




5.32
1

Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

LEGI-SLAÇÃO SOBRE O CONTROLE DE DOENÇAS NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

Ministério da Saúde

Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
Gerência Técnica Nacional da Dermatologia Sanitária



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

LEGISLAÇÃO SOBRE O CONTROLE DE DOENÇAS NA ÁREA DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1991

Hanseniose - Legislação

N.º Ch	WC335.32
	157364
TOMBO	264012

LEGISLAÇÃO SOBRE O CONTROLE
DE DOENÇAS NA ÁREA DE
DERMATOLOGIA SANITÁRIA

Brasil
Centro de Documentação de Referência em Saúde
1981

Apresentação

Vivemos um momento histórico no setor saúde, com a incorporação ao Ministério da Saúde da estrutura e das ações de assistência médica que pertenciam ao Ministério da Previdência e Assistência Social, reivindicação antiga e indispensável à consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Neste contexto de reorganização do setor foi criada a Fundação Nacional de Saúde que passou a assumir a coordenação nacional das ações de Dermatologia Sanitária.

Em função desse processo, aliado aos avanços científicos ocorridos nos últimos anos, publicamos a 2ª edição da "Legislação sobre o controle de doenças na área de Dermatologia Sanitária". Este trabalho é fruto da dedicação de técnicos em todos os níveis de complexidade do SUS, e reúne os instrumentos legais de natureza técnica para a implementação da política nacional do controle de doenças dermatológicas com interesse para a saúde pública.

Estando as "doenças de pele", geralmente, entre as três primeiras causas de procura aos serviços de saúde, ratifica-se a ênfase dada à discussão desta questão desde os últimos 5 anos, tendo como pressuposto uma nova concepção de atenção à demanda dos serviços de saúde, a qual considera a resolução dos problemas apresentados pelo usuário, e não apenas a assistência a alguns programas específicos.

Gerson Oliveira Penna
Gerente Técnico Nacional
da Dermatologia Sanitária

Portaria nº 1481/GM de 19 de agosto de 1991

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e,

Considerando a significação da hanseníase, dentro do quadro nosológico do País;

Considerando que a Portaria Ministerial nº 498, de 09 de outubro de 1987, publicada no Diário Oficial nº 195 de 14/10/87, às páginas 16966 a 16968, estabelece diretrizes políticas que já não se amoldam às atuais necessidades do Programa Nacional de Controle da hanseníase,

RESOLVE:

I — Aprovar as seguintes diretrizes, destinadas a orientar as medidas de prevenção, tratamento e controle de hanseníase no país, que serão coordenadas pela instância técnica — Dermatologia Sanitária — do Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1 — AS ATIVIDADES DE CONTROLE DA HANSENÍASE TÊM COMO OBJETIVOS:

- 1.1. A redução da morbidade expressa pela incidência e prevalência da doença.
- 1.2. A redução dos danos causados pela doença, expressos pela gravidade das incapacidades físicas e psicossociais.

2 — VISANDO A CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS ENUNCIADOS NO ITEM "1", O CONTROLE DA HANSENÍASE SERÁ ORIENTADO PARA AS SEGUINTE ATIVIDADES:

2.1. Detecção de casos através do atendimento da demanda passiva, com prioridades aos sintomáticos dermatoneurológicos, e através de busca ativa, com ênfase na vigilância de contatos.

2.2. Tratamento integral dos casos, em regime eminentemente ambulatorial, compreendendo:

2.2.1. Quimioterapia específica, visando a cura e a eliminação das fontes de infecção.

2.2.2. Tratamento das intercorrências e ou complicações, inclusive em regime hospitalar, quando houver indicação médica.

2.3. Reabilitação física e psicossocial, abrangendo:

2.3.1. Recuperação de incapacidades físicas, readaptação profissional e reinserção social do doente e seus familiares.

3 — PRINCIPAIS COMPONENTES DO PROGRAMA DE CONTROLE DE HANSENÍASE:

3.1. Desenvolvimento de Recursos Humanos, compreendendo:

3.1.1. Promoção de capacitação de pessoal para execução de todas as atividades de controle do Programa.

3.1.2. Implementação e acompanhamento conjunto com as universidades de proposta de integração-ensino serviço, na área do controle de Hanseníase, com vistas à adequação de conteúdos e carga horária mínima, teórica e prática sobre hanseníase nos currículos de cursos ligados às áreas biomédicas e humanas, de acordo com a especificidade das diversas categorias profissionais e as realidades regionais.

3.1.3. Realização de cursos de especialização, reciclagem e outros treinamentos específicos para o pessoal, de todos os níveis do setor saúde, envolvido na execução das atividades de controle.

3.1.4. Realização de seminários, ciclos de conferências e outras atividades similares para atualização do pessoal de saúde e, geral.

3.2. Educação em Saúde, compreendendo:

3.2.1. Realização de uma prática educativa conjunta com os serviços de saúde e a comunidade, com a participação dos pacientes, no sentido de desenvolver análise crítica da situação de saúde existente, bem como propor e realizar ações para transformá-la.

3.2.2. Desenvolvimento de um trabalho articulado entre o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, visando o cumprimento da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, n.º 5.692/71, que prevê, no seu artigo 7.º, a inclusão dos programas de saúde nos currículos plenos das escolas de 1.º e 2.º graus, contemplando a hanseníase dentro das nosologias existentes, tendo em vista a incidência da doença no país.

3.3. Incentivo à pesquisa, com ênfase nas áreas abaixo determinadas como prioritárias:

3.3.1. As de caráter epidemiológico, que visam o melhor conhecimento da endemia hanseníase sob o ponto de vista de sua extensão e gravidade.

3.3.2. As de caráter operacional, que visam selecionar as melhores estratégias de controle.

3.3.3. As pesquisas aplicadas, que visam aprofundar os conhecimentos de novos métodos terapêuticos, diagnósticos e profiláticos.

3.3.4. As pesquisas que levantam os aspectos psicossociais e educacionais e subsidiem as ações de controle da hanseníase e a integração social do doente.

3.4. Atividades administrativas, compreendendo:

3.4.1. Ratificar em todos os níveis de atuação os princípios constitucionais do setor saúde com ênfase ao processo de municipalização.

3.4.2. Implantação do Programa de Controle da Hanseníase nas unidades sanitárias, abrangendo a rede de saúde dos órgãos Municipais, Estaduais e Federais; de modo a garantir a cobertura adequada em todo o território nacional.

3.4.3. Manutenção, implementação ou implantação de estruturas de gerenciamento da área de Dermatologia Sanitária, onde se insere o Programa de Controle da Hanseníase, no nível Nacional e Estadual, visando:

3.4.3.1. Definição conjunta de responsabilidades e níveis de atuação dos diferentes órgãos e instituições envolvidas no desenvolvimento de atividades do Programa, tais como:

- Secretarias Estaduais de Saúde;
- Prefeituras Municipais e suas respectivas Secretarias de Saúde;
- Ministérios: da Saúde, da Educação, do Trabalho e da Ação Social;
- Hospitais e entidades beneficentes, nacionais e internacionais;
- Organismos internacionais e outras entidades públicas e privadas.

3.4.3.2. Adequação das estratégias de ação às novas diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo em vista que a melhoria da prestação de serviços do setor é condição indispensável para a implantação das ações de controle da hanseníase, considerando, porém, certas especificidades dessas ações.

3.4.3.3. Implementação do sistema de informação como subsídio maior no processo de avaliação nos níveis nacional, macrorregional, estadual, municipal e local, utilizando-se os indicadores epidemiológicos e operacionais normatizados.

3.4.3.4. Descentralização administrativa do Programa Nacional, através da designação de comitê assessor para o nível nacional, constituídos por elementos com representatividade nacional e regional.

3.4.3.5. Fornecimento às Secretarias de Saúde, e distribuições pelas mesmas, dos medicamentos específicos, imunobiológicos e outros insumos, segundo as normas estabelecidas nas instruções técnicas a serem baixadas.

3.4.3.6. Atuar junto aos Conselhos Estaduais e/ou Municipais de Saúde com vistas a garantir os recursos financeiros necessários ao desenvolvimento das atividades de controle do programa nos diversos níveis.

4 — PARA A CONSECUÇÃO DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES PREVISTAS, DEVERÃO SER OBEDECIDAS AS SEGUINTEs ESTRATÉGIAS:

4.1. A execução do Programa integrado de Hanseníase será feita pela unidade federada, com o apoio da Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária-

CENEPI/FNS/MS, e deverá ser desenvolvida na rede do serviço do Sistema Único de Saúde em consonância com a atual política de saúde.

4.2. A atenção hospitalar aos doentes de hanseníase de qualquer forma clínica, quando indicada, deverá ser assegurada em hospitais gerais da rede pública ou conveniada, sendo desnecessárias medidas específicas de isolamento e desinfecção.

4.3. Implementação dos antigos hospitais, asilos e colônias, com base nas Instruções Normativas vigentes e respeitadas as peculiaridades regionais e locais.

4.4. Garantir a representação dos pacientes na tomada de decisões que interferiram diretamente nas questões que lhes digam respeito.

4.5. Os médicos privados ou vinculados a instituições públicas ou privadas, que tratam doentes de hanseníase, devem informar além da notificação compulsória prevista em lei, os dados de acompanhamento dos doentes e seus contatos à autoridade sanitária local, de acordo com as normas vigentes.

4.6. Permanece inalterada a denominação oficial da doença no Brasil (HANSENIÁSE), e seus derivados.

4.7. Caberá à FNS encaminhar documentos informativos sobre hanseníase às diversas entidades religiosas e eclesiais e, devidamente articulada com a Coordenadoria de Comunicação Social, aos meios de comunicação de massa, acerca dos atuais conhecimentos científicos sobre a doença, evitando que estes veículos venham a utilizar informações ultrapassadas e ou termos pejorativos.

4.8. Os projetos de pesquisa financiados e ou executados por entidades particulares nacionais e internacionais, deverão ser submetidos ao conhecimento e apreciação dos órgãos técnicos responsáveis pelo Controle da Hanseníase, nos níveis Estadual e Federal, e aprovados formalmente pelas instituições envolvidas na execução dos mesmos.

II — As normas estabelecidas por esta Portaria deverão ser observadas pelas Secretarias de Saúde, nos termos da Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975.

III — Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Portaria Ministerial nº 498, de 09 de outubro de 1987.

Alceni Guerra

Portaria n.º 1482/GM de 19 de agosto de 1991

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e tendo em vista a necessidade de implementar as ações de controle da hanseníase, previstas na Portaria Ministerial n.º 1481, de 19/08/91, publicada no Diário Oficial de 23/08/91.

RESOLVE:

1. Instituir um Comitê, de caráter consultivo, sob a presidência do primeiro membro, com a finalidade de assessorar a Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária na identificação de prioridades, formulação de diretrizes nacionais na área de Dermatologia Sanitária, fundamentadas em avaliações sistemáticas e coerente com a atual política de saúde.

Quanto à composição do Comitê Assessor da Dermatologia Sanitária:

- Gerson Oliveira Penna — Gerente Técnico Nacional de Dermatologia Sanitária;
- Francisco Augusto Vieira Nunes — Coordenador Nacional do Movimento de Reintegração do Hanseniano — MORHAN;
- Alfredo Boechat Marques — Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária/Secretaria de Estado da Saúde e Higiene do Rio de Janeiro;
- Célia Rolim de Castro — Secretaria de Estado da Saúde do Ceará;
- Célio Marinho de Paula Motta — Secretaria de Estado da Saúde e Higiene do Rio de Janeiro;
- Diltor Vladimir de Araújo Opromolla — Instituto "Lauro de Souza Lima"/Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo;
- Elídia Ribeiro Bentes Soares — Fundação Nacional de Saúde — Goiás;
- Euzenir Nunes Sarno — setor de Hanseníase/Fundação Oswaldo Cruz/MS — Rio de Janeiro;
- Jair Ferreira — Secretaria de Estado da Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul;
- Maria Angela Alcalde Torrecilla — Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas;
- Maria Aparecida de Faria Grossi — Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais;
- Maria da Graça Cunha — Instituto de Dermatologia Tropical e Venerologia "Alfredo da Mata" — Secretaria de Estado da Saúde do Amazonas;
- Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira — Universidade Federal do Rio de Janeiro;
- Marlene Santos Barrozo — Legião Brasileira de Assistência — Rio de Janeiro;

- Sérgio Fonseca Tarlé — Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social do Paraná;
- Sinésio Talhari — Fundação Universidade Federal do Amazonas;
- Vera Lúcia Gomes de Andrade — Secretaria de Estado da Saúde e Higiene do Rio de Janeiro.

2. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Alceni Guerra

Portaria n.º 1401, de 14 de agosto de 1991

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

1. Revogar a Portaria n.º 01/DNDS, de 07 de novembro de 1989.
2. Expedir novas instruções normativas visando o desenvolvimento de ações destinadas à orientação e acompanhamento de execução do Programa de Controle da Hanseníase em todo o território nacional, de acordo com a Portaria n.º 1481, de 19/08/91, publicada no Diário Oficial de 23/08/91.
3. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ALCENI GUERRA

Polystyrene, no 14 de agosto de 1991

O primeiro passo de cada projeto de pesquisa

RESUMO

J. Barros & G. de S. Barros, 1991

A pesquisa em polímeros é uma área multidisciplinar que envolve conhecimentos de física, química, engenharia e ciência dos materiais. Este trabalho apresenta uma revisão dos aspectos fundamentais da polimerização de estireno, com ênfase nos aspectos de cinética e termodinâmica.

O presente trabalho tem como objetivo principal discutir os aspectos fundamentais da polimerização de estireno, com ênfase nos aspectos de cinética e termodinâmica.

Palavras-chave:

INSTRUÇÕES NORMATIVAS

Regulamentação referente à Portaria GTNDS nº de 1991.

1. O Controle da Hanseníase será orientado para os seguintes objetivos:

1.1 DETECÇÃO DE CASOS

Através do atendimento da demanda espontânea, verificação de notificações e, busca ativa, através do exame de contatos. O exame de coletividade é indicado nas áreas onde a prevalência for igual ou superior a 10 casos por 1.000 habitantes.

Classificação de doentes para efeitos operacionais = { PAUCIBACILARES (PB)
Tuberculóide (T)
Indeterminado (I) Mitsuda positivo
Baciloscopia (-) negativa

{ MULTIBACILARES (MB)
Virchowiano (V)
Dimorfo (D) e
Indeterminado (I) Mitsuda negativo
Baciloscopia (+) positiva

Obs.: A forma clínica indeterminada, com Mitsuda negativo, embora apresente baciloscopia negativa, está incluída entre os multibacilares (MB) por ser potencialmente MB. O teste de Mitsuda está recomendado para agrupar os indeterminados em Pauci e Multibacilares com vistas a estabelecer o esquema terapêutico.

Classificação de contatos:

— segundo tipo de convivência { intradomiciliar
extradomiciliar

— segundo a classificação do caso índice { multibacilar
paucibacilar

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.

1.2. VIGILÂNCIA DOS CONTATOS

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

1.2.1. Exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, de todas as formas clínicas, adotando a seguinte conduta, de acordo com o tipo de contato:

- **Contato intradomiciliar dos casos multibacilares** — deve ser mantido sob vigilância, pelo período de 5 anos, com revisões anuais, e, após esse período, deverá ser liberado com as devidas orientações.
- **Contato intradomiciliar dos casos paucibacilares** — após o primeiro exame, o contato indene deverá ser liberado com as devidas orientações.

1.2.2. **Utilização do teste de Mitsuda** não é recomendado nos contatos, já que esses devem ser igualmente submetidos à vigilância sanitária (exame anual, independentemente da probabilidade de adoecer de uma ou outra forma clínica de hanseníase).

1.2.3. **Utilização do BCG** deverá ser aplicado a todos os contatos intradomiciliares V e D, independente de cicatriz vacinal por BCG e idade, em duas doses com intervalo de 1 ano calendário, visando aumentar a proteção deste grupo de risco.

1.3. TRATAMENTO ESPECÍFICO

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

ESQUEMAS TERAPÊUTICOS/OMS

1.3.1. Esquema Padrão (Poliquimioterapia)

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Rifampicina (RFM)	600mg Uma vez por mês, supervisionadas	600mg Uma vez por mês, supervisionadas
Dapsona (DDS)	100mg Uma vez ao dia, auto-administradas	100mg Uma vez ao dia, auto-administradas
Clofazimina (CFZ)	—	300mg Uma vez ao mês, supervisionadas + 100mg em dias alternados ou 50mg diários — auto-administradas
Seguimento dos casos	Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada, e o período mínimo de tratamento de 6 doses mensais. Para alta, aplicar os critérios de cura.	Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada e o período mínimo de tratamento de 24 doses mensais, ou até a negatificação baciloscópica. Revisão dermatoneurológica e baciloscópica na 12. ^a e 24. ^a doses. Para alta, aplicar os critérios de cura.

1.3.2. Esquemas alternativos (na impossibilidade absoluta de utilizar o esquema padrão acima descrito).

1.3.2.1. Na impossibilidade absoluta de utilizar Dapsona.

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Rifampicina (RFM)	600mg Uma vez por mês, supervisionadas	600mg Uma vez por mês, supervisionadas
Clofazimina (CFZ)	100mg diários, auto-administradas	300mg Uma vez por mês, supervisionadas + 100mg em dias alternados, ou 50 mg diários auto-administradas.
*Etionamida (ETH)	—	250mg diários, auto-administradas
Seguimento dos casos	O mesmo do esquema padrão	O mesmo do esquema padrão

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

1.3.2.2. Na impossibilidade absoluta de utilizar Clofazimina.

DROGA	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
Rifampicina (RFM)	600mg Uma vez por mês, supervisionadas	600mg Uma vez por mês, supervisionadas
Etionamida (ETH)	250mg diários auto-administradas	250mg diários auto-administradas
Dapsona (DDS)	—	100mg diários, auto-administradas
Seguimento dos casos	O mesmo do esquema padrão	O mesmo do esquema padrão

1.3.3. DOSES (EM mg) INFANTIS POR FAIXA ETÁRIA

PAUCIBACILARES

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

MULTIBACILARES

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

1.3.4. Tratamento de Gestantes.

Em que pese a recomendação, no sentido de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os hansenostáticos (RFM, CFZ e DDS) têm sido usados, sem relatos conclusivos acerca de complicações para o feto e a gestante. Vale ressaltar a ocorrência de surtos reacionais, e, às vezes, a eclosão da doença durante a gravidez, exigindo a instituição da terapêutica específica.

Os corticosteróides estão indicados nas intercorrências reacionais, tendo em vista a **total contra-indicação do uso da Talidomida**.

1.3.5. Seguimento dos casos.

1.3.5.1. Situações que deverão ser observadas. **Caso inativo** (critérios de inativação) — Todo doente de hanseníase que não mais apresente sinal de atividade clínica da doença e tenha baciloscopia negativa.

Paucibacilares — após inativação clínica deverão receber **alta por cura**, significando portanto, saída do registro ativo, já que o paciente não mais será computado nos coeficientes de prevalência.

Multibacilares — após inativação clínica e baciloscópica deverão receber **alta por cura**.

Os doentes com seqüelas também deverão sair do registro, desde que satisfaçam os critérios estabelecidos para a alta, devendo, no entanto, continuar a receber tratamento fisioterápico e de reabilitação psicossocial, quando necessário.

Reativação — é constatada quando os pacientes desenvolvem novos sinais da doença, durante o tratamento quimioterápico.

Conduta: verificar se as orientações terapêuticas vêm sendo adequadamente seguidas pelo paciente; orientá-lo, revisar seu estoque de medicamentos, validade e, até, a concentração da droga usada. Suspeitar de sulfonoresistência.

Recidiva — é constatada em pacientes que, após a alta por cura, desenvolvem sinais de atividade da doença.

Conduta: avaliar os critérios adotados para a alta, reiniciar o tratamento indicado e dar entrada do paciente no registro ativo.

1.3.6. Sinais de atividade.

Lesões cutâneas

Novas lesões

Eritema e infiltração

Ulceração das lesões (não traumáticas)

Episódios reacionais (especialmente reação tipo II)

Lesões neurais

Espessamento e/ou hiperestesia de nervos e/ou troncos nervosos previamente normais.

Paresia ou paralisia de músculo não afetados anteriormente.

Novas áreas anestésicas ou acentuação da alteração da sensibilidade em áreas anteriormente afetadas.

1.3.7. Tratamento dos estados reacionais.

- só suspender a medicação específica nos casos em que o comprometimento geral do paciente assim o recomende;
- dar atenção especial aos nervos acometidos;
- dar atenção especial aos olhos;
- realizar atendimento freqüente do paciente e orientá-lo adequadamente, dependendo da gravidade da reação;
- efetuar hospitalização do paciente sempre que houver comprometimento do seu estado geral e/ou complicação neural;
- a hospitalização do paciente de hanseníase, quando indicada, deve ser feita em hospitais gerais, devendo a destinação de leitos em cada estado ser compatível com as necessidades locais.

1.3.7.1. Reação do tipo I ou reação reversa.

Recomenda-se o uso de Prednisona na dosagem de 40 a 60mg, em única ingestão, pela manhã, até a melhora acentuada do quadro reacional; a partir daí, a dosagem deverá ser reduzida, gradual e periodicamente. A dose mínima deve ser mantida, du-

rante 2 meses. No caso de utilização do outro corticóide, observar a tabela de equivalência.

Situações a serem observadas:

- os pacientes paucibacilares que apresentarem episódio reacional com ou sem neurite após alta por cura devem iniciar o tratamento indicado para a reação.
- os pacientes multibacilares que apresentarem episódio reacional com ou sem neurite após alta por cura devem iniciar o tratamento indicado para a reação.

1.3.7.2. Reação tipo II ou eritema nodoso (hansenótico).

Recomenda-se o uso da Talidomida na dosagem de 100 a 400mg/dia, conforme avaliação clínica; mantendo a dose inicial até a remissão clínica do quadro reacional. A partir da remissão reduzir a dose do medicamento a intervalos fixos, conforme avaliação clínica. **É totalmente contra-indicado o uso da Talidomida em mulheres em idade fértil**, devido a seus conhecidos efeitos teratogênicos.

Indica-se o uso de corticosteróides, na dosagem recomendada para reação tipo II, nas seguintes situações:

1. comprometimento grave de troncos nervosos e lesões oculares;
2. mão e pé reacionais — no caso de mão reacional, observar a imobilização da mão em posição funcional;
3. eritema polimorfo (reações tipo I e II);
4. lesões infiltradas em trajeto de nervos;
5. orquite e suspeita de comprometimento renal;
6. outras situações em que a Talidomida não possa ser usada, tais como paciente do sexo feminino em idade fértil;
7. reações que não respondem à Talidomida.

Durante os episódios de neurite aguda recomenda-se imobilizar o segmento afetado e encaminhamento posterior para prevenção de incapacidades.

1.3.8. Efeitos colaterais e/ou adversos das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase.

RIFAMPICINA:

Cutâneos: rubor na face e pescoço, prurido e "rash" cutâneo generalizados.

Gastrointestinais: diminuição do apetite, náuseas, ocasionalmente vômitos e diarreias, dor abdominal leve. Estes sintomas provavelmente ocorrerão quando a droga for ingerida em jejum.

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

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

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

Síndrome Pseudogripal: Rara. Manifesta-se por febre, calafrios e mialgias, podendo incluir eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque.

Observação:

A utilização da Rifampicina pode provocar diminuição da vida média da prednisona, da quinidina, do ketoconazol, do propranolol, da digitoxina, do metoprolol, do clofibrato e da sulfoniluréia (hipoglicemiante oral), além de diminuir a eficácia terapêutica dos anticoagulantes tipo cumarínico, dos contraceptivos orais e de diminuir a excreção biliar dos meios de contraste utilizados para visualização da vesícula biliar.

CLOFAZIMINA:

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

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

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

Gastrointestinais: Diminuição da peristalse e dor abdominal podem ocorrer devido a depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e gânglios linfáticos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. Se os sintomas são severos, a droga deve ser interrompida e reiniciada após regressão completa do quadro clínico. Estes parafeitos são encontrados normalmente com doses superiores a 100mg/dia por períodos prolongados.

DAPSONA:

Metahemoglobinemia: Cianose, dispnéia, taquicardia, cefaléia, fadiga, desmaios, náuseas, anorexia e vômitos. A ingestão do medicamento deve ser interrompida e o paciente encaminhado imediatamente ao hospital de referência.

Cutâneos: síndrome de Stevens Johnson's, dermatite esfoliativa ou eritrodermia. Implica a interrupção definitiva do tratamento com Dapsona.

Hepáticos: icterícias. Nestes casos, o uso da Dapsona deve ser interrompido e o paciente encaminhado ao hospital de referência.

Neurológicos: incluem neuropatia periférica e, raramente, quadros psicóticos. No caso de neuropatias, recomenda-se o uso de vitamina B₆. Apresentando-se quadros psicóticos, a administração do medicamento deve ser interrompida e o paciente encaminhado ao hospital de referência.

Insônia: desaparece após algum tempo — o paciente deve ser orientado para ingerir a Dapsona pela manhã ou no almoço.

Anemia Hemolítica: este parafefeito não ocorre na dose preconizada (1,5mg/kg/dia), salvo em indivíduos com deficiência da enzima glicose - 6 - fosfato - desidrogenase (G-6-PD). A conduta a ser adotada é a suspensão da dapsona.

ETIONAMIDA/PROTIONAMIDA:

Gastrointestinal: anorexia, salivação excessiva, gosto metálico na boca, náuseas, vômitos, estomatite e diarreia.

Hepáticos: Hepatite, icterícia. O aparecimento de icterícia deve levar à suspensão da droga imediatamente.

As Tioamidas são potencialmente HEPATO-TÓXICAS, principalmente quando associadas a Rifampicina, particularmente se o paciente for **alcoólatra** ou tiver história prévia da doença hepática. A utilização da Etionamida/Protionamida **impõe** exame clínico e a avaliação laboratorial da função hepática antes e mensalmente durante o tratamento; em caso de sorologia positiva para hepatite, não usar essa associação.

TALIDOMIDA:

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

Em virtude da Rifampicina diminuir a ação dos contraceptivos orais, **recomenda-se a não utilização da talidomida em pacientes do sexo feminino em idade fértil.**

CORTICOSTERÓIDES:

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

Gastrointestinais: gastrites, úlcera péptica.

Outras manifestações:

Agravamento de infecções latentes, acne cortisonica e psicoses.

Os pacientes deverão ser orientados durante o tratamento para as possíveis intercorrências descritas, e a equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o diagnóstico e a conduta adequada em cada caso.

1.3.9. Os insumos e medicamentos específicos deverão ser distribuídos para todas as instituições de saúde, públicas e privadas, que se responsabilizarem pelo tratamento e controle da hanseníase, devendo ser **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 da unidade federada;
- obrigatoriedade na notificação dos casos novos à autoridade sanitária competente, e outras informações que se fizerem necessárias para a avaliação da endemia na região.

O fornecimento da medicação específica poderá ser suspenso a qualquer tempo, uma vez comprovado o não cumprimento das condições acima.

1.4. PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Todos os doentes de hanseníase, independentemente da forma clínica, deverão ser avaliados no momento do diagnóstico e, no mínimo, uma vez por ano, classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentem. Toda atenção deve ser dada ao diagnóstico precoce do comprometimento neural e para tanto os profissionais de saúde e pacientes devem ser orientados para uma atitude de vigilância do potencial incapacitante da Hanseníase. Tal procedimento deve ter em vista o tratamento adequado para cada caso, e a prevenção de futuras deformidades.

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.

1.4.1. Ações simples de tratamento e prevenção de incapacidades físicas por técnicas simples deverão ser executadas pelos serviços básicos de saúde, inclusive por pessoal auxiliar, devidamente treinados e sob supervisão técnica adequada. X

1.4.2. Ações de média complexidade para tratamento e prevenção de incapacidades físicas, além das descritas acima, deverão ser executadas pelos serviços de saúde que disponham de recursos de fisioterapia.

1.4.3. Ações complexas, além das já descritas (cirurgias, readaptação profissional), deverão ser executadas, indistintamente, pelos centros gerais e especializados de reabilitação. Para tanto, recomenda-se a organização de um sistema regional e multiinstitucional de referência e contra-referência, de maneira a permitir a todos os doentes de hanseníase o acesso ao tratamento, com vistas à recuperação e reintegração social dos mesmos.

1.5. EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

Considerando-se que a educação em saúde, enquanto prática transformadora, deve ser inerente a todas as atividades da equipe de saúde no controle da hanseníase, nas relações que se estabelecem entre a rede de serviços e os usuários, recomenda-se que: X

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

1.5.2. A prática educativa permite a construção e reconstrução de saberes entre a equipe de saúde, clientes, usuários dos serviços de saúde e grupos de população.

1.5.3. Em todas as Áreas de Saúde, os conteúdos técnicos e científicos devem ser discutidos, de forma a incentivar o autoconhecimento do corpo, propiciando a ree laboração de conceitos que facilitem o reconhecimento precoce dos sinais ou sintomas da hanseníase.

1.5.4. Em todos os níveis de atendimento ao doente de hanseníase devem ser discutidos e analisados, com o mesmo, os efeitos e parafefeitos dos medicamentos, adequando-se o seu uso a cada caso.

1.5.5. As equipes de saúde devem ser capacitadas, através do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e outras instituições de saúde, para o desempenho de sua função educativa com metodologias participativas e problematizadas, que permitam a reflexão, a vivência de experiências críticas e o compromisso social com o usuário a que serve.

1.5.6. O Ministério da Saúde coordenará com o apoio das demais instituições, um programa nacional, sistematizado e contínuo, de divulgação de massa, garantindo informação e esclarecimentos à população sobre a problemática da hanseníase dentro de um programa global de Saúde.

1.5.7. A Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde encaminharão documentos informativos sobre a hanseníase para as diversas entidades religiosas e/ou filantrópicas e meios de comunicação de massa, visando maximizar os conhecimentos científicos atuais sobre a doença, evitando que estes veículos venham a utilizar informações ultrapassadas e/ou termos pejorativos.

1.5.8. O Ministério da Saúde, através da Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária e a Coordenação de Recursos Humanos, faça gestões junto ao MEC para a inclusão da hanseníase nos conteúdos programáticos das universidades, com definição de carga horária teórica e prática, de acordo com a especificidade dos diversos cursos e as realidades regionais.

1.5.9. A Gerência Técnica Nacional de Dermatologia Sanitária e a Coordenação Nacional de Educação em Saúde desenvolvem um trabalho articulado com o Ministério da Educação, Secretarias de Saúde e Secretarias de Educação, visando contemplar o estudo da hanseníase dentro das nosologias existentes dos programas de saúde das escolas de 1º e 2º graus.

1.5.10. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem estimular as pesquisas sobre os aspectos psicossociais e educacionais relacionados com a problemática da hanseníase, através de apoio financeiro e gestões junto aos órgãos competentes.

1.5.11. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde devem estimular a produção de materiais de apoio, com a participação dos usuários e das organizações comunitárias que subsidiem o processo educativo nas ações de controle da hanseníase, bem como de outras doenças estigmatizantes.

Parágrafo único — Sempre que se fizer necessário, visando a devida compreensão do que vem a ser hanseníase, poderá ser feita sua relação com os termos existentes na terminologia popular, adequando-a à científica. X

2 — INDICADORES RECOMENDADOS PARA ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE DA HANSENÍASE.

Os seguintes indicadores são considerados como de grande utilidade e de aplicação imediata, já que os dados necessários para o seu cálculo podem ser disponíveis em todas as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

2.1. Epidemiológicos.

2.1.1. — Coeficiente de detecção anual de casos novos = $\frac{\text{Casos novos detectados no ano}}{\text{População em 1º de julho}} \times 100.000$

Utilidade — Determinar a tendência secular e medir a intensidade das medidas de detecção.

2.1.2. — Coeficiente de prevalência registrada no final do ano = $\frac{\text{Casos em registro ativo em 31 de dezembro}}{\text{População em 31 de dezembro}} \times 1.000$

Utilidade — Medir a magnitude da doença.

2.1.3. — Proporção de menores de 15 anos entre casos novos = $\frac{\text{Casos novos em menores de 15 anos}}{\text{Total de casos novos detectados}} \times 100$

Utilidade — Determinar a tendência da endemia.

2.1.4. — Proporção de casos novos de forma T em relação aos casos V, D e T = $\frac{\text{Casos novos forma T}}{\text{Casos novos de formas V, D e T}} \times 100$

Utilidade — Determinar a tendência da endemia.

2.1.5. — Proporção de forma I entre os casos novos = $\frac{\text{Casos novos forma I}}{\text{Total de casos novos}} \times 100$

Utilidade — Medir a eficiência das atividades para detecção precoce de casos.

2.1.6. — Proporção de doentes com deformidades entre os casos novos avaliados = $\frac{\text{Casos novos com grau de incapacidade II e III}}{\text{Casos novos com grau de incapacidade avaliado}} \times 100$

Utilidade — Estimar a eficiência das atividades para a detecção precoce de casos.

$$2.1.7. \text{ — Proporção de doentes com deformidades entre os casos em registro ativo avaliados} = \frac{\text{Doentes em registro com grau de incapacidade II e III}}{\text{Doentes em registro com grau de incapacidade avaliado}} \times 100$$

Utilidade — Estimar a transcendência do problema no ano de referência.

$$2.1.8. \text{ — Proporção de casos V e D com baciloscopia positiva} = \frac{\text{Casos V e D cuja última baciloscopia do ano foi positiva}}{\text{Casos V e D submetidos a baciloscopia no ano}} \times 100$$

Utilidade — Estimar a eficácia do tratamento quimioterápico nos casos contagiantes e a prevalência das fontes de contágio.

$$2.1.9. \text{ — Proporção de pacientes curados com seqüelas} = \frac{\text{Altas por cura no ano com grau de incapacidade II e III}}{\text{Altas por cura no ano com grau de incapacidade avaliado}} \times 100$$

Utilidade — Estimar a capacidade que os serviços de saúde têm de curar o paciente com o mínimo de seqüelas possível.

2.2. Operacionais.

$$2.2.1. \text{ — Proporção de doentes atendidos} = \frac{\text{Doentes atendidos}}{\text{Doentes sob registro}} \times 100$$

Utilidade — Medir a capacidade dos serviços de dar cobertura à população de hanseíase.

$$2.2.2. \text{ — Proporção de casos novos com grau de incapacidade avaliado} = \frac{\text{Casos novos com grau de incapacidade avaliado}}{\text{Total de casos novos}} \times 100$$

Utilidade — Medir a qualidade do atendimento dos serviços.

$$2.2.3. \text{ — Proporção de doentes em registro ativo com grau de incapacidade avaliado no ano de referência} = \frac{\text{Doentes em registro com grau de incapacidade avaliado no ano}}{\text{Total de doentes em registro}} \times 100$$

Utilidade — Medir a qualidade do atendimento dos serviços.

$$2.2.4. \text{ — Proporção de doentes V e D submetidos a baciloscopia} = \frac{\text{Doentes V e D em registro submetidos a baciloscopia no ano}}{\text{Doentes V e D em registro}} \times 100$$

Utilidade — Medir a qualidade do atendimento dos serviços.

$$2.2.5. \text{ — Proporção de exames entre os contatos intradomiciliares de casos novos} = \frac{\text{Contatos intradomiciliares de casos novos examinados no ano}}{\text{Total de contatos intradomiciliares de casos novos registrados no ano}} \times 100$$

Utilidade — Medir a eficiência das ações de vigilância.

3 — ASPECTOS SOCIAIS DA HANSENÍASE

Tendo em vista a magnitude do problema social que envolve as pessoas portadoras de hanseníase e/ou suas seqüelas, deve-se evitar a desinserção do paciente da sociedade recomendando-se para tanto:

3.1. Efetuar assistência adequada nos níveis individual e familiar, sem discriminação por parte dos serviços de saúde, e, sempre que se fizer necessário, permitir o seu acesso a equipes multiprofissionais constituídas por: médico, enfermeiro, assistente social, educador, psicólogo, fisioterapeuta ocupacional, laboratorista, agente de saúde e outros profissionais de saúde. Esses profissionais deverão estar devidamente capacitados e alicerçados com os recentes conhecimentos técnicos e científicos da área.

3.1.2. Promover a preservação da unidade familiar e a manutenção do vínculo social através dos seguintes procedimentos:

3.1.2.1. Manutenção da prática de não afastar os filhos do convívio com os pais portadores de hanseníase.

3.1.2.2. Garantia dos procedimentos preconizados nos programas materno-infantis, sem nenhuma discriminação aos filhos dos doentes de hanseníase.

3.1.2.3. Promoção de ações junto ao núcleo familiar, objetivando a compreensão e participação do mesmo na problemática da hanseníase.

Observação:

Reintegração Social — é o processo de restabelecimento do pleno exercício dos direitos e deveres da cidadania, a partir de uma ação social organizada.

Reabilitação psicossocial — é o processo de habilitação do indivíduo ao convívio social, mediante ação técnico-científica, objetivando o desenvolvimento de sua potencialidade remanescente.

Reinserção Social — é a ação técnico-social voltada para a eliminação das restrições institucionais que limitam o pleno exercício da cidadania.

3.2. Estimular a atividade laborativa do paciente através de ações junto às empresas, instituições e classes trabalhadoras, no sentido de:

3.2.1. Evitar a discriminação do paciente no tocante ao acesso ao trabalho e à capacitação ou habilitação profissional.

3.2.2. Garantir a manutenção dos doentes no trabalho, independente da forma clínica observada.

3.2.3. Promover a readaptação profissional dos doentes em outras funções compatíveis, quando indicado. Para tanto, deve-se contactar instituições como os Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs) e promover a eliminação das barreiras porventura existentes, visando o bom atendimento dos doentes de hanseníase nesses locais.

3.2.4. A reabilitação deverá processar-se visando principalmente, a integração do doente de hanseníase e curado com seqüelas no processo produtivo, sempre que este apresente capacidade total ou parcial de trabalho, garantindo aos não reabilitados a assistência social necessária de acordo com as necessidades individuais.

3.3. Visando a manutenção de uma vida digna às pessoas definitivamente incapacitadas para o trabalho, independentemente de terem ou não contribuído para o Instituto Nacional de Seguridade Social ou congêneres, deverá ser dado apoio aos grupos organizados de deficientes em geral, entre os quais se incluem as organizações dos doentes de hanseníase, no sentido de aquisição dos meios que lhes garantam a subsistência e/ou amparo pela legislação previdenciária aos âmbitos federal e municipal.

Para a consecução desses fins, recomenda-se a criação de grupos de trabalho nos diversos estados, com a inclusão de representantes dos pacientes de hanseníase.

Tais grupos deverão articular as instâncias competentes das diferentes instituições, visando a que nas concessões e ou cessações de benefícios sejam também levados em consideração, além dos aspectos clínicos e profissionais, os aspectos sociais de cada caso.

3.4. Objetivando o contínuo combate às práticas delituosas ou não, realizadas tanto por pessoas físicas como 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 de Estado da Saúde e órgãos afins a adoção das seguintes ações:

3.4.1. Esclarecer a população sobre o que vem a ser hanseníase e seu controle, através de seminários, cursos, treinamentos e mensagens nos meios de comunicação de massa.

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

3.5. Face ao conhecimento científico e à nova política de controle da hanseníase, que tem por objetivo o fim do isolamento e a reintegração social dos pacientes, o atendimento dos mesmos deve ser eminentemente ambulatorial. Quando necessária, contudo, a internação deverá ser realizada em hospitais gerais, reservando-se os hospitais especializados apenas para os casos de indicação específica, considerando-se as seguintes recomendações:

3.5.1. Reestruturar as áreas atuais e antigas dos asilos-colônia, mesmo os que tiveram sua denominação alterada, respeitando-se as peculiaridades de cada um e garantindo-se, ainda, a participação dos moradores e entidades representativas nas decisões, de forma a contemplar desdobramentos abaixo:

a) **área hospitalar** — deve ser recuperada e transformada em centros de referência de dermatologia sanitária e/ou centros de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, de acordo com as necessidades e características da rede de serviços de saúde local.

b) **área asilar** — deve ser mantida dentro dos padrões exigidos pelo Ministério da Ação Social, no tocante aos recursos materiais, humanos e área física, garantindo-se, prioritariamente, vagas aos usuários dos serviços de hanseníase que, comprovadamente, não apresentem condições para a reinserção social. Para tal prioridade, recomenda-se a adoção dos critérios abaixo, sugerindo-se a exigência de, no mínimo, dois deles para a caracterização de um caso elegível.

- idade superior a 60 anos;
- desvinculação da Previdência Social;
- desagregação familiar (abandono);
- ausência de renda própria;
- incapacidade física e psíquica para atividades laborativas.

Não menos importante, são os contatos com os demais órgãos do governo, de caráter assistencial e/ou filantrópico, com vistas à cobertura de vagas nos demais asilos para os pacientes e curados com seqüelas de hanseníase, de acordo com os critérios anteriormente estabelecidos.

c) **área comunitária** — compreendendo-se por área construída ou não, dos asilos-colônias, não utilizada, para a prestação de serviços de saúde e assistência (hospitais, ambulatórios, asilos, etc.). Deve-se proceder entendimentos com vistas à cessão das terras compreendidas nessa área, objetivando sua titulação aos pacientes ocupantes ou retirados à revelia, de acordo com a legislação estadual pertinente.

A integração progressiva dessas áreas à comunidade circundante deverá efetuar-se através de um trabalho articulado com a esfera municipal da região, no sentido de que esta assuma os encargos assistenciais dessa comunidade, sem discriminação.

3.6. O atendimento integral do paciente de hanseníase deverá ser garantido através de entendimentos junto aos órgãos públicos e entidades privadas no sentido de:

3.6.1. Apoiar e reforçar a reorganização dos serviços de saúde, com base nos princípios e estratégias das ações integradas, garantindo-se o atendimento integral dos usuários, independente das formas clínicas, nos diferentes níveis de atenção.

3.6.2. Estimular acordos, convênios e projetos de trabalho sobre hanseníase entre as diversas instituições de saúde, adaptando-as às peculiaridades da doença.

3.6.3. Implementar o processo de reabilitação social através de entendimento com os órgãos do MTPS/INSS/INAMPS, e também filantrópicos, visando assegurar o pleno atendimento a todas as formas da doença, de acordo com os critérios técnicos estabelecidos pelas respectivas instituições.

Portaria nº 1402, de 14 de agosto de 1991

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições,

RESOLVE:

1. Expedir instruções normativas para diagnóstico, tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana, para o efeito de substituir integralmente os termos anteriores da Portaria nº 02, de 08 de novembro de 1989, publicada no Diário Oficial de 03/01/90.
2. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ALCENI GUERRA

NORMAS TÉCNICAS PARA DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E CONTROLE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

O controle da Leishmaniose Tegumentar será orientado para os seguintes objetivos:

- o diagnóstico do doente, através do atendimento de demanda, fornecimento de insumos para diagnóstico complementar, investigação de focos e recebimento de notificações;
- orientação terapêutica padronizada, com o fornecimento da medicação e acompanhamento do doente;
- a investigação epidemiológica dos focos e adoção de medidas profiláticas pertinentes;
- a educação em saúde, através da ação participativa envolvendo os usuários dos serviços de saúde, equipes técnicas e a população em geral, de modo a fomentar a percepção do problema e a necessidade dos recursos a serem aplicados em cada realidade.

1. DIAGNÓSTICO — Para qualquer das formas deve ser clínico, epidemiológico e laboratorial, exceto nas áreas onde não se dispõe de recursos laboratoriais.

1.1. Diagnóstico clínico — A forma ulcerada franca é a mais comum, caracteriza-se por úlcera, com bordas elevadas em moldura, fundo granuloso com ou sem exsudação e indolor. Outras formas encontradas são a úlcero-crostosa, impetigóide, úlcero-vegetante, verrucosa, tuberosa, liquenóide ou framboesiforme. Na fase inicial é freqüente a linfangite e/ou a adenopatia satélite às lesões. Quando existem lesões mucosas as

queixas são de obstrução e eliminação de crostas nasais, epistaxes, e ao exame, ulceração de septo nasal.

1.2. Diagnóstico epidemiológico — Baseia-se em informações sobre residência e procedência do paciente, residências anteriores, e atividades profissionais relacionadas com desmatamento. Em presença de lesões suspeitas de mucosas deve-se investigar a preexistência de lesão cutânea, e a procedência e atividade profissional do paciente, naquela ocasião.

1.3. Diagnóstico laboratorial — Baseia-se na evidenciação do parasita e em provas imunológicas.

1.3.1. Diagnóstico parasitológico.

A evidenciação do parasita é feito através de exames direto e indireto. Para a pesquisa direta são utilizados os seguintes procedimentos: escarificação, punção aspirativa, impressão por aposição e biópsia. O material deve ser colhido na superfície ou na borda interna de lesões novas; é raro o encontro de parasitas em lesões com mais de um ano. A identificação e tipagem do parasita através dos métodos abaixo é de grande utilidade na indicação terapêutica adequada. Entretanto, a tipagem só é possível em alguns centros de referência.

Para o cultivo o meio de escolha é o NNN, enriquecido com uma fase líquida de LIT-BHI, e o material pode ser obtido por punção-aspirativa ou por biópsia.

A inoculação em animais de laboratório é feita em hamster, principalmente nas patas posteriores.

Na histopatologia o diagnóstico de certeza só é dado quando se identifica o parasita nos tecidos.

1.3.2. O diagnóstico imunológico pode ser feito através de:

a) Intradermoreação de Montenegro, que traduz a resposta alérgica de hipersensibilidade celular retardada. É de grande valor presuntivo, dada a sua sensibilidade e especificidade, sendo positiva em mais de 90% dos casos de LTA. Nas lesões mucosas a reação é quase sempre positiva. Geralmente permanece positiva após o tratamento ou cicatrização espontânea da lesão, negativando nos indivíduos pouco reatores e nos precocemente tratados. Em áreas endêmicas deve ser valorizado, levando em consideração uma leishmaniose anterior ou, apenas exposição ao parasita sem doença.

Essa reação pode estar negativa de 1 a 4 meses após o início da lesão. É negativa na Leishmaniose anérgica.

- b) Imunofluorescência indireta (IFI).
- c) Testes imunoenzimáticos (ELISA).

As reações sorológicas de imunofluorescência indireta e os testes imunoenzimáticos (ELISA) são muitos úteis, principalmente nos casos com lesões extensas e múltiplas e no diagnóstico precoce das lesões mucosas secundárias ou primárias. A IFI apresenta reação cruzada com a leishmaniose visceral e a doença de chagas.

Após o tratamento e cura clínica da forma cutânea, os títulos caem ou desaparecem em alguns meses, podendo ser de utilidade no critério de cura.

Estes testes, são exeqüíveis em alguns centros de referência.

2. TRATAMENTO — A droga de primeira escolha é o antimônio pentavalente — antimoniato de N. Metil-glucamina (Glucantime). Atualmente não se recomenda a interrupção do Glucantime.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a dose deste antimônio seja calculada em mg/SbV/kg/dia, (SbV significa antimônio puro).

As apresentações comerciais são em ampolas de 5ml, que contém 425mg do antimônio puro. Portanto, cada ml contém 85mg do antimônio puro.

É indicado para tratamento de todas as formas de leishmaniose tegumentar, embora as formas mucosas e cutâneo-mucosas exijam maior cuidado, por apresentarem respostas mais lentas e maior possibilidade de recidivas.

Não havendo resposta satisfatória com o tratamento pelo antimônio pentavalente, as drogas de segunda escolha são as Anfotericina B e a Pentamidina, esta última em fase de introdução no Brasil.

2.1. Antimoniato de N-Metil-Glucamina (Glucantime).

a) Forma cutânea — a dose recomendada pela OMS varia entre 10mg e 20mg/SbV/kg/dia — sugere-se 15mg SbV/kg/dia (Ex.: 2amp. para um paciente de 60kg) durante 20 dias seguidos, por via intramuscular ou endovenosa, no final do dia, para possibilitar o repouso após a aplicação. Se não houver cicatrização completa após duas semanas do término do tratamento, o esquema deverá ser repetido. Persistindo o insucesso, o diagnóstico deverá ser reavaliado em serviço especializado.

Não deve ser administrada em gestantes.

A administração do Glucantime em pacientes com mais de 50 anos, ou ainda em portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias e doença de Chagas, pode desencadear toxicidade, exigindo vigilância permanente quanto ao eletrocardiograma, provas de função renal e provas de função hepática. O tratamento deverá ser suspenso uma vez constatadas alterações eletrocardiográficas persistentes ou progressivas, ou ainda alterações importantes nas provas de funções renal e hepática.

A medicação pode produzir alguns efeitos colaterais, as vezes exigindo a suspensão do tratamento. Entre eles temos: artralgia, mialgia, inapetência, náuseas, vômitos, plenitude gástrica, epigastralgia, pirose, dor abdominal, prurido, febre, fraqueza, cefaléia, tontura, palpitação, insônia, nervosismo, choque pirogênico, edema, herpes zoster e insuficiência renal aguda.

b) Forma mucosa deve ser tratada com 20mg SbV/kg/dia, durante 30 dias, ou pode prolongar-se até a cura clínica, com rigorosa vigilância do paciente, e sempre que possível deve ser feito em âmbito hospitalar.

— Não se obtendo resposta satisfatória, adotar uma das medicações alternativas — Anfotericina B ou Pentamidina.

2.2. Anfotericina B (Fungizon).

É a droga de segunda escolha, empregada quando não se obtém resposta ao tratamento com antimonial. É a mais eficaz nas manifestações mucosas da leishmaniose, sendo as recidivas menos freqüentes.

Apresentação: 1 frasco = 50mg.

Dose/Modo de Aplicação

Inicia-se com 0,5mg/kg/dia em dias alternados, aumentando gradualmente até a dose total de 1mg/kg, sem ultrapassar 50mg. Administração é feita por via endovenosa, gota a gota, lentamente (4 horas de infusão) diluída em soro glicosado a 5%, utilizando equipo em Y, sendo um frasco com anfotericina e outro com 50 a 100mg de hidrocortisona, para evitar a flebite. Deve ser administrada em dias alternados até a cura clínica, o que deve ocorrer quando atingir as seguintes doses totais: na forma cutânea, 1 a 1,5gr; nas formas mucosas e cutâneo-mucosa, 2,5 a 3gr.

Se necessário, esta dose total poderá ser elevada desde que o paciente esteja sob vigilância clínica rigorosa, acompanhada das provas laboratoriais que permitam avaliar, principalmente, a função renal.

Recomenda-se realizar avaliação clínica e laboratorial antes do início do tratamento, fazendo-se a avaliação cardiológica, exames bioquímicos para avaliação da função renal (dosagem de uréia, creatinina e K). Avaliação da função hepática (dosagem de bilirrubinas, transaminases e fosfatase alcalina) e hemograma. Essas avaliações deverão ser feitas semanalmente.

Em idosos a reavaliação da função renal e cardíaca deve ser feita 2 vezes por semana, desde que haja alterações.

É importante enfatizar que a medicação deve ser feita sob vigilância em serviços especializados, com o paciente hospitalizado.

Os efeitos colaterais de ocorrência mais freqüente (febre, anorexia, náuseas, vômitos e flebite) podem ser atenuados ou evitados com o uso de antipiréticos, antieméticos ou de 50 a 100mg de hidrocortisona, acrescentados ao soro.

É contra-indicada para administração em gestantes, cardiopatas, nefropatas e hepatopatas.

2.3. Isotionato de Pentamidina (Pentacarinat).

Apresentação: cada frasco contém 200mg.

A OMS recomenda, para todas as formas, administrar 4mg/kg/dia, via intramuscular, durante 5 ou mais semanas, dependendo da resposta clínica.

Experiência brasileira tem mostrado que, para a forma cutânea, ocasionada por *Leishmania guyanensis* obtém-se bons resultados terapêuticos, com poucos efeitos colaterais, utilizando-se a mesma dose e via de administração, porém, com apenas 3 aplicações e intervalo de dois dias entre cada aplicação.

A Pentamidina, face o seu efeito hipoglicemiante, deverá ser administrada após uma refeição.

As reações adversas mais frequentes são dor, induração e abscessos estéreis no local da aplicação, além de náuseas, vômitos, tonturas, adinamias, mialgias, cefaléia, hipotensão, lipotímias, síncope, hiperglicemia e hipoglicemia. Diabetes mellitus pode ocorrer a partir da administração da dose total de 1 grama.

Nas doses recomendadas pela OMS, sugere-se a realização do exame bioquímico para avaliação das funções renal (dosagem da uréia e da creatinina) hepática (dosagem das transaminases, bilirrubinas e fosfatase alcalina) e glicemia periodicamente, no curso do tratamento. O acompanhamento eletrocardiográfico, antes, durante e no final do tratamento é também recomendado.

É contra-indicada para gestantes, e para portadores de diabetes, insuficiência renal, insuficiência hepática, doenças cardíacas e crianças com menos de 8kg de peso.

3. CONTROLE DO TRATAMENTO — é feito principalmente pelo aspecto clínico das lesões, reepitelização das lesões ulceradas e regressão, nas formas mucosas a regressão de todos os sinais deve ser comprovada pelo exame otorrinolaringológico.

No tratamento com 3 doses de Pentamidina verifica-se a cicatrização das lesões, em média, 25 dias após a última injeção.

Laboratorialmente devemos considerar que a imunofluorescência indireta é útil para o diagnóstico, principalmente, na forma mucosa.

Títulos positivos persistentes são encontrados em pacientes com freqüentes recidivas, com potencialidade de desenvolver a forma secundária mucosa, ou em indivíduos que permanecem em áreas endêmicas.

Ainda não está suficientemente estabelecido um critério de cura parasitológica para a LTA.

4. MEDIDAS GERAIS DE CONTROLE DA LTA.

4.1. Medidas de atuação na cadeia de transmissão.

Para a elaboração de um programa de controle torna-se necessário a integração das diversas instituições que atuam na área, evitando-se duplicidade de ações e gastos desnecessários.

As características peculiares da LTA — a diversidade de agentes, reservatórios, vetores e situações epidemiológicas, indicam que as estratégias de controle devem ser flexíveis e distintas, de aplicação restrita, adequadas a cada região ou foco particular. A complexidade do controle se evidencia quando se consideram as inúmeras lacunas ainda existentes no conhecimento destes aspectos.

Para a seleção de estratégias adequadas a cada região geográfica deverá ser considerada a análise epidemiológica dos dados referentes a:

1. Notificação dos casos humanos quanto à forma clínica, sexo, idade, profissão e procedência;
2. Estudos entomológicos para definir as espécies vetoras, sua dispersão, graus de antropofilia e exofilia, infecção natural;
3. Estudos parasitológicos para definir a espécie do agente etiológico circulante no foco;
4. Estudos ecológicos para determinação dos reservatórios animais envolvidos.

Como resultados dessa análise, poderão ser desenvolvidas as seguintes ações:

a) Diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos, cuja competência é da rede básica de saúde, através do atendimento à demanda passiva, notificações e busca ativa em áreas de maior morbidade ou onde o acesso da população à rede é dificultada por diversos fatores.

b) Diagnóstico animal precoce e seguro para controle e/ou eliminação dos infectados.

c) Medidas de redução do contato homem-vetor, através de:

- medidas educativas — educação da comunidade;
- aplicação de inseticidas;
- medidas de proteção individual; e
- controle de reservatórios.

4.2. Vacina.

Com relação a utilização da vacina para Leishmaniose Tegumentar Americana quer para imunoprofilaxia quer para imunoterapia, em virtude dos resultados apresentados até o momento não serem conclusivos, sua utilização no território nacional, fica condicionada à autorização prévia do Ministério da Saúde.

5. DEFINIÇÃO DE RESPONSABILIDADES DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE NOS DIFERENTES NÍVEIS.

As ações de controle serão desenvolvidas a partir dos trabalhos conjuntos entre a Fundação Nacional de Saúde (controle de vetores, reservatórios e busca ativa) e a Rede Básica de Saúde (controle de doentes e busca ativa).

Tradicionalmente a SUCAM se responsabilizou por todas as atividades de vigilância epidemiológica, não só da Leishmaniose Visceral como também da Leishmaniose Tegumentar, em todos os níveis; trabalho que hoje está incorporado à Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Entretanto, o processo de descentralização em andamento no Sistema Único de Saúde (SUS), impõe a revisão das atribuições de cada instituição, com vistas à atuação conjunta e hierarquizada de todas as instituições de saúde.

Considerando as interfaces das instâncias técnicas da Fundação Nacional de Saúde, no que tange à normalização para o controle da Leishmaniose Tegumentar, faz-se necessário o planejamento e acompanhamento conjunto a nível nacional, desempenhando as seguintes atribuições:

- Normalização da vigilância epidemiológica, investigação e controle dos focos, através de inquérito e intervenções na cadeia epidemiológica.
- Distribuição de insumos críticos.
- Normalização em diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes de LTA, para a rede básica dos serviços de saúde.

Sendo assim, faz-se necessário que as Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais assumam gradualmente as suas funções de vigilância epidemiológica, aos agravos prevalentes nas respectivas regiões e de assistência aos portadores de Leishmaniose Tegumentar.

Do mesmo modo, a atuação do Estado requer que as estratégias de controle sejam estabelecidas de acordo com a realidade de cada Unidade Federada.

Implementar as atividades de referência da Leishmaniose Tegumentar Americana nos Centros de Zoonoses e Serviços de Referência de Dermatologia Sanitária com vistas a obtenção do impacto epidemiológico necessário.

El presente informe tiene como finalidad informar a la Junta de Gobierno del Centro de Estudios Científicos de Valdivia sobre el desarrollo de las actividades de investigación y docencia durante el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1985.

El informe está dividido en tres partes: la primera describe las actividades de investigación realizadas durante el periodo; la segunda describe las actividades de docencia; y la tercera describe las actividades de gestión.

Las actividades de investigación se realizaron en el marco de los proyectos de investigación que se encuentran en ejecución en el Centro de Estudios Científicos.

Las actividades de docencia se realizaron en el marco de los cursos de pregrado y posgrado que se imparten en el Centro de Estudios Científicos.

Las actividades de gestión se realizaron en el marco de las funciones que corresponden al personal administrativo y de apoyo del Centro de Estudios Científicos.

El presente informe fue elaborado por el personal de la Oficina de Planeación y Evaluación del Centro de Estudios Científicos.

Valdivia, Chile, el 31 de diciembre de 1985.

Portaria n.º 1400, de 14 de agosto de 1991

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando, dentre as moléstias bolhosas que constituem o grupo de pênfigos, ser de particular interesse para a saúde pública o Pênfigo Foliáceo Endêmico (fogo selvagem), que assume caráter endêmico em certas regiões rurais do território brasileiro,

RESOLVE:

1. Expedir as novas instruções normativas para diagnóstico, tratamento e controle do Pênfigo Foliáceo Endêmico (fogo selvagem), para o efeito de substituir integralmente os termos anteriores da Portaria de n.º 03, de 28 de novembro de 1989.

2. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ALCENI GUERRA

O Controle de Pênfigo Foliáceo Endêmico, devido a sua endemicidade em algumas regiões do Brasil, baseia-se no:

1. **DIAGNÓSTICO** — O diagnóstico do Pênfigo Foliáceo Endêmico baseia-se em suas características clínicas e em exames laboratoriais.

1.1. Exame clínico — Deve-se valorizar as lesões bolhosas e erosivas e suas localizações preferenciais, o sinal de Nikolsky e a procedência do doente.

As lesões características estão representadas por bolhas de teto frouxo que rapidamente se rompem para deixar áreas erosadas, inicialmente eritematosas e que se tornam escamo-crostosas. É freqüente o doente não perceber a existência de bolhas íntegras, mas, apenas o aparecimento das áreas erosadas, que determinam a sensação de prurido e ardência. As lesões podem permanecer localizadas por longo tempo, ou podem evoluir e invadir parte, ou mesmo, todo o tegumento (eritrodermia).

É freqüente a ocorrência de infecção secundária sobre estas lesões, exalando odor característico.

As lesões iniciais distribuem-se preferencialmente pelas áreas ditas seborréicas, como couro cabeludo, face, região pré-esternal e interescapular.

O sinal de Nikolsky é precoce e de grande utilidade, e deve ser pesquisado em pele aparentemente sã, fazendo-se pressão digital e movimento de deslizamento — é positivo quando há erosão da área pesquisada.

Epidemiologicamente, a procedência do paciente de áreas reconhecidamente endêmicas é um dado muito importante para o diagnóstico.

1.2. Exames Laboratoriais — A confirmação diagnóstica deve ser feita através de exame histopatológico de material obtido de biópsia de pele, o qual deve ser colhido preferencialmente, em lesão bolhosa recente ou em sua ausência, na borda de uma lesão erosada.

Histopatologicamente a bolha está situada nas camadas mais superficiais da epiderme, logo abaixo da camada córnea, e, em seu interior, são encontradas células acantóticas.

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

2. TRATAMENTO — Baseia-se na corticoterapia por via oral, que representa, até o momento o principal recurso efetivo para a remissão clínica da doença, sendo de primeira escolha a prednisona e, de segunda escolha, a triamcinolona na dose equivalente.

2.1. Prednisona.

a) dose de ataque — Se faz com 1 a 1,5mg/kg/dia, em dose única, no café da manhã, até o desaparecimento do quadro erosivo bolhoso, o que ocorre na maioria das vezes, após 30 a 40 dias de tratamento.

b) redução progressiva — Deve ser feita com a diminuição de 10mg de 10 em 10 dias, até conseguir a dose mínima que mantenha o doente sem lesão.

c) dose de manutenção — Geralmente deve ser feita com dose em torno de 10 a 20mg ao dia, por um período de 3 meses. Mantendo-se a remissão dos sintomas, esta dose poderá ser dada em dias alternados. Após 6 a 12 meses, em lesões, pode-se tentar administrar a dose de manutenção de 3 em 3 dias.

d) retirada do corticosteroide — Somente quando o doente se mantém, pelo menos, de 1 a 3 anos livre de sintomas.

e) em casos frustos (formas benignas ou localizadas da doença), a dose de ataque pode ser de 20 a 40mg de prednisona ao dia.

f) tratamento local — deve ser feito com banhos de permanganato de potássio ($KMnO_4$) na diluição de 1:30.000 para as fases exsudativas; a medida que as lesões vão se tornando menos úmidas, faz-se o uso de cremes de corticosteróides associados a antibióticos. Para as fases secas, usa-se pomadas de corticosteróides.

É de fundamental importância evitar complicações secundárias, que podem ser responsáveis pela evolução desfavorável do quadro clínico.

A antibióticoterapia deve ser instituída, em caso de ocorrência de infecção secundária.

2.2. Recomendações.

a) na fase de diagnóstico e início da terapêutica, o doente deve permanecer internado, sob assistência de serviços especializados e rigorosa vigilância médica, exceto na forma frusta, quando o mesmo pode ser mantido em regime ambulatorial sob acompanhamento médico.

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

c) os doentes em fase de remissão da moléstia, recebendo dose de manutenção do corticosteróide, deverão ser encaminhados para acompanhamento ambulatorial na unidade de saúde mais próxima ao seu domicílio.

3. PROFILAXIA.

3.1. Ainda não se pode padronizar medidas de caráter preventivo, porque a etiologia do Pênfigo Foliáceo Endêmico ainda está em fase de elucidação.

3.2. A doença não se transmite de homem para homem.

3.3. Sabe-se que a moléstia envolve a formação de autoanticorpos, dirigidos para os espaços intercelulares da epiderme (anticorpos antiepiteliais), o que parece filiar o Pênfigo Foliáceo Endêmico (fogo-selvagem) ao grupo das moléstias autoimunes.

3.4. Contudo, pouco se sabe e nada se pode afirmar em relação aos seguintes aspectos:

- a) a existência de algum agente infeccioso;
- b) a participação de vetores alados (borrachudo); e
- c) o mecanismo pelo qual se deflagra o processo de auto-anticorpos.

3.5. Nos estados endêmicos, a notificação de casos diagnosticados à unidade sanitária mais próxima representa elemento fundamental para a avaliação da gravidade do problema, e, deverá ser feita no formulário próprio, já existente, para as doenças de notificação compulsória.

Estas instruções normativas estão detalhadas no guia para controle do Pênfigo Foliáceo.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

- Heloisa Helena Ramos Fonseca
Dermatologia Sanitária/Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
- Horácio Friedeman
Universidade de Brasília
- Iphis Campbell
Universidade de Brasília
- Ranilda Fernandes dos Santos Pimentel
Dermatologia Sanitária/Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
- Rosicler Rocha Aiza Alvarez
Universidade de Brasília

REVISÃO

- Gerson Oliveira Penna
Dermatologia Sanitária/Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
- Heloisa Helena Ramos Fonseca
Dermatologia Sanitária/Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde
- Iphis Campbell
Universidade de Brasília
- Ranilda Fernandes dos Santos Pimentel
Dermatologia Sanitária/Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde

GERÊNCIA TÉCNICA NACIONAL DA DERMATOLOGIA SANITÁRIA

EQUIPE TÉCNICA

- Acácia de Lucena Rodrigues
- Clódis Maria Tavares
- Darcy de Valadares Rodrigues Ventura
- Emilia Pereira Dias
- Gerson Fernando Mendes Pereira
- Gerson Oliveira Penna
- Heloisa Helena Ramos Fonseca
- Megumi Sadahiro
- Ranilda Fernandes dos Santos Pimentel
- Ruth Gratt

EQUIPE DE APOIO

- Josafá Santos
- Maria Ester de Carvalho Pinto
- Nilton José da Silva
- Rosemary Araújo Guimarães

Ministério da Saúde

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 1.331, DE 05 DE NOVEMBRO DE 1990

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições e considerando a necessidade de adequar algumas de suas atividades à nova estrutura organizacional, resolve:

1. Transferir para Fundação Nacional de Saúde as seguintes atividades:

1.1. Da extinta Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde:

- Programa Nacional de Imunizações;
- Plano de Ação para Erradicação da Poliomielite;
- Programa Nacional de Zoonoses;
- Sistema de Vigilância Epidemiológica;
- Sistema de Informações sobre Mortalidade;
- Sistema de Laboratórios de Saúde Pública.

1.2. Da extinta Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde:

- Pneumologia Sanitária;
- Dermatologia Sanitária.

2. Para o cumprimento do disposto no item anterior, serão colocados à disposição da Fundação Nacional de Saúde os recursos humanos, financeiros e materiais correspondentes.

3. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

ALCENI GUERRA
(Of. nº 255/90)

(Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991)

**Institui a Fundação Nacional de Saúde
e dá outras providências**

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 17 da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, com a redação dada pela Lei nº 8.101, de 6 de dezembro de 1990, com a renumeração determinada pelo art. 2º da Lei nº 8.154, de 28 de dezembro de 1990,

DECRETA:

Art. 1º É instituída a Fundação Nacional de Saúde — FNS.

Art. 2º São aprovados o Estatuto e o Quadro Demonstrativo de Cargos em Comissão e Funções de Confiança da FNS, constantes dos Anexos I e II deste Decreto.

Art. 3º O Ministro de Estado da Saúde submeterá à Secretaria da Administração Federal, no prazo de cento e vinte dias, a proposta da lotação ideal da FNS.

Art. 4º O regimento interno da FNS será aprovado pelo Ministro de Estado da Saúde e publicado no "Diário Oficial" da União.

Art. 5º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 16 de abril de 1991; 170º da Independência e 103º da República.

FERNANDO COLLOR
Luiz Romero Cavalcante Farias

ANEXO I
(Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991)

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE — FNS

ESTATUTO

CAPÍTULO I

DA NATUREZA, SEDE E FINALIDADE

Art. 1º A Fundação Nacional de Saúde — FNS, fundação pública, vinculada do Ministério da Saúde, com jurisdição em todo o território nacional, sede e foro no Distrito Federal e prazo de duração indeterminado.

Art. 2º A FNS tem por finalidade promover e executar ações e serviços de saúde pública, e especialmente:

- I — implementar atividades para o controle de doenças e de outros agravos à saúde;
- II — desenvolver ações e serviços de saneamento básico em áreas rurais;
- III — realizar, de forma sistemática, estudos e pesquisas e análises de situações de saúde e suas tendências;
- IV — apoiar a implementação e operacionalização de sistema e serviços locais de saúde e saneamento;
- V — operar, em áreas estratégicas e de fronteiras, atividades, sistemas e serviços específicos de saúde;
- VI — coletar, processar e divulgar informações sobre saúde.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA

Seção I

Da Estrutura Básica

Art. 3º A FNS tem a seguinte estrutura básica:

- I — órgão colegiado: Conselho Consultivo;
- II — órgãos de assistência direta e imediata ao Presidente:
 - a) Gabinete;
 - b) Assessoria de Planejamento Estratégico.
- III — órgãos seccionais:
 - a) Procuradoria-Geral;
 - b) Auditoria;
 - c) Departamento de Administração;
 - d) Departamento de Informática do SUS.
- IV — órgãos singulares:
 - a) Centro Nacional de Epidemiologia;
 - b) Departamento de Operações.
- V — unidades descentralizadas:
 - a) Instituto Evandro Chagas;
 - b) Escola de Enfermagem de Manaus.
- VI — unidades regionais: Coordenações Regionais.

Parágrafo único. Todas as Coordenações Regionais poderão ter em suas estruturas até cinco unidades administrativas que atendam aos seguintes sistemas:

- a) Planejamento;
- b) Epidemiologia;
- c) Operações;
- d) Informática;
- e) Administração.

Seção II

Da Nomeação dos Dirigentes

Art. 4.º O Presidente e o Vice-Presidente da FNS, bem assim os Diretores de Departamento e do Centro Nacional de Epidemiologia, serão nomeados pelo Presidente da República, mediante indicação do Ministro de Estado.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS DAS UNIDADES DA ESTRUTURA BÁSICA

Seção I

Do Conselho Consultivo

Art. 5.º Ao Conselho Consultivo compete definir e propor parâmetros norteadores da ação estratégica da FNS.

Art. 6.º O Conselho Consultivo será integrado pelo Ministro de Estado da Saúde, ou representante por ele indicado, que o presidirá, pelo Presidente e Vice-Presidente da FNS e pelos dirigentes das unidades referidas nos incisos II, III, c e d, e IV do art. 3.º.

Parágrafo único. O Ministro de Estado da Saúde poderá convidar até seis membros de reconhecida competência no setor, para compor o Conselho Consultivo.

Seção II

Das Demais Unidades

Art. 7.º Ao Gabinete compete assistir ao Presidente em sua representação política e social, preparar o expediente e apoiar o Conselho Consultivo em serviços de secretaria.

Art. 8.º À Assessoria de Planejamento Estratégico compete supervisionar e coordenar as ações da entidade nas áreas de planejamento, avaliação de desempenho e desenvolvimento institucional, comunicação, educação e documentação.

Art. 9.º À Procuradoria-Geral compete atender os encargos de natureza jurídica da FNS, bem assim representá-la em juízo, ativa e passivamente.

Art. 10.º À Auditoria compete controlar e fiscalizar a aplicação dos recursos orçamentários e financeiros da FNS, bem assim acompanhar a execução dos seus programas de trabalho.

Art. 11. Ao Departamento de Administração compete coordenar e executar as atividades das áreas de orçamento, finanças, contabilidade, recursos humanos e serviços gerais.

Art. 12. Ao Departamento de Informática do SUS compete especificar, desenvolver, implantar e operar sistemas de informações relativos às atividades finalísticas do SUS, em consonância com as diretrizes do órgão setorial.

Art. 13. Ao Centro Nacional de Epidemiologia compete promover e disseminar o uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do SUS para subsidiar a formulação a implementação de políticas, bem assim a organização dos serviços e ações de saúde.

Art. 14. Ao Departamento de Operações compete planejar, coordenar e executar ações e serviços de saúde e saneamento, bem assim desenvolver programas de assistência e cooperação técnica aos Estados e Municípios.

Art. 15. Ao Instituto Evandro Chagas compete realizar estudos, pesquisas e análises laboratoriais relativas às doenças tropicais e às viroses, particularmente para a Região Amazônica.

Art. 16. À Escola de Enfermagem de Manaus compete desenvolver recursos humanos, nos níveis auxiliar, técnico e superior, para atendimento das necessidades da rede de serviços de saúde, especialmente da Região Amazônica.

Art. 17. Às Coordenações Regionais compete coordenar, supervisionar e desenvolver as atividades da FNS nas suas respectivas áreas de atuação.

CAPÍTULO IV

DAS ATRIBUIÇÕES DOS DIRIGENTES

Seção I

Do Presidente

Art. 18. Ao Presidente incumbe:

- I — dirigir as atividades da FNS;
- II — submeter o orçamento, discriminado por dotações globais, bem assim a programação financeira da Fundação, à apreciação do Ministro de Estado da Saúde;
- III — baixar normas regulamentares e praticar os demais atos pertinentes à organização e funcionamento da FNS, nos termos do Regimento Interno;
- IV — implementar a política de pessoal, segundo as diretrizes fixadas pelo Governo Federal;
- V — autorizar operações financeiras e o movimento de recursos, na conformidade das normas regulamentares;
- VI — celebrar convênios e contratos com entidades nacionais, estrangeiras e internacionais;
- VII — adquirir bens imóveis para a Fundação, nos termos da legislação pertinente.

Seção II

Do Vice-Presidente

Art. 19. Ao Vice-Presidente incumbe:

- I — substituir o Presidente nas suas faltas ou impedimentos;
- II — assessorar o Presidente na administração da FNS;
- III — exercer outras atribuições que lhe forem cometidas.

Seção III

Dos Demais Dirigentes

Art. 20. Ao Chefe do Gabinete, ao Assessor-Chefe, ao Procurador-Geral, ao Auditor-Chefe, aos Diretores e aos Coordenadores Regionais incumbe planejar, dirigir, coordenar e orientar a execução das atividades das respectivas unidades e exercer outras atribuições que lhes forem cometidas.

CAPÍTULO V

DO PATRIMÔNIO E DA RECEITA

Art. 21. O patrimônio da FNS é constituído:

I — pelos bens móveis e semoventes da Fundação Serviços de Saúde Pública — FSESP, da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública — SUCAM e os da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social — DATAPREV, relativos às atividades de informática do SUS;

II — pelos bens imóveis da FSESP e os que, utilizados pela SUCAM, venham a ser transferidos pela União.

Art. 22. CONSTITUEM RECEITA DA FNS:

I — transferências do orçamento da Seguridade Social;

II — importância que, à conta de créditos orçamentários ou especiais, lhe forem destinadas por órgãos públicos federais, estaduais e municipais;

III — contribuições de qualquer natureza de entidades particulares, nacionais ou estrangeiras;

IV — doações individuais e donativos angariados através de campanha pública de mobilização social;

V — contrapartidas pelos serviços de qualquer natureza, inclusive quando executados mediante acordos, ajustes, convênios ou contratos;

VI — produtos de operações de crédito;

VII — resultados obtidos com alienações patrimoniais;

VIII — rendimentos de aplicação no mercado financeiro, observada a legislação pertinente;

IX — outras rendas de qualquer natureza.

Art. 23. O patrimônio, as rendas e os serviços da FNS serão utilizados exclusivamente na execução de suas finalidades estatutárias.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 24. Os mecanismos de gestão e de seu controle, segundo os princípios da autonomia administrativa e financeira, serão detalhados em ato do Presidente da FNS, homologado pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 25. Em caso de extinção da FNS, seus bens e direitos passarão à União, depois de satisfeitas as obrigações assumidas com terceiros.

Art. 26. Serão incorporados ao patrimônio da FNS, mediante inventário elaborado conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria da Administração Federal:

- I — os bens imóveis, móveis e semoventes pertencentes à FSESP;
- II — os bens móveis e instalações atualmente utilizados pela SUCAM;
- III — os acervos técnicos e equipamentos da DATAPREV, utilizados nas atividades de informática do Sistema Único de Saúde.

ANEXO II

(Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991).

a) QUADRO DEMONSTRATIVO DE CARGOS EM COMISSÃO E FUNÇÕES DE CONFIANÇA DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE — FNS

UNIDADE	Nº CARGOS/ FUNÇÕES	DENOMINAÇÃO CARGO/FUNÇÃO	DAS/DI
	1	Presidente	101.6
	1	Vice-Presidente	101.5
	4	Assessor Técnico	102.3
	2	Assessor	102.2
	8	Chefe de Equipe	DI
GABINETE	1	Chefe	101.4
Serviço	1	Chefe	101.1
ASSESSORIA DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	1	Assessor-Chefe	101.4
	1	Assessor	102.1
Coordenação	4	Coordenador	101.3
	10	Gerente-Técnico	101.1
Serviço	1	Chefe	101.1
	4	Chefe de Equipe	DI
PROCURADORIA-GERAL	1	Procurador-Geral	101.4
	1	Assessor	102.1
Divisão	2	Chefe	101.2
Serviço	1	Chefe	101.1
AUDITORIA	1	Auditor-Chefe	101.4
	1	Assessor	102.1
Divisão	2	Chefe	101.2
Serviço	1	Chefe	101.1

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO	1	Diretor-Geral	101.5
	1	Assessor	102.1
Serviço	1	Chefe	101.1
Coordenação	3	Coordenador	101.3
Divisão	9	Chefe	101.2
Serviço	16	Chefe	101.1
Unidade de Direção intermediária	27	Chefe	DI
DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DOS SUS			
	1	Diretor-Geral	101.5
	1	Assessor	102.1
Coordenação	5	Coordenador	101.3
Divisão	2	Chefe	101.2
	15	Gerente-Técnico	101.1
	6	Chefe de Equipe	DI
CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA			
	1	Diretor	101.5
	1	Assessor	102.1
Coordenação	5	Coordenador	101.3
	15	Gerente-Técnico	101.1
Serviço	1	Chefe	101.1
	5	Chefe de Equipe	DI
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÕES			
	1	Diretor-Geral	101.5
	1	Assessor	102.1
Coordenação	6	Coordenador	101.3
	18	Gerente-Técnico Operacional	101.1
Serviço	1	Chefe	101.1
	6	Chefe de Equipe	DI
INSTITUTO EVANDRO CHAGAS			
	1	Diretor	101.4
	2	Assessor	102.1
Centro	1	Diretor	101.3
	8	Chefe de Equipe	DI
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS			
	1	Diretor	101.4
	1	Assessor	102.1
	1	Vice-Diretor	101.2
Departamento	3	Chefe	101.1
	2	Chefe de Equipe	DI
COORDENAÇÕES REGIONAIS			
	27	Coordenador	101.3
	10	Assessor Jurídico	101.1
Serviço	135	Chefe	101.1
	312	Chefe de Equipe	DI
Distrito Sanitário	90	Chefe	101.1
Unidade de Direção Intermediária	180	Chefe	DI
Unidade Mista	70	Chefe	101.1

	70	Chefe de Equipe	DI
Centro de Saúde III	25	Chefe	DI
	25	Chefe de Equipe	DI
Centro de Saúde II	45	Chefe	DI
	45	Chefe de Equipe	DI
Centro de Saúde I	250	Chefe	DI
	250	Chefe de Equipe	DI
UNIDADE DE SANEAMENTO	27	Chefe	DI
	43	Chefe de Equipe	DI

b) QUADRO DEMONSTRATIVO DE CUSTO/CARGOS-FUNÇÕES
DA FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE — FNS

CÓDIGO CARGO/FUNÇÃO	QUANTIDADE DE CARGOS/FUNÇÕES	VALOR UNITÁRIO (Em Cr\$)	VALOR TOTAL (Em Cr\$)
DAS 101.6	1	222.216,28	222.216,28
DAS 101.5	5	190.866,22	954.331,10
DAS 101.4	6	163.864,00	983.184,00
DAS 101.3	51	140.615,34	7.171.382,34
DAS 101.2	16	117.865,04	1.885.840,64
DAS 101.1	389	96.177,10	37.389.551,90
DAS 102.3	4	140.615,34	562.461,36
DAS 102.2	2	117.865,04	235.730,08
DAS 102.1	10	96.117,10	961.171,00
SUBTOTAL	484	—	50.265.868,70
DI	1.338	21.132,13	28.274.789,94
TOTAL	1.822	—	78.540.658,64

Atos do Poder Executivo

DECRETO Nº 100, DE 16 DE ABRIL DE 1991

Institui a Fundação Nacional de Saúde e dá outras providências.

(PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO DE 17 DE ABRIL DE 1991 — SEÇÃO I)

RETIFICAÇÃO

Na página 7077, 1.ª coluna, acrescentam-se o parágrafo único do art. 26 e os artigos 27 e 28, após o item III do art. 2.º do Anexo I, por terem sido omitidos.

Parágrafo único. Serão ainda transferidos à FNS, mediante termos lavrados de acordo com a legislação pertinente, os imóveis de propriedade da União, atualmente utilizados pela SUCAM.

Art. 27. Ficam incorporados à FNS os recursos humanos referidos no art. 14, § 1.º, da Lei nº 8.029, de 12 de abril de 1990, com a redação dada pelo art. 1.º da Lei nº 8.101, de 6 de dezembro de 1990, considerada a remuneração determinada pelo art. 2.º da Lei nº 8.154, de 28 de dezembro de 1990, observadas as instruções expedidas pelo Ministro de Estado da Saúde.

Art. 28. Até a efetivação do processo de incorporação pelo Instituto Evandro Chagas, o Centro Nacional de Primatas subordinar-se-á ao Centro Nacional de Epidemiologia.

**GERÊNCIA TÉCNICA NACIONAL DA
DERMATOLOGIA SANITÁRIA**

EQUIPE TÉCNICA

- Acácia de Lucena Rodrigues
- Clódís Maria Tavares
- Darcy de Valadares Rodrigues Ventura
- Emilia Pereira Dias
- Gerson Fernando Mendes Pereira — Gerente Substituto
- Gerson Oliveira Penna — Gerente
- Heloisa Helena Ramos Fonseca
- Megumi Sadahiro
- Ranilda Fernandes dos Santos Pimentel
- Ruth Glatt

EQUIPE DE APOIO

- Josafá Santos
- Maria Ester de Carvalho Pinto
- Nilton José da Silva
- Rosemary Araújo Guimarães

Data de aquisição 20/12/91

Doação

Data de tombamento 06/03/92

Valor

Enc.

Cr\$

Data

CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia
Esplanada dos Ministérios - Bl. G - sala 354
Edifício Anexo, Ala A — CEP 70058 - Brasília-DF
Fone: (061) 315-2737 - Telex: (61) 611603

W
B