



MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO
SERVIÇOS
DE SAÚDE
PÚBLICA

CONTROLE DA LEPRA

NORMAS E INSTRUÇÕES

OUTUBRO
1974

ELABORADAS COM A ASSESSORIA
DA DIVISÃO NACIONAL DE LEPRA

TOMBO
Nº 1-31



MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO
SERVIÇOS
DE SAÚDE
PÚBLICA

OUTUBRO
1 9 7 4



Centro de Estudos
Dr. Reinaldo Quagliato
BIBLIOTECA

CONTROLE DA
LEPRA

NORMAS E INSTRUÇÕES

ELABORADAS COM A ASSESSORIA
DA DIVISÃO NACIONAL DE LEPRA

WC335.300.10	
N.º Ch.	13736c
	l. d.
TOMBO	377/4



Centro de Estudos
 Dr. Rinaldo Gussiato
 BIBLIOTECA
 CONTROLE DA
 LEPROSA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 FUNDAÇÃO
 SERVIÇOS
 DE SAÚDE
 PÚBLICA

NORMAS E INSTRUÇÕES

OUTUBRO
 1974

Editado pela FSESP
 Proibida a reprodução, no todo ou em
 parte, sem a autorização da editora

ELABORADA COM A ASSISTÊNCIA
 DA DIVISÃO NACIONAL DE LEPROSA

CONTROLE DA LEPROSA
Normas e Instruções

C O N T R O L E D A L E P R A

O objetivo de um programa de controle da lepra é reduzir as fontes de infecção e, conseqüentemente, as taxas de morbidade, a níveis insignificantes.

Para atingir este objetivo, faz-se necessária a interrupção da cadeia epidemiológica, através de:

- descoberta precoce dos casos com a finalidade de estabelecer o tratamento, impedindo-lhes a evolução para as formas polares;
- tratamento dos casos já descobertos na fase contagiante, visando à eliminação da fonte de contágio.

1.0 AÇÕES BÁSICAS

- Descobrimto de casos
- Tratamento dos casos
- Prevenção das incapacidades físicas
- Educação sanitária

1.1 Descobrimto de Casos

1.1.1 Verificação de Notificação: sendo a lepra uma doença de notificação compulsória, toda notificação de caso, a exemplo do que ocorre com outras doenças transmissíveis, deverá ser constatada (verificada).

1.1.2 Procura: consiste na descoberta e no registro dos casos de lepra pelo exame sistemático de todos os suspeitos encontrados pela Unidade de Saúde (método ativo de descobrimto). Este método possibilita o conhecimento e o controle de maior número de casos, com forma clínica inicial da doença.

a) Investigação Epidemiológica - é o exame de todas as pessoas, familiares ou não, que convivem ou tenham tido contato permanente com o doente que está sendo examinado pe

la la vez (qualquer que seja a forma clínica da doença). Esse exame tem como finalidade identificar a provável fonte de infecção e conhecer outros casos originados da mesma fonte, isto é, do caso recém-descoberto. Examinadas as pessoas relacionadas para fim de investigação epidemiológica, serão registradas, no modelo FSESP-734L, aquelas que necessitem de vigilância pessoal repetida anualmente (contatos).

- b) **Vigilância de Contatos** - é a observação sistemática a que ficam submetidos os contatos, com a finalidade de detectar os primeiros sinais de anormalidade, sem lhes restringir a liberdade de movimento. Consiste, principalmente, em exames dermato-neurológicos periódicos.

91
Para fins operacionais, esses exames deverão ser realizados uma vez por ano, durante pelo menos 6 anos, período provável de incubação da doença. E serão considerados contatos apenas as pessoas que convivem no domicílio do doente lepromatoso ou dimorfo, por ser, entre estas, mais alta a possibilidade de contágio.

X Os conviventes de doentes portadores das formas tuberculóide ou indeterminada, após o 1º exame (investigação epidemiológica), estarão liberados da vigilância, desde que não apresentem sinais de lepra.

- 1.1.3 **Atendimento da Demanda:** neste item, incluem-se todas as pessoas que procuram a Unidade de Saúde para consulta (assistência médica em geral) ou para exame visando a obtenção da carteira ou do atestado de saúde.

- Elementos para o Diagnóstico

- 1 **Sintomatologia Inicial:** em geral, a lepra inicia-se com o aparecimento dos seguintes sintomas:

- 92
- parestesias nas extremidades dos membros superiores e inferiores (sensação de calor e de frio, ferroadas, agulhadas, formigamentos);
- áreas de anestesia;
- nevralgias.

Esta sintomatologia inicial, com o tempo, é substituída por sensação de dormência e anestesia.

As lesões tegumentares iniciais são as manchas hipocrômicas, eritemato-hipocrômicas e eritematosas.

- a) **Área de Anestesia** - é uma zona maior ou menor do tegumento que perde a sensibilidade. O doente se queixa de uma

área amortecida - esquecida - dormente - são termos que, comumente, emprega para explicar o sintoma.

seca
A descoberta é do próprio doente, pois o tegumento apresenta-se aparentemente normal; às vezes, há rarefação de pelos na área, o que a torna evidente à inspeção; outras vezes, há diminuição ou abolição da sudorese, tornando-a mais seca que a pele que a circunda.

!!
A pesquisa das sensibilidades nessas áreas mostrará que a térmica e dolorosa estarão diminuídas (hipoestesia) ou abolidas (anestesia). A tátil, como é a última a desaparecer, poderá estar íntegra, mesmo em se tratando de lesões de lepra.

seca b) Manchas Hipocrômicas - são áreas onde o pigmento está diminuído, por isso, apresentam-se menos coradas que a pele normal. Não há abolição completa do pigmento, como no vitiligo (manchas acrômicas). A acromia na lepra é excepcional. As lesões não apresentam características outras senão, às vezes, rarefação dos pelos. Não há descamação e a forma e as dimensões podem ser as mais variadas. Localizam-se em qualquer ponto do tegumento. São mais comuns, entretanto, nas regiões glútea, face posterior dos braços e tronco. São sempre hípo ou anestésicas.

c) Manchas Eritemato-Hipocrômicas - são manchas hipocrômicas onde surge o eritema, que se poderá difundir discretamente em toda a superfície da mancha ou apenas nos bordos, dando à lesão um aspecto anular, marginado (eritema marginado). Como as anteriores, são lesões hípo ou anestésicas.

d) Manchas Eritematosas - à semelhança das manchas hipocrômicas, também não apresentam maiores características senão os distúrbios da sensibilidade, evidenciados pelas pesquisas diretas (térmica, dolorosa e tátil). São, também, lesões de formas e dimensões variadas, sem particularidade topográfica. Não são pruriginosas, o que, aliás, ocorre com todas as lesões da lepra.

As lesões mais avançadas da lepra estão descritas no Quadro I.

2 Classificação: são quatro as formas clínicas da lepra: indeterminada, tuberculóide, lepromatosa e dimorfa. Esta classificação tem por base características clínicas, bacteriológicas, imunológicas e histopatológicas, resumidas no Quadro I.

3 Orientação para o Diagnóstico da Lepra

Anamnese

- a) apurar o tempo da doença (lepra é doença crônica);
- b) indagar como se iniciou a doença (insistir sobre a percepção de parestesias, nevralgias, áreas de anestesia, manchas hipo ou anestésicas);
- c) procurar identificar a fonte de infecção do caso.

Exame Clínico

Exame Dermatológico

Deve ser feito em ambiente bem iluminado, para exame minucioso de todo o tegumento. Quando se tratar de lepra, poder-se-ão encontrar lesões descritas no Quadro I. Verificar se existem alopecia e anidrose ao nível das lesões.

Exame Neurológico

- soister? →*
- a) Pesquisa da sensibilidade superficial - É indispensável a pesquisa da sensibilidade superficial (têrmica, dolorosa e tátil) ao nível das manifestações cutâneas e nas áreas dos nervos mais comumente atingidos pela lepra (cubital e ciático poplíteo externo). Para o não familiarizado com a dermatologia, a pesquisa da sensibilidade ajuda a obter um diagnóstico decisivo da lepra, pelo fato de não se encontrar áreas de anestesia em outras dermatoses que apresentem quadro dermatológico semelhante.

- Técnica da pesquisa da sensibilidade têrmica

Esta é a primeira a ser alterada pela lepra. Empregam-se dois tubos de ensaio, contendo um água fria e outro água aquecida até a temperatura de 45° C (temperatura mais elevada desperta sensação de dor, ao invés da de calor). Mostrar ao paciente o que se vai fazer. Depois, para maior fidedignidade das respostas, deve-se proceder ao exame, tendo o paciente os olhos fechados. Um e outro tubo serão encostados, alternadamente, de modo leve e com certa rapidez, na área da pele sã de início, a fim de se julgar o estado mental do doente e seu desejo de cooperar no exame, e em seguida, na zona suspeita, devendo o paciente acusar as sensações que o toque do tubo lhe despertar. Deve-se valorizar as informações emitidas: "menos quente" ou "morno" que traduzem, com freqüência, a hipoestesia têrmica que o doente tem em determinado

ponto. É necessário tocar a pele só com uma pequena superfície do tubo, seu fundo, por exemplo, pois, fazendo-o com maior extensão do mesmo, as respostas poderão ser falseadas.

- Técnica da pesquisa da sensibilidade dolorosa

Depois de mandar o paciente fechar os olhos, encosta-se na área da pele sã, de início, e em seguida na zona suspeita, número irregular de vezes, a ponta ou a cabeça de um alfinete, fazendo-se a pergunta: "ponta ou cabeça"?

- Técnica da pesquisa da sensibilidade tátil

Esta é a última a ser comprometida pela doença. Passar a extremidade de uma pequena mecha de algodão pela área suspeita, o que já é suficiente para julgar da integridade da sensibilidade, notando-se que, na pele íntegra, o simples toque na extremidade de um pelo determina a contração de seu músculo eretor e, conseqüentemente, arreamento desse pelo. Pode-se, igualmente, tocar de leve um ponto da pele com uma pequena mecha de algodão e mandar o paciente colocar o dedo no ponto tocado, estando com os olhos fechados. Sendo a última a desaparecer, pode, muitas vezes, estar normal, embora a térmica e a dolorosa já estejam alteradas. A avaliação correta dessa pesquisa torna-se, por vezes, difícil como, por exemplo, em indivíduos excessivamente nervosos, crianças e simulators.

- b) Verificar se existe espessamento de troncos nervosos principalmente do cubital, do ciático poplíteo externo e do auricular. *(e os outros?)*

- Técnica de palpação dos nervos

Fig. 27
Cubital - Do lado em que se vai examinar o cubital, faz-se flexão de 90° do antebraço do doente sobre o braço, ficando sua mão em pronação, apoiada na do médico. Com isso, dá-se o relaxamento dos músculos e a palpação do nervo poderá ser feita, não só ao nível da goteira epitrocleeana como, também, acima desta.

Ciático Poplíteo Externo - O doente deverá estar sentado com as pernas em flexão sobre as coxas, num ângulo pouco superior a 90°, a fim de se obter relaxamento muscular. Colocado em frente do doente, com as pontas dos dedos da mão direita, o médico procurará palpar o ciático esquerdo e com a mão esquerda, o do lado oposto. O nervo, como é sabido, contorna a cabeça do perônio, e procurar -

colo

se-ã palpã-lo com a ponta dos dedos, fazendo-os deslizar de trãs para a frente, e vice-versa;

Auricular - À simples inspeção, poder-se-ã verificar se o nervo se apresenta espessado; com esse intuito, man - da-se o doente volver a cabeça para o lado oposto ao que se quer examinar. Quando o nervo auricular está espessa do, percebe-se um cordão, mais ou menos volumoso, segun - do os casos, cruzando o músculo esternocleidomastóideo.

- c) Observar se existem sequelas de atrofia de nervo, tais como paralisias musculares, queda do pê, garra da mão (garra cubital, garra completa), amiotrofias, mal perfurante plantar, paralisia facial, lagoftalmo, distúrbios trôfi - cos ósseos, da pele e anexos.

Provas Suplementares

- Prova da histamina

Depositar uma gota de solução milesimal de histamina na área suspeita e outra gota numa área da pele normal, se possível simétrica, para comparação. Atravês das mes - mas, fazer uma picada com agulha.

Resultado:

- na pele normal ou em lesões não lepróticas: ocorre rá a tríplice reação de Lewis: 1ª fase) eritema pri - mário; 2ª fase) logo apõs, eritema secundário; 3ª fa - se) 3 a 4 minutos depois, formação de pápula no lo - cal da picada (prova completa);
- na lesão leprótica: ausência da 2ª fase, isto é, do eritema secundário (prova incompleta).

Observação: Esta prova também pode ser realizada, utili - zando-se simplesmente uma agulha e praticando-se sucessi - vas puncturas. A destruição celular provocada pela pica - da da agulha libera quantidade mínima de histamina, que é suficiente para desencadear a tríplice reação, porêm de menor intensidade.

- Prova da pilocarpina ou da acetilcolina (teste da sudore - se)

- 1º - pincelar, sobre a área suspeita, tintura de iodo;
- 2º - repetir a pincelagem sobre área de pele indene, se possível, simétrica;
- 3º - deixar secar;
- 4º - injetar, em uma e outra área, intradermicamente,

- 0,1 ml de solução de pilocarpina ou acetilcolina, a 0,5% ou 1%, em dois ou mais pontos;
- 5º - enxugar, imediatamente, as gotículas que refluam nos pontos de inoculação;
- 6º - pulverizar amido nas duas áreas;
- 7º - aguardar cerca de 5 minutos.

Resultado:

- na pele normal ou em lesões não lepróticas: aparecimento de cor azul escura, resultante da combinação entre o amido e o iodo, provocada pela sudorese;
 - na lesão leprótica: o amido não muda de coloração, por ausência de sudorese.
- Reação de Mitsuda

Não tem valor diagnóstico, somente prognóstico. Vide Nota 3 do Quadro I.

Exame de Laboratório

Exame Bacterioscópico

A pesquisa do bacilo da lepra deve ser feita, preferencialmente, em lesão cutânea, com sinais evidentes de atividade (coloração vermelha mais intensa e infiltração). No caso de manchas ou lesões em placa, frequentes nas formas indeterminada e tuberculóide, o local da colheita é a borda da lesão. Nas lesões lepromatosas (tubérculos, nódulos e infiltrações), o local da colheita é o centro da lesão. A colheita do material poderá ser feita utilizando-se quaisquer escarificadores, tais como: o vacinostilo, a extremidade de um bisturi, uma gilete e até mesmo uma agulha hipodérmica.

- Técnica da colheita do material em lesão cutânea
 - Fazer isquemia por compressão do local da colheita, fixando-se firmemente a lesão entre o polegar e o indicador, ou por meio de pinça;
 - fazer, com o escarificador, uma incisão linear da epiderme e derme, de 1 cm de extensão, na borda da lesão (leprides) ou no centro da lesão (lepromas);
 - raspar as bordas da incisão com o escarificador - evitar diluição pelo excessivo afluxo de sangue;
 - fazer um esfregaço fino com o material colhido (serosi

dade) no centro de uma lâmina, mediante movimentos circulares com o escarificador;

- secar no ar;
- fixar pelo calor: passar três vezes pela chama, com a face do esfregaço voltada para cima;
- flambar, ao rubro, o escarificador usado;
- corar pelo método de Ziehl Neelsen e examinar ao microscópio com objetiva de imersão.

Observação: Para a colheita de linfa com agulha hipodérmica, fazer a isquemia do mesmo modo descrito. Em seguida, fazer múltiplas puncturas na borda (leprides) ou no centro (lepromas) da lesão. A linfa flui naturalmente. Encostar o centro de uma lâmina e recolher as gotas de linfa. Fazer um esfregaço fino com a linfa colhida, no centro da lâmina, mediante movimentos circulares com o bisel da agulha. As demais fases são idênticas às descritas anteriormente.

Resultado:

- na lepra lepromatosa e dimorfa: presença de bacilos álcool-ácido resistentes e globias;
- na lepra tuberculóide reacional: presença de bacilos álcool-ácido resistentes raros;
- na lepra indeterminada e tuberculóide tórpida: ausência de bacilos álcool-ácido resistentes.

Observação: Nas manchas eritematosas da lepra indeterminada podem, eventualmente, ser encontrados raros bacilos.

Exame Histopatológico

- Técnica da biópsia
 - Antissepsia da região com tintura de iodo e álcool;
 - anestesia com jatos de cloreto de etila ou por infiltração subcutânea com novocaína ou xilocaína a 1%;
 - hemostasia e prega cutânea com um "clamp" curvo;
 - incisão em cunha, com bisturi, obedecendo às linhas de tensão da pele, retirando um fragmento de pele de aproximadamente 1 cm³, atingindo a hipoderme;

- sutura com pontos de fio de seda e curativo simples;
- colocar o fragmento de pele em frasco contendo solução fixadora de formol a 10%, cujo volume deve ser cerca de 20 vezes o volume da peça, fechando-a hermeticamente.

Observação: A biópsia pode ser feita também com "punch" de 5 mm. Após antissepsia e anestesia, semelhante às descritas, aplicar o "punch" perpendicular à lesão, imprimindo-lhe movimento rotatório até atingir a hipoderme. Liberar o fragmento de pele com um golpe de tesoura em sua base. Desnecessária a sutura. Curativo compressivo. O fragmento deve ser fixado como descrito acima.

Comentários sobre os Exames

O exame dermato-neurológico com a indispensável pesquisa das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil, e o exame bacterioscópico, em geral, permitem, por si sós, firmar ou infirmar o diagnóstico de lepra. Dois achados são decisivos para se firmar o diagnóstico da lepra:

- 1º - presença de globias no exame bacterioscópico;
- 2º - concomitância de, pelo menos, dois dos seguintes elementos:
 - dermatose
 - espessamento de tronco nervoso
 - distúrbio da sensibilidade (hipoestesia ou anestesia)
 - bacterioscopia positiva para bacilo álcool-ácido resistente.

Exemplo: dermatose anestésica, sinal patognomônico de lepra.

1.2 Tratamento dos Casos

1.2.1 Tratamento Específico

O objetivo do tratamento é a regressão ou branqueamento das lesões, exceto as de caráter trófico e residual, e negatificação bacterioscópica aos exames de rotina dos casos anteriormente positivos a essa bacterioscopia.

- a) Sulfonas - são as drogas de eleição. Usar a 4 - 4' diaminodifenil - sulfona (DDS)

Via oral:Adultos

1º mês	25 mg diários
2º mês	50 mg diários
3º mês	75 mg diários
4º mês em diante.....	100 mg diários

Crianças até 8 anos de idade

Dose máxima de 10 mg por quilo de peso, por semana. Dividir pelos dias da semana e administrar em dose diária. No 1º mês usar metade da dose indicada. Do 2º mês em diante, usar a dose máxima recomendada.

Via intramuscular:Adultos

225 mg (1,5 ml da suspensão) de 11 em 11 semanas.

Crianças até 8 anos de idade

150 mg (1 ml da suspensão) de 11 em 11 semanas.

b) Sulfas de ação prolongada

- Sulfametoxipiridazina: "Lederkyn", "Lentosulfina" - 1 comprimido de 500 mg diariamente
- Sulfametoxipiridina: "Bayrena" - 1 comprimido de 500 mg diariamente
- Dimetoxi - sulfanilamida - diazina: "Madribon" - 1 comprimido de 500 mg diariamente
- Sulfametoxipirazina: "Longun" - 10 ml cada 7 dias
- Sulfadoxina: "Fanasulf" -

Adultos, 1 g cada semana

Crianças, 25 mg/kg cada semana

Em casos, raros, de sulfono-resistência, há, também, resistência às sulfas.

c) Lampren

Indicado em caso de intolerância ou de sulfono-resistência.

Posologia: 1 cápsula de 100 mg por dia.

1.2.2 Tratamento Sintomático

Da reação leprótica

- Lepromatosa reacional (eritema nodoso, eritema polimorfo e nevrite lepromatosa) - usar a Talidomida - N - Ftalil - glutamimida ("Ifag", "Talidomida") em comprimidos de 100 mg.

Posologia: 1 a 3 diariamente.

Contra-indicação da Talidomida: por seus efeitos teratogênicos, na gravidez.

Outros: antimoniais, analgésicos, anti-histamínicos, antialérgicos, corticóides.

- Tuberculóide reacional - não necessita cuidados especiais, devendo-se insistir com o tratamento específico.

Do mal perfurante

- Repouso (é básico); limpeza do foco (antissépticos); cuidados com o calçado (proteção com plantilhas macias, por exemplo, espuma de nailon).

1.2.3 Controle do Tratamento

Reexame Clínico

Deverão ser submetidos, anualmente, a reexame dermatoneurológico todos os doentes, independentemente da forma clínica;

Reexame Bacterioscópico

Deverão ser submetidos, anualmente, a reexame bacterioscópico os doentes lepromatosos (L), dimorfos (D) e indeterminados (I).

Pesquisa da Sulfonúria

Para controle da absorção de DDS (4 - 4' Diamino - difenil - Sulfona) e Sulfas.

- Técnica

Imergir, rapidamente, uma tira na amostra de urina recente. Esperar um minuto. Observar sobre fundo branco a coloração amarela dada pela DDS ou Sulfas. Deve ser feita pelo menos uma vez por ano e sempre que houver suspeita de que o doente não esteja tomando a medicação

prescrita (DDS ou Sulfas).

1.2.4 Liberação do Tratamento

- a) Doentes Lepromatosos (L) e Dimorfos (D): Não apresentam condições de liberação do tratamento, em face dos atuais recursos terapêuticos. Após a inativação de suas lesões e negatificação bacterioscópica, diminuir a posologia, intercalar períodos de repouso, mas nunca sustar em definitivo a terapêutica específica.
- b) Doentes Tuberculóides (T) e Indeterminados (I): Quando inativadas suas lesões, poderão ser liberados do tratamento, a juízo do médico responsável.

1.3 Prevenção das Incapacidades Físicas

Paralelamente ao tratamento sintomático regular e aos exames periódicos, devem ser desenvolvidas ações que previnam as incapacidades físicas, principalmente nos casos de Mal Perfurante plantar ou deformidades originadas de cortes e queimaduras não tratadas adequadamente e que podem ulcerar. Ou ainda os cuidados com as mãos, principalmente exercícios simples, para evitar as deformações provenientes do endurecimento das articulações e da contratura dos dedos; e também os cuidados com os olhos (pálpebras e globo ocular) afetados pela insensibilidade causada pela lepra e que também podem ulcerar e levar à cegueira.

1.4 Educação Sanitária

As ações de cunho educativo nos programas da lepra têm um papel de alta relevância pela carga de preconceitos e de falsos conceitos que acompanha a doença desde os tempos bíblicos, a qual tem acarretado agravamento do problema e prejudicado o seu controle, sobretudo a descoberta precoce de casos para tratamento, na forma inicial da doença e o conseqüente aumento dos riscos de disseminação das fontes de infecção. O estigma da rejeição que acompanha a lepra é, ainda em nossos dias, uma das principais metas das ações educativas junto aos programas de controle desta doença.

Basicamente, elas devem ser dirigidas:

- aos doentes e seus contatos
- à comunidade, em geral.

1.4.1 Aos Doentes e seus Contatos

Através de entrevistas, dar as seguintes informações:

- a) O diagnóstico - (a verdade sempre - dita com cautela e

habilidade).

- b) A natureza da doença - destacando: a causa (bacilo), a baixa contagiosidade, os modos de transmissão, o período de incubação, os primeiros sinais, a não hereditariedade da doença.
- c) O tratamento - destacando: o que devem esperar do tratamento; o valor dos remédios tomados regularmente, nas doses certas e prescritas pelo médico; a importância de não abandonar o tratamento, comparecendo para o controle durante o tempo que for considerado necessário.
- d) Os cuidados de higiene e prevenção das incapacidades físicas - acentuando: a limpeza do corpo, das vestes, da casa; a necessidade de evitar a promiscuidade, que aumenta os riscos de contágio; as informações essenciais sobre a perda de sensibilidade e suas consequências; como evitar os traumatismos; o modo de tratar os ferimentos (queimaduras, cortes, bolhas, rachaduras); os cuidados com os olhos (se insensíveis) para evitar a cegueira; a importância do repouso e proteção dos pés (se ulcerados); o valor dos exercícios simples para as mãos de articulações endurecidas e dedos contraídos ou encolhidos.
- e) Exame dos contatos - o paciente deve ser alertado para a necessidade de trazer seus familiares conviventes para serem examinados e esclarecidos sobre a doença, a conduta que devem ter em relação ao paciente e sobre os cuidados de higiene que devem manter em domicílio.
- f) Outras informações - após ouvir sobre os conceitos e preconceitos que o doente (e seus contatos) têm sobre a lepra, esclarecer, se necessário: que a doença não é um castigo ou consequência de pecado mas, sim, uma doença contagiosa; quais as vantagens do tratamento ambulatorial; quais os efeitos psicológicos benéficos, resultantes da permanência do doente com sua família, sob os devidos cuidados de higiene; a importância de a doença ser reconhecida e tratada de início, para efeito de cura; e que a lepra é a menos contagiosa de todas as doenças contagiosas.

1.4.2 À Comunidade em Geral

Utilizando-se de todos os meios de divulgação disponíveis e/ou através de ação educativa junto a grupos naturais e à liderança da localidade.

Neste trabalho, devem ser transmitidos, como mais relevan

tes, os seguintes esclarecimentos:

- a) Causa da doença; modo de transmissão; período de incubação; principais sintomas; baixa contagiosidade; demora do tratamento; principais medidas para prevenção da doença e cuidados higiênicos a serem mantidos em domicílio.
- b) A descoberta precoce dos casos em relação à cura provável; o aumento dos riscos de disseminação da doença motivado pela tradicional preocupação de se ocultar a doença ou o doente; os efeitos psicológicos da rejeição do paciente pela comunidade, principalmente quando em tratamento; internamento em leprosários como desnecessário para a maioria dos pacientes; a importância da convivência do doente com a família e de o mesmo ter uma ocupação que não aumente os riscos de contágio; o valor da notificação para o controle do problema na área, pelas autoridades de saúde; a necessidade da vigilância dos contatos; a conveniência da não interrupção do tratamento ainda que seja bastante prolongado; o valor da cooperação da comunidade com as autoridades de saúde que controlam o problema da lepra numa região.

2.0 EXECUÇÃO DAS AÇÕES BÁSICAS DE CONTROLE DA LEPRO

- Nas unidades de saúde com médico
- Nas unidades de saúde que contam apenas com pessoal auxiliar.

2.1 Nas Unidades de Saúde com Médico

2.1.1 Na área mínima (área urbana)

- Descobrimto de casos
 - a) Verificação de notificação;
 - b) Atendimento da demanda:
 - 1 Consulta para elucidação diagnóstica
 - 2 Exame para carteira ou atestado de saúde
 - c) Procura:
 - 1 Investigação epidemiológica
 - 2 Vigilância de contatos.
- Tratamento
- Educação Sanitária

2.1.2 Na área máxima (área rural)

- Atendimento da demanda
- Educação sanitária - pelo menos a individual junto a pacientes quando por ocasião do atendimento.

2.2 Nas Unidades de Saúde que Contam Apenas com Pessoal Auxiliar

- Notificação
- Colheita de material de casos suspeitos para exame bacterioscópico
- Educação sanitária
- Tratamento conforme prescrição médica.

3.0 OBJETIVOS QUANTITATIVOS

Para satisfazer os objetivos do programa, é indispensável que as ações (verificação de notificação, investigação epidemiológica, exame de laboratório, tratamento de casos, vigilância de contatos e outras) sejam desenvolvidas de acordo com as normas e instruções, e de maneira que as metas de operação (objetivos quantitativos) sejam alcançadas.

Os objetivos quantitativos ou metas operacionais são estabelecidas para o trabalho a ser executado na área mínima (urbana). Para a área máxima (rural) será atendida a demanda.

3.1 Na Área Mínima (urbana)

A Ç Õ E S	OBJETIVOS QUANTITATIVOS
1. <u>Descobrimto de casos</u>	
1.1 Verificação de notificação	- Fazer exame dermatoneurológico e bacterioscópico em 100% dos casos notificados residentes
1.2 Atendimento da demanda	
a) consulta para elucidação diagnóstica	- Fazer exame dermatoneurológico em 100% dos suspeitos (portadores de dermatoses e/ou neuropatias periféricas) que comparecem à Unidade
b) exame para carteira ou atestado de saúde	- Fazer exame dermatoneurológico em 100% das pessoas que com

- cont.-

A Ç Õ E S	OBJETIVOS QUANTITATIVOS
	parecem à unidade com essa finalidade
1.3 Procura	
a) investigação epidemiológica	- Fazer exame dermatoneurológico em 100% das pessoas residentes, arroladas para essa finalidade
b) vigilância de contatos	- Fazer exames dermatoneurológicos uma vez por ano, durante 5 anos, em 80% dos contatos domiciliares de doentes L e D residentes (*)
2. Tratamento	
2.1 Tratamento dos casos novos de lepra	- Fazer quimioterapia em 100% dos casos novos residentes
2.2 Tratamento dos casos crônicos de lepra	- Fazer quimioterapia em 80% dos casos antigos residentes
2.3 Controle do tratamento	- Fazer exames dermatoneurológicos anuais em 100% dos doentes L, I, T, D, submetidos à quimioterapia
	- Fazer exames bacterioscópicos anuais em 100% dos doentes L, I, D, submetidos à quimioterapia
	- Fazer a pesquisa da sulfonúria em 100% dos doentes submetidos à quimioterapia com DDS e Sulfas
	- Visitar 100% dos casos novos residentes
	- Visitar 100% dos residentes faltosos ao tratamento
	- Manter o percentual de abandono de tratamento abaixo de 10%

(*) A taxa de ataque esperada neste grupo de maior risco de contágio é de 6,2 casos por mil contatos-ano, em exposição.

3.2 Na Área Máxima (rural)

Atender a demanda

4.0 INSTRUÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O pessoal de enfermagem participa da organização, supervisão, execução e avaliação das atividades de controle da lepra.

4.1 No Descobrimento de Casos

- a) Encaminhar à consulta médica os suspeitos de lepra que compareçam à Unidade por qualquer motivo;
- b) encaminhar à Unidade os casos suspeitos que são encontrados por ocasião da visitação domiciliar;
- c) encaminhar à Unidade as pessoas arroladas com base no caso descoberto, para a investigação epidemiológica;
- d) controlar o comparecimento dos contatos para o exame anual de revisão.

4.2 No Tratamento do Doente

- a) Entrevistar na Unidade e visitar em domicílio todos os casos novos, dentro de um prazo de 5 dias;
- b) fazer com que o maior número possível de doentes residentes receba a injeção do DADDS na própria Unidade;
- c) controlar o comparecimento periódico de doentes para:
 - 1 tratamento (cada 11 semanas para aqueles submetidos ao DADDS e cada 6 meses para os demais);
 - 2 reexame anual (dermato-neurológico e bacterioscópico, de acordo com a forma clínica);
- d) entrevistar, por ocasião do comparecimento, todos os doentes em tratamento, lembrando-lhes sempre a importância da regularidade do mesmo;
- e) visitar todos os doentes faltosos ao tratamento, residentes na área mínima, dentro de 1 semana seguinte à da falta;
- f) desenvolver ação educativa para grupos de doentes;
- g) fazer a pesquisa da sulfonúria nos doentes submetidos a tratamento com DDS ou Sulfas.

4.3 Pontos Importantes a serem abordados nas Entrevistas nos Casos Novos

- a) Conferir nome e endereço do doente, anotando qualquer referência que facilite sua localização para informá-lo de que será visitado por servidor da Unidade;
- b) obter informações sobre possível tratamento específico a que se tenha submetido anteriormente;
- c) verificar o que o doente reteve da explicação dada pelo médico e esclarecê-lo no que for necessário;
- d) informar o doente sobre o diagnóstico, a natureza da doença, a prevenção da doença e das incapacidades físicas, de acordo com o item 4.0 (Educação Sanitária);
- e) esclarecer o doente sobre os recursos de que dispõe a Unidade para tratá-lo (consultas médicas, exames, medicamentos, visitação etc.);
- f) fazer levantamento do grupo familiar
 - 1 procurar saber quantas pessoas residem na casa do doente, anotar nome e idade de cada uma;
 - 2 esclarecê-lo sobre a necessidade de seus contatos serem submetidos a exame;
 - 3 encaminhar logo para exame médico os contatos que porventura o acompanham e pedir-lhe que encaminhe os demais;
 - 4 abrir cartão de aprazamento (modelo FSESP-733L) e informar o doente sobre a data do próximo comparecimento na papeleta de aprazamento (modelo FSESP-760);
 - 5 fazer um resumo da entrevista na ficha clínica (modelo FSESP-706).

Encerrada a entrevista, o elemento de Enfermagem deve informar o médico sobre a aceitação do diagnóstico, o tratamento específico anterior, o interesse demonstrado pelo tratamento, os problemas apresentados pelo doente e outras observações que julgar de importância.

4.4 Roteiro para Entrevistas Subseqüentes com Doentes em Tratamento Regular

- a) Informar-se de como está passando o doente e orientá-lo em relação às suas queixas;
- b) inteirar-se das dificuldades surgidas com o tratamento;

- c) informar-se da frequência da família à Unidade, verificando no registro de contatos se há faltosos, e pedindo ao doente que os encaminhe à Unidade. Esclarecer a necessidade de controle dos contatos, indagando se houve alteração no grupo familiar e atualizando o levantamento, se for o caso;
- d) anotar no cartão de aprazamento a data do atual comparecimento e do próximo;
- e) encerrada a entrevista, registrá-la resumidamente na ficha clínica (modelo FSESP-706) e entregar ao paciente a papeleta de aprazamento (FSESP-760), lembrando-lhe a data do próximo comparecimento.

4.5 Roteiro para Entrevista com Doente Faltoso ao Tratamento

- a) Verificar tempo e o motivo da interrupção do tratamento;
- b) ler a ficha do doente e informar-se sobre sua situação;
- c) discutir as possíveis soluções para o problema que o im-pediu de comparecer, tomando as providências necessárias;
- d) alertar sobre o perigo da resistência bacteriana, destacando que a lepra é doença incapacitante e que há con-veniência de tratamento regular;
- e) fazer novo aprazamento;
- f) informar-se da frequência da família à Unidade, verificando se há contatos faltosos e, se houver, pedir ao do-ente para encaminhá-los à Unidade. Indagar se houve alterações no grupo familiar e, se for o caso, atuali-zar o levantamento;
- g) fazer um resumo na ficha clínica, modelo FSESP-706, des-tacando o motivo da falta, as providências adotadas e a orientação dada.

4.6 No Controle do Comparecimento do Doente e dos Contatos (Fichário de Aprazamento)

- O fichário de aprazamento possibilita o controle do comparecimento dos doentes em tratamento, dos con-tatos e das visitas domiciliares e ainda fornece dados para o preenchimento do boletim estatístico.
- O fichário conta com as seguintes divisões: "mês em curso", "próximo mês e/ou ano" (ambos com divisões pa

ra 31 dias), "suspensos" (abandono, irregularidade no tratamento, mudança, etc.) e "liberados".

Ao iniciar a entrevista:

- Abrir "Cartão de Aprazamento" (modelo FSESP-733L) para cada caso que vai iniciar o tratamento.
- Anotar a tinta a data do comparecimento dos casos atendidos e a lápis a data do próximo comparecimento para medicação, consulta ou exame de controle.

Ao terminar a entrevista:

- Arquivar os cartões dos pacientes que compareceram na subdivisão correspondente ao dia do próximo mês e/ou a no aprazado para novo atendimento, consulta e/ou exame etc.
- Relacionar os casos aprazados para aquele dia que não tenham comparecido e entregar a lista às visitadoras (ou auxiliar de saneamento que esteja com plano de visita para a mesma rua), a fim de que sejam encaminhados o quanto antes. Os cartões dos faltosos devem ser colocados na frente das divisões até que estes compareçam, quando passarão a ser colocados na subdivisão do próximo comparecimento. Anotar no cartão a solicitação da visita.
- Solicitar visita domiciliar para os casos novos.
- Verificar diariamente se foram realizadas as visitas solicitadas no caso de faltosos; se o doente tiver comparecido, registrar a data e fazer novo aprazamento. Caso o doente não tenha comparecido, aprazar a visita para a semana seguinte. Se continuar faltando, levar ao conhecimento do médico para as providências necessárias.
- Os cartões dos casos encerrados, após apuração estatística, devem ser destruídos.

4.7 Nas Visitas Domiciliares

Devem ser visitados em domicílio todos os casos novos inscritos para a quimioterapia, os faltosos ao tratamento e ao exame de controle, e os contatos que não compareceram para o controle previsto nas normas.

a) Objetivos da Visita:

- confirmar o endereço;

- tomar conhecimento das condições do ambiente familiar;
- observar o interesse do doente e de sua família pelo tratamento;
- orientar a família para colaborar no tratamento;
- conferir o levantamento dos contatos;
- encaminhar os contatos à Unidade.

b) Preparo da Visita:

A enfermagem recebe do Arquivo Central todas as fichas (modelo FSESP-706) dos casos novos e dos que faltaram à Unidade no dia marcado.

Quando as fichas são encaminhadas pela pessoa que faz os atendimentos, esta deve deixar no Arquivo Central uma relação das fichas entregues às visitadoras.

Recebidas as fichas, a visitadora deve ler cuidadosamente os apontamentos constantes das mesmas e fazer anotação dos pontos importantes no seu plano de visita.

c) Durante a Visita o Elemento de Enfermagem deve:

- orientar a família sobre os aspectos mais importantes da lepra (como na primeira entrevista com o doente);
- informar a família sobre todos os recursos que a Unidade oferece para o tratamento do doente (consultas médicas, exames, orientação, remédios etc.) e ainda informar sobre a necessidade de cooperação por parte da família e do próprio doente;
- alertar sobre o perigo de resistência bacteriana, deformidades e incapacidades que ocorrem com frequência na evolução da doença;
- verificar se foi feito o levantamento dos contatos, completando-o, se necessário;
- aprazar o comparecimento à Unidade dos contatos que não foram submetidos a exame clínico;
- verificar se alguém apresenta sintomas ou sinais que façam suspeitar de lepra, encaminhando-o ao exame médico na Unidade;
- registrar os aspectos mais importantes da entrevista na ficha de AMS (modelo FSESP-706).

d) Visita a Faltosos:

- saber o motivo por que o doente e/ou contato deixou de comparecer à Unidade e discutir as possíveis soluções para o problema que impediu o seu comparecimento;
- verificar o tempo de interrupção do tratamento;
- insistir sobre o perigo da resistência bacteriana, deformidades e incapacidades frequentes na evolução da doença;
- fazer novo apazamento;
- informar-se sobre a família e verificar se houve alteração no grupo de contatos; se algum destes tiver faltado ao controle na Unidade, encaminhá-lo novamente;
- registrar o resumo da entrevista na ficha de AMS (modelo FSESP-706), destacando o motivo da falta e as providências tomadas.

4.8 No Controle dos Contatos

O grupo dos contatos (indivíduos que coabitem ou tenham coabitado há menos de 6 anos com doente lepromatoso ou dimorfo) merece atenção especial por parte da Enfermagem por estar ou ter estado mais exposto ao risco da doença. Os contatos devem ser controlados, o mais rapidamente possível, a partir da descoberta do caso índice, submetendo-os ao exame clínico.

O controle dos contatos é feito da seguinte maneira:

a) Na Primeira Entrevista com o Doente.

- inscrevê-lo na ficha "Controle de Contatos" (modelo FSESP-734L), anexando-a à ficha (modelo FSESP-706) do caso;
- explicar ao doente a necessidade do comparecimento dos contatos para exame clínico, solicitando que os encaminhe o quanto antes à Unidade.

b) Na Primeira Visita

- completar o levantamento do grupo familiar, se necessário;
- orientar a família sobre a necessidade do comparecimento de todos à Unidade, o mais cedo possível;
- observar se há algum contato com sintomas ou sinais suspeitos e orientá-lo para submeter-se a exame na Unidade.

c) Na Unidade

- por ocasião do comparecimento dos contatos, verificar o nome do caso índice e retirar a respectiva ficha AMS (modelo FSESP-706);
- encaminhar o contato e a respectiva ficha do caso índice à consulta médica;
- aprazar sua volta à Unidade de acordo com o médico assistente, fornecendo-lhe a papeleta de aprazamento.

4.9 Reação de Mitsuda

Fazer a inoculação e leitura da lepromina nos casos de lepra indeterminada para fins de prognóstico.

5.0 AVALIAÇÃO

A avaliação terá como finalidade verificar em que medida os objetivos do programa foram alcançados e se estão servindo à meta proposta de reduzir o contágio da lepra. Também verificar as falhas do programa para que possam ser corrigidas.

A avaliação será anual e usará os seguintes indicadores:

5.1 Avaliação Operacional (Quantitativa)

- a) Percentagem dos casos verificados sobre o total de casos notificados;
- b) percentagem de contatos domiciliares de L e D reexaminados sobre o total de contatos domiciliares de L e D residentes;
- c) percentagem de doentes submetidos ao tratamento sobre o total de doentes residentes;
- d) percentagem de doentes reexaminados clínica e/ou bacterioscopicamente sobre o total de residentes, de acordo com suas formas clínicas (L, T, I e D);
- e) percentagem de doentes sob controle, por forma clínica, sobre o total de doentes residentes e não residentes;
- f) percentagem de contatos de L e D sob controle sobre o total de contatos de L e D residentes e não residentes.

5.2 Avaliação Epidemiológica (Qualitativa)

- a) Incidência

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos registrados no período} \times 100\,000}{\text{população na metade do período}}$$

b) Modo de descobrimento e forma clínica

Modo de Descobrimento	Nº de pessoas examinadas	Nº de casos registrados				
		TOTAL	%	L-D	I	T
Investigação epidemiológica						
Reexame de contato de L e D						
Consulta para elucidação diagnóstica						
Exame para carteira ou atestado de saúde						
Verificação de notificação						

c) Percentagem de doentes menores de 15 anos sobre o total de doentes registrados no período

d) Prevalência

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos existentes em um determinado momento} \times 1\,000}{\text{população do mesmo momento}}$$

e) Prevalência de doentes L. e D. expressa o número de doentes L e D para cada 1 000 habitantes

f) Percentagem de doentes L e D negativados sobre o total de doentes L e D tratados

6.0 IMPRESSOS - INSTRUÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DE MODELOS (*)

Além de outros impressos de uso geral na Unidade, como a ficha de AMS (modelo FSESP-706), o Pedido de Exame de Laboratório (modelo FSESP-725) e o Mapa de Trabalho Diário (modelo FSESP-786), são utilizados no controle da lepra as seguintes fichas, cartões e boletins:

(*) Modelos desses impressos são apresentados em anexo.

6.1 Cartão de Aprazamento (modelo FSESP 733L)

Instrução para o preenchimento:

Anverso

Nome - completo, de maneira legível

Número - inicia-se com o nº 1 para o primeiro paciente, 2 para o 2º e assim por diante. Em seguida ao número, colocar a forma clínica (L, T, I, D)

Endereço - rua e número, nome do bairro, se houver

Início do tratamento - data do início do tratamento

Término - data da liberação do tratamento

Motivo da suspensão - liberado do tratamento, óbito, transferência, mudança e hospitalização

Medicamento - nome do medicamento usado

Data - Serviços Prestados - destina-se a aprazar e registrar os serviços prestados: reexames, visitas domiciliares a doentes e contatos, fornecimento de medicação, aplicação de injeções etc.

6.2 Papeleta de Aprazamento (modelo FSESP 769)

Instrução para o preenchimento:

Nome - completo, de maneira legível

Encaminhado(a) para - atividade da Unidade para a qual o indivíduo é encaminhado. Ex., AMSP, AMSA, Tb, L etc.

Data e hora - dia, mês, dia da semana e hora aprazados para comparecimento à Unidade

Assinatura - do servidor(a) que encaminha o indivíduo

Observações - nome completo do caso índice em se tratando de contato de lepra encaminhado à Unidade.

6.3 Ficha de Controle de Contatos (modelo FSESP 734L)

Instrução para o preenchimento:

Caso índice - nome completo do caso índice, de maneira legível

Nome - prenome do contato, de maneira legível

Idade - acrescentando a para anos, m para meses

Reexame dermatoneurológico anual

Data - data da realização do exame

Resultado - acrescentando N para normal, S para suspeito e D para doente

Observação - registrar qualquer observação de interesse para o controle dos contatos não previstos nos itens do modelo. Ex.: o contato nº tal passou a doente, mudou-se etc.

6.4 Boletim de Produção (modelo FSESP-785J)

Sua finalidade é apresentar dados, que são coletados do "Mapa de Trabalho Diário" (modelo FSESP-786) para a composição da parte de estatística do Relatório das Atividades do Controle da Lepra.

Instrução para o preenchimento de seus itens:

1 Número de doentes existentes vindos do mês anterior

Registrar o total de casos, por forma clínica (L, T, I e D) existentes no último dia do mês anterior, controlados e sem controle.

Doente controlado - é o que segue o tratamento prescrito, tendo-se submetido a um reexame dermatoneurológico uma vez no ano decorrido e, nos casos lepromatosos, dimorfos e indeterminados, concomitantemente, também tenha feito uma bacterioscopia de lesão cutânea.

Doente sem controle - é o que não preenche as condições acima, quer seja morador da área mínima ou máxima.

2 Inscrições durante o mês

Registrar o total de casos inscritos durante o mês, por forma clínica (L, T, I e D). Este total é a soma dos casos descobertos nos itens 8, 9, 10, 11 ~~12~~.

3 Casos encerrados durante o mês

Registrar o total de casos encerrados durante o mês através de:

- liberados do tratamento (T e I)
- óbitos
- transferidos da área (mudança, transferência, hospitalização)

4 Consultas médicas

Registrar o total de atendimentos médicos relacionados com o tratamento dos doentes.

5 Doentes reexaminados

Registrar o total de doentes submetidos a reexame anual, clínico e bacterioscópico, para os doentes L, I e D, e exclusivamente clínico para o doente T.

6 Contatos de L e D registrados durante o mês

Registrar o total de contatos conviventes domiciliares de doentes L e D (registrados na ficha FSESP-734L) durante o mês.

7 Contatos de L e D liberados de vigilância

Registrar o total de contatos conviventes de doentes L e D liberados da vigilância durante o mês.

8 Contatos de L e D reexaminados

Registrar o total de contatos conviventes domiciliares de doentes L e D submetidos ao reexame dermatoneurológico anual

- registrar os casos descobertos neste reexame por forma clínica (L, T, I e D).

9 Exames para investigação epidemiológica

Registrar o total de pessoas examinadas para investigação epidemiológica familiares ou não, que convivem ou tenham convivido com o caso índice

- registrar os casos descobertos neste exame, por forma clínica (L, T, I e D).

10 Suspeitos examinados para elucidação diagnóstica

Registrar o total de suspeitos examinados para elucidação diagnóstica (portadores de dermatoses e/ou neuropatias periféricas) ou nos exames para obtenção de carteiras ou atestado de saúde

- registrar os casos descobertos neste exame, por forma clínica (L, T, I e D).

11 Notificações recebidas

Registrar o total de notificações recebidas

- registrar o total de notificações verificadas
- registrar o total de casos confirmados, por forma clínica (L, T, I e D)

12 Total de comparecimentos

Corresponde ao total de vezes que os indivíduos frequentaram a Unidade com referência à atividade de controle da Lepra por qualquer motivo de comparecimento computável (consulta, tratamento, injeção, reexame etc.). O comparecimento é sempre apurado na base día: assim, se em um mesmo dia estão registrados, concomitantemente, consulta e reexame, conta-se apenas um comparecimento.

13 Enfermagem

Registrar

- o total de entrevistas a casos novos
- idem a casos crônicos
- o total de visitas a casos novos
- idem a doentes faltosos
- o total de injeções de DADDS aplicadas
- o total de pesquisas de sulfonúria realizadas

14 Bacterioscopias realizadas

Registrar o total de bacterioscopias realizadas em material colhido de lesão cutânea

- registrar o número de bacterioscopias negativas de doentes L e D em tratamento.

A N E X O S

CLASSIFICAÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DE LEPRO

Formas Clínicas	Características			Histopatológica
	Clínica	Bacterioscópica (lesão cutânea)	Imunológica (Reação de Mitsuda)	
Indeterminada (I)	Área(s) de anestesia e mancha(s) plana(s); hipocrômica(s), eritemato-hipocrômica(s) e eritematosa(s)	Negativa (-)	Positiva ou Negativa (+ ou -)	Estrutura inflamatória crônica, inespecífica
Lepromatosa (L)	Eritema, infiltração difusa, placas eritematosas e eritemato-pigmentares, tubérculos e nódulos; madarose (queda de cílios e supercílios), lesões mucosas (infiltração, tubérculos e nódulos)	Positiva (+): bacilos abundantes e globias	Negativa (-)	Granuloma lepromatoso - células vacuoladas de Virchow
Tuberculóide (T)	a) Tórpida - placas eritematosas de limites externos nítidos e/ou figuradas e marginadas com microtubérculos b) Reacional - placas eritemato-violáceas, edematosas, elevadas, de limite externo nítido	Negativa (-)	Positiva (+)	Granuloma tuberculóide - células epitelíoides e/ou gigantes tipo Langhans
Dimorfa (D)	Placas eritemato-pigmentares marginadas ou anulares, de limite interno nítido e externo difuso	Positiva (+): bacilos raros Positiva (+): bacilos e globias	Geralmente positiva (+) Geralmente negativa (-)	Granuloma(s) tuberculóide com edema inter e intra-celular Granuloma(s) tuberculóide e lepromatoso, às vezes numa única lesão e outras vezes em lesões diferentes

NOTAS:

1. Na lepra lepromatosa, afora as lesões dermatológicas e das mucosas, ocorrem, também, lesões viscerais.
2. As manifestações nervosas são comuns a todas as formas clínicas.
3. Reação de Mitsuda - não tem valor diagnóstico, somente prognóstico.
 - Técnica - inocular, intradermicamente, 0,1 ml de lepromina, de preferência na face anterior do antebraço. Forma-se pápula isquêmica, de aproximadamente 1 cm de diâmetro.
 - Leitura - deve ser feita na quarta semana. Negativa: ausência de qualquer sinal no ponto de inoculação; positiva: pápula ou tubérculo maior do que 3 mm de diâmetro.
 - a) no doente: (vide Quadro I; acima)
 - b) no indene de lepra: poderá ser positiva ou negativa. A maioria (90%) da população adulta reage positivamente.

QUADRO II

AÇÕES E METAS NO CONTROLE DA LEPROSA

AÇÃO	ATRIBUIÇÃO	TAREFA	COBERTURA (META OPERACIONAL)	CONCENTRAÇÃO	INSTRUMENTO	RENDIMENTO
DESCOBRIMENTO DE CASOS						
1. Verificação de notificação			Fazer exame dermatoneurológico em 100% dos casos notificados residentes na área urbana do distrito de	1		
2. Atendimento da demanda						
a) consulta para elaboração do diagnóstico	Médico	Consulta Médica	Fazer exame dermatoneurológico em 100% dos suspeitos (portadores de dermatoses e/ou neuropatias periféricas) que comparecem à Unidade	1	Hora/médico contratada	4/hora
b) exame para cartela ou teste de saúde			Fazer exame dermatoneurológico em 100% das pessoas que comparecem à Unidade com essa finalidade	1		
3. Procura						
a) investigação epidemiológica			Fazer exame dermatoneurológico em 100% das pessoas residentes, arroladas para essa finalidade	1		
b) vigilância de contatos			Fazer exames dermatoneurológicos uma vez por ano, durante 5 anos, em 80% dos contatos domiciliares de doentes L e D residentes (*)	1 por ano, durante 5 anos seguidos		
4. Exame de linfa	Laboratorista	Exame de Laboratório	Fazer a pesquisa bacterioscópica na linfa, complementar ao exame dermatoneurológico, em 100% dos casos notificados residentes e pessoas arroladas como suspeitos (portadores de dermatoses e/ou neuropatias periféricas)	1	Hora/laborat/contratada	12/hora

TRATAMENTO					
1. Casos novos			Fazer quimioterapia em 100% dos casos novos residentes na área urbana do distrito-sede	1	4/hora
2. Casos crônicos	Médico	Consulta Médica	Fazer quimioterapia em 80% dos casos antigos residentes na área urbana do distrito-sede	1	
3. Controle do tratamento	Médico	Consulta Médica	Fazer exames dermatoneurológicos anuais em 100% dos doentes L, I, T e D, submetidos à quimioterapia	1	4/hora
Laboratorista	Exame de Laboratório	Fazer exames bacterioscópicos anuais na linfa, em 100% dos doentes L, I e D submetidos à quimioterapia	1	12/hora	
Enfermeira	Visitação domiciliar	Fazer, anualmente, pesquisa da sulfonúria na urina, em 100% dos doentes submetidos à quimioterapia com DDS e sulfas	1	2/hora	
	Consulta de Enfermagem	Visitar 100% dos casos novos residentes na área urbana do distrito-sede	1	4/hora	
		Visitar 100% dos residentes faltosos ao tratamento	1		
		Manter o percentual de abandono de tratamento abaixo de 10%	1		
		Fazer prevenção das incapacidades físicas em 100% dos doentes em tratamento	1		

(*) A taxa de ataque esperada neste grupo de maior risco de contágio é de 6,2 casos por mil contatos-ano, em exposição.

OBSERVAÇÃO:

Procurar estender progressivamente as ações e metas da atividade CONTROLE DA LEPRO às áreas rurais dos municípios trabalhados, à medida que se amplie a cobertura propiciada pelos serviços de saúde.

NOME _____ SEXO _____

Endereço _____

NOME DA MÃE _____

NOME DO PAI _____

Data do nascimento _____ Naturalidade _____ Est. civil _____

Profissão _____

Óbito:

Ocorrido em:

Causa:

INSCRIÇÕES	DATA	DIAGNÓSTICO	DATA	DIAGNÓSTICO	DATA	DIAGNÓSTICO	DATA	IMUNIZAÇÕES	DATA

UNIDADE _____

ASSISTÊNCIA MÉDICO – SANITÁRIA

DATA	Consultas – Visitas – Exames de Laboratório – Prescrições	Assinatura

EXAME DE LABORATÓRIO

Nome Sexo Idade
Endereço R NR
Material Exame
Requisitante: Pedido em: Colhido em:

Result. Nº

Data

Lab.:
FSESP-725

L - CARTÃO DE APRAZAMENTO

Nome: _____ Nº _____

Endereço: _____

Tratamento - Início: _____ Término: _____

Motivo da Suspensão: _____ Medicamento: _____

DATA	SERVIÇOS PRESTADOS

(Frente)

FSESP - 733-L

.....

(Verso)

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA
PAPELETA DE APRAZAMENTO

NOME _____

ENCAMINHADO(A) PARA _____

DATA _____ HORA _____
 dia mês dia da semana

ASSINATURA _____

OBSERVAÇÕES:

Quando vier à consulta queira trazer esta papeleta.

FSESP - 760

L - CONTROLE DE CONTATOS

Caso Índice

Nº	N O M E	IDADE	REEXAME DERMATO-NEUROLÓGICO ANUAL																
			Data	Res.	Data	Res.	Data	Res.	Data	Res.	Data	Res.	Data	Res.					
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			

RESULTADO { Normal N
 Suspeito S
 Doente D }
 OBSERVAÇÕES }

CONTROLE DA LEPRA

1. Número de doentes existentes vindos do mês anterior ..
 - a. lepromatosos (L)
 - b. tuberculóides (T)
 - c. indeterminados (I)
 - d. dimorfos (D)
2. Inscrições durante o mês
 - a. lepromatosos (L)
 - b. tuberculóides (T)
 - c. indeterminados (I)
 - d. dimorfos (D)
3. Casos encerrados durante o mês
 - a. liberados do tratamento (T e I)
 - b. óbitos
 - c. retirados da área
4. Consultas médicas
5. Doentes reexaminados
 - a. lepromatosos (L)
 - b. tuberculóides (T)
 - c. indeterminados (I)
 - d. dimorfos (D)
6. Contatos de L e D registrados durante o mês
7. Contatos de L e D liberados da vigilância
8. Contatos de L e D reexaminados
 - a. casos descobertos
 - i. lepromatosos (L)
 - ii. tuberculóides (T)
 - iii. indeterminados (I)
 - iv. dimorfos (D)
9. Exames para investigação epidemiológica
 - a. casos descobertos
 - i. lepromatosos (L)
 - ii. tuberculóides (T)
 - iii. indeterminados (I)
 - iv. dimorfos (D)
10. Suspeitos examinados para elucidação diagnóstica
 - a. casos descobertos
 - i. lepromatosos (L)
 - ii. tuberculóides (T)
 - iii. indeterminados (I)
 - iv. dimorfos (D)

R	NR

CONTROLE DA LEPRO

- 11. Notificações recebidas
 - a. verificadas
 - b. confirmadas
 - i. lepromatosos (L).....
 - ii. tuberculóides (T)
 - iii. indeterminados (I).....
 - iv. dimorfos (D)

- 12. Total de comparecimentos

- 13. Enfermagem
 - a. entrevistas a casos novos
 - b. entrevistas a casos crônicos
 - c. visitas a casos novos
 - d. visitas a doentes faltosos
 - e. injeções de DADDS aplicadas
 - f. pesquisa de sulfonúria

- 14. Bacterioscopias realizadas
 - a. doentes L e D negativos

R	NR

Í N D I C E

	Pág.
CONTROLE DA LEPRA	
1.0 AÇÕES BÁSICAS	5
1.1 Descobrimto de Casos	5
1.2 Tratamento de Casos	13
1.3 Prevenção das Incapacidades Físicas	16
1.4 Educação Sanitária	16
2.0 EXECUÇÃO DAS AÇÕES BÁSICAS DE CONTROLE DA LEPRA	18
2.1 Nas Unidades de Saúde com Médico	18
2.2 Nas Unidades de Saúde que Contam com Pessoal <u>Au</u> xilial	19
3.0 OBJETIVOS QUANTITATIVOS	19
3.1 Na Área Mínima (Urbana)	19
3.2 Na Área Máxima (Rural)	21
4.0 INSTRUÇÕES PARA A ENFERMAGEM	21
4.1 No Descobrimto de Casos.....	21
4.2 No Tratamento do Doente	21
4.3 Pontos Importantes a serem abordados nas Entre- vistas nos Casos Novos	22
4.4 Roteiro para Entrevistas Subseqüentes com Doen- tes em Tratamento Regular	22
4.5 Roteiro para Entrevista com Doente Faltoso ao Tratamento	23
4.6 No Controle do Comparecimento do Doente e dos Contatos (Fichário de Aprazamento)	23
4.7 Nas Visitas Domiciliares	24
4.8 No Controle dos Contatos	26
4.9 Reação de Mitsuda	27

	Pág.
5.0 AVALIAÇÃO	27
5.1 Avaliação Operacional (Quantitativa)	27
5.2 Avaliação Epidemiológica (Qualitativa)	27
6.0 IMPRESSOS - INSTRUÇÕES SOBRE O PREENCHIMENTO DE MODELOS.	28
6.1 Cartão de Aprazamento (modelo FSESP-733L)	29
6.2 Papeleta de Aprazamento (modelo FSESP-769)	29
6.3 Ficha de Controle de Contatos (modelo FSESP-734L)	29
6.4 Boletim de Produção (modelo FSESP-785J).....	30

= = = = =

A N E X O S

QUADRO I - Classificação das Formas Clínicas de Lepra

QUADRO II - Ações e Metas no Controle da Lepra

Modelo FSESP-706 (Assistência Médico-Sanitária)

Modelo FSESP-725 (Exame de Laboratório)

Modelo FSESP-786 (Mapa do Trabalho Diário)

Modelo FSESP-733L (Cartão de Aprazamento)

Modelo FSESP-760 (Papeleta de Aprazamento)

Modelo FSESP-734L (Controle de Contatos)

Modelo FSESP-785J (Controle de Lepra - Relatório Mensal)

Modelo FSESP-785J' (Controle de Lepra - Relatório Mensal -
Continuação)

Ministério da Saúde
Fundação Serviços de Saúde Pública
Av. Rio Branco, 251
Caixa Postal 1530
Rio de Janeiro - Guanabara
Brasil

IMPRESSO NA
SEÇÃO DE ARTES GRÁFICAS DA
FSESP

FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA

Talão nº

34

77

Data de aquisição	12/03/81
Doação	Dr. Dilton
Data de tom	12/03/81
Valor	
Enc.	
Cr\$	Data