

RESOLUÇÃO SS – 130, DE 08/10/2001
PUBLICADA NO D.O.E., 10/10/2001, PGS. 19, 20, 21, 22

Aprova a Norma Técnica que estabelece as Diretrizes e Estratégias para as Ações de controle da Hanseníase e Preconiza Esquemas de Tratamento

O Secretário da Saúde, considerando a necessidade de atualizar os objetivos e estratégias a serem adotadas para a implementação das Ações de Controle da Hanseníase;

Considerando as recomendações da Portaria Nº 814 de 22/07/93 do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 28/07/93;

Considerando a necessidade de atualização dos esquemas terapêuticos para tratamento da hanseníase no Estado de São Paulo; e

Considerando a grande redução da prevalência e a necessidade de reorganização dos serviços, principalmente no que se refere a assistência ambulatorial especializada a nível regional e estadual, resolve:

Artigo 1º - Fica aprovada a Norma Técnica sobre as Diretrizes e Estratégias para as Ações de Controle da Hanseníase que faz parte integrante desta Resolução, incluindo as recomendações sobre Esquemas Terapêuticos, objetivando o desenvolvimento de ações destinadas à redução da morbi-mortalidade por hanseníase no âmbito do SUS – São Paulo.

Artigo 2º - A aplicação e o controle da Norma Técnica aludida no artigo anterior, nos diferentes níveis de prestação de serviços, fica a cargo dos dirigentes regionais e municipais do SUS – São Paulo.

Artigo 3º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Resolução SS - 31 de 19/02/1999.

ANEXO

Norma Técnica sobre as diretrizes e estratégias para as ações de controle da hanseníase.

CAPÍTULO I

Estratégias para as Ações de Controle da Hanseníase

O controle da hanseníase no SUS – São Paulo terá as seguintes estratégias orientadoras:

a) Inserção das ações de controle da hanseníase em toda a rede de serviços do SUS – São Paulo hierarquizando-as e regionalizando-as de forma a garantir o acesso universal de toda população aos diferentes níveis de complexidade de serviços.

b) Organização de pelo menos um serviço ambulatorial de referência estadual, para atendimento dos casos referenciados pela rede de serviços, que necessitam de assistência ambulatorial especializada na área da Grande São Paulo e pelo menos um serviço ambulatorial de referência regional para atendimento dos casos referenciados pela rede de serviços de cada Diretoria Regional de Saúde do Estado de São Paulo.

c) Desenvolvimento contínuo de recursos humanos, identificando serviços que perderam pessoal capacitado e promovendo a capacitação para atendimento das necessidades identificadas.

d) Tratamento de todos os casos diagnosticados conforme as recomendações técnicas contidas nesta Norma.

e) Implementação das Ações de Enfermagem, Prevenção e Tratamento de Incapacidades, Ações Sociais e Ações Educativas, conforme instruções desta Norma.

f) Implementação de vigilância epidemiológica incluindo procedimentos especiais nos municípios sem detecção de casos no ano anterior.

g) Absorção de novas tecnologias resultantes das atividades dos Institutos de Pesquisa do SUS – São Paulo, Universidades e outras instituições estaduais que atuem na área científica e tecnológica, bem como em colaboração com outras instituições nacionais e internacionais do Setor.

CAPÍTULO II

Diretrizes Básicas

Os objetivos, definidos de acordo com o quadro epidemiológico local, serão implementados através dos seguintes grupos de ação:

- 2.1 – Ações de organização dos serviços de controle da hanseníase
- 2.2 – Ações para o desenvolvimento dos recursos humanos
- 2.3 – Ações para detecção de casos e tratamento com poliquimioterapia
- 2.4 – Ações para a prevenção e tratamento das incapacidades físicas
- 2.5 – Ações de enfermagem
- 2.6 – Ações sociais
- 2.7 – Ações educativas
- 2.8 – Ações de vigilância epidemiológica
- 2.9 – Ações de pesquisa

2.1 – Ações de Organização dos Serviços de Controle da Hanseníase

2.1.1 – A rede de serviços do SUS – São Paulo deverá ser organizada de forma a que todo caso suspeito de hanseníase tenha acesso a serviços para a assistência integral em todos os níveis de complexidade e, para tanto, as regionais de saúde deverão identificar os serviços para as ações de suspeição, diagnóstico e tratamento, bem como identificar e organizar pelo menos um serviço ambulatorial de referência em cada Diretoria Regional de Saúde. Os serviços regionais de referência serão instalados, preferencialmente junto as Faculdades de Medicina, estimulando a integração ensino-serviço.

2.1.2 – As regionais devem divulgar as normas e instruções, assessorar os municípios na organização da rede de assistência, avaliar o desempenho municipal das ações de controle pelo menos anualmente e assumir a execução destas ações quando o nível municipal não conseguir organizar o que lhe compete.

2.1.3 – A assistência ambulatorial especializada, além dos serviços de referência regional, deverá contar com um serviço de referência ambulatorial de excelência para a região metropolitana da Grande São Paulo.

2.1.4 – A assistência hospitalar dos doentes de hanseníase deverá ser realizada na rede de hospitais gerais reservando-se os hospitais especializados apenas para os casos de indicação específica relacionada à própria doença. O encaminhamento de todos os casos para a assistência hospitalar deverá ser realizado mediante o preenchimento da Guia de Encaminhamento para Internação Hospitalar em anexo.

2.1.4.1 – O Instituto de Pesquisas Dr. Lauro de Souza Lima (Bauru) deve ser considerado a referência hospitalar especializada e de excelência para todo o Estado de São Paulo, por se constituir em Centro de Referência Nacional, reconhecido pelo Ministério da Saúde.

2.1.4.2 – O Complexo Hospitalar Padre Bento em Guarulhos deve ser considerado a referência hospitalar especializada em hanseníase para a área da região metropolitana da Grande São Paulo.

2.1.4.3 – As áreas atuais dos antigos hospitais colônia, mesmo os que tiveram sua denominação alterada, deverão ser reestruturadas, respeitando-se as peculiaridades de cada um, as instruções normativas federal e estadual, as diferentes realidades locais/regionais e ainda a participação dos atuais moradores destas instituições e entidades representativas dos mesmos nas decisões desta reestruturação que deve contemplar os desdobramentos abaixo:

- a) Área Hospitalar – deve ser recuperada e transformada de acordo com as necessidades e características da rede de serviços de saúde local, regional e estadual.
- b) Área Asilar – deve ser mantida dentro dos padrões exigidos pelo Ministério da Ação Social, no tocante aos atuais moradores destes hospitais.
- c) Área Comunitária – é aquela área, construída ou não, dos antigos hospitais-colônia, não utilizada para a prestação de serviços de saúde (área hospitalar) nem para asilamento (área asilar). Deve-se proceder entendimentos com vistas ao repasse destas áreas a quem de direito, conforme 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 e de que os atuais moradores assumam seus direitos e deveres de cidadania.
Observação: Nesta área não estão incluídos os doentes e ex-doentes que preenchem os critérios de asilamento.

2.1.4.4 – As internações por indicação social somente poderão acontecer após atendimento dos critérios de asilamento do item b e incluindo ainda os pacientes egressos e seus dependentes, entendendo-se por egresso o doente antigo, internado compulsoriamente e afastado do convívio familiar e posteriormente retirado do hospital à revelia (alta compulsória). A definição a ser adotada para dependente é a que segue:

- 1 – Marido ou esposa
- 2 – Companheiro (a) em união estável
- 3 – Pais
- 4 – Filhos ou irmãos do sexo masculino ou feminino, não emancipados de qualquer condição, menor de 21 anos
- 5 – Filhos ou irmãos do sexo masculino ou feminino com incapacidade física permanente para o trabalho em qualquer idade.

2.1.4.5 – Considerando-se a situação atual de transformação dos antigos Hospitais Colônia no Estado de São Paulo, fica recomendado que as internações por motivos sociais somente ocorrerão no Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes, indicado para retaguarda asilar de todo o Estado de São Paulo. Estas internações deverão ter caráter provisório e para tanto será criado no Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes o “Abrigo Temporário”, destinado aos usuários dos serviços de hanseníase que comprovadamente não apresentem condições para o tratamento e a reinserção social. Para a internação temporária neste setor recomenda-se a adoção dos seguintes critérios abaixo, sendo necessário estar cada caso incluído em pelo menos dois deles:

- 1. Incapacidade para o trabalho
- 2. Desagregação familiar
- 3. Ausência de renda e/ou vínculo empregatício.

2.1.4.6 – Pelas características atuais, o Hospital Dr. Arnaldo Pezzutti Cavalcanti somente poderá reinternar os doentes e ex-doentes egressos do próprio hospital.

2.1.4.7 – Para a execução destas instruções deverá ser criada e/ou delegada a atribuição de gerenciamento das áreas asilar e comunitária a pessoal com formação na área social, facilitando o encaminhamento destas questões.

2.1.4.8 – Todos os demais casos não incluídos nestas instruções, não se constituem em atribuição do setor saúde, devendo os responsáveis por estas instituições hospitalares adotarem os procedimentos legais pertinentes.

2.1.5 – O gerenciamento das ações de controle da hanseníase deverá estar definido em conformidade com as Normas e Instruções de implantação do SUS – São Paulo, respeitando-se as diferentes realidades locais e regionais e destacando-se a importância da existência de responsável pelas ações de controle a nível estadual, regional e municipal.

2.2 – Ações para o Desenvolvimento dos Recursos Humanos

2.2.1 – As regionais de saúde são responsáveis pela avaliação contínua da existência de recursos humanos capacitados para a execução das ações de controle da hanseníase, identificando

as situações em que há necessidade de capacitação ou reciclagem de pessoal a nível regional ou municipal.

2.2.2 – As equipes de saúde devem ser capacitadas de forma descentralizada, de acordo com as necessidades do serviço e dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde, para o desempenho de sua função, com metodologias participativas e problematizadoras que permitam a reflexão crítica, a vivência de experiências e o compromisso social com o usuário a que serve, tendo como referência, as experiências municipais de controle social e os Centros de Referência Regionais e Estaduais.

2.2.3 – Os cursos de formação de pessoal deverão ser organizados de forma a respeitar as realidades locais dos serviços, afastando o pessoal de seu local de trabalho o mínimo possível e necessário e priorizando a estratégia de treinamento em serviço.

2.2.4 – O nível estadual terá a responsabilidade de assessorar as regionais, avaliar periodicamente o desempenho das ações de controle, estabelecer as normas e instruções necessárias para o desenvolvimento de recursos humanos e execução das atividades de capacitação de recursos humanos em caráter complementar.

2.2.5 – Os serviços de referência regional e estadual deverão organizar suas atividades de capacitação, de acordo com as necessidades regionais ou estaduais, no mínimo anualmente, favorecendo a capacitação/atualização do quadro de recursos humanos, além de manter sua equipe capacitada e atualizada para responder as necessidades de encaminhamentos de toda a rede de prestação de serviços do SUS – São Paulo.

2.2.6 – Deverão ser estimuladas as ações de integração docente assistencial entre as atividades de controle da hanseníase a nível estadual, regional e municipal, no sentido de contemplar o ensino adequado de hansenologia nos cursos de graduação universitária e na formação de técnicos de nível médico, sugerindo-se:

- a) discussão sobre a revisão do ensino de hansenologia.
- b) estágio de alunos em serviços ambulatoriais e hospitalares de assistência aos portadores de hanseníase.
- c) organização de serviços de controle de referência ambulatorial regional nos ambulatórios de dermatologia das Faculdades de Medicina do Estado de São Paulo.
- d) desenvolvimento de atividades de pesquisa ou outras de interesse comum.

2.3 – Ações para Detecção de Casos e Tratamento com Poliquimioterapia

2.3.1 – A detecção de casos, visando o diagnóstico precoce da doença, será feita através de atendimento da demanda espontânea em toda a rede de serviços do SUS – São Paulo, verificação de notificações e busca ativa pelo exame de contatos domiciliares.

2.3.2 – Definição de caso de hanseníase: Caso de hanseníase é uma pessoa que apresente um ou mais dos seguintes sinais e sintomas:

- Lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade.
- Acometimento de nervo (s) apresentando espessamento neural acompanhado de alterações de sensibilidade.
- Baciloscopia de pele positiva.

2.3.3 – Classificação clínica dos doentes: A classificação clínica dos casos deverá ser baseada em critérios clínicos, segundo a classificação de Madri, acompanhada sempre que possível dos exames baciloscópico, histopatológico e Teste de Mitsuda (quando necessário). Nos casos de dúvida para classificação, os pacientes deverão ser encaminhados para os serviços de referência regional ou estadual. A classificação de Madri (1953) apresenta a seguinte distribuição: Indeterminada, Tuberculóide, Diforma e Virchowiana.

Observação: O Teste de Mitsuda somente está indicado para os casos cuja classificação não foi possível pelos critérios clínico, baciloscópico e anatomopatológico.

2.3.4 – Classificação dos doentes para fins de tratamento: A classificação dos doentes para fins de tratamento seguirá os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB): casos com baciloscopia negativa ou classificados como tuberculóides ou indeterminados.
- Multibacilar (MB): casos com baciloscopia positiva ou classificados como virchowianos e dimorfos.

Observação: Para os casos de difícil classificação e impossibilidade de encaminhamento para os serviços de referência, utilizar o seguinte critério:

- Paucibacilar (PB): casos com número de lesões de pele < 5 e/ou apenas um tronco nervoso acometido.
- Multibacilar (MB): casos com número de lesões > 5 e/ou mais de um tronco nervoso acometido.

2.3.5. – Tratamento específico: Os esquemas de tratamento a serem adotados no Estado de São Paulo são:

Esquemas Terapêuticos/OMS

- Esquema Padrão: Poliquimioterapia

MEDICAMENTO	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR	
	PQT/PB - 6 doses	PQT/MB - 12 doses *	24 doses **
RIFAMPICINA (RFM)	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 6 doses, em até 9 meses	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses	600 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 24 doses, em até 36 meses
DAPSONA (DOS)	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada	100 mg uma vez ao dia, auto-administrada
CLOFAZIMINA (CFZ)		300 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 12 doses, em até 18 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários, auto-administrada	300 mg uma vez por mês, supervisionada, num total de 24 doses, em até 36 meses + 100 mg em dias alternados ou 50 mg diários, auto-administrada
Seguimento de casos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada, num total de 6 doses 2. Revisão dermatoneurológica na 6^a dose 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada, num total de 12 doses 2. Revisão dermatoneurológica na 6^a e 12^a doses 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comparecimentos mensais para a medicação supervisionada num total de 24 doses 2. Revisão dermatoneurológica na 6^a, 12^a, 18^a e 24^a dose
Critério de alta por cura	Receberão alta, por cura, os pacientes que completarem as 6 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 9 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.	Receberão alta, por cura, os pacientes que completarem as 12 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.	Receberão alta, por cura, os pacientes que completarem as 24 doses de poliquimioterapia supervisionada, em até 36 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.

Observação: A utilização do esquema ROM para doentes paucibacilares com lesão única, deverá ser realizada somente nos Centros de Referências.

* O tratamento dos casos multibacilares (no Estado de São Paulo) devem seguir as seguintes recomendações:

- Todos os casos MB após 12 doses deverão ser avaliados e, após cuidadosa avaliação clínica poderão receber alta por cura.

- Os casos MB que continuarem com lesões cutâneas em atividade, ou apresentarem quadros reacionais importantes na avaliação da 12ª dose, serão submetidos a PQT 24 doses.
- Recomenda-se que toda Regional de Saúde tenha uma referência para auxiliar os serviços de saúde que tratam doentes da hanseníase mas não dispõem de pessoal capacitado para exame clínico criterioso dos candidatos a alta.

** Os serviços que não dispõem de médicos capacitados em hanseníase e têm grandes dificuldades para encaminhamentos para as referências, na dúvida podem manter os doentes MB em tratamento até completarem as 24 doses.

Observações:

1. As Regionais de Saúde ou Municípios que dispõem de exames baciloscópicos confiáveis e que utilizam a escala logarítmica de Ridley poderão acrescentar a baciloscopia como critério de inclusão na PQT 12 doses ou 24 doses. O critério baciloscópico recomendado para inclusão dos casos em tratamento de 12 ou 24 doses é o seguinte: se o caso MB no diagnóstico tiver resultado do índice baciloscópico menor que 3 pode ser candidato a tratamento PQT 12 doses.
2. As Regionais de Saúde devem avaliar periodicamente a qualidade da baciloscopia realizada para diagnóstico de hanseníase e tomar as providências cabíveis para garantir que este exame esteja sendo realizado dentro da padronização do Ministério da Saúde (Guia de Controle da Hanseníase – Ministério da Saúde). A leitura da baciloscopia deve ser realizada utilizando o método proposto por Ridley (Escala logarítmica) para fins de classificação e tempo de tratamento.”...

2.3.6 – Doses (em mg) infantis por faixa etária

Idade em anos	Dapsona (DDS) diária auto-administrativa	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-adm.	Rifampicina (RFM) mensal supervision.	Clofazimina (CFZ)	
			Auto-Adm.	Super.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

2.3.7 – Esquemas alternativos: Os pacientes com intolerância a qualquer dos medicamentos dos esquemas padrão, por se constituírem exceções, deverão sempre que possível serem encaminhados para tratamento nos serviços de referência regional ou estadual.

2.3.7.1 – Intolerância à Dapsona: recomenda-se sua substituição pela Clofazimina na dose de 50mg/dia ou 100 mg em dias alternados (doentes PB) e a duração do tratamento será de 6 meses.

Os doentes MB seguirão tratamento com Rifampicina e Clofazimina na dosagem do esquema padrão e a duração do tratamento será de 24 meses.

2.3.7.2 – Intolerância à Rifampicina: recomenda-se a utilização de 400mg/dia de Ofloxacina + 100mg/dia de Minociclina + 50mg/dia de Clofazimina ou 100mg em dias alternados durante 6 meses (doentes PB) e 24 meses (doentes MB), mantendo-se em ambos os casos, a administração diária de 100mg/dia de Dapsona.

2.3.7.3 – Intolerância à Clofazimina: recomenda-se a utilização de 100mg/dia de Minociclina, mantendo-se as doses de Rifampicina e Dapsona do esquema padrão (doentes MB).

2.3.8 – Tratamento de gestante e período de aleitamento : recomenda-se a manutenção do tratamento específico com os esquemas padrão da poliquimioterapia, conforme instruções da organização Mundial de Saúde.

As equipes de saúde devem permanecer atentas para a ocorrência de gravidez em pacientes do sexo feminino, durante todo o tratamento, tendo em vista a ocorrência de surtos reacionais e a total contra-indicação e proibição do uso da Talidomida em mulheres em idade fértil, conforme Portaria 314 de 15/08/97, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

2.3.9 – 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.
- Os pacientes que apresentarem surtos reacionais que não regredem após tratamento recomendado deverão ser encaminhados para os serviços de referência regional ou estadual.
- A hospitalização do paciente de hanseníase, quando indicada, deve ser feita em hospitais gerais, devendo a destinação de leitos em cada região ser compatível com as necessidades locais.
- Deve-se orientar o paciente quanto à possibilidade de ocorrência de surtos reacionais após a alta por cura, devendo retornar para tratamento da reação.

Reação do Tipo I ou Reação Reversa: recomenda-se o uso de Prednisona ou equivalente, dose de 0,5 a 1mg/kg de peso/dia, até a melhora acentuada do quadro clínico. A partir daí, deve-se iniciar a redução gradual e periódica com previsão de corticoideterapia para 6 meses.

Em caso de neurite, recomenda-se a imobilização do segmento afetado em posição adequada para repouso do nervo.

Reação do Tipo II ou Eritema Nodoso: recomenda-se o uso da Talidomida na dosagem de 100 a 400mg/dia, conforme avaliação clínica, mantendo-se a dose inicial até a remissão clínica do surto reacional.

É totalmente contra indicado o uso da Talidomida em mulheres em idade fértil devido a seus conhecidos efeitos teratogênicos. A Portaria nº 314 de 15/08/97, proíbe o uso deste medicamento em mulheres em idade fértil.

Indica-se o uso de corticosteróides, nas dosagens recomendadas para a 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 comportamento 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.

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

Observação: As ações de prevenção e tratamento de incapacidades são especialmente importantes na vigência dos surtos reacionais, sendo assim recomendada a avaliação e acompanhamento destes pacientes por pessoal treinado nestas ações.

2.3.10 – Efeitos adversos e/ou colaterais das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase

Rifampicina:

Cutâneo: rubor na face e pescoço, prurido e “rash” cutâneo generalizado.

Gastrointestinais: diminuição do apetite, náuseas, ocasionalmente vômitos e diarreia, 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, leve ou transitória e grave, com dano hepático.

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

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, astenia, mialgias, cefaléia e ocasionalmente dores ósseas. Pode apresentar eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tabular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque.

Observação: A utilização de Rifampicina pode provocar diminuição da vida média da prednisona, da quinidina, do ketoconazol, do propranolol, da digitoxina, da metropolol, 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.

Essas alterações aparecem mais acentuadas nas lesões hansenósticas e só regridem muito lentamente com a suspensão do medicamento. A coloração avermelhada da urina 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 para efeitos são encontrados normalmente com doses superiores a 100mg/dia ou períodos prolongados, geralmente acima de 90 dias.

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 de 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 para efeito não ocorre na dose preconizada (1,5mg/kg/dia), salvo em indivíduos com deficiência da enzima glicose – 6 – fosfato – desidrogenase (G-6-PD). A conduta a ser adotada é a suspensão da Dapsona.

Ofloxacina:

Gastrointestinal: náuseas, vômitos, desconforto abdominal, dor epigástrica e abdominal, diarreia, anorexia.

Neurológicos: cefaléias, tonturas, distúrbios do sono e agitação, distúrbios visuais, distúrbios gustativos e olfativos.

Hepáticos: elevações transitórias das transaminases, fosfatase alcalina, bilirrubinas.

Dermatológicos: erupções cutâneas.

Minociclina:

Gastrointestinais: anorexia, náuseas, vômitos, diarreias, glossite, disfagia, enterocolite, lesões inflamatórias da região anogenital, esfigite.

Cutâneas: erupções máculo papulares e eritematosas, dermatite esfoliativa, eritema multiforme, Síndrome Stevens-Johnson , fotossensibilidade, pigmentação da pele e mucosas, urticária púrpura anafilactóide.

Dentários: manchas nos dentes e nas mucosas orais.

Hematológicos: anemia hemolítica, trombocitopenia, neutropenia e eosinofilia.

Outros: pericardite, poliartralgia, exacerbação de lúpus eritematoso sistêmico.

Talidomida:

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

Em virtude da Rifampicina diminuir a ação dos contraceptivos orais, está totalmente contra indicado o uso da Talidomida em mulheres em idade fértil, devido aos seus efeitos teratogênicos.

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 possíveis intercorrências descritas, e a equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o diagnóstico e a conduta adequada em cada caso.

2.3.11 – 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 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.

2.3.12 – A vigilância de contatos deverá incluir exame dermato-neurológico e vacinação BCG Intradérmica em todos os conviventes domiciliares com as seguintes recomendações:

- a) Contatos de doentes multibacilares – aplicação de 2 doses de BCG Intradérmico com intervalo mínimo de 6 meses e pelo menos 1 exame dermatológico por ano por um período de 5 anos.

Contatos de doentes paucibacilares – aplicação de 2 doses de BCG Intradérmico com intervalo mínimo de 6 meses e pelo menos 1 exame dermatológico por ano por um período de 2 anos

2.4 – Ações de Prevenção e Tratamento das Incapacidades

As ações de prevenção e tratamento das incapacidades devem ser parte integrante das ações de controle da hanseníase e realizadas por todos os profissionais de saúde, contemplando o indivíduo nos aspectos bio-psico-social e sempre que possível envolvendo a comunidade.

2.4.1 – As finalidades destas ações incluem o acompanhamento do tratamento e das intercorrências (clínicas e cirúrgicas) visando evitar a ocorrência de danos físicos/emocionais e socio-econômicos, bem como proporcionar ao paciente, durante o tratamento e após alta a manutenção ou melhora das condições observadas no momento do diagnóstico.

2.4.2 – As ações de prevenção de incapacidades devem incluir:

- Avaliação padronizada conforme normas do Ministério da Saúde, no mínimo no momento do diagnóstico e por ocasião da alta por cura.
- Apoio/acompanhamento na manutenção e/ou melhora da condição emocional e integração social.
- Detecção precoce e tratamento adequado por ocasião das reações e das neurites.

- Realização de auto-cuidados e educação em saúde.
- Classificação do Grau de Incapacidade conforme as instruções da Organização Mundial de Saúde.

2.4.3 – A periodicidade do atendimento para prevenção de incapacidades deverá ser:

- Doentes Paucibacilares – no mínimo no momento do diagnóstico, na alta por cura e sempre que tiver intercorrências que justifiquem o atendimento.
- Doentes Multibacilares – no mínimo no momento do diagnóstico, a cada 6 meses até a alta por cura e sempre que tiver intercorrências que justifiquem o atendimento.

2.5 – Ações de Enfermagem

As ações de enfermagem são aquelas realizadas pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe de enfermagem, devendo ser executadas de forma sistemática em todos os doentes e comunicantes (contatos domiciliares).

2.5.1 – As finalidades das ações de enfermagem são:

- Estabelecer a interação entre enfermeiro, cliente, família e equipe de saúde.
- Estabelecer diagnóstico e conduta de enfermagem.
- Avaliar os resultados das ações de enfermagem.

2.5.2 – As ações de enfermagem devem incluir:

- Consulta de enfermagem.
- Atendimento de enfermagem.
- Realização de curativos.
- Aplicação de testes/exames para diagnóstico
- Vacinação de contatos com BCG Intradérmico
- Realização de visita domiciliar.

2.5.3 – A periodicidade mínima recomendada para a consulta e/ou atendimento de enfermagem é de pelo menos um atendimento/mês, de rotina, e sempre que o doente tiver intercorrências que justifiquem o atendimento.

2.6 – Ações Sociais

As ações sociais no controle da hanseníase deverão ter uma ênfase participativa, dialógica, preventiva e assistencial e serem dirigidas aos doentes, família e população em geral, objetivando o diagnóstico precoce, tratamento regular, alta por cura e combate ao estigma.

2.6.1 – As ações sociais deverão incluir a socialização do conhecimento científico sobre a problemática da hanseníase nas ações de saúde coletiva.

2.6.2 – As ações sociais, através de atividades individuais e/ou grupos deverá

2.6.2.1 – Atender todo caso, realizando estudo social para trabalhar preventivamente com ênfase na aceitação do diagnóstico, adesão ao tratamento, prevenção de incapacidades, controle de comunicantes, manutenção do vínculo empregatício e/ou readaptação profissional.

2.6.2.2 – Promover, com a participação do paciente, seus conviventes domiciliares, profissionais de saúde, comunidade, atividades voltadas ao diagnóstico precoce, tratamento, prevenção de incapacidades, combate ao estigma e aceitação do paciente no seu meio social.

2.6.2.3 – Reiterar a análise e interpretação dos efeitos colaterais dos medicamentos e a possibilidade de surgimento de episódios reacionais durante o tratamento e após alta por cura, orientando a procura imediata do serviço de saúde.

2.6.2.4 – Atuar junto ao núcleo familiar objetivando a compreensão e participação dos mesmos na problemática da hanseníase, no apoio ao doente e exame de comunicantes.

2.6.2.5 – Promover ações visando o efetivo controle de comunicantes enfatizando a importância da aplicação da vacina BCG Intradérmico.

2.6.2.6 – Realizar atividades voltadas à população incluindo: empresas, instituições e classes trabalhadoras no sentido de estimular e/ou manter a atividade laborativa do paciente.

2.6.2.7 – Promover, estimular e participar junto a grupos da população, atividades educativas direcionadas ao combate do estigma social, através da interpretação dos conceitos da hanseníase.

2.6.2.8 – Promover ações que contribuam para a não discriminação do doente no acesso ao trabalho, escola, capacitação e/ou readaptação profissional e direitos previdenciários.

2.6.3 – O serviço social deve facilitar a reabilitação profissional e a integração do doente de hanseníase, com ou sem seqüela, no processo produtivo.

2.6.4 – O serviço social deverá realizar os encaminhamentos aos recursos disponíveis da assistência social para o atendimento de necessidades dos doentes incapacitados para o trabalho.

2.7 – Ações Educativas

2.7.1 – A Educação em Saúde como uma prática social e pedagógica transformadora, deve ser inerente a todas as ações de controle da hanseníase, desenvolvidas pela equipe de saúde e dirigidas aos usuários, pacientes e familiares, instituições e grupos da comunidade.

2.7.2 – A prática educativa deve permitir a construção e reconstrução de saberes entre a equipe de saúde, usuários dos serviços de saúde e grupos comunitários, através de um processo de ensino aprendizagem participativo, dialógico e problematizador, utilizando técnicas pedagógicas e ludopedagógicas.

2.7.3 – A Educação em Saúde deve promover a socialização do conhecimento científico atual sobre a problemática de hanseníase nas ações individuais, grupais e coletivas.

2.7.4 – A ação educativa deve viabilizar a participação do paciente ou seus representantes, bem como do seu grupo familiar e da comunidade, nas decisões que lhe digam respeito.

2.7.5 – Em todas as atividades educativas desenvolvidas nos serviços de saúde e na comunidade, os conteúdos técnicos e científicos sobre hanseníase e seu controle devem ser discutidos de forma a incentivar o auto-conhecimento do corpo, propiciando a reelaboração de conceitos que facilitem o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas da hanseníase.

2.7.6 – As equipes de saúde devem ser instrumentalizadas para o desenvolvimento de ações educativas na saúde coletiva e na assistência ao paciente e seus familiares, com projetos pedagógicos, que contemplem os pressupostos de metodologia participativa e problematizadora de acordo com as diretrizes propostas pelo Núcleo de Educação em Saúde/CVE.

2.7.7 – A Área de Educação em Saúde das regionais deve colaborar com os municípios, contando com assessoria do nível estadual se necessário, de forma sistematizada para:

2.7.7.1 – Planejar as ações educativas a partir do diagnóstico epidemiológico e educativo, promovendo, estimulando e participando das atividades educativas desenvolvidas, nos serviços de saúde, junto a grupos comunitários e instituições públicas e privadas, referentes às diferentes temáticas relacionadas ao controle da hanseníase.

2.7.7.2 – Divulgação em massa, garantindo informações e esclarecimentos à população sobre a problemática da hanseníase.

2.7.7.3 – Incentivar a produção de material educativo como instrumento facilitador do entendimento dos conceitos relativos ao diagnóstico precoce, adesão ao tratamento, prevenção de incapacidades, estigma e outros temas emergentes, contando com a participação dos usuários.

2.7.7.4 – Assessorar a elaboração de materiais educativos em seus aspectos pedagógicos, orientando a utilização e distribuição.

2.7.7.5 – Incentivar as instituições de ensino formal a incluir a temática da hanseníase nas atividades discentes.

2.7.7.6 – Implementar a socialização do conhecimento científico sobre a hanseníase de forma sistemática e atualizada, abrangendo os profissionais de saúde, instituições públicas e privadas, organizações não governamentais, população e mídia em geral.

2.7.7.6 – Promover, estimular e participar de pesquisas operacionais, sob os aspectos pedagógicos em relação a conhecimentos, opiniões e práticas de diferentes grupos da população, relacionadas à problemática da Hanseníase, através de gestões junto aos órgãos competentes.

2.8 – Ações de Vigilância Epidemiológica

2.8.1 – O desenvolvimento das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase à nível local, regional e estadual deverão cumprir com a Instrução Normativa nº 1 de 02 de Janeiro de 1996 que regulamenta a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96.

2.8.2 – As ações de vigilância epidemiológica da hanseníase deverão ser organizadas conforme instruções contidas no Manual de Controle da Hanseníase da Divisão Técnica de Hanseníase do Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac.

2.8.3 – Os indicadores utilizados para avaliação anual do controle da hanseníase, em nível estadual serão:

I – Indicadores Epidemiológicos

1. Coeficiente de detecção anual de casos novos por 10.000 habitantes	=	$\frac{\text{Casos novos detectados no ano}}{\text{População em 1º de julho}} \times 10.000$
---	---	--

Parâmetros para avaliação do coeficiente de detecção:

Hiperendêmico: ≥ 4 casos/10.000 hab.

Muito Alto: 2 |--- 4 casos/10.000 hab.

Alto: 1 |--- 2 casos/10.000 hab.

Médio: 0,2 |--- 1 caso/10.000 hab.

Baixo: $< 0,2/10.000$ hab.

Utilidade: Determinar a tendência secular da endemia e medir a intensidade das atividades de detecção de casos

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional e Municipal

2. Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos, por 10.000 habitantes	=	$\frac{\text{Casos novos detectados com idade 0 a 14 anos}}{\text{População entre 0 a 14 anos em 1º de julho}} \times 10.000$
--	---	---

Parâmetros para avaliação do coeficiente de detecção na população de 0 a 14 anos:

Hiperendêmico $\geq 1,0/10.000$ hab.

Muito Alto: 0,5 |--- 1,0/10.000 hab.

Alto: 0,25 |--- 0,5/10.000 hab.

Médio: 0,05 |--- 0,25/10.000 hab.

Baixo: $< 0,05/10.000$ hab.

Utilidade: Determinar a tendência secular da endemia

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional e Municipal

3. Coeficiente anual de prevalência, por 10.000 habitantes	=	$\frac{\text{Casos em registro ativo em 31/12/ano}}{\text{População em 31/12/ano}} \times 10.000$
--	---	---

Parâmetros para avaliação do coeficiente de prevalência:

Hiperendêmico: ≥ 15 casos/10.000 hab.

Muito Alto: 10 |--- 15 casos/10.000 hab.

Alto: 5 |--- 10 casos/10.000 hab.

Médio: 1 |--- 5 casos/10.000 hab.

Baixo: < 1 caso/10.000 hab.

Utilidade: Medir a magnitude da doença

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional e Municipal

$$4. \text{ Percentagem de multibacilares entre os casos novos detectados no ano} = \frac{\text{Total de casos novos multibacilares detectados no ano}}{\text{Total de casos novos detectados no ano}} \times 100$$

Parâmetro de avaliação a ser definido

Utilidade: Determinar a tendência secular da endemia e estimar a efetividade das atividades

Nível de Utilização: Estadual, Regional, Municipal

$$5. \text{ Percentagem de casos com deformidades entre os casos novos detectados e avaliados no ano} = \frac{\text{Casos novos detectados no ano de avaliação, com grau de incapacidade II e III}}{\text{Casos novos detectados com grau de incapacidade avaliado no ano}} \times 100$$

Parâmetros para avaliação:

Alto $\geq 10\%$

Médio: 10 ---| 5%

Baixo: $< 5\%$

Utilidade: Estimar a eficácia das atividades para detecção precoce de casos

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional e Municipal.

$$6. \text{ Percentagem de casos paucibacilares curados com seqüelas (Coorte)} = \frac{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da coorte com grau de incapacidade II e III}}{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da Coorte com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura}} \times 100$$

Parâmetros para avaliação:

Bom: $< 5\%$

Regular: 5% |--- 10%

Precário: $\geq 10\%$

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

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional e Municipal.

$$7. \text{ Percentagem de casos multibacilares curados com seqüelas (Coorte)} = \frac{\text{Casos multibacilares detectados no ano da coorte que curaram com grau de incapacidade II e III}}{\text{Casos multibacilares detectados no ano com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura}} \times 100$$

Parâmetros para avaliação:

Bom: $< 5\%$

Regular: 5% |--- 10%

Precário: $\geq 10\%$

Utilidade: Estimar capacidade que os serviços de saúde têm de curar o paciente com mínimo de seqüelas possíveis.

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional, Municipal.

$$8. \text{ Percentagem de recidivas entre casos paucibacilares (Coorte)} = \frac{\text{Casos paucibacilares que receberam alta por cura no ano da Coorte que recidivaram até 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Casos paucibacilares que receberam Alta por cura no ano da Coorte}} \times 100$$

Parâmetro de Avaliação a ser definido

Utilidade: Indicar o percentual de recidivas ocorridas dentre os casos paucibacilares que receberam alta por cura.

9. Percentagem de recidivas entre casos multibacilares (Coorte)

$$= \frac{\text{Casos multibacilares que receberam alta por cura no ano que recidivaram até 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Casos multibacilares que receberam alta por cura no ano da Coorte}} \times 100$$

Parâmetro de avaliação a ser definido.

Utilidade: Indicar o percentual de recidivas ocorridas dentre os casos multibacilares que receberam alta por cura

Observação: A ser utilizado somente nos Serviços de Referência Regional e Estadual.

II – Indicadores Operacionais

1. Percentagem de casos novos detectados cujo grau de incapacidade foi avaliado no ano

$$= \frac{\text{Casos novos detectados no ano com grau de incapacidade avaliado}}{\text{Total de casos novos detectados no ano}} \times 100$$

Parâmetro de avaliação:

Bom: $\geq 90\%$

Regular: 75% |--- 90%

Precário: $< 75\%$

Utilidade: Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde.

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional e Municipal.

2. Percentagem de casos novos detectados que iniciaram PQT padrão OMS no ano

$$= \frac{\text{Casos novos detectados que iniciaram PQT/OMS no ano}}{\text{Casos novos detectados no ano}} \times 100$$

Parâmetro de Avaliação:

Bom: $\geq 97\%$

Regular: 90 |--- 97%

Precário: $< 90\%$

Utilidade: Avaliar a cobertura de poliquimioterapia padrão OMS entre os casos novos detectados

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional.

3. Percentagem de casos curados no ano, com grau de incapacidade avaliado

$$= \frac{\text{Casos curados no ano com grau de incapacidade avaliado}}{\text{Total de casos curados no ano}} \times 100$$

Parâmetro de Avaliação:

Bom: $\geq 90\%$

Regular: 75% |--- 90%

Precário: $< 75\%$

Utilidade: Medir a qualidade do atendimento

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional Municipal.

4. Percentagem de casos em registro ativo não atendidos no ano

$$= \frac{\text{Total de casos registrados em 31/12 que não compareceram durante o ano}}{\text{Total de casos registrados no ano}} \times 100$$

Parâmetro de Avaliação:

Bom: $\leq 10\%$

Regular: 10% ---| 25%

Precário: > 25%
 Utilidade: Avaliar eficácia das medidas de controle.
 Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional, Municipal

5. Percentagem de casos não atendidos (abandono) de PQT entre os casos que deveriam ter completado tratamento o (Coorte) = $\frac{\text{Casos que não completaram o tratamento entre os que deveriam ter completado (Coorte)}}{\text{Todos os casos que iniciaram tratamento (Coorte)}} \times 100$

Parâmetro de Avaliação:

Bom < 10%

Regular: 10% |--- 25%

Precário: >= 25%

Utilidade: Medir a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional, Municipal.

6. Percentagem de casos paucibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado o tratamento (Coorte) = $\frac{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da Coorte curados com PQT/OMS até 31/12 do ano subsequente ao da Coorte}}{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da Coorte que iniciaram PQT/OMS}} \times 100$

Parâmetro de Avaliação:

Bom: >= 90%

Regular: 75% |--- 90%

Precário < 75%

Utilidade: Avaliar o percentual de cura de casos paucibacilares com poliquimioterapia padrão OMS.

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional, Municipal.

7. Percentagem de casos multibacilares que completaram PQT/OMS entre os que deveriam ter completado (Coorte) = $\frac{\text{Casos multibacilares detectados no ano da Coorte curados com PQT/OMS até 31/12 do 3º ano subsequente a da Coorte}}{\text{Casos paucibacilares detectados no ano da Coorte que iniciaram PQT/OMS}} \times 100$

Parâmetro de Avaliação:

Bom: >= 90%

Regular: 75% |--- 90%

Precário: < 75%

Utilidade: Avaliar o percentual de cura de casos multibacilares com poliquimioterapia padrão OMS.

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional, Municipal.

8. Cobertura acumulada de poliquimioterapia padrão OMS = $\frac{\text{Casos em PQT/OMS em 31/12} + \text{Casos que completaram PQT/OMS desde a sua introdução no Brasil}}{\text{Casos de hanseníase em registro ativo em 31/12} + \text{Casos que completaram PQT/OMS desde a sua introdução no Brasil}} \times 100$

Parâmetro de avaliação a ser definido.

Utilidade: Medir magnitude do tratamento.

Nível de Utilização: Federal, Estadual, Regional, Municipal.

$$9. \text{ Percentagem de examinados ,entre os contatos intradomiciliares} = \frac{\text{Número de contatos examinados}}{\text{Número de contatos registrados}} \times 100$$

Parâmetro de avaliação a ser definido.
 Utilidade: Avaliar eficácia das medidas de controle.
 Nível de Utilização: Estadual, Regional, Municipal.

$$10. \text{ Cobertura de vacinação BCG nos contatos domiciliares} = \frac{\text{Número de contatos vacinados}}{\text{Número de contatos registrados}} \times 100$$

Parâmetro de avaliação a ser definido.
 Utilidade: Avaliar eficácia das medidas de controle.
 Nível de Utilização: Estadual, Regional, Municipal.

2.9 – Ações de Pesquisa

2.9.1 – O desenvolvimento de projetos de pesquisa básica ou aplicada sobre diferentes conteúdos temáticos que compõem as ações de controle da hanseníase serão estimulados com apoio técnico e financeiro direto do SUS-SP junto aos órgãos de fomento à pesquisa.

2.9.2 – As pesquisas deverão em princípio, contemplar todos os temas de interesse para o controle de hanseníase, que incluem os aspectos biológicos, clínicos, epidemiológicos, pedagógicos, sociais e organizacionais.

2.9.3 – Deverão ser prioridades os projetos que contemplam propostas de avaliação das atividades de controle da endemia (avaliação financeira, organizacional, de impacto epidemiológico, etc.) ou que possam vir a gerar ou facilitar a incorporação de tecnologias (insumos, processos) nas ações de controle.

2.9.4 – A formulação e a execução das pesquisas poderão ser realizadas de forma integrada com os diferentes níveis de prestação de serviços.

2.9.5 – A incorporação e difusão de resultados será feita sistematicamente, conforme resultados auferidos, garantindo-se o acesso dos mesmos a todos os serviços de saúde do SUS – SP.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Coordenação dos Institutos de Pesquisa
Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. "Alexandre Vranjac"
Programa de Controle da Hanseníase

GUIA DE ENCAMINHAMENTO PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DA UNIDADE DE SAÚDE

ENDEREÇO E TELEFONE DA UNIDADE DE SAÚDE

PARA

ENDEREÇO E TELEFONE DO HOSPITAL

NOME

PROFISSÃO SEXO

Nº PRONTUÁRIO DATA NASCIMENTO/...../.....

RESIDÊNCIA

DIAGNÓSTICO E FORMA CLÍNICA

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

DATA E RESULTADOS DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS

ESQUEMA E DATA DE INÍCIO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÕES

DATA/...../..... ASSINATURA CARIMBO

