



**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**

**PORTARIA CONJUNTA Nº 125, DE 26 DE MARÇO DE 2009**

***Define ações de controle da hanseníase.***

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE e o SECRETÁRIO DE ATENÇÃO A SAÚDE, no uso das atribuições que lhes confere o Art. 38, do Decreto nº 5.974, de 29 de novembro de 2006 e,

Considerando que o modelo de intervenção para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a alta por cura, prevenção de incapacidades e na vigilância dos contatos domiciliares;

Considerando que essas ações devem ser executadas em toda rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde e que, em razão do potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir atenção especializada em unidades de referência de média e alta complexidade, sempre que necessário; e

Considerando a existência de transmissão ativa da hanseníase no Brasil, com ocorrência de novos casos em todas as unidades federadas, predominantemente nas regiões norte, centro-oeste e nordeste, resolvem:

Art. 1º Definir na forma de Instruções Normativas anexas a esta Portaria, as ações de controle da hanseníase para orientação aos gestores, gerentes e profissionais dos serviços de saúde de diferentes complexidades, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), visando fortalecer as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social.

Art. 2º Aprovar as Instruções Normativas e os instrumentos constantes dos anexos de I a VII a esta Portaria, para implementação das ações de controle da hanseníase.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**ALBERTO BELTRAME**

**Secretário de Atenção a Saúde**

**GERSON OLIVEIRA PENNA**

**Secretário de Vigilância em Saúde**

ANEXO

**INSTRUÇÕES NORMATIVAS**

**1. INTRODUÇÃO**

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, promoção da saúde com base na educação permanente e assistência integral aos portadores deste agravo.

A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda a rede do Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso.

Considera-se um caso de hanseníase, a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento poliquimioterápico:

- a) Lesão(ões) e/ou área(s) da pele com diminuição ou alteração de sensibilidade;
- b) Acometimento de nervo(s) periférico(s) com ou sem espessamento associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; e
- c) Baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do

## 2. ASSISTÊNCIA

### 2.1. Diagnóstico de caso de hanseníase

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico).

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea, (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área (s) com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica. Recomenda-se que nessas unidades os mesmos sejam submetidos novamente ao exame dermatoneurológico criterioso, à coleta de material (baciloscopia ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo), a exames eletrofisiológicos e/ou outros mais complexos para identificar comprometimento cutâneo ou neural discreto e para diagnóstico diferencial com outras neuropatias periféricas.

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Recomenda-se aplicar o protocolo diagnóstico sugerido pela Nota Técnica PNCH/SVS, nº 14/2008 (Anexo II).

O diagnóstico de hanseníase deve ser recebido de modo semelhante ao de outras doenças curáveis, se vier a causar impacto psicológico, tanto a quem adoeceu quanto aos familiares ou pessoas de sua rede social, esta situação requererá uma abordagem apropriada pela equipe de saúde que permita a aceitação do problema, superação das dificuldades e maior adesão aos tratamentos. Esta atenção deve ser oferecida no momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento da doença e se necessário após a alta.

A classificação operacional do caso de hanseníase, visando o tratamento com poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

PAUCIBACILAR (PB) - casos com até cinco lesões de pele

MULTIBACILAR (MB) - casos com mais de cinco lesões de pele

A baciloscopia de pele (esfregaço intradérmico), quando disponível, deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB.

A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões.

Atenção: o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase.

#### 2.1.2. Diagnóstico das reações hansênicas

Os estados reacionais ou reações hansênicas são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas que podem ocorrer mais frequentemente nos casos MB. Elas podem ocorrer antes (às vezes levando à suspeição diagnóstica de hanseníase), durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (PQT):

I - Reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR): caracteriza-se pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

II - Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais freqüente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH): caracteriza-se por apresentar nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

Frente a suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- 1) Confirmar o diagnóstico de hanseníase e fazer a classificação operacional;
- 2) Diferenciar o tipo de reação hansênica;
- 3) Investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros).

O diagnóstico dos estados reacionais é realizado através do exame físico geral e dermatoneurológico do(a) paciente. Tais procedimentos são também fundamentais para o monitoramento do comprometimento de nervos periféricos e avaliação da terapêutica antirreacional.

#### 2.1.3- Avaliação do grau de incapacidade e da função neural

É imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico do caso de hanseníase e do estado reacional.

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0.05g, 0.2g,

2g, 4g, 10g e 300g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Considera-se grau um de incapacidade ausência de resposta ao filamento igual ou mais pesado que o de 2g (cor violeta).

O formulário para avaliação do grau de incapacidade física (Anexo III) deverá ser preenchido e obedecer aos critérios da Organização Mundial de Saúde - OMS expressos no quadro abaixo:

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Para verificar a integridade da função neural recomenda-se a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada (Anexo IV).

Para avaliação da força motora, preconiza-se o Teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico.

Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada ou de zero a cinco, conforme o quadro a seguir:

Força		Descrição
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.
	3	Realiza o movimento completo contra a gravidade.

<b>2</b>		<b>Realiza o movimento parcial.</b>
<b>Paralisada</b>	1	Contração muscular sem movimento.
	0	Paralisia (nenhum movimento).

## 2.2- Tratamento poliquimioterápico - PQT/OMS

O tratamento da hanseníase é ambulatorial utilizando os esquemas terapêuticos padronizados:

Apresentação:

Duração: 12 meses

FAIXA	CARTELA PB	CARTELA MB
<b>Adulto</b>	Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)
	Dapsona (DDS): comprimido de 100mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 100mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 100mg (3) e cápsula de 50mg (27)
<b>Criança</b>	Rifampicina (RFM): cápsula de 150mg (1) e cápsula de 300mg (1)	Rifampicina (RFM): cápsula de 150mg (1) e cápsula de 300mg (1)
	Dapsona (DDS): comprimido de 50mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 50mg (28)
		Clofazimina (CFZ): cápsula de 50mg (16)

Nota: A gravidez e o aleitamento não contra-indicam o tratamento PQT.

## Esquemas terapêuticos

Os esquemas terapêuticos deverão ser utilizados de acordo com a classificação operacional:

### I - PAUCIBACILAR: 6 cartelas

<b>ADULTO</b>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.
<b>CRIANÇA</b>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (1 cápsula de 150mg e 1 cápsula de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50mg supervisionada e dose diária de 50mg autoadministrada.
<b>Duração: 6 doses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada. Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.</b>	

### II - MULTIBACILAR: 12 cartelas

Duração: 24 doses.

<b>ADULTO</b>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária de 100mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg autoadministrada.
<b>CRIANÇA</b>	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (1 cápsula de 150mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50mg supervisionada e uma dose diária de 50mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150mg (3 cápsulas de 50mg) com administração supervisionada e uma dose de 50mg autoadministrada em dias alternados.
<b>Duração: 12 doses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada. Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura. Os pacientes MB que não apresentarem melhora clínica ao final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação nas unidades de maior complexidade para verificar a necessidade de um segundo ciclo de tratamento com 12 doses.</b>	

Notas:

1- Em crianças ou adulto com peso inferior a 30kg, ajustar a dose de acordo com o peso:

<b>DOSE MENSAL:</b>	<b>DOSE DIÁRIA:</b>
Rifampicina (RFM) - 10 a 20mg/kg	-
Dapsona (DDS) - 1,5mg/kg	Dapsona (DDS) - 1,5mg/kg
Clofazimina (CFZ) - 5mg/kg	Clofazimina (CFZ) - 1mg/kg

2- Nos casos de hanseníase neural pura, o tratamento com PQT dependerá da classificação (PB ou MB), conforme avaliação do centro de referência, além disso, faz-se o tratamento adequado do dano neural. Os pacientes deverão ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde em caso de aparecimento de lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora, mesmo após a alta por cura.

3- Em mulheres na idade reprodutiva, deve-se atentar ao fato que a rifampicina pode interagir com

anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.

c) Esquemas terapêuticos alternativos:

Os esquemas apresentados a seguir deverão ser utilizados nos casos de intolerância grave ou contra-indicação a uma ou mais drogas do esquema-padrão PQT/OMS e serão disponibilizados apenas nas unidades de referência municipais, regionais, estaduais ou nacionais.

c.1) Intolerância à dapsona (DDS)

I - CASOS PAUCIBACILARES

Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada + Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada + Clofazimina (CFZ): dose diária de 50mg autoadministrada.

Obs. Na dose supervisionada, a CFZ de 50mg será administrada junto com a RFM.

Duração: 6 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até nove

(9) meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

II - CASOS MULTIBACILARES

Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada + Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada + Clofazimina (CFZ): dose diária de 50mg, autoadministrada. + Ofloxacina (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.

Duração: 12 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas (12 cartelas MB sem dapsona) + ofloxacina (ou minociclina) em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Os pacientes MB que não apresentarem melhora clínica ao final do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas) deverão ser encaminhados para avaliação nas unidades de maior complexidade para verificar a necessidade de um segundo ciclo de tratamento com 12 doses.

c.2) Intolerância à clofazimina (CFZ) I - CASOS PAUCIBACILARES

Não previsto.

II - CASOS MULTIBACILARES

Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada + Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada (28) + Ofloxacina (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com doze (12) doses supervisionadas (12 cartelas MB sem clofazimina) + ofloxacina (ou minociclina) em até 18 meses. Na 12ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Os pacientes MB que não apresentarem melhora clínica ao final do tratamento preconizado de 12 doses deverão ser encaminhados para avaliação nas unidades de maior complexidade para verificar a necessidade de um segundo ciclo de tratamento.

c.3) Intolerância à rifampicina (RFM)

I - CASOS PAUCIBACILARES

Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada + Ofloxacina (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Duração: 6 doses

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com 6 doses supervisionadas (6 cartelas PB sem rifampicina) + ofloxacina (ou minociclina) em até 9 meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

## II - CASOS MULTIBACILARES

Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada + Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada + Clofazimina (CFZ): dose diária de 50mg, autoadministrada + Ofloxacina (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e realização de exame dermatoneurológico e baciloscópico na 12ª e 24ª doses.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com 24 doses supervisionadas de clofazimina e dapsona (24 cartelas MB sem rifampicina) + ofloxacina (ou minociclina) em até 36 meses. Na 24ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

c.4) Intolerância à rifampicina (RFM) e à dapsona (DDS)

## I - CASOS PAUCIBACILARES

Clofazimina (CFZ): dose mensal supervisionada 300mg, e dose diária de 50mg autoadministrada. + Ofloxacina (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400mg autoadministrada OU Minociclina (MNC) dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Duração: 6 doses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até nove

(9) meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

## II - CASOS MULTIBACILARES

Nos 6 primeiros meses: Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg supervisionada e dose diária de 50mg, autoadministrada. + Ofloxacina (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400mg, autoadministrada. + Minociclina (MNC): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Nos 18 meses subsequentes:

Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg supervisionada e dose diária de 50mg autoadministrada + Ofloxacina (OFX): dose mensal de 400mg supervisionada e dose diária de 400 mg autoadministrada OU Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg supervisionada e dose diária de 50mg autoadministrada + Minociclina (MNC): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada.

Duração: 24 doses em até 36 meses.

Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada e realização de exame dermatoneurológico e baciloscópico na 12ª e 24ª doses.

Critério de alta: o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + minociclina + ofloxacina e dezoito (18) doses supervisionadas e autoadministradas de clofazimina + ofloxacina ou clofazimina + minociclina. Na 24ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

Observações:

i. Para o paciente MB, na dose mensal supervisionada de clofazimina (300mg), as doses diárias de minociclina (100mg) e ofloxacina (400mg) nos seis (6) primeiros meses e a ofloxacina (400mg) OU minociclina (100mg) nos dezoito (18) meses restantes deverão ser administradas concomitantemente.

ii. O critério de alta não depende da negatificação da baciloscopia do raspado intradérmico.

iii. O paciente deve ser orientado a não tomar a dose autoadministrada no dia da dose supervisionada.

C.5) Esquemas de tratamento para casos especiais-situações extremas (transtornos mentais, por uso de drogas

e/ou álcool e outros).

Em situações extremas, principalmente de casos multibacilares, que não se enquadram nos esquemas acima, recomenda-se a administração mensal supervisionada, do esquema ROM:

FAIXA	CASOS PAUCIBACILARES	CASOS MULTIBACILARES
<b>Adulto</b>	Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300mg (2)
	Ofloxacina(OFX)-400mg-(1)	Ofloxacina(OFX)-400mg-(1)
	Minociclina (MNC)-100mg (1)	Minociclina (MNC)-100mg (1)
	<b>Duração:</b> 6 doses. <b>Seguimento dos casos:</b> comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.	<b>Duração:</b> 24 doses. <b>Seguimento dos casos:</b> comparecimento mensal para dose supervisionada e exame dermatoneurológico.
	<b>Critério de alta:</b> o tratamento estará concluído com seis (6) doses supervisionadas em até nove (9) meses. Na 6ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física, receber alta por cura.	<b>Critério de alta:</b> o tratamento estará concluído com vinte e quatro (24) doses supervisionadas em até trinta e seis (36) meses. Na 24ª dose, os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico e baciloscópico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura.

#### 2.2.1-Seguimento de casos

Os pacientes devem ser agendados para retorno a cada 28 dias. Nestas consultas eles tomam a dose supervisionada no serviço de saúde e recebem a cartela com os medicamentos das doses a serem autoadministradas em domicílio. Esta oportunidade deve ser aproveitada para avaliação do(a) paciente, esclarecimento de dúvidas e orientações. Além disso, deve-se reforçar a importância do exame dos contatos e agendar o exame clínico e a vacinação do(s) contato(s).

O cartão de agendamento deve ser usado para registro da data de retorno à unidade de saúde e controle da adesão ao tratamento.

Os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada deverão ser visitados, dentro de no máximo 30 dias, em seus domicílios, buscando-se continuar o tratamento e evitar o abandono.

No retorno para tomar a dose supervisionada, o paciente deve ser submetido à revisão sistemática por médico responsável pelo monitoramento clínico e terapêutico. Esta medida visa identificar reações hansênicas, efeitos adversos aos medicamentos e dano neural. Em caso de reações ou outras intercorrências, os(as) pacientes devem ser examinados em intervalos menores.

Técnicas de autocuidados devem fazer parte das orientações de rotina do atendimento mensal sendo recomendada a organização de grupos de pacientes e familiares, ou pessoas de sua convivência que possam apoiá-los na execução dos procedimentos recomendados. A prática das técnicas de autocuidado deve ser avaliada sistematicamente para evitar piora do dano neural por execução inadequada. Em todas as situações, o esforço realizado pelos(as) pacientes deve ser valorizado para estimular a continuidade das práticas de autocuidado.

Os efeitos adversos as medicações que compõem a PQT não são frequentes e em geral são bem tolerados. Mais de 25 milhões de pessoas já utilizaram a PQT nos últimos 25 anos.

Nos casos suspeitos de efeitos adversos às drogas da PQT deve-se suspender temporariamente o esquema terapêutico, com imediato encaminhamento do(a) paciente para avaliação em unidades de saúde de média ou alta complexidade, com apoio de exames laboratoriais complementares e prescrição da conduta adequada.

Os principais efeitos adversos às drogas específicas da PQT para os quais estão indicados os esquemas alternativos são: anemia hemolítica, hepatite medicamentosa, metahemoglobinemia, agranulocitose, síndrome pseudogripal, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa e plaquetopenia. Os efeitos mais graves estão relacionados à sulfona e em geral ocorrem nas primeiras seis semanas de tratamento.

Casos de hanseníase que apresentem outras doenças associadas (AIDS, tuberculose, nefropatias, hepatopatias, endocrinopatias), se necessário, devem ser encaminhados às unidades de saúde de maior complexidade para avaliação.

#### 2.2.2 - Critérios de alta por cura

O encerramento da Poliquimioterapia deve ser estabelecido segundo os critérios de regularidade ao tratamento:

número de doses e tempo de tratamento, de acordo com cada esquema mencionado anteriormente, sempre com avaliação neurológica simplificada, avaliação do grau de incapacidade física e orientação para os cuidados pós-alta. Situações a serem observadas:

a) Condutas para pacientes irregulares: os pacientes que não completaram o tratamento preconizado - PB: seis (6) doses em até nove (9) meses e MB: doze (12) doses em até dezoito (18) meses - deverão ser avaliados quanto à necessidade de reinício ou possibilidade de aproveitamento de doses anteriores, visando a finalização do tratamento dentro do prazo preconizado.

b) Condutas para indicação de outro ciclo de tratamento em pacientes MB: para o paciente MB sem melhora clínica ao final das doze (12) doses PQT/OMS, a indicação de um segundo ciclo de doze

(12) doses de tratamento deverá ser baseada na associação de sinais de atividade da doença, mediante exame clínico e correlação laboratorial (baciloscopia e, se indicada, histopatologia), em unidades de referência.

c) Condutas para efeitos adversos da PQT: de acordo com os sinais e sintomas específicos dos efeitos adversos de cada droga, o tratamento deverá ser suspenso temporariamente e o(a) paciente encaminhado para avaliação em unidades de referência. Deverão ser solicitados exames laboratoriais específicos para confirmação e/ou diagnóstico diferencial de outras patologias que podem ocorrer concomitantemente. Se a suspensão do uso do medicamento não for suficiente para a regressão do quadro e os exames laboratoriais apresentarem alterações importantes, o(a) paciente deverá ser encaminhado para avaliação e acompanhamento em serviços de alta complexidade.

d) Hanseníase e gestação - em que pese a recomendação de se restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os esquemas PQT/OMS, para tratamento da hanseníase, têm sua utilização recomendada. Contudo, mulheres com diagnóstico de hanseníase e não grávidas devem receber aconselhamento para planejar a gestação após a finalização do tratamento de hanseníase.

e) Hanseníase e Tuberculose - para o(a) paciente com tuberculose e hanseníase deve ser mantido o esquema terapêutico apropriado para a tuberculose (lembrando que nesse caso a dose de rifampicina de 600mg, será administrada diariamente), acrescido dos medicamentos específicos para a hanseníase, nas doses e tempos previstos no esquema padrão PQT/OMS:

i) para os casos paucibacilares acrescenta-se a dapsona;

ii) para os casos multibacilares acrescenta-se a dapsona e a clofazimina até o término do tratamento da tuberculose, quando deverá ser acrescida a rifampicina do esquema padrão da hanseníase;

iii) para os casos que não utilizam a rifampicina no tratamento da tuberculose, por contraindicação desta droga, utilizar o esquema substitutivo próprio para estes casos na hanseníase;

iv) para os casos que não utilizam a rifampicina no tratamento da tuberculose por resistência do Mycobacterium tuberculosis a esta droga, utilizar o esquema padrão PQT/OMS da hanseníase.

f) Hanseníase e infecção pelo HIV e/ou AIDS - para o(a) paciente com infecção pelo HIV e/ou AIDS e hanseníase deve ser mantido o esquema PQT/OMS de acordo com a classificação operacional.

g) Hanseníase e outras doenças - em casos de associação da hanseníase com doenças hepáticas, renais ou hematológicas, a escolha do melhor esquema terapêutico para tratar a hanseníase deverá ser discutida com especialistas das referidas áreas.

### 2.3-Tratamento de reações hansênicas

Para o tratamento das reações hansênicas é imprescindível:

1) diferenciar o tipo de reação hansênica;

2) avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas;

3) Investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais;

4) Conhecer as contraindicações e os efeitos adversos dos medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais;

5) Instituir, precocemente, a terapêutica medicamentosa e medidas coadjuvantes adequadas visando a prevenção de incapacidades;

6) Encaminhar os casos graves para internação hospitalar.

Atenção: a ocorrência de reações hansênicas não contraindica o início da PQT/OMS, não implica na sua interrupção e não é indicação de reinício da PQT, se o paciente já houver concluído seu tratamento.

As reações com ou sem neurites devem ser diagnosticadas por meio da investigação cuidadosa dos sinais e sintomas específicos, valorização das queixas e exame físico geral, com ênfase na avaliação dermatológica e neurológica simplificada. Estas ocorrências deverão ser consideradas como situações de urgência e encaminhadas às unidades de maior complexidade para tratamento nas primeiras vinte e quatro (24) horas. Nas situações onde há



dificuldade de encaminhamento imediato, os seguintes procedimentos deverão ser aplicados até a avaliação:

1) Orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite;

2) Iniciar prednisona na dose de 1 a 2mg/kg peso/dia, devendo-se tomar as seguintes precauções para a sua utilização: garantia de acompanhamento médico, registro do peso, da pressão arterial, da taxa de glicose no sangue, tratamentos profiláticos da estrogiloidíase e da osteoporose.

O acompanhamento dos casos com reação deverá ser realizado por profissionais com maior experiência ou por unidades de maior complexidade. Para o encaminhamento deverá ser utilizada a Ficha de Referência/Contra Referência padronizada pelo município, contendo todas as informações necessárias, incluindo-se a data do início do tratamento, esquema terapêutico, número de doses administradas e o tempo de tratamento.

### 2.3.1- Tratamento clínico das reações

O tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por um médico.

#### I - Reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR)

Iniciar prednisona na dose de 1 a 2 mg/kg/dia conforme avaliação clínica;

Manter a poliquimioterapia se o doente ainda estiver em tratamento específico;

Imobilizar o membro afetado com tala gessada em caso de neurite associada;

Monitorar a função neural sensitiva e motora;

Reduzir a dose de corticóide conforme resposta terapêutica;

Programar e realizar ações de prevenção de incapacidades.

Na utilização da Prednisona, devem ser tomadas algumas precauções:

1. Registro do peso, da pressão arterial e da taxa de glicose no sangue para controle;

2. Fazer o tratamento antiparasitário com medicamento específico para *Strongiloydes stercoralis* prevenindo a disseminação sistêmica deste parasita (Tiabendazol 50 mg/kg/dia, em 3 tomadas por 2 dias ou 1,5g/dose única, ou Albendazol na dose de 400mg/dia, durante 3 dias consecutivos).

3. A profilaxia da osteoporose deve ser feita com Cálcio 1000 mg/dia, Vitamina D 400-800 UI/dia ou Bifosfonatos (por exemplo, Alendronato 10 mg/dia, administrado com água, pela manhã, em jejum. Recomenda-se que o desjejum ou outra alimentação matinal ocorra, no mínimo, 30 minutos após a ingestão do comprimido da alendronato).

#### II - Reação Tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH) A)

A talidomida é a droga de escolha na dose de 100 a 400 mg/dia, conforme a intensidade do quadro (para mulheres em idade fértil, observar a Lei nº 10.651 de 16 de abril de 2003 que dispõe sobre o uso da talidomida). Na impossibilidade do seu uso, prescrever prednisona na dose 1 a 2 mg/kg/dia;

Manter a poliquimioterapia se o(a) doente ainda estiver em tratamento específico;

Introduzir corticosteróide em caso de comprometimento neural segundo o esquema já referido;

Imobilizar o membro afetado em caso de neurite associada;

Monitorar a função neural sensitiva e motora;

Reduzir a dose da talidomida e/ou do corticóide conforme resposta terapêutica;

Programar e realizar ações de prevenção de incapacidades.

B) Outras indicações da corticoterapia para reação tipo 2 (ENH):

Mulheres grávidas e sob risco de engravidar

Irite ou iridociclite

Orquiepididimite

Mãos e pés reacionais

Glomerulonefrite

Eritema nodoso necrotizante

V a s c u l i t e s

Artrite

Contraindicações da talidomida

C) Conduta nos casos de reação crônica ou subintrante:

A reação subintrante é a reação intermitente, cujos surtos são tão freqüentes que, antes de terminado um, surge o outro. Estes casos respondem ao tratamento com corticosteróides e/ou talidomida, mas tão logo a dose seja reduzida ou retirada, a fase aguda recrudesce. Nesses casos recomenda-se:

1. Observar a coexistência de fatores desencadeantes, como parasitose intestinal, infecções concomitantes, cárie dentária, estresse emocional;

2. Utilizar a clofazimina, associada ao corticosteróide, no seguinte esquema: clofazimina em dose inicial de 300mg/dia por 30 dias, 200mg/dia por mais 30 dias e 100mg/dia por mais 30 dias.

D) Esquema terapêutico alternativo para reação tipo 2:

Utilizar a pentoxifilina na dose de 1200mg/dia, dividida em doses de 400mg de 8/8 horas, associada ou não ao corticóide. Pode ser uma opção para os casos onde a talidomida for contraindicada, como em mulheres em idade fértil. A pentoxifilina pode beneficiar os quadros com predomínio de vasculites. Reduzir a dose conforme resposta terapêutica, após pelo menos 30 dias, observando a regressão dos sinais e sintomas gerais e dermatoneurológicos.

E) Tratamento cirúrgico das neurites:

Este tratamento é indicado depois de esgotados todos os recursos clínicos para reduzir a compressão do nervo periférico por estruturas anatômicas constritivas próximas. O(a) paciente deverá ser encaminhado para avaliação em unidade de referência de maior complexidade para descompressão neural cirúrgica, de acordo com as seguintes indicações:

1) Abscesso de nervo;

2) Neurite que não responde ao tratamento clínico padronizado dentro de quatro (4) semanas;

3) Neurites subintrantes;

4) Neurite do nervo tibial após avaliação, por ser, geralmente, silenciosa e, nem sempre, responder bem ao corticóide. A cirurgia pode auxiliar na prevenção da ocorrência de úlceras plantares.

F) Dor neural não controlada e/ou crônica:

A dor neuropática (neuralgia) pode ocorrer durante o processo inflamatório, associado ou não,

à compressão neural, ou por seqüela da neurite e deve ser contemplada no tratamento da neuropatia. Pacientes com dores persistentes, com quadro sensitivo e motor normal ou sem piora, devem ser encaminhados aos centros de referência para o tratamento adequado.

I. Para pacientes com quadro neurológico de difícil controle, as unidades de referência poderão também adotar protocolo clínico de pulsoterapia com metilprednisolona endovenosa na dose de 1g por dia até melhora acentuada dos sinais e sintomas, até o máximo de três pulsos seguidos, em ambiente hospitalar, por profissional experiente, quando será substituída por prednisona via oral.

II- Para pacientes com dor persistente e quadro sensitivo e motor normal ou sem piora, poderão ser utilizados antidepressivos tricíclicos (Amitriptilina, Nortriptilina, Imipramina, Clomipramina) ou fenotiazínicos (Clorpromazina, Levomepromazina) ou anticonvulsivantes (Carbamazepina, Oxycarbamazepina, Gabapentina, Topiramato), segundo os grupos abaixo, observando as interações medicamentosas:

Grupo 1: antidepressivos tricíclicos:

FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	DOSE HABITUAL/DIA	DOSE MÁXIMA/DIA
Cloridrato de Amitriptilina	25mg e 75mg comprimido revestido	25-150mg	300mg
Cloridrato de Nortriptilina	10mg, 25mg, 50mg e 75mg cápsula gelatinosa dura	10-50 mg (0,2-3mg kg)	150mg
Embonato de Imipramina (Pamoato de Imipramina)	75mg e 150mg cápsula gelatinosa dura	25-150mg	300mg
Cloridrato de Clomipramina	10mg e 25mg - drágea e 75mg-comprimido de liberação	25-150mg	250mg

Grupo 2: fenotiazínicos:

FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	DOSE HABITUAL/DIA	DOSE MÁXIMA/DIA
Cloridrato de Clorpromazina	100mg e 25mg comprimido revestido;	25-100mg	100mg
	40mg/ml solução oral;		
	5,0mg/ml solução injetável		
Cloridrato de Levomepromazina	40mg/ml solução oral e	10-100mg	100mg
	5mg/ml solução injetável		

Grupo 3: anticonvulsivantes

FÁRMACO	APRESENTAÇÃO	DOSE HABITUAL/DIA	DOSE MÁXIMA/DIA
Carbamazepina	200mg e 400mg comprimido simples; 20mg/ml suspensão oral e 200mg e 400mg comprimido de desintegração lenta	200-1200mg	3000mg
Oxycarbamazepina	300mg e 600mg cápsula	300-900mg	3000mg
Gabapentina	300mg e 400mg cápsula gelatinosa dura e 600mg comprimido revestido	900-2400mg	3600mg
T o p i r a m a t o	25mg, 50mg e 100mg comprimido revestido	25-800mg	1600mg

2.4 - Prevenção e tratamento de incapacidades

A principal forma de prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas é o diagnóstico precoce. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não deve ser dissociada do tratamento PQT. As ações de prevenção de incapacidades e deficiências fazem parte da rotina dos serviços de saúde e recomendadas para todos os pacientes.

A avaliação neurológica deve ser realizada:

- 1) No início do tratamento;
- 2) A cada três meses durante o tratamento se não houver queixas;
- 3) Sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas;
- 4) No controle periódico de pacientes em uso de corticóides, em estados reacionais e neurites;
- 5) Na alta do tratamento;
- 6) No acompanhamento pós-operatório de decompressão neural com 15 (quinze), 45 (quarenta e cinco), 90 (noventa) e 180 (cento e oitenta) dias.

2.4.1- Técnicas simples de autocuidado

A prevenção das incapacidades físicas é realizada através de técnicas simples e de orientação ao paciente para a prática regular de autocuidado. Técnicas simples são procedimentos a serem aplicados e ensinados ao(à) paciente nas unidades básicas de saúde durante o acompanhamento do caso e após a alta, com o propósito de prevenir incapacidades e deformidades físicas decorrentes da hanseníase.

Autocuidados são procedimentos que o(a) próprio paciente, devidamente orientado(a), deverá realizar regularmente no seu domicílio. O quadro a seguir apresenta orientações de autocuidados relacionados a exercícios, conforme a alteração da força muscular:

Força		Descrição	Orientação
Forte	5	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência máxima.	Não necessita de exercícios.
Diminuída	4 3	Realiza o movimento completo contra a gravidade com resistência parcial.	Exercícios ativos com resistência. Exercícios

	2	Realiza o movimento completo contra a gravidade. Realiza o movimento parcial.	ativos sem ou com pouca resistência. Alongamentos e exercícios passivos. Exercícios com ajuda da outra mão. Exercícios ativos sem resistência.
Paralisada			Alongamento e exercícios passivos. Exercícios com ajuda da outra mão.
	1 0	Contração muscular sem movimento. Paralisia (nenhum movimento).	Alongamento e exercícios passivos.

#### 2.4.2 - Indicação de cirurgia de reabilitação:

O paciente com incapacidade instalada, apresentando mão em garra, pé caído e lagofalmo, bem como outras incapacidades tais como madarose superciliar, desabamento da pirâmide nasal, queda do lóbulo da orelha, atrofia cutânea da face, deverão ser encaminhados para avaliação e indicação de cirurgia de reabilitação em centros de referência de alta complexidade, de acordo com os seguintes critérios: ter completado o tratamento PQT e estar sem apresentar estados inflamatórios reacionais, há pelo menos 1 (um) ano.

#### 2.5- Situações pós-alta por cura

##### 2.5.1-Reações pós-alta por cura

Pacientes que, no momento da alta por cura, apresentam reações ou deficiências sensitivomotoras e/ou incapacidades deverão ser monitorados.

Os pacientes deverão ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora.

2.5.2. Recidiva Os casos de recidiva em hanseníase são raros em pacientes tratados regularmente com os esquemas poliquimioterápicos. Geralmente ocorrem em período superior a 5 (cinco) anos após a cura.

##### Critérios clínicos para a suspeição de recidiva

O diagnóstico diferencial entre reação e recidiva deverá ser baseado na associação de exames clínico e laboratoriais, especialmente, a baciloscopia nos casos MB. Os casos que não responderem ao tratamento proposto para os estados reacionais deverão ser encaminhados a unidades de referência para confirmação de recidiva.

Os critérios clínicos, para o diagnóstico de recidiva, segundo a classificação operacional são:

##### a) Paucibacilares (PB)

Paciente que, após alta por cura, apresentar dor no trajeto de nervos, novas áreas com alterações de sensibilidade, lesões novas e/ou exacerbação de lesões anteriores que não respondem ao tratamento com corticosteróide, por pelo menos 90 dias.

##### b) Multibacilares (MB)

Paciente que, após alta por cura, apresentar lesões cutâneas e/ou exacerbação de lesões antigas, novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com talidomida e/ou corticosteróide nas doses e prazos recomendados, baciloscopia positiva, quadro compatível com pacientes virgens de tratamento.

##### Principais aspectos para distinção entre estados reacionais e recidiva

Características	Reação	Recidiva
Período de ocorrência	Frequente durante a PQT e/ou me-nos frequente no período de dois a três anos após término do tratamento.	Em geral, período superior a cinco anos após término da PQT
S u r g i m e n t o	Súbito e inesperado	Lento e insidioso
Lesões antigas	Algumas ou todas podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas	Geralmente imperceptíveis
Lesões recentes	Em geral, múltiplas	Poucas
Ulceração	Pode ocorrer	Raramente ocorre
Regressão	Presença de descamação	Ausência de descamação
	Muitos nervos podem ser	Poucos nervos podem ser envolvidos, com alterações sensitivo -motoras de evolução

Comprometimento neural	rapidamente ocorrendo dor sensitivo-motoras	envolvidos e alterações	mais lenta.
Resposta a medicamentos antirreacionais	Excelente		Não pronunciada

#### 2.4.2 - Indicação de cirurgia de reabilitação:

O paciente com incapacidade instalada, apresentando mão em garra, pé caído e lagoftalmo, bem como outras incapacidades tais como madarose superciliar, desabamento da pirâmide nasal, queda do lóbulo da orelha, atrofia cutânea da face, deverão ser encaminhados para avaliação e indicação de cirurgia de reabilitação em centros de referência de alta complexidade, de acordo com os seguintes critérios: ter completado o tratamento PQT e estar sem apresentar estados inflamatórios reacionais, há pelo menos 1 (um) ano.

#### 2.5- Situações pós-alta por cura

##### 2.5.1-Reações pós-alta por cura

Pacientes que, no momento da alta por cura, apresentam reações ou deficiências sensitivomotoras e/ou incapacidades deverão ser monitorados.

Os pacientes deverão ser orientados para retorno imediato à unidade de saúde, em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora.

2.5.2. Recidiva Os casos de recidiva em hanseníase são raros em pacientes tratados regularmente com os esquemas poliquimioterápicos. Geralmente ocorrem em período superior a 5 (cinco) anos após a cura.

Critérios clínicos para a suspeição de recidiva

O diagnóstico diferencial entre reação e recidiva deverá ser baseado na associação de exames clínico e laboratoriais, especialmente, a baciloscopia nos casos MB. Os casos que não responderem ao tratamento proposto para os estados reacionais deverão ser encaminhados a unidades de referência para confirmação de recidiva.

Os critérios clínicos, para o diagnóstico de recidiva, segundo a classificação operacional são:

##### a) Paucibacilares (PB)

Paciente que, após alta por cura, apresentar dor no trajeto de nervos, novas áreas com alterações de sensibilidade, lesões novas e/ou exacerbação de lesões anteriores que não respondem ao tratamento com corticosteróide, por pelo menos 90 dias.

##### b) Multibacilares (MB)

Paciente que, após alta por cura, apresentar lesões cutâneas e/ou exacerbação de lesões antigas, novas alterações neurológicas que não respondem ao tratamento com talidomida e/ou corticosteróide nas doses e prazos recomendados, baciloscopia positiva, quadro compatível com pacientes virgens de tratamento.

Principais aspectos para distinção entre estados reacionais e recidiva

Características	Reação	Recidiva
Período de ocorrência	Freqüente durante a PQT e/ou me-nos freqüente no período de dois a três anos após término do tratamento.	Em geral, período superior a cinco anos após término da PQT
S u r g i m e n t o	Súbito e inesperado	Lento e insidioso
Lesões antigas	Algumas ou todas podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas	Geralmente imperceptíveis
Lesões recentes	Em geral, múltiplas	Poucas
Ulceração	Pode ocorrer	Raramente ocorre
Regressão	Presença de descamação	Ausência de descamação

Fonte: Adaptado do Manual da OMS, 2ª ed. 1989.

Apesar da eficácia comprovada dos esquemas PQT/OMS a vigilância da resistência medicamentosa deve ser iniciada. Para tanto, as unidades de referência devem encaminhar coleta de material de casos de recidiva confirmada

em multibacilares aos centros nacionais de referência indicados para esse fim.

### 2.5.3-Prevenção e tratamento de incapacidades

Todas as medidas recomendadas para o(a) paciente em tratamento devem ser extensivas ao período pós-alta por cura, especialmente dos casos que apresentam graus 1 e 2, sobretudo, o acompanhamento das práticas de autocuidado, adaptação de calçados e tratamento de feridas, além da reabilitação cirúrgica. O(a) paciente deve ser orientado(a) para o retorno pós-alta por cura, de acordo com as suas necessidades.

### 2.5.4-Atenção às áreas de ex-colônias de hanseníase

Apesar do isolamento compulsório, no Brasil, ter sido abolido em 1962, muitas pessoas permaneceram residindo em ex-colônias ou em seus arredores. Outras foram internadas por razões sociais até o início dos anos oitenta, em alguns estados. Recomenda-se, portanto, que essas populações sejam alvo das seguintes ações de vigilância e controle de hanseníase:

a) vigilância de contatos ou exame de coletividade;

b) investigação dos casos de recidiva, pela possibilidade de ocorrência de resistência medicamentosa em pessoas submetidas a monoterapia irregular com dapsona;

c) ações de prevenção e reabilitação física, psicossocial e profissional;

d) integração dessas instituições à rede de serviços do SUS.

e) observar qual paciente se enquadra nos critérios da Lei Nº 11.520 de 18/09/2007.

## 3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A vigilância epidemiológica envolve a coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. Ela subsidia recomendações, a promoção e a análise da efetividade das intervenções. É fundamental a divulgação das informações obtidas, como fonte de planejamento das intervenções a serem desencadeadas.

A vigilância epidemiológica deve ser organizada em todos os níveis de atenção, da unidade básica de saúde à alta complexidade, de modo a garantir informações acerca da distribuição, da magnitude e da carga de morbidade da doença nas diversas áreas geográficas. Ela propicia o acompanhamento rotineiro das principais ações estratégicas para o controle da hanseníase.

### 3.1. Descoberta de caso

A descoberta de caso é feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos, e exame de coletividade como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento).

Caso novo de hanseníase é aquele que nunca recebeu qualquer tratamento específico.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando-se a ficha de notificação e investigação do Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN), disposta no Anexo I a esta Portaria nos três níveis de atenção à saúde. A notificação deve ser enviada em meio físico, magnético ou virtual ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário. As fichas de notificação dos casos devem ser preenchidas por profissionais das unidades de saúde onde o(a) paciente foi diagnosticado(a).

A notificação de casos de recidiva deverá ser realizada pelo serviço de referência que procedeu a confirmação diagnóstica. Após avaliação, os casos confirmados e sem complicação, deverão ser contrareferenciados para tratamento e acompanhamento na unidade básica.

### 3.2. Acompanhamento dos casos

Por ser a hanseníase uma doença infecciosa crônica, os casos notificados demandam atualização das informações do acompanhamento pela unidade de saúde, por meio do preenchimento do Boletim de Acompanhamento de Casos do SINAN (Anexo V).

O Boletim de Acompanhamento de Casos deve ser encaminhado pela unidade de saúde, ao final de cada mês, ao nível hierárquico superior informatizado, contendo as seguintes informações: data do último comparecimento, classificação operacional atual, esquema terapêutico atual, número de doses de PQT/OMS administradas, episódio reacional durante o tratamento, número de contatos examinados e, em caso de saída: tipo, data e o grau incapacidade na alta por cura.

A saída por "abandono" deverá ser informada quando o doente, que ainda não concluiu o tratamento, não compareceu ao serviço de saúde nos últimos 12 meses, independente da classificação operacional.

As alterações dos casos no SINAN só poderão ser feitas no primeiro nível informatizado.

### 3.3. Investigação epidemiológica de contato

A investigação consiste no exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos detectados e repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão e sinais e sintomas precoces da hanseníase.

A investigação epidemiológica tem por finalidade a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente e suas possíveis fontes de infecção. Para fins operacionais considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos 5 (cinco) anos.

### 3.3.1 -Recomendações sobre o uso da vacina BCG (Bacilo de Calmette-Guërin) para os contatos intradomiciliares de hanseníase

A vacina BCG-ID deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB. A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal e segue as recomendações do quadro abaixo:

Avaliação da cicatriz Vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Prescrever uma dose
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose

Fonte: Caderno da Atenção Básica- nº 21/2008

Atenção: todo contato de hanseníase deve receber orientação de que a BCG não é uma vacina específica para este agravo e neste grupo, é destinada, prioritariamente, aos contatos intradomiciliares.

Notas:

A) Contatos intradomiciliares de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG;

B) Contatos intradomiciliares de hanseníase com mais de 1 ano de idade, já vacinados com a primeira dose, devem seguir as instruções do quadro acima;

C) Na incerteza de cicatriz vacinal ao exame dos contatos intradomiciliares, recomenda-se aplicar uma dose, independentemente da idade.

As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) disponíveis no seguinte endereço eletrônico: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_pos-vacinacao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_pos-vacinacao.pdf).

É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para pessoas HIV positivas ou com AIDS devem ser seguidas as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados disponíveis no seguinte endereço eletrônico: [www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/imunizacao/imuniza.htm).

### 3.4. Indicadores de monitoramento e avaliação

#### 3.4.1. Da força de morbididade, de magnitude da hanseníase e perfil epidemiológico.

a) Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase.

b) Coeficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos de idade;

c) Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano;

d) Coeficiente de prevalência anual de hanseníase;

e) Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física, entre os casos avaliados no momento da alta por cura.

#### 3.4.2. Da qualidade das ações e serviços (indicadores operacionais)

a) Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico;

b) Proporção de cura de hanseníase nas coortes

c) Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento nos anos das coortes

d) Proporção de casos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidade física, no momento da alta por cura;

e) Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos diagnosticados no ano.

### Quadro 1 - INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA HANSENÍASE

Indicadores da força de morbidade, magnitude e perfil epidemiológico			
INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETROS
<b>Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes</b>	<b>Numerador:</b> Casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação <b>Denominador:</b> População total residente no mesmo local e período. <b>Fator de multiplicação:</b> 100.000	Medir força de morbidade, magnitude e tendência da endemia.	<b>Hiperendêmico:</b> > 40,00/100.000 hab. <b>Muito Alto:</b> 20,00 a 39,99/100.000 hab. <b>Alto:</b> 10,00 a 19,99 /100.000 hab. <b>Médio:</b> 2,00 a 9,99 /100.000 hab. <b>Baixo:</b> < 2,00/100.000 hab.
<b>Coefficiente de detecção anual de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos por 100.000 habitantes</b>	<b>Numerador:</b> Casos novos em menores de 15 anos de idade residentes em determinado local e diagnosticados no ano da avaliação <b>Denominador:</b> População de 0 a 14 anos no mesmo local e período. <b>Fator de multiplicação:</b> 100.000	Medir força da transmissão recente da endemia e sua tendência.	<b>Hiperendêmico:</b> > 10,00/100.000 hab. <b>Muito Alto:</b> 5,00 a 9,99 /100.000 hab. <b>Alto:</b> 2,50 a 4,99 /100.000 hab. <b>Médio:</b> 0,50 a 2,49 /100.000 hab. <b>Baixo:</b> < 0,50/100.000 hab.
<b>Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico, entre os casos novos detectados e avaliados no ano(1)</b>	<b>Numerador:</b> Casos novos com grau 2 de incapacidade física no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação <b>Denominador:</b> Casos novos com grau de incapacidade física avaliado, residentes no mesmo local e período <b>Fator de multiplicação:</b> 100	Avaliar a efetividade das atividades da detecção oportuna e/ou precoce de casos	<b>Alto:</b> > 10% <b>Médio:</b> 5 a 9,9% <b>Baixo:</b> < 5%
<b>Coefficiente anual de prevalência de hanseníase por 10.000 habitantes</b>	<b>Numerador:</b> Casos residentes em determinado local e em tratamento em 31/12 do ano de avaliação <b>Denominador:</b> População total residente no mesmo local no ano de avaliação <b>Fator de multiplicação:</b> 10.000	Medir a magnitude da endemia	<b>Hiperendêmico:</b> > 20,0/10.000 hab. <b>Muito Alto:</b> 10,0 a 19,9 /10.000 hab. <b>Alto:</b> 5,0 a 9,9 /10.000 hab. <b>Médio:</b> 1,0 a 4,9 /10 000 hab. <b>Baixo:</b> < 1,0 /10.000 hab.
<b>Proporção de casos de hanseníase</b>	<b>Numerador:</b> Casos com grau 2 de incapacidade	Avaliar a transcendência da doença e subsidiar	<b>Alto:</b> > 10% <b>Médio:</b> 5 a 9,9% <b>Baixo:</b> < 5%



<p><b>curados com grau 2 de incapacidade física dentre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano(1)</b></p>	<p>física na alta por cura, residentes em determinado local e curados no ano da avaliação</p> <p><b>Denominador:</b> casos com grau de incapacidade física avaliados na alta por cura, no mesmo local e período. <b>Fator de multiplicação:</b> 100</p>	<p>a programação de ações de prevenção e tratamento de incapacidades pós-alta por cura</p>	
<p><b>Indicadores da qualidade das ações e serviços (operacionais)</b></p>			
<p><b>INDICADOR</b></p>	<p><b>CONSTRUÇÃO</b></p>	<p><b>UTILIDADE</b></p>	<p><b>PARÂMETROS</b></p>
<p><b>Proporção de casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico</b></p>	<p><b>Numerador:</b> Casos novos de hanseníase com o grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico, residentes em determinado local e detectados no ano da avaliação <b>Denominador:</b> Casos novos de hanseníase residentes no mesmo local e diagnosticados no ano da avaliação <b>Fator de multiplicação:</b> 100</p>	<p>Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar os resultados das ações da Programação de Ações de Vigilância em Saúde (PAVS).</p>	<p><b>Bom</b> &gt; 90% <b>Regular</b> 75 a 89,9 % <b>Precário</b> &lt; 75%</p>
<p><b>Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (2) (3)</b></p>	<p><b>Numerador:</b> Casos novos residentes em determinado local, diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31.12 do ano de avaliação <b>Denominador:</b> Total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes <b>Fator de multiplicação:</b> 100</p>	<p>Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento. Monitorar o Pacto pela Vida</p>	<p><b>Bom</b> &gt; 90% <b>Regular</b> 89 a 75% <b>Precário</b> &lt; 75%</p>
<p><b>Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado</b></p>	<p><b>Numerador:</b> Casos curados no ano com o grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura residentes em determinado local</p>	<p>Medir a qualidade do atendimento nos Serviços de Saúde e monitorar o resultado das ações da PAVS.</p>	<p><b>Bom</b> &gt; 90% <b>Regular</b> 75 a 89,9% <b>Precário</b> &lt; 75%</p>
	<p><b>Denominador:</b> Total de casos cu</p>		
	<p>rados no ano residentes no mesmo</p>		
	<p>local</p>		
	<p><b>Fator de</b></p>		

	<b>multiplicação: 100</b>		
Proporção de examinados entre os contatos intradomiciliares registrados dos casos novos de hanseníase no ano	<b>Numerador:</b> Contatos intradomiciliares examinados referentes aos casos novos residentes em determinado local e diagnosticados no ano de avaliação <b>Denominador:</b> Total de contatos intradomiciliares registrados referentes aos casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados no ano de avaliação <b>Fator de multiplicação: 100</b>	Avaliar a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase para detecção de novos casos. Monitorar o resultado das ações da PAVS	<b>Bom:</b> > 75% <b>Regular:</b> 50 a 74,9% <b>P r e c á r i o:</b> < 50%
Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes (2)	<b>Numerador:</b> Casos residentes em determinado local, informados como abandono entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes <b>Denominador:</b> Total de casos novos residentes no mesmo local e diagnosticados nos anos das coortes <b>Fator de multiplicação: 100</b>	Avaliar a qualidade da atenção e do acompanhamento dos casos novos diagnosticados até a completude do tratamento	<b>Bom:</b> < 10% <b>Regular:</b> 10 a 24,9% <b>P r e c á r i o:</b> > 25%

(1) Indicador calculado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade física avaliado for maior ou igual a 75%

(2) Indicador a ser calculado por local de residência atual do paciente. Deverão ser retirados do denominador apenas os casos considerados como erro diagnóstico.

(3) Os anos das coortes são diferenciados conforme a classificação operacional e data de diagnóstico de hanseníase: a) Paucibacilar (PB) - todos os casos novos paucibaciliares que foram diagnosticados 1 ano antes do ano da avaliação;

b) Multibacilar (MB) - todos os casos novos multibaciliares que foram diagnosticados 2 anos antes do ano da avaliação.

#### 4. ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

##### 4.1. Programação de medicamentos e insumos

É de responsabilidade da unidade básica de saúde dispor do tratamento completo para cada caso, conforme faixa etária e classificação operacional, na forma de esquema de Poliquimioterapia (PQT/OMS). A programação deverá ser de acordo o número de casos PB e MB. O armazenamento da medicação deve ser feito em local arejado, sem umidade, calor ou luminosidade excessiva.

É de responsabilidade dos Centros de Referência Municipais, Regionais, Estaduais e/ou Nacionais dispor do tratamento completo para cada caso que necessitar dos esquemas alternativos, definidos anteriormente.

O estoque regulador de tratamento PQT/OMS para a assistência nos três níveis de complexidade e dos medicamentos dos esquemas alternativos e anti-reacionais para os Centros de Referência Municipais, Regionais, Estaduais e/ou Nacionais é estimado a partir da detecção de novos casos do ano anterior, conforme matriz programática específica.

O Ministério da Saúde é responsável pela programação, aquisição e distribuição nacional dos medicamentos, com a participação das Secretarias Estaduais de Saúde. Cabe às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a

gestão da distribuição às unidades de saúde aonde são dispensados, zelando para que não haja descontinuidade na oferta desse insumo.

#### 4.1.2. Outros insumos

Os medicamentos antirreacionais também são adquiridos e distribuídos às Secretarias de Saúde pelo Ministério da Saúde. As Secretarias e Unidades de Saúde devem dar atenção ao cumprimento da Lei nº 10.651 de 16 de abril de 2003, que dispõe sobre o uso da talidomida para mulheres em idade fértil.

Da mesma forma, devem-se seguir protocolos para corticoterapia prolongada e uso dos insumos para apoio à prevenção de incapacidades físicas de olhos, mãos e pés, durante e após o tratamento, conforme indicação.

Outros insumos (tais como: material para testes de sensibilidade e para coleta de material para baciloscopia) devem estar disponíveis em todos os serviços de saúde. Os centros de referência devem dispor de insumos para exames complementares na elucidação de casos de difícil diagnóstico.

#### 4.2 Referência e Contra-Referência

Para a atenção integral ao paciente nos três níveis de complexidade deve-se estruturar, organizar e oficializar o sistema de referência e contra-referência para a assistência à pessoa com hanseníase, conforme políticas vigentes do SUS, que estabelecem as atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com as respectivas condições de gestão e divisão de responsabilidades.

Na presença de intercorrências clínicas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, recidivas e necessidade de reabilitação cirúrgica, além de dúvidas no diagnóstico e na conduta, o caso deverá ser encaminhado ao nível de maior complexidade, conforme estabelecido no sistema de referência e de contrarreferência da rede de saúde da região. O encaminhamento do(a) paciente deverá ser realizado após agendamento prévio na unidade de referência, acompanhado de formulário contendo todas as informações necessárias ao seu atendimento (motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, resultados de exames realizados, diagnóstico, evolução clínica, esquema terapêutico e dose a que o paciente está submetido, entre outras).

A contra-referência deverá ser acompanhada de formulário próprio, contendo informações detalhadas a respeito do atendimento prestado e das condutas e orientações para o seguimento do(a) paciente no estabelecimento de origem.

Diante da necessidade de atendimento psicológico ou psiquiátrico, a pessoa com hanseníase ou seus familiares devem ser encaminhados para acompanhamento em saúde mental, na própria unidade básica ou em serviço de referência.

#### 4.3. Organização do sistema de informação

##### 4.3.1. Prontuário e documentação

O prontuário da pessoa com hanseníase deverá ser o mesmo utilizado para os demais atendimentos realizados na unidade de saúde, acrescido de anexos constituídos por impressos específicos como cópia da ficha de notificação, ficha de avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e de informações evolutivas sobre o acompanhamento do caso.

O arquivamento dos prontuários dos casos de hanseníase, em registro nas unidades, deve obedecer aos processos administrativos internos da organização institucional. É importante reiterar que constem do prontuário os seguintes formulários:

- a) Cópia da ficha de notificação (Anexo I);
- b) Protocolo complementar de diagnóstico de hanseníase em menores de 15 anos (Anexo II);
- c) Formulário para avaliação do grau de incapacidade (Anexo III);
- d) Formulário para avaliação neurológica simplificada (Anexo IV);
- e) Formulário de Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase (Anexo VII);
- f) Outros formulários que se fizerem necessários para o acompanhamento eficiente dos doentes.

Informações sobre a evolução clínica e psicossocial, administração das doses supervisionadas e vigilância de contatos deverão constar do registro regular no prontuário de todos os pacientes.

Os casos de suspeição diagnóstica de hanseníase em menores de 15 anos devem seguir protocolo do PNCH/SVS/MS, de acordo com Nota Técnica nº 14/2008 (Anexo II).

##### 4.3.2. Do Acompanhamento e Agendamento/Aprazamento

A pessoa com hanseníase deverá ser agendada para a tomada da dose supervisionada a cada 28 (vinte e oito) dias, utilizando-se cartões de agendamento para o registro da data de retorno à unidade de saúde e controle da adesão ao tratamento.

No ato do comparecimento à unidade de saúde para receber a medicação específica preconizada e de modo supervisionado, o paciente deve ser submetido à revisão sistemática por médico e/ou enfermeiro responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico objetivando identificação de reações hansênicas, efeitos colaterais ou adversos aos medicamentos em uso e surgimento de dano neural.

Recomenda-se aproveitar a presença do paciente na Unidade de Saúde para agendar os contatos intradomiciliares para exame clínico, orientação e administração da vacina BCG, conforme preconizado.

Para monitorar a ocorrência de recidiva recomenda-se que as gerências estaduais e municipais investiguem as entradas por recidiva no SINAN e a utilização do formulário de intercorrências pós alta (Anexo VI).

#### 4.3.3. Fluxo de informação

O fluxo de informações em hanseníase deverá ser construído segundo a lógica do envio sistemático dos dados e atualização permanente do sistema de informações, desde o nível municipal até a esfera federal. Todos os casos detectados deverão ser notificados utilizando-se a Ficha de Notificação e Investigação (Anexo I). Esta ficha deve ser enviada semanalmente à Secretaria Municipal de Saúde para inserção no SINAN e em seguida encaminhada à Secretaria Estadual, conforme normas e rotinas estabelecidas pela Gerência Técnica do SINAN (GT - Sinan) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

O Município é responsável por imprimir e enviar mensalmente às unidades de saúde, o Boletim de Acompanhamento (Anexo IV) para atualização das informações. Após atualização, as unidades de saúde deverão devolvê-lo à vigilância epidemiológica para a digitação no SINAN.

### 5- COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação e educação em saúde é um dos componentes estruturantes do Programa Nacional de Controle da Hanseníase compreende três eixos: ações de comunicação em saúde; educação permanente e mobilização social. Estas ações devem ser conduzidas sempre em consonância com as políticas vigentes. Nesse processo deve-se promover a participação de diferentes atores sociais no planejamento, execução e avaliação, favorecendo a democratização e a descentralização dessas ações.

As ações de comunicação são fundamentais à divulgação das informações sobre hanseníase dirigidas à população em geral, e em particular, aos profissionais de saúde e pessoas atingidas pela doença e de sua convivência. Essas ações devem ser realizadas de forma integrada à mobilização social.

As práticas de educação em saúde para controle da hanseníase devem basear-se na política de educação permanente e na política nacional de promoção da saúde. Essas atividades devem compreender, pelo menos, atenção integral, estímulo à investigação e ao auto-exame dos contatos intradomiciliares, autocuidado, prevenção e tratamento de incapacidades físicas e suporte psicológico durante e após o tratamento.

A educação permanente em saúde, ao proporcionar a formação dos profissionais de saúde, gestores e usuários, é uma estratégia essencial à atenção integral humanizada e de qualidade, ao fortalecimento do SUS e à garantia de direitos e da cidadania. Para tanto, faz-se necessário estabelecer ações intersetoriais envolvendo a educação e a saúde, de acordo com as diretrizes para implementação da política nacional de educação permanente em saúde.

Recomenda-se que a educação permanente em saúde contemple - na hanseníase - a reorientação das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social e seja realizada de forma intersetorial com outras áreas governamentais, sociedades científicas, conselhos reguladores e órgãos formadores de profissionais da saúde e entidades não governamentais.

De acordo com as recomendações do Pacto pela Saúde caberá às três esferas de governo trabalhar em parceria com as demais instituições e entidades da sociedade civil para a divulgação de informações atualizadas sobre a hanseníase e atenção integral ao portador de hanseníase ou de suas sequelas.

[ANEXO I - Ficha do Sistema Nacional de Notificação de Agravos \(SINAN\)](#)

[ANEXO II - Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos \(frente e verso\)](#)

[ANEXO III - Formulário para avaliação do grau de incapacidade](#)

[ANEXO IV - Formulário para avaliação neurológica simplificada](#)

[ANEXO V - Boletim de acompanhamento de casos](#)

[ANEXO VI - Ficha de investigação de intercorrências após alta por cura](#)

[ANEXO VII - Formulário de vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase.](#)