionais, deverão ser submetidos ao conhecimento e à apreciação dos órgãos técnicos responsáveis pelo controle da hanseníase, nos níveis municipal, estadual e federal, e aprovados formalmente pelas instituições envolvidas na sua execução.

Art. 2º As diretrizes estabelecidas por esta Portaria deverão ser observadas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, nos termos da Lei N.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga as disposições em contrário, em especial a Portaria Ministerial N.º 862/GM, de 07 de agosto de 1992.

BARJAS NEGRI

PORTARIA N.º 817/GM DE 26 DE JULHO DE 2000
Publicada no D.O.U. – 144-E – página 27 à 31 – Seção 1 de
27 de julho de 2000.

O Ministro de Estado da Saúde, interino, no uso de suas atribuições, resolve:

Art. 1º Expedir as instruções normativas destinadas a orientar o desenvolvimento das ações de controle e de eliminação da hanseníase em todo o território nacional, as quais regulamentam as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 816/GM, de 26 de julho de 2000.

Parágrafo Único. As instruções normativas de que trata este artigo constam do ANEXO desta Portaria e dela é parte integrante.

Art. 2º Revogar a Portaria nº 814/GM, de 22 de julho de 1993.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação e revoga as disposições em contrário.

BARJAS NEGRI

INSTRUÇÕES NORMATIVAS

O CONTROLE DA HANSENÍASE SERÁ ORIENTADO PARA OS SEGUINTE OBJETIVOS

1. DETECÇÃO PRECOCE DE CASOS

Definição de caso

Um caso de hanseníase é uma pessoa que apresenta uma ou mais de uma das seguintes características e que requer quimioterapia:

- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade
- acometimento de nervo (s), com espessamento neural
- baciloscopia positiva.

A detecção de casos é feita por intermédio do atendimento da demanda espontânea, a busca ativa e da vigilância de contatos.

Classificação operacional de doentes para tratamento com Poliquimioterapia padrão OMS:

A classificação operacional, visando o tratamento, é baseada no número de lesões, de acordo com os seguintes critérios :

PAUCIBACILARES (PB) – casos com \leq 5 lesões de pele e ou apenas um tronco nervoso acometido.

MULTIBACILARES (MB) – casos com $>$ 5 lesões de pele e ou mais de um tronco nervoso acometido.

A baciloscopia de pele, quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB e MB. Baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

2. VIGILÂNCIA DOS CONTATOS

Para fins operacionais, deve-se considerar como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido nos últimos 5 anos com o doente.

A vigilância dos contatos consiste no exame dermatoneurológico dos mesmos, obedecendo aos seguintes critérios:

2.1. Exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos de todas as formas clínicas e orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da hanseníase e retorno ao serviço, se necessário.

2.2. Utilização do BCG - aplicação de duas doses da vacina BCG-ID em todos os contatos intradomiciliares de todos os casos novos de hanseníase, independente da forma clínica.

O intervalo mínimo recomendado para a 2ª dose da vacina BCG-ID é de 6 meses da 1ª dose (considerada a cicatriz por BCG-ID prévia como 1ª dose, independente do tempo de aplicação). Na dúvida, aplicar as duas doses recomendadas.

3. TRATAMENTO

3.1. Tratamento Específico

O tratamento da hanseníase é ambulatorial, mediante o esquema terapêutico padronizado a seguir:

ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA PADRÃO (PQT/OMS)

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
	PQT/PB – 6 doses	PQT/MB – 12 doses
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 6 doses, em até 9 meses	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses
DAPSONA (DDS)	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)		300 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários, auto-administrada
Seguimento de casos	<ol style="list-style-type: none"> 1 Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 6 doses 2 Revisão dermatoneurológica na 6ª dose 	<ul style="list-style-type: none"> - Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada, num total de 12 doses - Revisão dermatoneurológica na 6ª e 12ª doses
Critério de alta por cura	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 6 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 9 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 12 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas

Pacientes de hanseníase multibacilar que desenvolvem muitas reações e lesões de nervos no curso do tratamento são aqueles que, provavelmente, têm alto índice baciloscópico e que ainda terão um índice alto ao final de 12 doses de tratamento. Uma avaliação clínica dermatoneurológica e baciloscópica é que definirá se os pacientes, ao final das 12 doses, estarão curados ou se necessitarão de mais 12 doses adicionais, utilizando o esquema abaixo (7º WHO Expert Committee on Leprosy, 1998).

ESQUEMA POLIQUIMIOTERAPIA (PQT/OMS) - 24 doses

MULTIBACILAR	
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 24 doses, em até 36 meses
DAPSONA (DDS)	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)	300 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 24 doses, em até 36 meses + 100 mg em dias alternados, ou 50 mg diários auto-administrada
Seguimento dos casos	1 Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 24 doses 2 Revisão dermatoneurológica nas 12ª e 24ª doses
Critério de alta por cura	Receberão alta, por cura, os pacientes que completaram as 24 doses, em até 36 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.

3.1.1. DOSES (em mg) POR FAIXA ETÁRIA

PAUCIBACILARES

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

MULTIBACILARES

IDADE EM ANOS	DAPSONA (DDS) DIÁRIA AUTO-ADMINISTRADA	RIFAMPICINA (RFM) MENSAL SUPERVISIONADA	CLOFAZIMINA (CFZ)	
			AUTO-ADMINISTRADA	SUPERVISIÃO MENSAL
0 - 5	25 mg	150 - 300 mg	100 mg/Semana	100 mg
6 - 14	50 - 100 mg	300 - 450 mg	150 mg/Semana	150 - 200 mg

3.1.2. DOSES (em mg) por Kg

DROGA	DOSAGEM/Kg/peso-
Dapsona 100 mg	2mg/kg
Rifampicina 300 mg	10 a 20 mg/kg
Clofazimina 100 mg	1,5 mg/kg
Minociclina 100 mg	2 mg/kg
Ofloxacina 100 mg	10 mg/kg

3.1.3. ESQUEMAS ALTERNATIVOS

Esses esquemas deverão ser utilizados nos Centros Colaboradores (de Referência) que detenham, em seus quadros, dermatologista ou clínico com experiência em hanseníase, bem como técnicas auxiliares para o diagnóstico, acompanhamento e seguimento dos pacientes pós alta, ou em outras Unidades de Saúde, sob orientação dos Centros Colaboradores (de Referência).

3.1.3.1. Esquema ROM

O Ministério da Saúde/ATDS recomenda a adoção do esquema ROM (RIFAMPICINA, MINOCICLINA e OFLOXACINA) para pacientes paucibacilares com lesão única de pele, sem envolvimento de tronco nervoso.

DROGA	DOSE ADULTO	DOSE CRIANÇA	TEMPO DE TRATAMENTO
Rifampicina	600 mg	300 mg	PB - Dose única
Ofloxacina	400 mg	200 mg	
Minociclina	100 mg	50 mg	

*As dosagens dos medicamentos acima não devem ultrapassar aquelas recomendadas nos esquemas padrão.

O esquema ROM não é recomendável para gestantes e crianças menores de 5 anos de idade.

Os pacientes que fizerem o tratamento com o esquema ROM receberão alta, por cura, após a tomada da dose única.

3.1.3.2. Na impossibilidade absoluta de utilizar Dapsona.

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Rifampicina (RFM) Clofazimina (CFZ)	600 mg uma vez por mês, supervisionada 50 mg diárias ou 100 mg, em dias alternados	600 mg uma vez por mês, supervisionada 300 mg uma vez por mês, supervisionada, e 100 mg em dias alternados ou 50mg diárias, auto-administradas
Seguimento dos casos	1 Comparecimentos mensais para medicação supervisionada, num total de 6 doses - Revisão dermatoneurológica na 6ª dose - Para alta, aplicar os critérios de cura	<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para medicação supervisionada, num total de 24 doses • Revisão dermatoneurológica na 12ª e 24ª doses • Para alta, aplicar os critérios de cura
Critérios de alta por cura	2 Receberão alta, por cura, os pacientes que completarem as 6 doses de poliquimioterapia, supervisionada, em até 9 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Receberão alta, por cura, os pacientes que completarem as 12 doses de poliquimioterapia, supervisionada, em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.

3.1.3.3. Na impossibilidade absoluta de utilizar Rifampicina, Dapsona ou Rifampicina

PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
<p>6 meses</p> <p>Ofloxacina - 400 mg diários auto-administrado</p> <p>Minociclina - 100 mg diários auto-administrado</p> <p>Clofazimina - 50 mg diários auto-administrado</p>	<p>6 meses</p> <p>Ofloxacina - 400mg diários auto-administrado</p> <p>Minociclina - 100 mg diários auto-administrado</p> <p>Clofazimina - 50 mg diários auto-administrado</p>
	<p>18 meses</p> <p>Ofloxacina - 400 mg diários auto-administrado</p> <p>Clofazimina - 50 mg diários auto-administrado</p> <p>Ou</p> <p>Minociclina - 100 mg diários auto-administrado</p> <p>Clofazimina - 50 mg diários auto-administrado</p>
<p>Seguimento do caso</p> <p>1 Comparecimentos mensais para a avaliação</p> <p>Revisão dermatoneurológica na 6ª dose para a alta por cura</p> <ul style="list-style-type: none"> Para alta, necessária ausência de sinais de atividade clínica 	<p>Seguimento do caso</p> <ul style="list-style-type: none"> Comparecimentos mensais para a avaliação Revisão dermatoneurológica e baciloscopia na 12ª e 24ª doses (alta) Para alta, necessários negativação baciloscópica e ausência de sinais de atividade clínica

3.1.3.4. Na impossibilidade absoluta de utilizar CLOFAZIMINA (Pacientes Multibacilares)

Ofloxacina - 400mg diários, auto-administrados, ou
Minociclina - 100mg diários, auto-administrados

Dapsona - 100mg diários, auto-administrados

Rifampicina - 600 mg mensal, supervisionada

Tempo de duração - 12 meses

Ou

Rifampicina - 600mg mensal, supervisionada

Ofloxacina - 400 mg mensal, supervisionada

Minociclina - 100 mg mensal, supervisionada

Tempo de duração - 24 meses

3.1.4. ESQUEMA TERAPÊUTICO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

3.1.4.1. Tratamento de Gestantes

Em que pese a recomendação de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os hansenostáticos (Rifampicina, Clofazimina e Dapsona) devem ser usados. Vale ressaltar a ocorrência de surtos reacionais e, às vezes, a eclosão da doença durante a gravidez, exigindo a instituição da terapêutica específica para reações.

3.1.4.2. Em pacientes com hanseníase e tuberculose

- Instituir tratamento para tuberculose. As drogas para tratamento da hanseníase são complementares. Alertar que a rifampicina deve ser dada na dose requerida no tratamento da tuberculose.

3.1.4.3. Em pacientes com hanseníase e infectados com HIV ou com AIDS.

- Esquema padrão/OMS deve ser ministrado como em qualquer outro paciente.

A rifampicina, na dose de 600 mg/mês, não interfere na ação de antiretrovirais.

3.1.5. SEGUIMENTO DOS CASOS

3.1.5. Regularidade do paciente durante o tratamento poliquimioterápico

A regularidade na tomada mensal supervisionada e na tomada diária auto-administrada das drogas é fundamental para o êxito terapêutico.

O paciente será apazado, para a tomada da dose supervisionada, no ambulatório, a cada 28 dias. Se o paciente faltar no dia apazado, a dose supervisionada será administrada no dia em que o paciente vier à Unidade de Saúde; a dose seguinte será agendada para 28 dias a contar desta data.

3.1.5.2 Intercorrências durante o tratamento

Tratamento específico dos estados reacionais.

Reação do tipo I ou reação reversa.

Quando houver comprometimento de nervos, recomenda-se o uso de Prednisona na dose diária de 1 a 2 mg/kg/dia, até a melhora acentuada do quadro reacional; a partir daí, a dosagem deverá ser reduzida, gradual e lentamente. A dose de manutenção deve ser mantida pelo menos por 2 meses. No caso de utilização de outro corticosteróide, observar a tabela de equivalência.

Para melhora dos demais sintomas, quando não houver comprometimento neural, recomenda-se o uso de outros antiinflamatórios não esteróides nos esquemas usuais.

Exemplo: AAS 2g ao dia, em doses divididas, após às refeições.

Reação tipo II ou eritema nodoso hansenótico

Recomenda-se o uso da Talidomida na dose de 100 a 400mg/dia, conforme avaliação clínica, mantendo a mesma dose até a remissão clínica do quadro reacional. Está totalmente proibido o uso da Talidomida em mulheres gestantes e em idade fértil (da menarca à menopausa, independente do uso de métodos contraceptivos), devido a seus conhecidos efeitos teratogênicos (Portaria n.º 354 de 15/08/1997, publicada no DOU de 18/08/1997, seção I, páginas 17844 a 17847).

Indica-se o uso de corticosteróides, na dosagem de 1 a 2 mg/kg/dia apenas nas seguintes situações:

1. comprometimento de troncos nervosos e lesões oculares;
2. mão e pé reacionais;
3. lesões infiltradas em trajeto de nervos;
4. orquiepididimite;
5. outras situações em que a Talidomida não possa ser usada;
6. eritema nodoso ulcerado.

Em casos de eritema nodoso severo crônico e subintrante, a OMS recomenda o uso da Clofazimina na dosagem de 300mg/dia, não mais que 90 dias, associada a corticosteróides.

Recomenda-se o uso da pentoxifilina e ciclosporina também como alternativa em mulheres em idade fértil com reações tipo II.

Pentoxifilina - 1 comprimido de 100 mg, de 8 em 8 horas, associado a prednisona 0,5mg/kg/dia. Após melhora do quadro, reduzir a dose da prednisona em prazo médio de 20 a 30 dias, mantendo a pentoxifilina por 2 a 3 meses, dependendo da evolução do quadro clínico.

Ciclosporina - 3 a 5 mg/kg/dia. Após a melhora clínica, diminuir progressivamente a dosagem, mantendo durante 3 a 4 meses. Antes de sua administração, deve ser avaliada a função renal e a pressão arterial do paciente. Durante o tratamento, essas avaliações devem ser feitas a cada 15 a 20 dias.

Medidas gerais para o tratamento dos estados reacionais:

- dar atenção especial aos nervos acometidos e olhos;
- realizar atendimento freqüente do paciente e orientá-lo adequadamente;
- efetuar hospitalização do paciente sempre que houver comprometimento do seu estado geral e ou complicação neural;
- só suspender a medicação específica naqueles casos em que o comprometimento geral do paciente assim o recomende.

Os casos que apresentarem episódios reacionais e ou seqüelas, no momento da alta, por cura, ou após alta por cura, também deverão sair do registro ativo, desde que satisfaçam os critérios estabelecidos para alta, devendo, no entanto, continuar a receber a atenção requerida.

Ocorrências pós tratamento

Recidiva

A ocorrência de sinais de atividade clínica da hanseníase, após a alta, por cura, afastada a possibilidade de estados

reacionais, é considerada recidiva. Nesses casos, o paciente será encaminhado para o Centro Colaborador (ou Referência) para reiniciar o tratamento com esquema padrão OMS, seguindo as normas e procedimentos já descritos.

Não é considerado recidiva a ocorrência de episódios reacionais após alta, por cura. Nesses casos, os pacientes deverão receber somente o tratamento indicado para a reação.

Critérios para a suspeição de recidiva

PAUCIBACILARES (PB)

Clínico

- Pacientes que após alta, por cura, apresentarem dor em nervo, novas alterações de sensibilidade, lesões novas e ou exacerbação de lesões anteriores que não respondem ao tratamento com corticosteróide.

MULTIBACILARES (MB)

Clínico

- Pacientes que apresentarem lesões cutâneas e ou exacerbação de lesões antigas, após alta, por cura, e que não responderem ao tratamento com talidomida e ou corticosteróide nas doses e prazos recomendados.
- Pacientes que apresentarem novas alterações neurológicas após alta, por cura, e que não responderem ao tratamento com corticosteróide.

Critérios para a confirmação de recidiva

PAUCIBACILARES (PB)

a) Clínico/Terapêutico – serão considerados recidivas os casos que não responderam à corticoterapia, conforme as doses preconizadas.

MULTIBACILARES (MB)

a) Clínico/Terapêutico – serão considerados recidivas os casos que não responderam à corticoterapia, conforme doses preconizadas, para o diagnóstico diferencial com reação reversa.

b) Baciloscópico

Se o exame baciloscópico for positivo, com presença de bacilos íntegros (lâminas reavaliadas pelas Unidades de Referência) considerar recidiva. Quando houver resultado de baciloscopia no momento da alta, por cura, considerar como recidiva aqueles casos com aumento de pelo menos 2 +, no índice baciloscópico em qualquer sítio.

c) Histopatológico - presença de padrão multibacilar, acompanhado de quadro clínico sugestivo.

Conduta

Todo caso considerado como recidiva deve ser notificado e reintroduzido no esquema PQT/OMS.

Observações:

- Os casos reintroduzidos em PQT/OMS, e que não responderam favoravelmente ao tratamento, deverão ser referenciados para avaliação de possível resistência medicamentosa.

Sempre que houver dúvidas entre reação reversa e recidiva, introduzir corticosteróide, conforme as doses preconizadas para os estados reacionais. Em caso de melhora do quadro, considerar o caso como reação.

- Para a confirmação de recidiva nos casos paucibacilares, basta o critério clínico. Nos casos multibacilares, serão necessários, além dos critérios clínicos, a baciloscopia positiva com presença de bacilos íntegros.

3.2. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

São ações de prevenção de incapacidades:

- diagnóstico precoce e tratamento PQT/OMS regular;
- detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites;
- prática regular de auto-cuidados pelo paciente;
- reabilitação em todos os níveis .

3.2.1. Deverão ser realizados a avaliação e o registro do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico e da alta.

3.2.2. Toda a atenção deverá ser dada ao diagnóstico precoce do comprometimento neural provocado pela hanseníase, por ocasião dos comparecimentos mensais ao serviço para a dose supervisionada.

3.2.3. Essas atividades não devem ser dissociadas do tratamento quimioterápico, devendo ser integradas na rotina dos serviços, de acordo com o grau de complexidade dos mesmos.

3.2.4. Recomenda-se a organização de um sistema estadual de referência e contra-referência, de maneira a permitir a todos os doentes de hanseníase o acesso ao tratamento, de acordo com os seguintes níveis de complexidade:

3.2.4.1. ações simples de prevenção e tratamento de incapacidades físicas por técnicas simples deverão ser executadas pelos serviços básicos de saúde;

3.2.4.2. ações de média complexidade para prevenção e tratamento de incapacidades físicas, além das descritas acima, deverão ser executadas pelos serviços de saúde que disponham de recursos adequados;

3.2.4.3. ações complexas, tais como cirurgias, readaptação profissional, deverão ser executadas por serviços especializados.

4. DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

A implantação das ações de controle da hanseníase em todas as unidades de saúde da rede básica é a principal diretriz para o alcance da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

4.1. As atividades de controle da hanseníase devem ser implantadas em toda a rede de serviços de saúde para que a população tenha acesso à atenção integral, de acordo com as suas necessidades. Os serviços devem estar organizados para atender os diferentes níveis de complexidade de atenção ao paciente, respeitando as realidades locais e regionais.

4.2. À esfera federal compete: exercer a gestão do SUS, no âmbito federal; promover as condições e incentivar o gestor estadual a desenvolver os sistemas municipais, conformando o SUS-Estadual; fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais, compondo assim o SUS-Nacional; exercer as funções de normalização e de coordenação no que se refere à gestão nacional do SUS.

4.3. À esfera estadual compete: exercer a gestão do SUS no âmbito estadual; promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde dos seus municípios; assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde das populações que pertencem aos municípios que ainda não a exercem; ser promotor da harmonização, da integração e da modernização dos sistemas municipais, compondo assim o SUS-Estadual.

4.4. À esfera municipal compete: gerenciar e executar as ações de controle da hanseníase, considerando a sua esfera administrativa e a ação integrada com outras áreas técnicas de interface (PSF/PACS, PNI, Educação em Saúde, assistência Farmacêutica, Rede de Laboratórios, Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, Saúde do Trabalhador, entre outros) e parcerias.

4.5. Para a atenção ao paciente de hanseníase, a organização de serviços locais de saúde deve contemplar os seguintes elementos, de acordo com os níveis de complexidade existentes no município ou fora dele: divulgação de sinais e sintomas, suspeição diagnóstica e encaminhamento, confirmação diagnóstica, tratamento integral, compreendendo: quimioterapia específica, diagnóstico e tratamento das intercorrências e ou complicações durante e após o tratamento, exame e vacinação dos contatos e reabilitação física e psicossocial.

4.6. A programação das atividades de diagnóstico, tratamento e reabilitação da hanseníase deve ser efetuada nas esferas municipal e estadual do SUS, estar inserida nos Planos municipais e estaduais de saúde e negociada por intermédio da Programação Pactuada Integrada (PPI), visando o financiamento de ações previstas.

4.7. O atendimento dos pacientes de hanseníase deve ser ambulatorial. Quando necessário, contudo, a internação deverá ser realizada em hospitais gerais.

4.8. Deverá ser elaborada uma política de reestruturação dos antigos hospitais colônia, em articulação com o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Assistência Social, assim como entidades de caráter social, observando-se os princípios constitucionais do SUS e da Seguridade Social, em consonância com os planos estaduais e municipais de saúde, de acordo com a área de abrangência de cada um deles.

4.9. No processo de reestruturação, será garantida moradia e assistência aos usuários ex-pacientes moradores antigos da colônia; albergados ou egressos do período de internação compulsória, em uma ação conjunta entre Conselhos de Saúde, Secretarias de Saúde e Secretarias de Assistência Social, MORHAN e demais entidades afins.

4.10. A integração progressiva dessas áreas à comunidade circundante deverá efetuar-se por meio de um trabalho articulado com a esfera municipal, para que esta assumam os encargos assistenciais dessa comunidade.

5. DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

5.1. Apoio à capacitação de pessoal para a execução de todas as atividades de controle da hanseníase juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

5.2. Implementação e acompanhamento conjunto, com as Universidades e Centros Formadores, de proposta de integração ensino-serviço, na área de controle da hanseníase, com vistas à adequação de conteúdos e cargas horárias mínimas, teóricas e práticas, sobre hanseníase, nos currículos de cursos ligados as áreas biomédica e social, de acordo com as especificidades das diversas categorias profissionais e as realidades regionais.

5.3. Apoio à realização de cursos de especialização, atualização e outros treinamentos específicos para o pessoal de todos os níveis do setor saúde, envolvido na execução das atividades de controle da hanseníase, assim como seminários, ciclos de conferências e outras atividades similares para a atualização do pessoal de saúde em geral.

5.4. Compete ao município identificar, planejar, executar e avaliar a capacitação dos profissionais da rede básica para o desenvolvimento das atividades de controle.

5.5. O Ministério da Saúde, por intermédio da Área Técnica de Dermatologia Sanitária e a Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, fará gestões junto ao Ministério da Educação e Desporto (MEC) e Universidades, para inclusão da hanseníase nos conteúdos programáticos das universidades, com definição de carga horária, teórica e prática, de acordo com a especificidades dos diversos cursos e as realidades regionais.

5.6. O Ministério da Saúde, em parceria com as áreas de extensão das Universidades e Instituições de estudo e pesquisa, fomentará o desenvolvimento de capacitação de profissionais de saúde e grupos organizados da comunidade, por intermédio de Universidade Aberta, Canal Saúde, entre outros, para o aprimoramento das práticas educativas nos serviços e na comunidade.

5.7. As Gerências estaduais e municipais de hanseníase junto às Secretarias Estaduais de Educação deverão desenvolver um trabalho em nível de municípios, visando contemplar o estudo da hanseníase dentro das nosologias existentes, nas escolas de ensino fundamental.

5.9. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deverão estimular pesquisas sobre os aspectos psicossociais e educacionais relacionados com a hanseníase, por intermédio de apoio financeiro e gestões junto aos órgãos competentes.

5.10. As equipes de saúde devem ser instrumentalizadas de forma descentralizada, de acordo com as necessidades do serviço e, dentro dos princípios do SUS, com metodologia participativa e problematizadora, para o desempenho de sua função educativa, nos serviços e com o usuário, que permita às equipes de saúde, usuários e grupos sociais a reflexão crítica sobre a sua realidade e a atuação conjunta para transformá-la.

6. ABASTECIMENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA DIAGNÓSTICO

6.1. Cabe ao Ministério da Saúde definir o elenco dos medicamentos, esquemas terapêuticos e outros insumos utilizados no diagnóstico e tratamento da hanseníase; analisar e consolidar as programações estaduais; coordenar os processos de aqui-

sição e distribuição em tempo hábil e monitorar o controle dos estoques estaduais.

6.2. Cabe às Secretarias Estaduais de Saúde a análise e consolidação das programações municipais e encaminhamento em tempo hábil ao Ministério da Saúde. Cabe-lhes também o armazenamento, a estocagem e distribuição dos medicamentos para todos os municípios respectivos, além do monitoramento e controle de estoques.

6.3. Cabe ao município programar e enviar em tempo hábil às Secretarias Estaduais de Saúde, segundo fluxo do estado, as necessidades de medicamentos e insumos. Cabe também o armazenamento, a estocagem e o abastecimento das Unidades de Saúde.

6.4. Cabe à Vigilância Sanitária das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, juntamente com as respectivas gerências de hanseníase, controlar a distribuição e dispensação da talidomida, segundo a portaria n.º 344, de 28 de fevereiro de 1999.

6.5. Medicamentos específicos e anti-reacionais deverão ser distribuídos para todas as unidades de saúde públicas e para as unidades de saúde privadas que se responsabilizarem pelo tratamento e controle da hanseníase, devendo os mesmos serem fornecidos gratuitamente aos pacientes, observando-se as seguintes condições:

- Compromisso da instituição com o seguimento das normas de controle estabelecidas e o fluxo de informação do município e da unidade federada.

- Obrigatoriedade da notificação dos casos novos à autoridade competente, e de outras informações de acompanhamento para a avaliação da endemia hanseníca na região.

7- ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS

7.1 Ratificar, em todos os níveis de atuação, os princípios constitucionais do setor saúde, com ênfase para o processo de municipalização das ações de controle de hanseníase, de acordo com as diretrizes do SUS.

7.2 Definição de instâncias de gerenciamento do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase, nos níveis federal, estadual e municipal, visando a definição conjunta de responsabilidades e níveis de atuação dos diferentes órgãos e instituições envolvidas no desenvolvimento de atividades de controle da hanseníase, tais como:

- prefeituras municipais e suas respectivas secretarias de saúde;
- secretarias estaduais de saúde;
- organismos nacionais e internacionais, bem como outras entidades públicas e privadas;
- entidades representativas de pacientes de hanseníase;
- ministérios da Saúde, Educação, Trabalho e Ação Social.

7.3. Implementação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinam), como subsídio para o processo de avaliação, nos níveis nacional, estadual e municipal, utilizando-se os indicadores essenciais normalizados: epidemiológicos e operacionais.

7.4. Outros instrumentos de programação e financiamento existentes entre as gerências do programa, nas três esferas e respectivas parcerias, com vistas às especificidades dos Planos de Eliminação da Hanseníase (Planos Municipais) também poderão ser utilizados (convênios com as esferas federal e estaduais e ONGs).

8 . EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde, entendida como uma prática transformadora, deve ser inerente a todas as ações de controle da Hanseníase, desenvolvidas pelas equipes de saúde e usuários, incluindo familiares, e nas relações que se estabelecem entre os serviços de saúde e a população.

8.1. O processo educativo nas ações de controle da hanseníase deve contar com a participação do paciente ou de seus representantes, dos familiares e da comunidade, nas decisões que lhes digam respeito, bem como na busca ativa de casos e no diagnóstico precoce, na prevenção e tratamento de incapacidades físicas, no combate ao estigma e manutenção do paciente no meio social.

8.2. Em todos os níveis de atendimento ao paciente de hanseníase, devem ser discutidos e analisados com eles os efeitos e para-efeitos dos medicamentos. Além disso, deve-se orientar o paciente sobre a possibilidade do surgimento de episódios reacionais, mesmo após a alta; por cura, quando deve procurar imediatamente a atenção do serviço de saúde para evitar seqüelas.

8.3. A prática educativa nas ações de controle de hanseníase no SUS deve ter como referência as experiências municipais de controle social.

8.4. O Ministério da Saúde coordenará, dando apoio às demais instituições, um programa nacional, sistematizado e contínuo, de divulgação de massa, garantindo informação e esclarecimentos à população sobre a hanseníase dentro de um programa global de saúde, cabendo a cada unidade federada – estados e municípios – desenvolver o seu próprio processo de educação e comunicação.

8.5. A Área Técnica de Dermatologia Sanitária/MS e as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde encaminharão documentos informativos sobre a hanseníase para as diversas entidades e meios de comunicação de massa, visando maximizar os conhecimentos científicos atuais sobre a doença, de modo a evitar o uso de informações equivocadas e ou termos inadequados.

8.6. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem estimular a produção de materiais de apoio no nível local, com a participação dos usuários e das organizações comunitárias, que subsidiem o processo educativo nas ações de controle da hanseníase.

8.7. Sempre que se fizer necessário, visando a construção e reconstrução do conhecimento e devida compreensão do que é hanseníase, poderá ser feita sua relação com os termos existentes na terminologia popular, adequando-a à clientela.

9. ASPECTOS SOCIAIS DA HANSENÍASE

Por ser a hanseníase doença incapacitante, levando à estigmatização do paciente, recomenda-se:

9.1. efetuar, por parte dos serviços de saúde, assistência adequada nos níveis individual e familiar, sem discriminação, promovendo o acesso do paciente a equipes multiprofissionais; esses profissionais deverão estar devidamente capacitados e alicerçados nos recentes conhecimentos técnicos e científicos da área;

9.2. promover ações junto ao núcleo familiar, objetivando a sua compreensão e participação no apoio ao doente, especialmente na regularidade do tratamento, no controle de comunicantes e demais atividades de controle da hanseníase;

9.3. apoiar a atividade laborativa do paciente por meio de ações junto às empresas, instituições empregadoras, classes trabalhadoras e população em geral; Evitar a discriminação do paciente na manutenção e no acesso ao trabalho e à capacitação ou readaptação profissional; essa recomendação aplica-se também às Forças Armadas;

9.4. promover o acesso do paciente aos direitos previdenciários em igualdade de condições com os demais cidadãos;

9.5. promover a readaptação profissional dos pacientes em outras funções compatíveis, quando indicado; para tanto, deve-se contatar instituições como os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs), Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) e outros, efetivando parcerias.

9.6. reabilitar o paciente visando principalmente a sua integração no processo produtivo, sempre que este apresente capacidade total ou parcial de trabalho, garantindo a assistência social necessária de acordo com as necessidades individuais;

9.7. objetivando o contínuo combate às práticas delituosas ou não, realizadas tanto por pessoas físicas quanto por entidades que se utilizam de conceitos inadequados para a solicitação de donativos, colaborando assim na perpetuação do estigma da doença, recomenda-se às Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde e órgãos afins a adoção das seguintes ações:

9.7.1. esclarecer a população sobre o que é hanseníase, seu tratamento e cura, por meio de seminários, cursos, treinamentos e mensagens nos meios de comunicação de massa;

9.7.2. encaminhar aos órgãos competentes as denúncias de práticas delituosas, com vistas à adoção das medidas legais que se fizerem necessárias.

9.8 Hospitais Colônia

O Ministério da Saúde, por intermédio da Área Técnica de Dermatologia Sanitária, acompanhará a reformulação do funcionamento dos antigos hospitais colônias, obedecidos os preceitos preconizados pela recomendação n.º 37/98, do Conselho Nacional de Saúde:

9.8.1. manter a articulação entre a Secretaria de Políticas de Saúde com a Secretaria de Assistência à Saúde para definição de critérios e parâmetros de remuneração dos serviços existentes e os que vierem a ser instituídos;

9.8.2. estimular e apoiar a criação de grupos de trabalho nos Conselhos Estaduais de Saúde, conforme estabelecidos na Resolução n.º 288, de 5 de outubro de 1999, do CNS, que deverão acumular, Segundo a recomendação 37/98 – CNS, as seguintes funções:

9.8.2.1. estabelecer medidas e competências para transformação dos antigos hospitais colônia, de acordo com a sua estrutura, demanda e necessidades locais e integração do SUS;

9.8.2.2. acompanhar a implantação das políticas preconizadas e reportar seus resultados ao plenário do Conselho Estadual de Saúde;

9.8.2.3. redefinir o modelo assistencial para o modelo de lar abrigado, centro de convivência, ou projeto que melhor se adequê às transformações necessárias para atender a demanda local.

10. SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM HANSENÍASE

10.1. Notificação – A hanseníase é doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Cada caso deve ser notificado, utilizando-se, para tanto, a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), enviando-a em papel ou em meio magnético ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, segundo fluxo e periodicidade estabelecidos e em conformidade com o Manual de Procedimentos do Sinan.

10.2. Atualização dos dados de seguimento dos casos de hanseníase

Além dos dados referentes à notificação e investigação, é necessário o registro de informações relativas ao acompanhamento dos casos, para avaliar a efetividade do tratamento e monitorar a prevalência da doença.

Os dados de acompanhamento são registrados nas unidades de saúde (prontuário e boletim de acompanhamento) e enviados ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, utilizando o relatório de acompanhamento (papel) ou disquete (digitação dos dados na tela de acompanhamento do Sinan). Esses dados devem ser enviados segundo fluxo e periodicidade estabelecidos pela UF e em conformidade com os procedimentos preconizados para o referido sistema (ver Sinan: Manual de Procedimentos).

Os dados de acompanhamento dos casos devem ser atualizados com uma periodicidade mínima de 6 meses.

A partir desses dados, são construídos indicadores epidemiológicos e operacionais indispensáveis à análise epidemiológica da doença, ao acompanhamento e à avaliação operacional do Programa de Controle da Hanseníase e planejamento de suas ações.

10.3. Indicadores

A listagem básica de indicadores epidemiológicos e operacionais, bem como os dados necessários a sua construção, sua utilidade e seus parâmetros para avaliação dos resultados encontram-se nos anexos 1, 2 e 3. Os níveis local, municipal e estadual poderão, de acordo com suas necessidades, construir outros indicadores.

Entre os indicadores da listagem básica referida acima, são considerados essenciais para descrição sintética da endemia nas análises de nível nacional, os seguintes:

- coeficiente de detecção anual de casos novos;
- coeficiente de prevalência;
- percentagem de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano;
- percentagem de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado;
- percentual de curados entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes de paucibacilares e multibacilares, em separado.

ANEXO 1 - INDICADORES BÁSICOS

QUADRO1 - INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS	CONSTRUÇÃO (.)	UTILIDADE	PARÂMETROS
1 Coeficiente de detecção anual de casos novos, por 10.000	$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano}}{\text{População total residente em 01/07/ano}} \times 10.000$	Determinar a tendência secular da endemia e medir a intensidade das atividades de detecção dos casos	Hiperendêmico $\geq 4,0/10.000$ hab. Muito Alto 4,0 — 2,0/10.000 hab. Alto 2,0 — 1,0/10.000 hab. Médio 1,0 — 0,2/10.000 hab. Baixo $< 0,2/10.000$ hab.
2 Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos por 10.000 hab.	$\frac{\text{Casos novos residentes com 0 a 14 anos de idade diagnosticados no ano}}{\text{População residente com idade entre 0 e 14 anos em 01/07/ano}} \times 10.000$	Determinar a tendência secular da endemia	Hiperendêmico $\geq 1,0/10.000$ hab. Muito Alto 1,0 — 0,5/10.000 hab. Alto 0,5 — 0,25/10.000 hab. Médio 0,25 — 0,05/10.000 hab. Baixo $< 0,05/10.000$ hab.
3 Coeficiente de prevalência por 10.000 habitantes	$\frac{\text{Casos existentes residentes (em registro ativo) em 31/12/ano}}{\text{População total residente em 31/12/ano}} \times 10.000$	Medir a magnitude da doença	Hiperendêmico $\geq 20,0/10.000$ hab. Muito Alto 20,0 — 10,0/10.000 hab. Alto 10,0 — 5,0/10.000 hab. Médio 5,0 — 1,0/10.000 hab. Baixo $< 1,0/10.000$ hab.
4 Percentagem da casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano (**)	$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física II ou III}}{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado}} \times 100$	Estimar a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos; estimar a endemia oculta	Alto $\geq 10\%$ Médio 5 — 10% Baixo $< 5\%$
5 Percentagem de curados no ano com incapacidades físicas (***)	$\frac{\text{Casos paucibacilares/multibacilares curados no ano com grau de incapacidade II ou III}}{\text{Casos paucibacilares/multibacilares com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura}} \times 100$	Avaliar a transcendência da doença. Subsidiar a política de ação para seqüelas. Programar insumos para a prevenção e tratamento das incapacidades pós-alta.	Alto $\geq 10\%$ Médio 10 — 5% Baixo $< 5\%$

FONTE: Sinan; SES

* Todos os indicadores devem ser calculados utilizando-se dados de casos residentes, independentemente do local de detecção e tratamento.

** Indicador utilizado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade avaliado (ver indicadores operacionais) for maior ou igual a 75%.

*** Esse indicador deve ser construído separadamente para casos paucibacilares e multibacilares. Deve ser utilizado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade avaliado for maior ou igual a 75%.

ANEXO 2 – INDICADORES BÁSICOS

QUADRO 2 – INDICADORES OPERACIONAIS

INDICADORES OPERACIONAIS		CONSTRUÇÃO (.)	UTILIDADE	PARÂMETROS
1	Porcentagem de casos novos diagnosticados no ano que iniciaram poli quimioterapia padrão OMS	$\frac{\text{Casos novos diagnosticados que iniciaram PQT/OMS no ano}}{\text{Total de casos novos diagnosticados no ano}} \times 100$	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde	Bom \geq 98% Regular 90 — 98% Precário < 90%
2	Porcentagem de casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado	$\frac{\text{Casos novos diagnosticados no ano com grau de incapacidade avaliado}}{\text{Total de casos novos diagnosticados no ano}} \times 100$	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde	Bom \geq 90% Regular 75 — 90% Precário < 75%
3	Porcentagem de cura entre casos novos diagnosticados nos anos das coortes (..)	$\frac{\text{Casos novos diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12/ano de avaliação}}{\text{Total de casos diagnosticados nos anos das coortes}} \times 100$	Avaliar a efetividade dos tratamentos	Bom \geq 90% Regular 75 — 90% Precário < 75%
4	Porcentagem de casos curados no ano com grau de incapacidade físico avaliado	$\frac{\text{Casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura}}{\text{Total de casos curados no ano}} \times 100$	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde	Bom \leq 90% Regular 75 — 90% Precário < 75%
5	Porcentagem de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (..)	$\frac{\text{Casos novos diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento ou estão em situação ignorada em 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes}} \times 100$	Medir a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase	Bom \leq 10% Regular 10 — 25% Precário > 25%
6	Porcentagem de abandono do tratamento na prevalência do período	$\frac{\text{Casos existentes residentes (em registro ativo) não atendidos no ano de avaliação + saídas administrativas no ano de avaliação}}{\text{Total de casos existentes residentes (em registro ativo) em 31/12 do ano de avaliação + total de saídas do registro ativo no ano de avaliação}} \times 100$	Medir a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase	Bom \leq 10% Regular 10 — 25% Precário > 25%
7	Porcentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano	$\frac{\text{Contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, que foram examinados}}{\text{Total de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano}} \times 100$	Avaliar a execução da atividade de vigilância de contatos	Bom \geq 75% Regular 50 — 75% Precário < 50%

* Todos os indicadores devem ser calculados para casos residentes, independentemente do local de detecção e tratamento.

** Nos níveis municipal e estadual, esses indicadores devem ser calculados separadamente para casos paucibacilares e multibacilares.

8	Proporção de municípios com ações de controle implantadas	$\frac{\text{Número de municípios com ações de controle implantadas}}{\text{Número total de municípios}} \times 100$	Medir a cobertura territorial das ações de controle	Bom $\geq 75\%$ Regular 75 — 60% Precário < 60%
9	Proporção da população coberta pelas ações de controle (**)	$\frac{\text{População coberta pelas ações de controle}}{\text{População total residente}} \times 100$	Medir a cobertura populacional das ações de controle	Bom $\geq 90\%$ Regular 75 — 90% Precário < 75%
10	Proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem ações de controle	$\frac{\text{Número de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família, cadastrados no SUS, que desenvolvem ações de controle da hanseníase}}{\text{Número total de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família cadastrados no SUS}} \times 100$	Medir a cobertura institucional das ações de controle	A definir
		Número total de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família cadastrados no SUS		

FONTE: Sinan; SES

ANEXO 3 - DEFINIÇÕES DE TERMOS IMPORTANTES PARA A CONSTRUÇÃO DOS INDICADORES

Saída administrativa (antiga alta estatística) - retirada do paciente do registro ativo de hanseníase, devido ao abandono ao tratamento, desde que pacientes multibacilares tenham permanecido no registro ativo por pelo menos 4 anos (48 meses) a contar da data do diagnóstico e pacientes paucibacilares tenham permanecido no registro ativo por pelo menos 2 anos (24 meses) a contar da data do diagnóstico.

Abandono do tratamento - Considera-se que o paciente de hanseníase abandonou o tratamento quando não foi administrada nenhuma dose do tratamento preconizado durante 12 meses do ano de avaliação.

Ações de Controle - Atividades relacionadas à detecção de casos de hanseníase, tratamento integral, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e vigilância de contatos intradomiciliares (exame dermato-neurológico e vacinação BCG) e educação em saúde.

Município com ações de controle implantadas - Aquele que possui pelo menos uma unidade de saúde, nele sediada, que realize diagnóstico e tratamento (PQT/OMS) dos casos, vigilância dos contatos, prevenção de incapacidade e que disponha de um sistema de referência e contra referência para tratamento de incapacidade, de intercorrências e de complicações, em município vizinho. Consideram-se também como município com ações de controle implantadas, aqueles sem profissional médico e que possuem pelo menos um agente de saúde, ou profissional mais graduado, no município, e capaz de realizar pelo menos suspeição diagnóstica, vigilância de contatos, ministrar tratamento PQT/OMS e que disponha de um sistema de referência estabelecido que assegure a confirmação do diagnóstico, o tratamento de intercorrências e complicações e a prevenção e tratamento de incapacidades físicas em município vizinho. A definição acima se aplica inclusive aos municípios que não diagnosticaram nem trataram nenhum caso de hanseníase durante o ano de avaliação (município em silêncio epidemiológico).

Data de aquisição	09/04/01
Doação	Normani Baccarelli
Data do tombamento	20/04/01
Valor	
Enc.	
R\$	Data

Apoio



Federação Internacional de Associações
de Combate à Hanseníase



Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Departamento de Atenção Básica

**GOVERNO
FEDERAL**
MINISTÉRIO DA SAÚDE