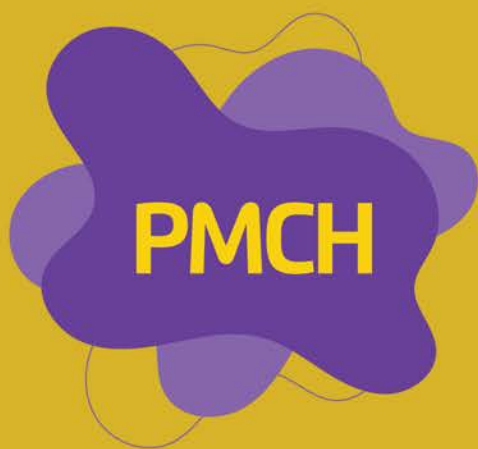




Programa Municipal de Controle de

HANSENÍASE

**PROTOCOLO DAS AÇÕES
DE CONTROLE DE HANSENÍASE
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**



**CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA	8
2 - AÇÕES MÉDICAS	9
2.1- AÇÕES FRENTE AO PACIENTE SUSPEITO	9
2.1.1- CONSULTA	9
2.2- AÇÕES FRENTE AOS CASOS COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO	10
2.2.1- ATENDIMENTO MÉDICO	10
2.2.2- EXAMES COMPLEMENTARES	10
2.2.3- CONDUTA E PROCEDIMENTOS	11
2.3- ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DURANTE O TRATAMENTO	12
2.3.1- CASOS EM TRÂNSITO NO MUNICÍPIO	13
2.4- CONDUTA FRENTE AS INTERCORRÊNCIAS	13
2.5- TIPOS DE ALTA	14
2.5.1- ALTA MEDICAMENTOSA	14
2.5.2- TRANSFERÊNCIA	15
2.5.3- ABANDONO DE TRATAMENTO	16
2.5.4- ÓBITO	16
2.5.5- ERRO DIAGNÓSTICO	16
2.6- ACOMPANHAMENTO APÓS ALTA MEDICAMENTOSA	16
2.7- RECIDIVAS	17
3. AÇÕES DE ENFERMAGEM	18
3.1- AÇÕES FRENTE AOS PACIENTES SUSPEITOS	18
3.1.1- ACOLHIMENTO	18
3.2- AÇÕES FRENTE AOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO	18
3.2.1- CONSULTA	18
3.2.2- PRIMEIRA CONSULTA	19
3.2.3- CONSULTAS DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTES	21
3.2.4- ACOMPANHAMENTO DO CASO – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	23
3.2.5- CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ÚLTIMA DOSE DE PQT-U	24
3.2.6- CONSULTA DE ENFERMAGEM APÓS ALTA MEDICAMENTOSA	24
3.3- PACIENTES COM RECIDIVA	25
3.4- AÇÕES SOCIAIS	25

SUMÁRIO

4- AÇÕES DE AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE INCAPACIDADES FÍSICAS	26
4.1- AVALIAÇÃO INICIAL DO CASO	27
4.2- CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADES	27
4.3- ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRATAMENTO	28
4.4- AÇÕES DE REABILITAÇÃO	28
4.4.1- ENCAMINHAMENTO	28
4.4.2- EQUIPE DE REABILITAÇÃO	28
4.5- ACOMPANHAMENTO APÓS ALTA MEDICAMENTOSA	29
5- AÇÕES DE PSICOLOGIA	31
6- AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL	32
7- AÇÕES DO FARMACÊUTICO	33
7.1- ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO	33
7.2- MEDICAMENTOS	34
7.2.1- POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA (PQT-U)	34
7.2.2- CORTICOSTERÓIDES	35
7.2.3- TALIDOMIDA	35
7.2.4- PENTOXIFILINA	36
8- AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	37
8.1- SISTEMA DE INFORMAÇÃO	38
8.1.1- PRONTUÁRIO	38
8.1.2- FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO	39
8.1.3- PROTOCOLOS DE INVESTIGAÇÃO	40
8.1.4- FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CASO DE HANSENÍASE (ANEXO X)	41
8.1.5- CARTÃO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE (ANEXO IX)	42
8.1.6- BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE (ANEXO XII)	42
8.1.7- PLANILHA DE MONITORAMENTO PÓS ALTA (ANEXO VIII)	44
8.1.8- ATRIBUIÇÕES DAS UVIS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO	44
8.2- AÇÕES DE CONTROLE	45
8.2.1- VIGILÂNCIA DOS CONTATOS	45
8.2.2- VISITAS DOMICILIARES (ANEXO XIX)	46
8.2.3- VIGILÂNCIA DA RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA EM HANSENÍASE	47

SUMÁRIO

8.3- BUSCA ATIVA DE CASOS E AÇÕES EDUCATIVAS	47
8.3.1- CAMPANHA ANUAL DE HANSENÍASE	48
9- ORIENTAÇÕES PARA OS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA PARA BACILOSCOPIA DE HANSENÍASE	50
9.1- ROTINA LABORATORIAL	50
9.1.1 - RECEPÇÃO DAS AMOSTRAS	50
9.1.2 – PROCESSAMENTO	50
9.1.3 - LIBERAÇÃO DE RESULTADO	50
9.2- ÍNDICE MORFOLÓGICO	50
10- NOTA IMPORTANTE	52
11- AGRADECIMENTOS	53
12- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
13- ANEXOS	58
Anexo I: Formulário de Referência/Contrarreferência	59
Anexo II: Ficha de Atendimento de Hanseníase	61
Anexo III: Solicitação de exame de raspado intradérmico - baciloscopia em hanseníase	62
Anexo IV: Requisição para biópsia de pele	63
Anexo V: Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica (FIE) de Hanseníase	64
Anexo VI: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Realização de Visitas Domiciliares aos contatos de caso de Hanseníase	66
Anexo VII: Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada	67
Anexo VIII: Planilhas de Monitoramento Pós-Alta	69
Anexo IX: Cartão de Atendimento	72
Anexo X: Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase	74
Anexo XI: Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE)	76
Anexo XII: Boletim de Acompanhamento de Hanseníase	78
Anexo XIII: Graus de Incapacidades Físicas em Hanseníase e Condutas	79
Anexo XIV: Protocolo Complementar dos Casos de Hanseníase Diagnosticados com Grau II de Incapacidades	80
Anexo XV: Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos (PCID < 15)	81

SUMÁRIO

Anexo XVI: Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva	83
Anexo XVII: Relatório de investigação de incidente crítico (<15 e GIF2)	85
Anexo XVIII: Ficha de Registro Laboratorial	88
Anexo XIX: Relatório de Visita Domiciliar	89
Anexo XX: Nota Informativa 01/2020 - Encaminhamento de pacientes para recidiva, investigação da resistência medicamentosa da hanseníase e outras intercorrências	93
Anexo XXI: Formulário de encaminhamento para unidade sentinela	94
Anexo XXII: Formulário para investigação dos locais sem suspeição de casos novos de hanseníase	95
Anexo XXIII: Busca ativa mensal de casos novos	96
Anexo XXIV: Cronograma de Treinamentos	97
Anexo XXV: Lista de Presença	98
Anexo XXVI: Relatório de Atividades das Unidades de Saúde	99
Anexo XXVII: Relatório de Atividades das Unidades de Referência de Hanseníase	101
Anexo XXVIII: Relatório Condensado das Atividades Realizadas – UVIS	103
Anexo XXIX: Ficha de Atendimento de Investigação e Suspeição de Hanseníase	106

INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) passou a incorporar, de forma mais efetiva, o gerenciamento, a organização das ações e a responsabilidade epidemiológica pelo Programa de Controle da Hanseníase na cidade de São Paulo, ao final da década de 1990, passando a fazer parte dos órgãos responsáveis pela vigilância em saúde do Município.

O Programa Municipal de Controle de Hanseníase (PMCH) estabelece e organiza ações com a finalidade de controlar a doença, embasado nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS), publicadas no documento *Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública – Manual Técnico Operacional, Portaria nº 149 de 03 de fevereiro de 2016 e Guia Prático Sobre a Hanseníase – MS/2017*.

Nos últimos quinze anos, os indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, mostram maior controle da doença por meio da diminuição na detecção de novos casos, da redução da prevalência da doença, do resultado da efetiva realização do tratamento dos pacientes, com elevados índices de alta por cura e baixos índices de abandono.

Com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão da doença, têm-se dado ênfase na vigilância dos contatos familiares dos casos diagnosticados, inclusive com a ampliação e descentralização dessa investigação de contatos residentes em outros municípios e estados do País.

LINHA DE CUIDADOS DE HANSENÍASE

Diante da complexidade da doença com suas variadas manifestações clínicas, aliada aos determinantes sociais como, por exemplo, o estigma de rejeição que ainda é muito presente, torna-se necessária uma série de intervenções que visam minimizar os possíveis danos aos pacientes e seus familiares.

Nessa perspectiva, é de fundamental importância a Linha de Cuidados estabelecida pelas redes de atenção à saúde, nos diferentes níveis de atuação, quer seja central, regional e/ou local, subsidiando a organização e racionalização dos recursos, a otimização do trabalho e a melhora da qualidade no atendimento.

No modelo atual da SMS, em acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), há descentralização, regionalização e hierarquização da assistência à saúde. A gerência e o acompanhamento da Linha de Cuidados Regional aos pacientes de Hanseníase (LCRH) competem às Supervisões Técnicas de Saúde (STS) das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e às Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS). A STS é responsável por equacionar e solucionar as demandas que

surgem de acordo com as necessidades das pessoas acometidas pela doença em seu território de atuação e responsabilidade.

Dessa forma, cada CRS deve se organizar para garantir ao paciente de sua região atendimento nas especialidades clínicas, cirúrgicas e exames de apoio, por meio da administração regional das vagas reguladas, em um processo dinâmico sempre pactuado de acordo com a demanda e a oferta dos serviços.

Todas as unidades básicas de saúde (UBS) devem estar aptas e capacitadas para realizarem a suspeição da doença e encaminharem para elucidação diagnóstica e/ou tratamento na Unidade de Referência (UR) de Hanseníase de sua região.

UNIDADES DE REFERÊNCIA DE HANSENÍASE

Está estabelecido que no Município de São Paulo (MSP), diante da amplitude territorial e da dimensão populacional, haja oferta para o tratamento e o acompanhamento dos pacientes nas Unidades de Referência de Hanseníase (UR), visando a garantia da assistência mais próxima à residência dos pacientes durante e após o tratamento com poliquimioterapia (PQT). No momento atual está definida a necessidade de pelo menos uma UR para o atendimento dos pacientes em cada STS.

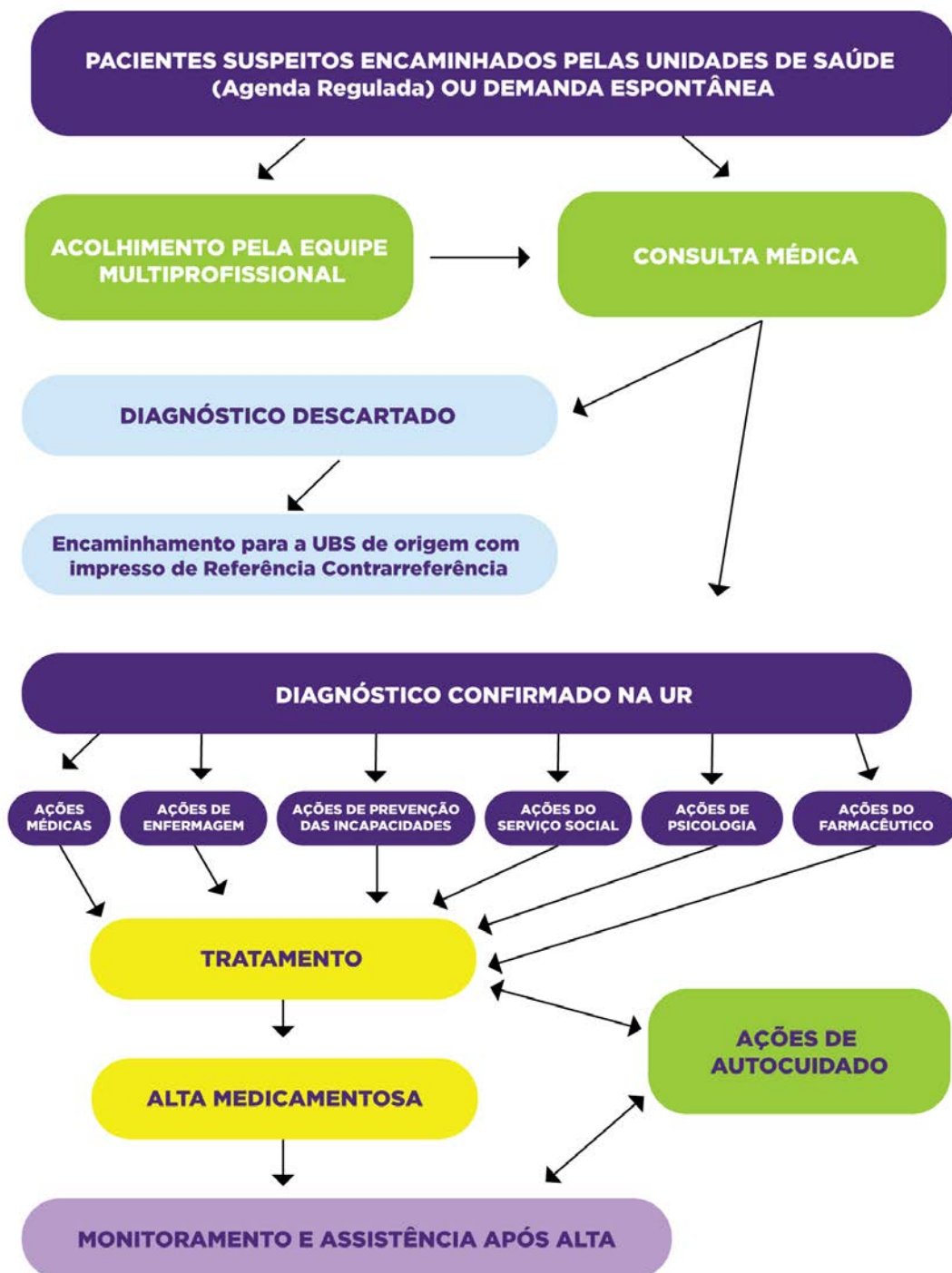
O PMCH coordena as ações de vigilância epidemiológica, planejamento e supervisão técnica da assistência e a capacitação dos profissionais de saúde do MSP, propiciando atividades de educação continuada em hansenologia, tais como: encontros interdisciplinares e de discussão clínica, capacitações e treinamentos técnicos dirigidos, treinamentos itinerantes, visitas de supervisões técnicas às UR, Fórum Municipal e outros cursos ou reuniões na área da hansenologia oferecidos por outras instituições.

É indispensável que todos os profissionais das UR, desde a recepção, técnicos, pessoal da segurança e da limpeza, estejam sensibilizados, informados e orientados quanto à importância do atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase e seus familiares, para assegurar e facilitar o acesso do doente ao serviço e fortalecer os vínculos com a equipe de saúde, com intuito de garantir a adesão ao tratamento.

A elaboração deste protocolo visa a uniformização das ações nos serviços de saúde no Município, devendo ser um dos instrumentos a garantir o atendimento integral e de qualidade ao paciente acometido pela hanseníase e seus familiares, propiciando condições para o dimensionamento adequado dos recursos humanos e materiais necessários ao desenvolvimento das diversas ações do *Programa Municipal de Controle da Hanseníase de São Paulo*.

São Paulo, fevereiro de 2022.

1 - FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO NA UNIDADE DE REFERÊNCIA



2- AÇÕES MÉDICAS

2.1 - AÇÕES FRENTE AO PACIENTE SUSPEITO

2.1.1 - CONSULTA

ANAMNESE: completa (incluir investigação de antecedentes pessoais e familiares);

EXAME FÍSICO:

- Geral;
- Exame dermatológico de lesões em toda a superfície corporal com pesquisa de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa e teste da histamina (se disponível);
- Exame neurológico constituído pela inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés; palpação dos troncos nervosos periféricos; avaliação da força motora e de sensibilidade nos olhos, membros superiores e membros inferiores.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

- Descartada hipótese de hanseníase: reencaminhar para Unidade Básica de Saúde (UBS) de origem com o impresso de referência/contrarreferência (impresso padronizado da SMS - ANEXO I);
- Confirmada a suspeita de hanseníase: prosseguir na investigação.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Baciloscopia (raspado intradérmico);
- Biópsia (exame anatomopatológico).

OBS.: Em caso de dúvida diagnóstica encaminhar o paciente para a Unidade de Referência Metropolitana com o impresso de referência/contrarreferência (Anexo I) devidamente preenchido.

2.2 - AÇÕES FRENTE AOS CASOS COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO

Após a confirmação do caso, deve ser assegurado ao paciente o encaminhamento para as ações de enfermagem, avaliação, prevenção e reabilitação de incapacidades, serviço social, psicologia e assistência farmacêutica.

2.2.1 - ATENDIMENTO MÉDICO

- No primeiro atendimento, após realização do exame físico, preencher a “Ficha de Atendimento de Hanseníase” (ANEXO II).
- Orientar o paciente e seus familiares sobre a doença, tratamento, evolução, reações e transmissibilidade.

2.2.2 - EXAMES COMPLEMENTARES

- **Baciloscopia do raspado intradérmico** - deve ser colhida em todos os casos, no início do tratamento e ao final do mesmo, independente da forma clínica. Nos casos multibacilares é recomendável a coleta no meio do esquema de tratamento e quando o médico julgar necessário. Coleta: raspado intradérmico da borda interna da lesão, dos lóbulos das orelhas e dos cotovelos. Preenchimento da “Solicitação de Baciloscopia em hanseníase” (ANEXO III).
- **Biópsia** - deve ser realizada no diagnóstico para todos os casos, na alta para os pacientes multibacilares e sempre que necessário no decorrer do tratamento. Coletar da borda interna da lesão. A solicitação do exame deve conter: topografia, descrição da lesão, suspeita diagnóstica e forma clínica, informações sobre o resultado do teste de histamina, baciloscopia e anatomopatológico anterior, caso possua. Preenchimento da “Requisição para biópsia de pele” (ANEXO IV).

- EXAMES GERAIS:

- Hemograma;
- Glicemia;
- Ureia;
- Creatinina;
- Dosagem de G6PD;
- TGO, TGP, FA;
- Urina I;
- Protoparasitológico.

Outros exames deverão ser solicitados conforme a necessidade.

2.2.3 - CONDOTA E PROCEDIMENTOS

- Definir e introduzir o esquema terapêutico padronizado - poliquimioterapia (PQT-U) - de acordo com o diagnóstico, forma clínica e classificação operacional, conforme Nota Técnica nº 16/2021 -CGDE/DCCI/SVS/MS.
- Preencher e assinar a “Ficha de Notificação e Investigação Epidemiológica (FIE) de Hanseníase” (ANEXO V) - campos números: 7, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40 e 41.
- Realizar a avaliação dermatoneurológica dos contatos intradomiciliares, que será feita anualmente durante o período de 5 anos.
- O médico deve preencher o prontuário com todos os dados da consulta com letra legível, data, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CRM-SP), conforme o Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução nº 1931/2009, Capítulo X, artigo 87.
- O médico assistente deve providenciar o cadastramento na Vigilância Sanitária (DVPSIS), necessário para aquisição de talonário de prescrição da Talidomida conforme *Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) - MS/ANVISA nº11 de 22/03/2011*.

ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS DE RESPONSABILIDADE DO MÉDICO:

- **Orientar o paciente e seus familiares sobre a doença, tratamento, evolução, reações, transmissibilidade, no início, durante e após o tratamento medicamentoso;**
- **Encaminhar para a realização da avaliação das incapacidades e ações de autocuidado;**
- **Informar e orientar o paciente sobre a realização da visita domiciliar para ele e seus familiares pela unidade de saúde mais próxima de sua residência, mediante sua autorização através da assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de Visitas Domiciliares aos contatos de caso de Hanseníase” (ANEXO VI). Este termo, depois de assinado, será arquivado no prontuário;**
- **Ressaltar a importância da avaliação dos contatos, solicitando o comparecimento dos mesmos para consulta médica na UR. Descartada a hipótese de hanseníase, encaminhar os contatos para vacinação BCG-id.**

2.3 - ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DURANTE O TRATAMENTO

As consultas são realizadas pelo menos a cada 28 dias.

- Observar as queixas do paciente;
- Verificar a adesão ao tratamento (PQT-U) – supervisionado e domiciliar;
- Avaliar a evolução: exame das lesões e do comprometimento neurológico;
- Se houver alteração da forma clínica durante o tratamento, registrar no prontuário e informar a vigilância epidemiológica;
- Acompanhar os resultados das funções neurais no “Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada” (ANEXO VII) para detecção e tratamento precoce de neurites silenciosas e de outras alterações;
- Investigar as manifestações de reações tipo 1 e/ou tipo 2, definindo a conduta medicamentosa e a necessidade de outros procedimentos;
- Avaliar a necessidade de exames laboratoriais;
- Encaminhar para reabilitação todo paciente que apresente alteração no grau de incapacidades ou estados reacionais (neurites), de acordo com a Linha de Cuidados Regional;
- Encaminhar de rotina, com o impresso de referência/contrarreferência (Anexo I), todos os pacientes em início de tratamento para as seguintes especialidades:
 - Oftalmologia;
 - Odontologia;
 - Ginecologia para mulheres em idade fértil.
- Anotar em prontuário o resultado das consultas realizadas pelos especialistas;
- Reforçar orientações sobre procedimentos de autocuidado e uso de outros medicamentos (colírios, óleo mineral, cremes hidratantes, etc);
- Avaliar intolerância medicamentosa e efeitos adversos;
- Quando houver necessidade de substituição de algum medicamento da PQT-U, seja por contraindicação ou efeito adverso grave, encaminhar o paciente para a Unidade de Referência Metropolitana - preencher impresso de referência/contrarreferência (Anexo I);
- Quando houver necessidade de prescrição de talidomida, seguir as orientações da *Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) – MS/ANVISA nº11 de 22/03/2011*;
- No caso de ausência do médico na UR (férias, licença-médica, etc), o paciente deverá ser atendido por outro médico na própria unidade ou ser encaminhado

para outra UR para que o tratamento não seja interrompido;

- No caso dos pacientes transferidos de outros serviços e que darão continuidade ao mesmo tratamento, deverão ser consideradas as doses recebidas na unidade anterior e deve ser realizada uma nova notificação (Anexo V) nesta unidade. As datas do diagnóstico e de início do tratamento serão as mesmas da unidade de origem;
- Caso necessite de maiores informações sobre o tratamento realizado em outros municípios, solicitar ao PMCH.

2.3.1 - CASOS EM TRÂNSITO NO MUNICÍPIO

- Pacientes em tratamento procedentes de outros municípios que necessitem emergencialmente da PQT-U poderão receber medicação (no máximo 1 cartela) após consulta médica na UR.
- Estes casos não deverão ser notificados.
- Elaborar relatório médico para o paciente entregar à unidade de tratamento de origem.
- Caso o paciente permaneça por mais de um mês, deverá ser notificado (Anexo V), com modo de entrada 3 ou 4 - transferência de outro município ou Estado - e dar sequência ao tratamento, incluindo o exame de contatos.

2.4 - CONDUTA FRENTE AS INTERCORRÊNCIAS

- Devem ser seguidas as orientações de condutas do *Manual Técnico-Operacional de Hanseníase - “Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública” - MS/2016* e *“Guia Prático Sobre a Hanseníase” - MS/2017*, para o tratamento das diversas situações que podem ocorrer antes, durante e após o tratamento com PQT-U:
 - Reação Tipo 1 (reação reversa);
 - Reação Tipo 2 (mais comum é o eritema nodoso hansênico);
 - Reação adversa a medicações.
- Todo paciente com reação deverá ser atendido prontamente pelo médico;
- Nos casos de neurites que necessitem de imobilização, os pacientes devem ser encaminhados para o serviço de reabilitação estabelecido na linha de cuidados regional, **com urgência**;
- No diagnóstico confirmado de neurite silenciosa por meio do acompanhamento do “Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada” (Anexo VII), o tratamento (corticoterapia) deve ser prontamente instituído para que as

funções neurais sejam restabelecidas.

- Encaminhar casos reacionais com dúvidas clínicas para a Unidade de Referência Metropolitana, mediante agendamento prévio e impresso de referência/contrarreferência (Anexo I) devidamente preenchido;

Devem ser encaminhados para a Unidade de Referência Metropolitana: dúvidas diagnósticas e todos os casos suspeitos ou confirmados de recidiva, tratamento alternativo e insuficiência e/ou falência terapêutica.

- Observar os cuidados e riscos com uso dos medicamentos (para mais informações vide “Ações Farmacêuticas”):

- **Talidomida** (RDC – MS/ANVISA nº11 de 22/03/2011);

- **Corticosteróides** (vide o manual Orientações para uso: corticosteróides em hanseníase – MS, Brasília-DF, 2010): realizar tratamento para estreptocidose antes de iniciar o seu uso. Lembrar os efeitos colaterais decorrentes de corticoterapia prolongada (ganho de peso, aumento da pressão arterial, diabetes, osteoporose, glaucoma, etc) e, se necessário, solicitar o acompanhamento com especialistas.

Casos que necessitem de atendimento emergencial em hanseníase devem ser encaminhados ao Instituto de Infectologia Emílio Ribas, com relatório médico e contato telefônico prévio.

2.5- TIPOS DE ALTA

2.5.1-ALTA MEDICAMENTOSA

- O paciente receberá alta segundo os critérios de regularidade ao tratamento (número de doses e tempo de tratamento) normatizados pela Nota Técnica nº 16/2021 -CGDE/DCCI/SVS/MS.
- Casos Paucibacilares: após receber 6 doses do esquema PQT-U, com prazo de até 9 meses do início do tratamento;
- Casos Multibacilares: após receber 12 doses do esquema PQT-U, com prazo de até 18 meses do início do tratamento.

Os casos duvidosos em relação à alta, com possível necessidade de prolongamento do esquema terapêutico (PQT-U/24 doses), devem ser encaminhados para avaliação na Unidade de Referência Metropolitana.

Lembrar que a baciloscopia positiva (bacilos fragmentados) e/ou presença

de situações reacionais, não são suficientes para justificar a prorrogação do tratamento com PQT-U.

É indispensável que a alta medicamentosa do tratamento com PQT-U seja registrada no prontuário do paciente, assim como a avaliação e classificação do grau de incapacidades e orientações para os cuidados pós-alta.

O paciente deve ser orientado para retorno imediato à UR 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 - TRANSFERÊNCIA

Pode ocorrer a transferência do paciente para outro serviço durante o tratamento com a PQT-U.

Esta situação deve ser registrada no prontuário do paciente, especificando o local e, se possível, a unidade que será responsável pela continuidade do tratamento (nome do serviço, município e estado).

No ato da transferência, fornecer uma cópia do prontuário ou elaborar um relatório com os seguintes itens:

- Identificação;
- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Motivo da transferência;
- Número do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN;
- Data do diagnóstico;
- Forma clínica;
- Avaliação de incapacidades no diagnóstico;
- Tratamento realizado, especificando:
 - Medicamentos;
 - Data do início do tratamento;
 - Número de doses recebidas;
 - Reações apresentadas;
- Resultados de exames realizados;
- Avaliação de incapacidades atual;
- Data do último comparecimento;
- Contatos avaliados.

Em casos de transferência após a alta, a informação deve ser registrada em prontuário e o relatório de transferência deve ser elaborado conforme acima descrito.

2.5.3 - ABANDONO DE TRATAMENTO

Define-se esta situação quando o paciente não concluiu o tratamento dentro do prazo máximo permitido de acordo com a classificação operacional (9 meses para os paucibacilares e 18 meses para os multibacilares).

Devem ser realizadas todas as tentativas para adesão do paciente faltoso ao tratamento, por meio de contatos telefônicos e visita domiciliar.

O paciente em abandono que retornar para reiniciar o tratamento, no mesmo serviço ou em outra unidade, deverá ser notificado novamente, com modo de entrada “Outros Reingressos” (campo 38 - código 7), na FIE de hanseníase (ANEXO V).

2.5.4- ÓBITO

Quando o óbito do paciente ocorrer durante o tratamento com a PQT-U, este fato deverá ser registrado no prontuário e informado à vigilância epidemiológica, independente da causa da morte.

2.5.5- ERRO DIAGNÓSTICO

Caracteriza-se quando houver uma alteração de diagnóstico, posterior à notificação do caso como hanseníase, devendo ser registrado no prontuário e informado à vigilância epidemiológica.

2.6- ACOMPANHAMENTO APÓS ALTA MEDICAMENTOSA

Todo paciente após a alta medicamentosa deve ser acompanhado periodicamente por pelo menos 5 anos.

- Para pacientes que não apresentarem manifestações clínicas reacionais ou outras complicações, a avaliação deverá ser:
 - Semestral nos primeiros 2 anos e anual por mais 3 anos, independente da classificação operacional.
- Para pacientes com manifestações clínicas reacionais ou outras complicações, a periodicidade do acompanhamento deve ser definida conforme a avaliação médica e necessidade do paciente.
- Os pacientes que apresentarem neurites terão acompanhamento contínuo pelo médico e pelo profissional da equipe responsável pela avaliação e prevenção de incapacidades e/ou reabilitação.

- Pacientes com sequelas e/ou agravos incapacitantes serão acompanhados de acordo com as necessidades em periodicidade definida pela equipe multiprofissional.
- Todo paciente que já concluiu o tratamento de hanseníase independente da unidade ou município onde teve alta deverá ser atendido conforme sua necessidade na UR. O profissional deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (ANEXO VIII) com os dados de cada atendimento.

2.7- RECIDIVAS

Define-se como recidiva todo caso de hanseníase que foi tratado regularmente com esquemas oficiais padronizados e corretamente indicados, que recebeu alta por cura (saiu do registro ativo da doença no SINAN) e que volta a apresentar novos sinais e sintomas clínicos de doença infecciosa ativa. Os casos de recidiva geralmente ocorrem em período **superior a cinco anos** após a cura. É importante investigar e diferenciar recidiva das situações de reação reversa hansênica (reação tipo 1), insuficiência terapêutica e falência terapêutica.

Todo paciente com diagnóstico confirmado de recidiva deverá iniciar a investigação de resistência medicamentosa (item 8.2.3).

OBSERVAÇÃO: Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

3- AÇÕES DE ENFERMAGEM

3.1- AÇÕES FRENTE AOS PACIENTES SUSPEITOS

3.1.1- ACOLHIMENTO

- Ouvir as queixas e dúvidas do paciente;
- Garantir a consulta médica conforme agenda regulada da unidade ou em caráter de urgência/emergência, levando em consideração o estado clínico do paciente.

3.2- AÇÕES FRENTE AOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO CONFIRMADO

Após a confirmação do diagnóstico médico, deve ser assegurado ao paciente o encaminhamento para avaliação de enfermagem, avaliação e ações de prevenção e reabilitação das incapacidades, avaliação e ações sociais, avaliação e ações psicológicas e cuidados farmacêuticos.

3.2.1- CONSULTA

A Consulta de Enfermagem está contemplada como atividade privativa do enfermeiro - Lei 7498/86 - Art.11 -Inciso I Alínea i - Conselho Federal de Enfermagem

“Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão”, Caderno de Atenção Básica nº 21, página nº 99 - Brasília/2008- MS.

Consta também no Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem - Atenção Básica/SMS-SP - 2ª edição - 2015, pág.13:

1.4 - “Solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas de Saúde Pública e em rotinas aprovadas pela SMS/PMSP”.

3.2.2- PRIMEIRA CONSULTA

- Avaliar a Classificação de Risco e posteriormente, de acordo com as necessidades apresentadas, realizar as intervenções e/ou encaminhamentos;
- Aplicar a “Sistematização de Assistência de Enfermagem”- SAE (Anexo XI), realizando todas as fases, conforme a Resolução nº358/2009 do COFEN;
- Informar sobre a doença, esclarecendo dúvidas, importância da adesão ao tratamento medicamentoso e efeito das drogas, rotina local e fluxos de emergência;
- Avaliar as condições da pele e, quando necessário, indicar, prescrever medidas de hidratação e lubrificação e fornecer creme de ureia 10% ou similar;
- Caso seja necessário realizar curativos, avaliar o grau de comprometimento, segundo o “Protocolo Municipal de Curativos”, garantir o cuidado de acordo com a complexidade e seguir o fluxo regional;
- Realizar coleta de raspado intradérmico : enfermeiro ou auxiliar de enfermagem capacitado, conforme Parecer COREN - SP 022/2014 CT.

BACILOSCOPIA DO RASPADO INTRADÉRMICO

- Deve ser colhida para todos os casos, no diagnóstico e ao final do tratamento independente da forma clínica;
- Nos casos multibacilares é recomendável a coleta no meio do esquema de tratamento;
- Locais de coleta: lóbulos das orelhas, cotovelos e borda da lesão;
- Utilizar o impresso preconizado para solicitação do exame (Anexo III).

Orientar sobre:

- Os exames que serão realizados;
- Necessidade e importância do exame dermatoneurológico dos contatos e posterior vacinação BCG-id dos sadios;
- Avaliação e prevenção de incapacidades;
- Oferecer e esclarecer sobre o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Realização de Visitas Domiciliares aos contatos de caso de Hanseníase”(ANEXO VI), que deverá ser arquivado em prontuário e informado no campo “observações” da FIE de Hanseníase (ANEXO V);
- Fornecer e orientar a finalidade e utilização do “Cartão de Atendimento” (ANEXO IX).

- Preencher a “Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase” (ANEXO X), acompanhando o aprazamento das consultas/retornos.
- Preencher a “FIE de Hanseníase” (ANEXO V), nos campos: 3 a 6, 8 a 16, 17 a 30, 31, 32 e 37.
 - Número de contatos registrados (campo 43 e relacionar no verso);
 - Dados de residência anterior (itens 1 e 2 - verso);
 - Avaliação de incapacidades (verso);
 - Investigador – nome e assinatura do profissional de enfermagem, em conjunto com a assinatura do médico.

Campo “Observações Adicionais”

Devem ser registrados:

- O consentimento do paciente para Visita Domiciliar a sua residência e a de seus familiares;
 - Informações sobre o nome da unidade de origem dos pacientes que vem transferidos e o nº de doses já recebidas;
 - Outras informações que possam ser relevantes para o tratamento do caso (vide campo “observações adicionais” das “Ações de Vigilância Epidemiológica”).
- Agendar a data para realização da Avaliação de Incapacidades – preencher o “Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada” (Anexo VII).
 - Administrar a medicação de forma supervisionada, fornecer a dose autoadministrada e orientar a importância da adesão ao tratamento, da prescrição medicamentosa, horários, posologia e armazenamento.

Administração da Medicação

- Agendar para a tomada da dose supervisionada a cada 28 dias (vinte e oito) dias.
 - Orientar sobre o uso da medicação (dose diária, preferencialmente após a ingestão de alimentos).
 - Orientar sobre os efeitos dos medicamentos (vide “Ações Farmacêuticas”);
 - Encaminhar para demais especialidades de rotina, conforme Linha de Cuidados Regional.
- Agendar a próxima consulta de enfermagem e orientar sobre atendimento de Urgência/Emergência.

3.2.3- CONSULTAS DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTES

- Avaliar a Classificação de Risco;
- Dar sequencia a SAE;
- Administrar a medicação de forma supervisionada, reorientando quanto ao efeito das drogas;
- Em uso de corticoterapia, verificar e monitorar a pressão arterial, orientar quanto à indicação de dieta hipossódica em casos de hipertensão;
- Em uso de talidomida, orientar quanto aos cuidados, riscos, efeitos teratogênicos e responsabilidade em relação à guarda da medicação; conforme orientações regulamentadas na *Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) – Ministério da Saúde/ANVISA nº11 de 22/03/2011*;
- Reavaliar as condições de pele, quando necessário indicar, prescrever medidas de hidratação e lubrificação e fornecer creme de ureia 10% ou similar;
- Caso seja necessário realizar curativos, avaliar o grau de comprometimento, segundo o “Protocolo Municipal de Curativos”, garantir o cuidado de acordo com a complexidade e seguir o fluxo regional;
- Solicitar e monitorar o comparecimento dos contatos, orientar sobre a importância do exame dermatoneurológico e da vacina BCG-id. Obs.: Somente contatos sem diagnóstico de hanseníase, após exame médico, deverão ser vacinados.

CICATRIZ VACINAL	CONDUTA
Ausência de cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não vacinar
Menor de 1 ano com 1 cicatriz ou com comprovação vacinal	Não vacinar

Fonte: Manual de Normas e Procedimentos para vacinação – MS | Brasília/DF/2014.

• **Notas:**

1. Contatos de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG-id.
2. As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), disponível no endereço eletrônico: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf
3. É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para doentes HIV positivos, seguir as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou

atenuados, disponíveis no endereço eletrônico:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

4. Contatos de hanseníase em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam vacinação BCG profilática para hanseníase.

- **Reorientar:**

- Autocuidado principalmente em relação aos olhos, nariz, mãos e pés, individualmente ou em grupo;

- Reconhecer situações de urgência/emergência e para qual serviço deverá recorrer, seguindo a Linha de Cuidados Regional;

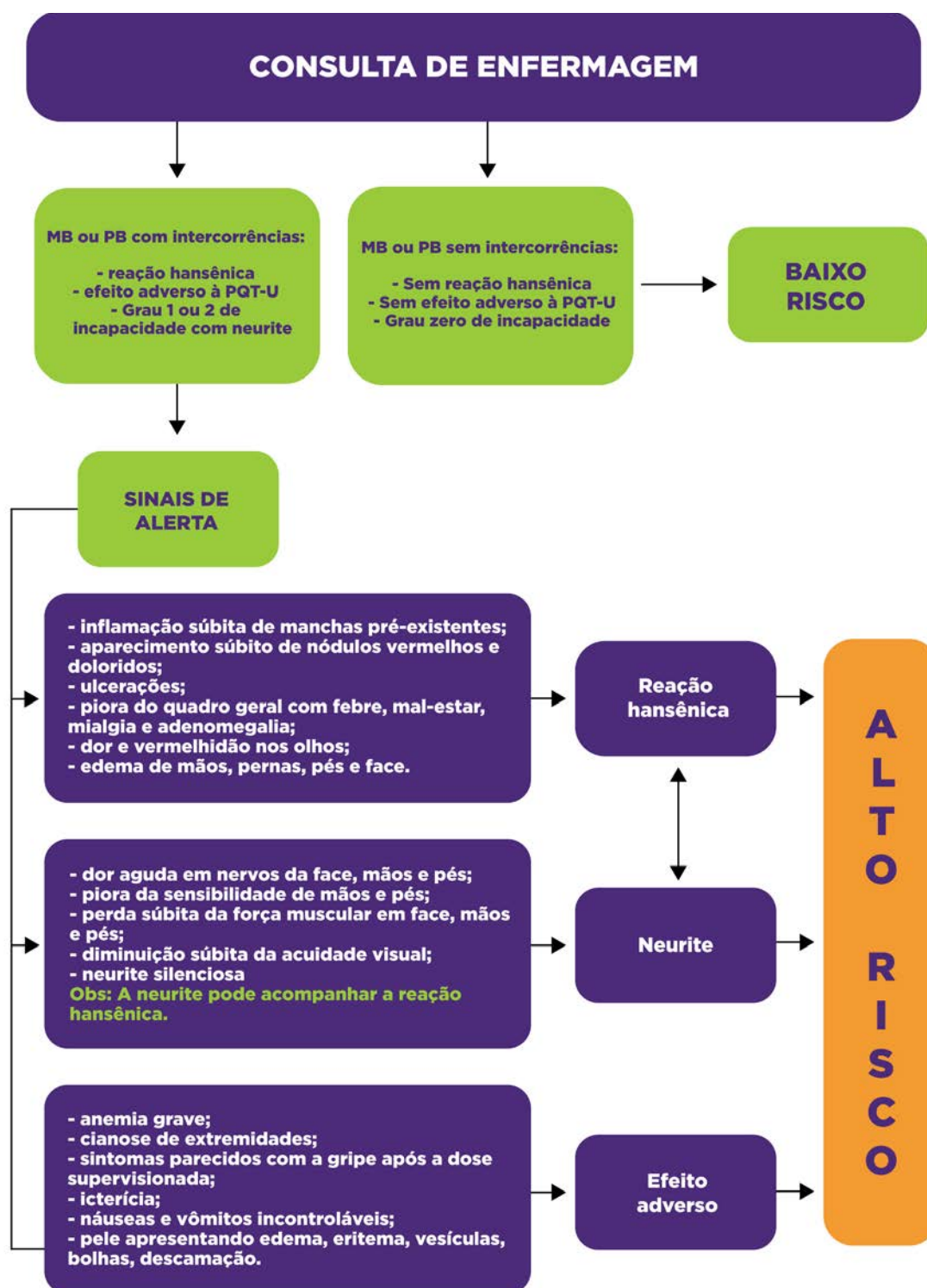
- Realizar ou acompanhar a avaliação de incapacidades conforme preconizado no *Manual Técnico-Operacional de Hanseníase – “Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública” – MS/2016;*

Havendo necessidade de execução de cuidados ortopédicos, relativos à imobilização (confeção de tala), seguir a *Resolução COFEN nº 422, artigo primeiro em seu parágrafo nº 1 de 04/04/2012, D.O.U. de 11/04/2012.*

Se necessária a realização de debridamento com auxílio de bisturi, seguir *Parecer COREN-SP CAT nº 013/2009.*

- Organizar e estimular as práticas de autocuidado, principalmente em grupo de pacientes, conforme orientações encontradas nos cadernos: Autocuidado em Hanseníase e Guia de Apoio de Autocuidado de Hanseníase do MS, Brasília-DF, 2010;
- Realizar o controle da frequência, bem como a convocação dos pacientes faltosos para o tratamento. O paciente que não comparecer à dose supervisionada deve ser contatado e se for possível visitado no domicílio para continuar o tratamento e evitar o abandono, respeitando a Lei de Sigilo Profissional nº 14.289, de 03 de Janeiro de 2022. Publicação: DOU de 04 de Janeiro de 2022.
- Atualizar o “Cartão de Atendimento” (ANEXO IX);
- Atualizar mensalmente a “Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase”, principalmente o campo de aprazamento (ANEXO X);
- Preencher mensalmente o “Boletim de Acompanhamento de Hanseníase” (ANEXO XII) para atualização dos dados no sistema de informação SINAN.

3.2.4- ACOMPANHAMENTO DO CASO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



3.2.5- CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ÚLTIMA DOSE DE PQT-U

- Coleta de raspado intradérmico de todos os casos, pelo enfermeiro ou auxiliar de enfermagem capacitados, conforme *Parecer COREN-SP 022/2014 - CT*.
- Realizar ou agendar a “Avaliação Neurológica Simplificada” (Anexo VII).
- Verificar se todos os contatos intradomiciliares foram examinados, caso contrário, agendar a consulta médica.
- Anotar no “Cartão de Atendimento” (Anexo IX) e na “Ficha de Acompanhamento” (Anexo X) a data da alta.
- Orientar quanto à necessidade de retornar ao serviço no caso de situações de emergência e sintomas de reação.
- Agendar consulta médica e de enfermagem após seis meses, se não houver queixas.

3.2.6- CONSULTA DE ENFERMAGEM APÓS ALTA MEDICAMENTOSA

- Acolher, ouvir as queixas e dúvidas do paciente que recebeu alta independente do tempo e/ou local em que ocorreu o tratamento.
- Aplicar a “Sistematização de Assistência de Enfermagem”- SAE (Anexo XI), realizando todas as fases, conforme a Resolução nº358/2009 do COFEN.
- Avaliar a Classificação de Risco e posteriormente, de acordo com as necessidades apresentadas, realizar as intervenções e/ou encaminhamentos.
- Avaliar as necessidades do paciente, assistir as possíveis e encaminhar as outras ao respectivo profissional.
- Todo paciente após a alta medicamentosa deve ser acompanhado periodicamente por pelo menos 5 anos:
 - Para pacientes que não apresentarem manifestações clínicas reacionais ou outras complicações a avaliação é: semestral nos primeiros 2 anos e anual por mais 3 anos, independente da classificação operacional - Paucibacilar ou Multibacilar.
 - Para pacientes com manifestações clínicas reacionais ou outras complicações, a periodicidade do acompanhamento deve ser definida conforme a avaliação médica e necessidade do paciente.
- Todo paciente que já concluiu o tratamento de hanseníase independente da unidade ou município onde teve alta deverá ser atendido conforme sua necessidade na UR.

- O profissional deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (ANEXO VIII) com os dados de cada atendimento.

3.3- PACIENTES COM RECIDIVA

Todos os casos suspeitos de recidiva devem ser encaminhados para a unidade de Referência Metropolitana. Após a confirmação, esses casos devem ser notificados no modo de entrada “Recidiva” (campo 38, código 6), na “FIE de Hanseníase” (Anexo V).

3.4- AÇÕES SOCIAIS

Essas ações devem ser realizadas preferencialmente pelo profissional assistente social.

Na ausência desse profissional, a equipe de enfermagem deve estar preparada para acolher, orientar e encaminhar as necessidades dos pacientes, levando em consideração a *Linha de Cuidados Regional* e os recursos sociais de apoio.

Orientar o paciente sobre seus direitos e deveres. Para maiores informações consultar: **Hanseníase Conhecendo estigma, discriminação e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde 2020.

OBSERVAÇÃO: Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

4- AÇÕES DE AVALIAÇÃO, PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE INCAPACIDADES FÍSICAS

Todo paciente deve ser avaliado quanto às incapacidades físicas nos segmentos (nariz, olhos, mãos e pés). Esta avaliação completa deve ser realizada por profissional capacitado que deverá preencher o “Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada” (ANEXO VII).

A avaliação de incapacidade deverá ser realizada, conforme o **Manual Técnico-Operacional de Hanseníase** - *Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública - MS/2016* e **Guia Prático Sobre Hanseníase** - Brasília, 2017:

- No início do tratamento;
- A cada três meses durante o tratamento, se não houver queixas;
- Sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas ou qualquer alteração em olhos, nariz e pés;
- No controle periódico de doentes em uso de corticoides por estados reacionais e neurites;
- Na alta do tratamento;
- No acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15, 45, 90 e 180 dias.

Para garantir a avaliação de incapacidades são necessários:

Recursos físicos: sala com iluminação e ventilação adequadas

Recursos materiais:

- Monofilamentos de Semmer-Weinstein (estesiômetro)
- Canetas coloridas
- Tabela de Snellen ou LOGMAR
- Fio dental (de nylon e sem sabor)
- Fitas do Teste de Schirmer
- Impresso padronizado (ANEXO VII)

4.1- AVALIAÇÃO INICIAL DO CASO

- Levantar queixas e dúvidas;
- Esclarecer sobre a doença, riscos, agravos e incapacidades;
- Realizar anamnese, incluindo dados sobre a ocupação, situação empregatícia e atividades domésticas;
- Informar o objetivo da avaliação e prevenção de incapacidades, sua periodicidade e importância no processo do tratamento;
- Explicar os procedimentos de realização da avaliação de incapacidades;
- Realizar a avaliação do paciente em “Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada” (ANEXO VII) conforme as normas estabelecidas pelo Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde, anexando-a ao prontuário;
- Após a avaliação, realizar as condutas pertinentes conforme tabela “Graus de Incapacidades Físicas em Hanseníase e Condutas” (ANEXO XIII);
- Registrar em folha de evolução, as queixas, antecedentes pessoais, resultados encontrados e condutas realizadas.

4.2- CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADES

Classificar o maior grau de incapacidades encontrado em qualquer um dos segmentos (olhos, mãos e pés) em 0 ou 1 ou 2, através do “Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada” (ANEXO VII).

Outra classificação que consta no Formulário é a do Escore OMP (Olhos, Mãos e Pés), que é um instrumento complementar de avaliação da graduação da incapacidade, sendo a somatória dos graus encontrados em todos os segmentos avaliados, direito e esquerdo, em olhos, mãos e pés.

O PMCH estabeleceu o “Protocolo Complementar dos Casos de Hanseníase Diagnosticados com Grau II de Incapacidades” (ANEXO XIV), com a finalidade de avaliar e confirmar a classificação dos casos diagnosticados com grau 2 de incapacidades, visando a investigação epidemiológica, do comprometimento, acompanhamento e reabilitação desses pacientes. Esse instrumento deve ser preenchido pelo profissional que executou as avaliações e seguir o fluxo: UR → UVIS → PMCH.

4.3- ACOMPANHAMENTO DURANTE O TRATAMENTO

- Prescrever, orientar e executar o tratamento, de acordo com a avaliação de incapacidades;
- Realizar as práticas de autocuidado, preferencialmente em grupo, através de orientações para os pacientes e familiares;
- Monitorar as funções neurais e complicações da hanseníase;
- Identificar a presença de neurites, reações ou perdas funcionais ou qualquer alteração em olhos, nariz, mãos e pés e encaminhar para o médico;
- Orientar sobre uso de materiais que mantenham a integridade do membro ou órgão afetado, em casos de perda da sensibilidade protetora de mãos e pés e diminuição da sensibilidade dos olhos;
- Realizar procedimentos e orientações de repouso nos casos de neurites e/ou reações;
- Avaliar a condição funcional do paciente nas atividades laborais e no ambiente de trabalho e encaminhar para o médico em caso de necessidade de afastamento ou readaptação;
- Indicar curativo e repouso na presença de úlceras plantares.

4.4- AÇÕES DE REABILITAÇÃO

4.4.1- ENCAMINHAMENTO

A UR que não possuir profissional de reabilitação (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional) deve encaminhar para as referências estabelecidas pela Linha de Cuidados Regional, utilizando o impresso de referência/ contrarreferência (Anexo I), quando houver:

- Prejuízo da força muscular em olhos, mãos e pés;
- Perda da sensibilidade protetora de mãos e/ou pés;
- Sinais e sintomas de neurites;
- Atrofias;
- Perda de movimentos;
- Acompanhamento pré e pós-cirúrgicos.

4.4.2- EQUIPE DE REABILITAÇÃO

Compete aos profissionais fisioterapeutas e/ou terapeutas ocupacionais:

- Realizar a avaliação completa do paciente em “Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada” (ANEXO VII), conforme as normas estabelecidas pelo Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde, anexando-a ao prontuário;
- Após a avaliação, realizar as condutas pertinentes conforme tabela “Graus de Incapacidades Físicas em Hanseníase e Condutas” (ANEXO XIII).
- Informar a UR a classificação do grau de incapacidade para registro;
- Registrar em folha de evolução as queixas, antecedentes pessoais, resultados encontrados e condutas realizadas;
- Monitorar as funções neurais e complicações da hanseníase;
- Encaminhar para o médico da UR ao sinal e detecção de neurites e/ou reações hansênicas, realizar imobilização o mais breve possível, orientar repouso e diminuição da sobrecarga neural;
- Indicar curativo e repouso na presença de úlceras plantares;
- Solicitar OPM (órteses, próteses e meios de locomoção), calçados, palmilhas e outros, quando necessário;
- Calçados e/ou palmilhas deverão ser solicitados a partir da detecção da perda da sensibilidade protetora nos pés (não sente monofilamento lilás/2g ou apresenta 1 ponto vermelho/4,0g em pés - teste do estesiômetro Semmer-Weinstein);
- Realizar orientações e confeccionar adaptações e/ou órteses visando possibilitar a execução das atividades diárias e laborais;
- Avaliar a necessidade de readaptação e capacitação profissional e encaminhar para cursos profissionalizantes junto as UR – recursos sociais.

Não fazer uso de eletroestimulação: US (ultrassom), Tens, Microondas e Ondas Curtas, em áreas com diminuição da sensibilidade e nem sobre a pele danificada.

4.5- ACOMPANHAMENTO APÓS ALTA MEDICAMENTOSA

- Todo paciente após a alta medicamentosa deve ser acompanhado periodicamente por pelo menos 5 anos:
 - Para pacientes que não apresentarem manifestações clínicas reacionais ou outras complicações, a avaliação é: semestral nos primeiros 2 anos e anual por mais 3 anos, independente da classificação operacional - Paucibacilar ou Multibacilar.
 - De acordo com a classificação do grau de incapacidade, seguir as condutas da tabela “Graus de Incapacidades Físicas em Hanseníase e Condutas” (ANEXO XIII);

- Todo paciente que já concluiu o tratamento de hanseníase independente da unidade ou município onde teve alta deverá ser atendido conforme sua necessidade na UR.
- O profissional deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (ANEXO VIII) com os dados de cada atendimento.

OBSERVAÇÃO: Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

PMCH

5- AÇÕES DE PSICOLOGIA

- Realizar entrevista/avaliação psicológica de todos os pacientes com diagnóstico confirmado de hanseníase;
- Propiciar atendimento, suporte psicológico e orientações para pacientes e familiares;
- Trabalhar questões sobre preconceito/estigma e autocuidado, individualmente ou em grupo;
- Encaminhar para atendimento psiquiátrico, quando necessário;
- Atender os pacientes que já tiverem concluído tratamento de hanseníase, independente da unidade ou município onde teve alta, que necessitem de suporte psicológico.
- O profissional de saúde mental deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (ANEXO VIII) com os dados de cada atendimento.

OBSERVAÇÃO: Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

6- AÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

- Realizar entrevista social para todos os pacientes com diagnóstico confirmado em hanseníase;
- Realizar relatório social, quando solicitado;
- Orientar sobre questões trabalhistas e previdenciárias;
- Oferecer suporte e realizar encaminhamentos adequados quando houver solicitação médica de afastamento de trabalho, mediante quadro de reação e/ou neurite;
- Indicar recursos sociais que possam oferecer cestas básicas, cursos profissionalizantes ou socializantes gratuitos que atendam a outras necessidades dos pacientes e familiares (ONGs, fundações, etc);
- Realizar trabalho integrado com os profissionais da equipe de atendimento e de reabilitação para indicar curso profissionalizante se o paciente apresentar comprometimento funcional ou deficiências;
- Identificar junto ao CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), recursos regionais.
- Orientar o paciente sobre seus direitos e deveres. Para maiores informações consultar: **Hanseníase Conhecendo estigma, discriminação e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – Brasília: Ministério da Saúde 2020.
- Atender os pacientes que já tiverem concluído tratamento de hanseníase, independente da unidade ou município onde teve alta, que necessitem de suporte social.
- O profissional do serviço social deverá preencher a “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” (ANEXO VIII) com os dados de cada atendimento.

OBSERVAÇÃO: Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

7- AÇÕES DO FARMACÊUTICO

O método clínico inclui a coleta de dados, identificação de problemas, implantação de um plano de cuidado e seguimento do paciente. É de competência dos farmacêuticos a resolução de problemas relacionados a farmacoterapia, com objetivo de promover seu uso racional e assim garantir sua máxima efetividade e segurança.

Os profissionais que atuam nas UR devem estar atualizados em relação ao tratamento e acompanhamento dos pacientes de Hanseníase, incluindo a programação adequada, controle, supervisão e o gerenciamento do estoque dos medicamentos hansenostáticos.

Visto que a Hanseníase é uma doença de notificação compulsória, os medicamentos da POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA (PQT-U) deverão ser dispensados pelas farmácias das UR apenas se houver o número do SINAN. Por se tratar de antibióticos, a dispensação deve atender a RDC 471, de 23 de fevereiro de 2021. (DOU - 24/02/2021).

Casos de pacientes em trânsito no município, consultar as orientações do Item 2.3.1 deste protocolo.

Qualquer eventualidade deve ser comunicada à assistência farmacêutica da Supervisão Técnica de Saúde e da Coordenadoria Regional de Saúde.

7.1- ORIENTAÇÕES PARA O PACIENTE DURANTE O TRATAMENTO

As dispensações da POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA (PQT-U) normalmente são realizadas junto à equipe de enfermagem que administrará a dose supervisionada mensalmente. As demais medicações prescritas deverão ser retiradas pelo próprio paciente na farmácia da UR e, na oportunidade, receberá as orientações necessárias.

Se a farmácia da UR disponibilizar o serviço de consulta farmacêutica, poderá ser agendada uma data para que o farmacêutico possa realizar orientações a fim de promover o uso racional dos medicamentos, bem como verificar possíveis interações medicamentosas se o paciente fizer uso de outros medicamentos e sanar possíveis dúvidas.

Na consulta, o farmacêutico deve:

- Orientar o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos, cuidados de hidratação e lubrificação da pele;

- Conscientizar de que a cura só é alcançada com a adesão ao tratamento até a alta;
- Orientar sobre a necessidade de se desenvolver o hábito de tomar o medicamento sempre nos mesmos horários e nas quantidades estabelecidas na prescrição. Se necessário, conciliar os medicamentos em uso, horários, necessidade real e riscos potenciais de associação;
- Organizar o agendamento de atendimento do farmacêutico com o paciente a cada retorno médico;
- Acompanhar o tratamento, observando a melhora sintomática ou objetiva através da percepção do paciente sobre a evolução da doença e resultados do tratamento;
- Orientar quanto ao descarte do medicamento: quando não utilizado, por qualquer motivo, deve ser devolvido à farmácia da UR, para o descarte adequado.

7.2- MEDICAMENTOS

7.2.1 – POLIQUIMIOTERAPIA ÚNICA (PQT-U)

Principais efeitos colaterais e orientações a serem consideradas:

- **Rifampicina:** pode ocorrer diminuição da eficácia dos anticoncepcionais orais (orientar associação com método de barreira), alteração da coloração da urina (vermelho alaranjado ou vermelho escuro), distúrbios gastrointestinais (orientar tomada após alimentação), hepatotoxicidade, síndrome pseudogripal e plaquetopenia.
- **Clofazimina:** pode ocorrer pigmentação da pele (acastanhada, com escurecimento das manchas – evitar exposição solar prolongada), ictiose e distúrbios gastrointestinais.
- **Dapsona:** pode ocorrer anorexia, náuseas, vômitos, dor abdominal, anemia hemolítica (mais comum nos pacientes com deficiência de G-6-PD), hepatite medicamentosa, meta-hemoglobinemia, gastrite, agranulocitose, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa e distúrbios renais.

OBSERVAÇÃO: Diante da observação de efeitos colaterais ou outras intercorrências medicamentosas, encaminhar para o médico que acompanha o paciente.

7.2.2- CORTICOSTERÓIDES

Principais efeitos colaterais e riscos para seu uso prolongado:

- Disseminação de infestação por *Strongiloides stercoralis*;
- Disseminação de tuberculose pulmonar;
- Agravamento ou indução de Diabetes;
- Facilitação de aparecimento e/ou piora clínica de outros agravos à saúde, como: hipertensão arterial, aumento da pressão ocular (glaucoma), catarata, edemas, osteoporose e outros;
- Fraqueza, mal-estar, hipotensão arterial, dores musculares e articulares que podem ocorrer pela interrupção abrupta do corticosteroide.

Observação: quando houver percepção de qualquer situação agravante à saúde do paciente, verificar com a equipe médica e de enfermagem se está havendo o monitoramento da PA, taxa de glicemia e exame oftalmológico.

Em caso de dúvidas, consultar o manual *Orientações para uso: corticosteróides em hanseníase- MS/2010*.

7.2.3 - TALIDOMIDA

As normas de prescrição, dispensação e recomendações do uso da talidomida, bem como as orientações sobre os efeitos colaterais e interações medicamentosas estão regulamentadas na *Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) – Ministério da Saúde/ANVISA nº11 de 22/03/2011*, que deve ser consultada sempre que necessário.

O paciente no uso de talidomida deve ter uma dispensação especializada e diferenciada que permita melhor compreensão sobre sua doença ou condição, sobre a importância do seguimento adequado do seu plano de cuidado e sobre a proposta terapêutica.

Deve ser criteriosamente verificada:

- A compreensão da receita;
- As informações sobre os efeitos e riscos deste medicamento e seu uso;
- A compreensão sobre os termos de responsabilidade/esclarecimento assinados pelo paciente devido a teratogenicidade do medicamento;
- Para as mulheres em idade fértil (que não realizaram procedimento de esterilização), o medicamento somente poderá ser prescrito após a exclusão de gravidez através de método sensível e mediante a comprovação de utilização de, no mínimo, 2 métodos efetivos de contracepção, sendo pelo

menos 1 método de barreira durante todo o tratamento e após 30 dias de seu término;

- Os homens deverão ser orientados quanto ao uso de preservativo masculino durante todo o tratamento com Talidomida e após 30 dias de seu término.

7.2.4 - PENTOXIFILINA

A pentoxifilina está preconizada como esquema substitutivo para tratamento de reação tipo 2 (eritema nodoso hansênico), seguindo as orientações do *Manual técnico-operacional – Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, Ministério da Saúde - 2016*, quando a talidomida for contraindicada, como em mulheres em idade fértil.

A dose preconizada é de 1.200 mg/dia, dividida em doses de 400mg de 8 em 8 horas, após a alimentação, associada ou não ao corticosteroide. Sugere-se iniciar com a dose de 400mg/dia com aumento de 400mg a cada semana até alcançar a dose máxima. A redução se dá de acordo com a regressão dos sinais e sintomas.

OBSERVAÇÃO: Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

8- AÇÕES DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O sistema de Vigilância Epidemiológica (VE) do MSP está organizado em todos os níveis da Secretaria da Saúde, sendo representado em nível central pela Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA) e nas regiões (CRS e STS) pelas Unidades de Vigilância em Saúde (UVIS), com atribuições de coordenar, orientar e supervisionar o desenvolvimento das atividades no território de sua responsabilidade.

As ações de VE relacionadas à hanseníase, coordenadas e supervisionadas pela equipe do PMCH da COVISA, abrangem todas as atividades relacionadas ao Sistema de Informação, ao planejamento e à execução das medidas de controle da doença.

Para o controle da hanseníase está estabelecido pelo PMCH que cada STS deve contar com ao menos uma UR para o atendimento dos pacientes, que são responsáveis por:

- Investigação de casos suspeitos e confirmação de diagnóstico;
- Tratamento e seguimento dos pacientes;
- Avaliação, prevenção e acompanhamento das incapacidades;
- Exame e vacinação dos contatos intradomiciliares;
- Atividades relacionadas ao Sistema de Informação: notificação e investigação dos casos, atualização mensal das informações sobre o tratamento realizado, informações sobre os contatos examinados, registro dos atendimentos pós-alta, protocolos, etc.

Cabe aos profissionais das UVIS, juntamente com a STS, zelar pelo atendimento às necessidades da UR:

- Orientar a gerência da UR e profissionais envolvidos no atendimento aos pacientes, em relação às diversas atividades que fazem parte do Programa de Controle da Hanseníase,
- Verificar a necessidade de treinamentos dos profissionais e providenciar os meios para atendimento a essa demanda,
- Supervisionar e promover a regularização do abastecimento dos medicamentos e insumos necessários,

- Organizar e adequar os fluxos necessários ao atendimento dos pacientes de acordo com a linha de cuidados regional: laboratório, especialidades médicas, reabilitação, internação, cirurgias, etc.
- Planejar e monitorar em conjunto com a interlocução de Hanseníase da CRS e STS, as ações de divulgação de sinais de sintomas da doença e busca ativa de casos novos na região durante a campanha anual e outras ações pontuais no decorrer do ano.

8.1- SISTEMA DE INFORMAÇÃO

As ações de VE da hanseníase abrangem todos os passos da operacionalização do Sistema de Informação, desde a coleta, processamento e análise dos dados, até o cálculo e interpretação dos indicadores epidemiológicos e operacionais.

8.1.1- PRONTUÁRIO

O prontuário é o documento que contém o histórico do tratamento do paciente e a sua guarda é de responsabilidade da unidade de atendimento, sendo indestrutível e intransferível. *Resolução CFM nº 1638/2002 e Resolução CFM nº 1821/2007.*

Deve ser único para todos os atendimentos realizados, devendo conter todas as informações sobre a situação do tratamento do paciente, como:

- Diagnóstico;
- Exames solicitados e resultados;
- Encaminhamentos realizados;
- Número de doses recebidas;
- Alterações de esquema terapêutico;
- Apresentação de quadros reacionais;
- Registro de alta da PQT;
- Avaliação de incapacidades;
- Controle de Contatos;
- Relação dos contatos registrados e examinados etc.

OBSERVAÇÃO: Todo profissional deve registrar a informação no prontuário com assinatura e nº de registro profissional do respectivo Conselho ao qual pertença.

É indispensável que os registros sejam claros para leitura e compreensão de todos os profissionais que atendem o paciente.

Se houver transferência do paciente para outro serviço, deve ser elaborado um relatório detalhado com todas as informações constantes no prontuário ou retirada uma cópia do mesmo para ser encaminhada ao outro serviço ou entregue ao paciente.

O prontuário do paciente da Unidade de atendimento não deve ser remanejado para outro serviço.

8.1.2- FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

A notificação deve ser realizada para todos os casos com diagnóstico confirmado, por meio do preenchimento das “Fichas de Notificação e Investigação do SINAN” – FIE de Hanseníase (ANEXO V).

O seu preenchimento é de responsabilidade dos profissionais que realizaram o atendimento do paciente na Unidade de Referência.

São campos de preenchimento pela equipe de enfermagem:

- Dados gerais (campos 3 a 6);
- Notificação individual (campos 8 a 16);
- Dados de residência atual (campos 17 a 30);
- Ocupação (31 e 32);
- Avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico (37);
- Nº de contatos registrados (43 e relacionar no verso);
- Observações Adicionais;
- Dados de residência anterior (itens 1 e 2 - verso);
- Avaliação de incapacidades (verso);
- Investigador – nome e assinatura do profissional de enfermagem, junto com a assinatura do médico.

São campos de preenchimento pelo médico:

- Data do diagnóstico atual (7);
- Nº de lesões (33);
- Forma clínica (34);
- Classificação operacional (35);
- Nº de nervos afetados (36);
- Modo de entrada: caso novo, transferência, recidiva ou outros reingressos (38);
- Modo de detecção do caso novo (39);
- Resultado da baciloscopia (40);
- Data do início do tratamento (41);
- Esquema terapêutico (42);
- Histórico/ Exame dermatoneurológico: descrição clínica sucinta e situação de tratamento anterior (verso);
- Dados laboratoriais complementares (verso);
- Investigador – nome e assinatura do profissional médico, junto com a assinatura do profissional de enfermagem.

São campos de preenchimento pela equipe responsável pela Avaliação das Incapacidades:

- Avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico (37);
- Avaliação de incapacidades (verso);
- Investigador – nome e assinatura do profissional que realizou a avaliação de incapacidades, junto com a assinatura do profissional médico e de enfermagem.

Campo “Observações Adicionais” - devem ser registrados:

- O consentimento do paciente para Visita Domiciliar a sua residência e a de seus familiares;
- Casos que vêm transferidos durante o tratamento: nome da unidade de origem e o nº de doses já recebidas;
- Nos casos com modo de entrada RECIDIVA (cód.6) ou OUTROS REINGRESSOS (cód.7): tratamento anterior realizado - quando e onde (unidade e município);
- Saídas por transferência: para onde (unidade e município);
- Outras informações que possam ser relevantes para a compreensão da notificação e tratamento instituído.

Compete ao profissional responsável pela Vigilância na Unidade:

- Verificar o preenchimento adequado e completo das fichas;
- Conferir as informações;
- Encaminhar as fichas preenchidas para a UVIS da região, para que sejam digitadas no Sistema de Informação – SINAN.

8.1.3- PROTOCOLOS DE INVESTIGAÇÃO

1) “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos – PCID < 15” (ANEXO XV);

2) “Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva” (ANEXO XVI);

Estes protocolos estão estabelecidos e regulamentados no documento **Manual Técnico-Operacional de Hanseníase – Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública – MS/2016: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doença Transmissíveis e Guia Prático Sobre Hanseníase, Brasília, 2017.**

- Após o preenchimento, os documentos digitalizados devem seguir o seguinte fluxo de encaminhamento:
UR → UVIS → PMCH → CVE/SES → PNCH / Ministério da Saúde
- Cópias destes protocolos devem ser arquivadas nos prontuários dos pacientes.

3) “Protocolo Complementar dos Casos de Hanseníase Diagnosticados com Grau II de Incapacidades” (ANEXO XIV);

O PMCH estabeleceu o protocolo de investigação dos casos diagnosticados com Grau II de Incapacidades, com a finalidade de avaliar e confirmar a classificação dos casos diagnosticados com grau 2 de incapacidades, acompanhamento e inclusão em serviços de reabilitação. Identificar a procedência, outros possíveis contatos e, além disso, identificar serviços onde possivelmente a detecção precoce de casos de hanseníase é deficitária.

- Este instrumento deve ser preenchido pelo profissional que executou as avaliações e seguir o fluxo: UR → UVIS → PMCH

4) Relatório de Investigação de Incidente Crítico - IIC (Anexo XVII)

Esse relatório faz parte de documentos preconizados pelo Programa Estadual de Controle de Hanseníase – PECH/ CVE/ SES.

O preenchimento desse relatório deve ser realizado pela equipe da UR para todos os casos diagnosticados menores de 15 anos e com grau II de incapacidade.

- Após o preenchimento, o documento digitalizado deve seguir o seguinte fluxo de encaminhamento:
UR → UVIS → PMCH → CVE/SES
- Cópia do relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

8.1.4- FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CASO DE HANSENÍASE (ANEXO X)

A “Ficha de Acompanhamento de Caso de Hanseníase” deve ser preenchida e iniciada por ocasião do diagnóstico do paciente com hanseníase ou no primeiro atendimento do paciente na unidade para os casos que vêm transferidos já com tratamento iniciado. Esse procedimento deve ser concomitante com o preenchimento da Ficha de Notificação e as informações constantes em ambas devem ser as mesmas.

Esta é utilizada para:

- Registro da data do agendamento e comparecimento do paciente;
- Atualização das informações do diagnóstico e esquema terapêutico;
- Registro do comparecimento e avaliação dos contatos intradomiciliares, durante os 5 anos.

Deve ser utilizada como apoio para o preenchimento do Boletim de Acompanhamento mensal dos casos.

Para atender a suas finalidades, estas fichas devem ser mantidas em arquivo sob responsabilidade da enfermagem e não arquivadas dentro dos prontuários dos pacientes.

8.1.5- CARTÃO DE ATENDIMENTO DO PACIENTE (ANEXO IX)

O “Cartão de Atendimento” ser preenchido e entregue ao paciente por ocasião do diagnóstico e início do tratamento, no primeiro atendimento do paciente na unidade para todos os pacientes. Devem ser registradas e atualizadas as datas do agendamento e do comparecimento do paciente, o nº de doses da medicação e as intercorrências reacionais. Tem por finalidade subsidiar o paciente no controle do seu tratamento e como fonte de informação para outros serviços de emergência ou ambulatoriais a que o paciente possa recorrer.

8.1.6- BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE (ANEXO XII)

O “Boletim de Acompanhamento de Hanseníase” é um instrumento utilizado para a atualização e complementação das informações relacionadas ao tratamento dos pacientes no sistema SINAN.

Informações a serem mensalmente atualizadas:

- Data do último comparecimento;
- Classificação operacional atual (CO);
- Esquema terapêutico atual (ET);
- Número de doses de PQT/OMS administradas (ND);
- Episódios reacionais apresentados durante o tratamento (ER);
- Data de Mudança de esquema;
- Número de contatos registrados;
- Número de contatos examinados;
- Avaliação de incapacidade física no momento da Cura (AI);
- Tipo de Saída;
- Data de alta.

Devem ser preenchidas e/ou corrigidas todas as inconsistências e pendências da Ficha de Investigação, como:

- Identificação do paciente: correções do nome ou data de nascimento; nome da mãe, endereço, distrito administrativo e município de residência etc.
- Avaliação das incapacidades físicas no diagnóstico;
- Resultado de baciloscopia;
- Informações pertinentes à saída do caso por transferência, como: nome do município, local e serviço para onde foi transferido.

TIPOS DE SAÍDA:

- **Cód.1: Alta por cura** - Tratamento realizado dentro dos critérios estabelecidos (nº de doses e tempo de tratamento).
- **Cód.2: Transferência para o mesmo município** - durante o tratamento.
- **Cód.3: Transferência para outro município** do mesmo estado durante o tratamento.
- **Cód.4: Transferência para outro estado** durante o tratamento.
- **Cód.5: Transferência para outro país** durante o tratamento.
- **Cód.6: Óbito** - quando ocorre durante o tratamento.
- **Cód.7: Abandono** - Quando o paciente estiver faltoso ao tratamento por mais de 3 meses para os casos PB e por mais de 6 meses para os casos MB e não atender às solicitações de comparecimento (contato telefônico ou VD) para reiniciar o tratamento.
- **Cód.8: Erro diagnóstico** - quando o diagnóstico for alterado após a notificação como caso de hanseníase.

As informações devem estar baseadas no registro efetuado nas fichas de acompanhamento dos casos e/ou nos prontuários dos pacientes.

Fluxo do Boletim de Acompanhamento:

- Impressão do Boletim de Acompanhamento retirado do SINAN pelas UVIS e encaminhamento para as UR: até o dia 15 do mês;
- Devolução do Boletim preenchido com atualização das informações pelas UR para as SUVIS: após o dia 30 do mês;
- Digitação no SINAN pelas SUVIS das informações procedentes das UR: até o dia 10 do mês seguinte.

8.1.7- PLANILHA DE MONITORAMENTO PÓS-ALTA (ANEXO VIII)

A “Planilha de Monitoramento Pós-Alta” tem por finalidade o registro dos atendimentos efetuados aos pacientes já tratados, independente do local de tratamento, e que continuam necessitando da assistência dos diversos profissionais da UR, como médico, enfermeiro, profissionais da prevenção e reabilitação das incapacidades, assistente social etc. Cada profissional deve preencher as planilhas com a data de atendimento e o nome dos pacientes atendidos especificando a ação realizada. Estas planilhas devem ser reunidas e encaminhadas a UVIS no dia 30 de cada mês e remetidas ao programa via e-mail até o dia 10 do mês seguinte.

Fluxo mensal das Planilhas de Monitoramento Pós-Alta:
UR → UVIS → PMCH

8.1.8- ATRIBUIÇÕES DAS UVIS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

- Receber e conferir o preenchimento das “Fichas de Notificação e Investigação” (FIE) procedentes das UR, verificando a completude e inconsistências das informações;
- Digitar as FIE no SINAN;
- Imprimir mensalmente o “Boletim de Acompanhamento de Hanseníase” retirado do SINAN e encaminhar às UR para o preenchimento de todos os campos com as informações a serem atualizadas. As UR devem ser orientadas para a necessidade de devolução deste boletim preenchido, assim que houver o encerramento do mês;
- Digitar mensalmente a atualização das informações procedentes no boletim de acompanhamento das UR.
- Entrar em contato com as UR para esclarecimentos e orientações em relação às informações e se necessário verificar pessoalmente o registro das mesmas nos prontuários.
- Receber as fichas dos “Protocolos de Investigação de casos em menores de 15 anos” e das “Fichas de Investigação de Suspeita de Recidiva” procedentes das UR e verificar a consistência das informações. Encaminhar cópias digitalizadas para o PMCH / COVISA por e-mail.
- Receber as fichas dos “Protocolos de Investigação de casos diagnosticados com Grau II de Incapacidades”, verificar as informações registradas e encaminhar cópia digitalizada para o PMCH / COVISA por e-mail.
- Receber, verificar as informações e encaminhar mensalmente as “Planilhas de Monitoramento dos Atendimentos de Casos Pós Alta” procedentes das UR para o PMCH / COVISA por e-mail.

As UVIS são responsáveis pela elaboração e análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais em seu território, promovendo a sua discussão e utilização no planejamento das ações do PMCH.

8.2- AÇÕES DE CONTROLE

8.2.1- VIGILÂNCIA DOS CONTATOS

A vigilância de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram com o caso novo de hanseníase diagnosticado (caso índice). Além disso, visa descobrir sua possível fonte de infecção no domicílio (familiar) ou fora dele (social), independentemente da forma clínica.

Considera-se contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase.

Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais, que incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado.

Atenção especial deve ser dada aos contatos familiares do paciente (pais, irmãos, avós, tios, etc).

- Realizar consulta médica na UR, com anamnese e exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos notificados;
- Realizar a vacinação BCG-id nos contatos que não apresentarem sinais ou sintomas de hanseníase no momento da avaliação;
- Informar e orientar os contatos quanto à possibilidade do aparecimento da doença;
- Registrar o comparecimento e resultado da avaliação dos contatos na Ficha de Acompanhamento e no prontuário do paciente (caso índice) em folha identificada como CONTROLE DOS CONTATOS;
- O exame e vacinação dos contatos sociais ou familiares não domiciliados com o paciente podem ser avaliados e vacinados nas UBS próximas de suas residências;
- Contatos familiares recentes ou antigos dos pacientes devem ser examinados independente do tempo de convivência.

Recomenda-se avaliar anualmente, durante 5 anos, todos os contatos, sejam eles familiares ou sociais.

8.2.2- VISITAS DOMICILIARES (ANEXO XIX)

Todos os pacientes diagnosticados residentes no município de São Paulo, devem receber visita domiciliar (VD) com a finalidade de ampliar a vigilância de contatos de convivência com o paciente.

Para a realização da VD é indispensável a autorização prévia do paciente para a visita a seu domicílio e a residência de seus familiares, o que deverá ser documentado por meio do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Realização de Visitas Domiciliares aos contatos de casos de Hanseníase” (ANEXO VI) assinada pelo mesmo, arquivado no prontuário e informado e digitado no campo observações adicionais da FIE.

Lei de Sigilo Profissional nº 14.289, de 03 de Janeiro de 2022.
Publicação: DOU de 04 de Janeiro de 2022.

O PMCH solicitará às respectivas secretarias de saúde a realização de ações de vigilância de contatos residentes em outros municípios ou estados.

Compete à UVIS:

- Programar e participar da VD com a UBS responsável pela área de residência;
- Orientar os profissionais da UBS que irão realizar a VD juntamente com a UVIS em relação à finalidade e importância da investigação dos contatos e agendamento para avaliação médica;
- Verificar se o endereço do paciente pertence à outra UVIS e, neste caso, encaminhar a solicitação de VD para a UVIS de residência;
- Encaminhar a investigação e exames dos contatos familiares ou sociais identificados na VD, que não residirem em sua área para as outras UVIS, independente da UR de origem do caso notificado;
- Encaminhar o RVD para o PMCH e UR;
- Realizar no mínimo três tentativas para efetivar as visitas.

RELATÓRIOS DE VISITA DOMICILIAR (ANEXO XIX)

- Preencher todos os campos;
- Realizar três tentativas para resolução das pendências antes do encerramento;
- enviar uma cópia ao PMCH/COVISA e outra para a UR de tratamento, para arquivamento no prontuário do paciente.

Visitas domiciliares a pacientes faltosos:

Devem ser realizadas visitas domiciliares para todos os pacientes faltosos que não respondem às convocações por telefone. A UR é responsável por realizar a solicitação para a UVIS que deve providenciar a VD junto à UBS da área de residência.

8.2.3- VIGILÂNCIA DA RESISTÊNCIA ANTIMICROBIANA EM HANSENÍASE

Na hanseníase, a taxa de casos de resistência antimicrobiana ainda é considerada baixa. Entretanto, há recentes publicações que mostram aumento desses casos, devido principalmente ao tratamento inadequado ou ao seu abandono. Por essa razão, o Ministério da Saúde, seguindo orientações da OMS, instituiu um sistema de vigilância para detectar a resistência antimicrobiana na hanseníase como uma importante atividade para a redução da carga viral da doença no país.

Seguindo as orientações da Nota Técnica nº8/2020-CGDE/DCCI/SVS/MS, o objetivo principal é a detecção de resistência primária e secundária aos medicamentos, devendo ser considerados os seguintes critérios para a investigação:

- Todos os casos de recidiva devidamente confirmados;
- Casos em tratamento com suspeita de falência terapêutica;
- 10% dos casos novos de hanseníase multibacilares que apresentarem resultado do índice baciloscópico (IB) ≥ 2 .

Todos os pacientes que preencherem esses critérios deverão ser encaminhados para a Unidade Sentinela para prosseguirem com a investigação da resistência medicamentosa. A equipe da UR deverá seguir as orientações contidas na “*Nota Informativa 01/2020- Encaminhamento de pacientes para recidivas, investigação de resistência medicamentosa da hanseníase e outras intercorrências*” (ANEXO XX), preenchendo os seguintes documentos listados a seguir:

- Formulário de encaminhamento para unidade sentinela (ANEXO XXI);
- Relatório clínico - pode ser utilizada a Ficha de referência-contrarreferência (ANEXO I);
- FIE de Hanseníase (ANEXO V);
- Ficha de investigação de Suspeita de Recidiva (ANEXO XVI), em arquivo digital.

8.3- BUSCA ATIVA DE CASOS E AÇÕES EDUCATIVAS

Com a finalidade de estimular a detecção precoce de casos da doença, torna-se indispensável o investimento constante em atividades de busca ativa nos serviços de saúde e na comunidade e capacitação dos profissionais de saúde para a suspeição diagnóstica.

As UVIS podem realizar um levantamento das unidades de saúde que os casos novos passaram em consulta e não obtiveram suspeição da doença, com objetivo de sensibilizar os profissionais sobre os sinais e sintomas da doença. (Anexo XXII).

Diariamente todas as unidades de saúde podem preencher o impresso “Planilha mensal de busca ativa diária de casos novos de hanseníase” (Anexo XXIII).

8.3.1- CAMPANHA ANUAL DE HANSENÍASE

No município de São Paulo é considerada de suma importância a realização anual de uma ação educativa em forma de campanha, com a finalidade de incentivar e facilitar a mobilização de toda a rede de serviços de saúde para a busca de casos não diagnosticados na população, estimulando a procura espontânea pelo atendimento de pessoas com sinais ou sintomas suspeitos da doença.

É prevista a realização de uma Campanha Anual de Hanseníase, com ações planejadas e elaboradas pelas equipes do PMCH, Atenção Básica, CRS, STS e UVIS, juntamente com as UR, UBS, CER/NIR contando com o apoio das Organizações Sociais e ONGs.

É responsabilidade das UVIS em seu território:

- Planejar atividades a serem realizadas com as STS, gerências dos serviços, profissionais envolvidos das UR, equipamentos de saúde e recursos da comunidade e ONGs;
- Estabelecer cronograma de palestras e treinamentos;
- Treinar médicos e enfermeiros das UBS como multiplicadores para a sensibilização dos profissionais das unidades;
- Estimular capacitação para profissionais de saúde através da tecnologia EAD;
- Capacitar os médicos das UBS para a triagem de casos suspeitos de hanseníase;
- Organizar as atividades educativas de divulgação dos sinais e sintomas da doença entre os usuários dos serviços e na população;
- Monitorar todas ações durante o período da campanha;
- Após o período da campanha consolidar os dados das UBS e UR de sua região, encaminhar a planilha consolidada padronizada pelo PMCH para a interlocução de Hanseníase da CRS e ao PMCH, conforme data pré estabelecida.

Para realizar a campanha anual, as Unidades de Saúde, UR e UVIS devem utilizar os seguintes documentos:

- Anexo XXIII: Busca Ativa
- Anexo XXIV: Cronograma de Treinamentos

- Anexo XXV: Lista de Presença
- Anexo XXVI: Relatório de Atividades das Unidades de Saúde
- Anexo XXVII: Relatório de Atividades das Unidades de Referência de Hanseníase
- Anexo XXVIII: Relatório Condensado das Atividades Realizadas - UVIS
- Anexo XXIX: Ficha de Atendimento de Investigação e Suspeição de Hanseníase

- Os casos suspeitos detectados pelas UBS devem ser encaminhados para confirmação de diagnóstico nas UR;
- Os Relatórios de Campanha (anexos XXV, XXVI e XXVII) devem ser preenchidos pelas UBS, UR e UVIS, com posterior encaminhamento para o PMCH.

PMCH

9 - ORIENTAÇÕES PARA OS LABORATÓRIOS DE REFERÊNCIA PARA BACILOSCOPIA DE HANSENÍASE

9.1- ROTINA LABORATORIAL

9.1.1 - RECEPÇÃO DAS AMOSTRAS

- Ao receber as amostras o profissional deverá verificar as condições do material com relação à identificação e à integridade das lâminas e decidir aceitar ou rejeitar a amostra conforme o caso.
- Em caso de rejeição, o profissional deverá registrar na “Ficha de Registro Laboratorial” (ANEXO XXIX) o motivo da recusa e informar o responsável pelo setor para que entre em contato com a unidade solicitante para nova coleta.

Exemplos de motivos de rejeição: lâminas sem identificação, sem o acondicionamento em porta-lâmina, material insuficiente, esfregaço inadequado, etc.

9.1.2 - PROCESSAMENTO

A coloração e leitura dos esfregaços devem seguir as recomendações do Guia de Procedimentos Técnicos: Baciloscopia em Hanseníase, MS/2010.

Todas as lâminas deverão ser registradas em um livro de registro específico, onde consta a “Ficha de Registro Laboratorial” (Anexo XXIX).

9.1.3 - LIBERAÇÃO DE RESULTADO

O resultado do Índice Baciloscópico (IB) só poderá ser liberado após os esfregaços da lâmina serem **lidos por no mínimo 2 técnicos**. As assinaturas dos 2 profissionais devem constar na “Ficha de Registro Laboratorial”.

9.2 - ÍNDICE MORFOLÓGICO

De acordo com o Guia de Procedimentos técnicos de Baciloscopia em Hanseníase, MS-2010, o IM requer habilidade e muita prática, além de ser uma análise de caráter subjetivo, recomenda-se que, quando necessário ela seja realizada somente nos centros de referência com mais experiência. Nos casos de solicitação do Índice

Morfológico (IM), lembramos que o mesmo é realizado somente pelo laboratório de Referência do Estado, “Instituto Lauro de Souza Lima” (ILSL) em Bauru.

A descrição morfológica dos bacilos é de especial importância nos casos de suspeita de recidiva e resistência medicamentosa.

PMCH



Programa Municipal de Controle de
HANSENÍASE



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

10 - NOTA IMPORTANTE

Este protocolo foi baseado na **Portaria do Ministério da Saúde nº 149** de 03 de fevereiro de 2016, publicada no Diário Oficial da União de 04 de fevereiro de 2016, que aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública no Brasil, no **Guia Prático Sobre Hanseníase BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doença Transmissíveis. Brasília, 2017 e na **Nota Técnica nº 16/2021** -CGDE/DCCI/SVS/MS.

Caso os documentos/anexos citados neste protocolo sofram quaisquer alterações posteriores, os mesmos serão substituídos e encaminhados para as UVIS para conhecimento e divulgação para as UR de sua área de abrangência.

PMCH

11 - AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais da saúde que direta ou indiretamente colaboraram para a estruturação e confecção deste documento, de fundamental importância para a organização, padronização e garantia da assistência a saúde, às pessoas acometidas pela Hanseníase e seus familiares.

O apoio dos órgãos públicos, gerências e setores que compreenderam a importância, a necessidade de atualização e divulgação de ações protocolares de hanseníase no município com 12 milhões de habitantes, intenso movimento migratório e uma população com vulnerabilidades sociais; além de tantos desafios à administração pública no planejamento, execução e supervisão das ações de saúde para oferecer uma assistência de qualidade às pessoas acometidas pela hanseníase.

Às Organizações Não Governamentais (ONGs) que contribuem direta ou indiretamente na assistência, pesquisa e apoio operacional.

Um especial agradecimento aos profissionais que fizeram parte da equipe do PMCH e/ou que contribuíram na elaboração deste protocolo: Gisela Gomes Borges Ranieri de Paula, Helena Zaio, Maria Francisca Marranghello Mingione, Rosa Maria Dias Nakazaki, Rosely Antunes Albino e Silvia Regina Gil Ferreira.

12 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **NOTA TÉCNICA “Medicação: Ampliação da Clofazimina para PB”** - Nº 16/2021CGDE/DCCI/SVS/MS. BRASÍLIA,2021.
- 2) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **NOTA TÉCNICA “Vigilância da resistência em Hanseníase”** Nº 8/2020-CGDE/. DCCI/SVS/MS. BRASÍLIA,2020.
- 3) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.” **Estratégia Nacional para encaminhamento de Hanseníase”** 2019/2022- MS/BRASÍLIA,2020.
- 4) OMS. **“Estratégia Global de Hanseníase”** 2021/2030- WHO- dezembro,2020.
- 5) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doença Transmissíveis. **HANSENÍASE: Conhecendo estigma, discriminação e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase.** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde,2020.
- 6) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doença Transmissíveis. **Guia Prático Sobre Hanseníase.** Brasília,2017.
- 7) VIETH, H.; SALOTTI S.R.A.; PASSEROTTI, S. **Guia de prevenção de alterações oculares em hanseníase.** Instituto Lauro de Souza Lima/Associação Alemã de Ajuda aos Hansenianos. 2ª edição, Bauru, 2017.
- 8) BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 149 de 3 de fevereiro de 2016.** Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. Revoga a Portaria nº 3.125/GM/MS, de 7 de outubro de 2010. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF, 4 fev. 2016.
- 9) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. **Diretrizes para Vigilância, Atenção e**

Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública – Manual Técnico Operacional. Brasília, 2016.

10) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde.** 1ª edição atualizada, Capítulo 5, Hanseníase. Brasília, 2016.

11) SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. **Manual técnico: normatização das rotinas e procedimentos de enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde / Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica.** 2ª edição, São Paulo, 2015.

12) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para vacinação.** Brasília, 2014.

13) CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP 022/2014** – CT. Ementa: Competência dos profissionais de Enfermagem para realização do teste de Mitsuda, Montenegro, Mantoux (PPD) e baciloscopia para Hanseníase. São Paulo, 2014.

14) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças transmissíveis. **Talidomida: Orientação para o uso controlado.** Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

15) CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 422/2012.** Normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados ortopédicos e procedimentos de imobilização ortopédica. Brasília, 2012.

16) RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria Geral. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde.** Rio de Janeiro, 2012.

17) BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº11 de 22 de março de 2011.** Dispõe sobre o controle da substância talidomida e do medicamento que a contenha. Brasília, 2011.

18) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: Baciloscopia em Hanseníase.** Brasília, 2010.

19) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Autocuidado em Hanseníase – Face, Mãos e Pés.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010.

20) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Apoio para grupos de Autocuidado em Hanseníase** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2010.

21) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento

de Vigilância Epidemiológica. **Eu me cuido e vivo melhor.** Serie F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2010.

22) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Orientações para uso: corticosteróides em hanseníase.** Brasília, 2010.

23) SÃO PAULO (Cidade). Secretaria da Saúde. Núcleo de Programas Estratégicos. **Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlceras Crônicas e do Pé Diabético.** São Paulo, 2010.

24) CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica – Resolução nº 1931/2009,** Capítulo X, artigo 87, § 1º, dispõe sobre a elaboração de prontuário legível. Brasília, 2009.

25) CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009.

26) CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Parecer COREN-SP CAT nº 013/2009.** Assunto: Realização de desbridamento pelo Enfermeiro. São Paulo, 2009.

27) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades.** Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1, 3ª edição, Brasília, 2008.

28) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes.** Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 2, 2ª edição, Brasília, 2008.

29) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de conduta para alterações oculares em hanseníase.** Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 3, 2ª edição, Brasília, 2008.

30) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase.** Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 4, 2ª edição, Brasília, 2008.

31) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de adaptações de palmilhas e calçados.** Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 5, 2ª edição, Brasília, 2008.

32) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em saúde:**

dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Caderno de Atenção Básica nº 21, 2ª edição, Brasília, 2008.

33) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS.** Brasília, Ministério da Saúde, 2008.

34) CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1821/2007.** Aprova as normas técnicas concernentes à digitalização e uso dos sistemas informatizados para a guarda e manuseio dos documentos dos prontuários dos pacientes, autorizando a eliminação do papel e a troca de informação identificada em saúde. Brasília, 2007.

35) CONSELHO NACIONAL DE ARQUIVOS. **Resolução nº22, de 30 de junho de 2005.** Dispõe sobre as diretrizes para a avaliação de documentos em instituições de saúde. Brasília, 2005.

36) CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1638/2002.** Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. Brasília, 2002.

37) BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília, 1986.

13 - ANEXOS

ANEXO I - FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA/CONTRARREFERÊNCIA



PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

FICHA REFERÊNCIA / CONTRA - REFERÊNCIA

1 - DE

CARIMBO DA UNIDADE SOLICITANTE

1ª DOBRA

2 - PARA

UNIDADE DE REFERÊNCIA _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ TELEFONE _____

LOCALIZAÇÃO / PONTO DE REFERÊNCIA _____

SERVIÇO DE _____

(ESPECIALIDADE, PROGRAMA, ATIVIDADE)

2ª DOBRA

SM-5-000 (7)



Programa Municipal de Controle de
HANSENÍASE



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

NOME DO USUÁRIO: _____	
Nº DO REGISTRO: _____	IDADE: _____
COR: ☐ AMARELA ☐ BRANCA ☐ NEGRA ☐ PARDA SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO	
ENDEREÇO: _____	
BAIRRO: _____	TELEFONE PARA CONTATO: _____
HIPÓTESE DIAGNÓSTICO: _____	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____	
EXAMES E PROCEDIMENTOS: _____	
CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL	

AGENDADO EM ____/____/____	PARA O DIA: ____/____/____	ÀS ____ HS
RELATÓRIO DA CONSULTA: _____		
EXAMES E PROCEDIMENTOS: _____		
CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL		

SMS-008 (v)



Programa Municipal de Controle de
HANSENÍASE



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

60

ANEXO II - FICHA DE ATENDIMENTO DE HANSENÍASE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO DE HANSENÍASE

IDENTIFICAÇÃO:

Data: ____/____/____ N° SINAN: _____
Nome do Paciente: _____
Data de Nasc: ____/____/____ Idade: ____ Local de Nasc: _____
Sexo: () M () F Cor: _____ Estado Civil: _____
Profissão: _____ Escolaridade: _____

ANAMNESE:

Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas? _____

Já fez algum tratamento para a sintomatologia atual? Qual? _____

Antecedentes Pessoais: _____

Existe ou existiu doente de hanseníase na família: () Sim () Não

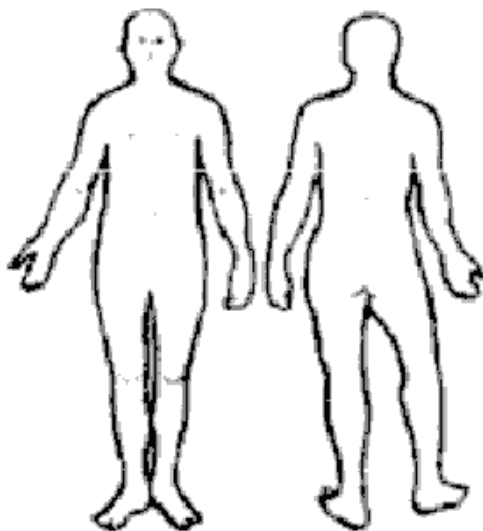
Antecedentes Familiares: _____

EXAME DERMATO-NEUROLÓGICO:

Número de lesões de pele: _____

Número de nervos afetados: _____

Descrição das lesões e nervos identificados na figura abaixo:



ANEXO III - SOLICITAÇÃO DE EXAME DE RASPADO INTRADÉRMICO-BACILOSCOPIA EM HANSENÍASE



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde
Programa Municipal de Controle da
Hanseníase

Solicitação de Exame
Raspado Intradérmico – Baciloscopia em Hanseníase

Nome: _____

Nº cartão SUS: _____ Pronto: _____

Sexo: () F () M Data de Nascimento: _____

Carimbo da Unidade

Etiqueta de Laboratório

Baciloscopia para : () Diagnóstico () Controle () Pós Alta

Médico solicitante _____
Nome legível / Assinatura e carimbo

Identificação do Paciente	1LD	2LE	3Lesão A	4CD	5CE	6Lesão B
☐ 1LD ☐ 2LE ☐ 3Lesão A ☐ 4CD ☐ 5CE ☐ 6Lesão B			3 Lesão A: _____			6 Lesão B: _____

Data da coleta: ____/____/____ Carimbo e assinatura do responsável pela coleta

Janeiro de 2017



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde
Programa Municipal de Controle da
Hanseníase

Solicitação de Exame
Raspado Intradérmico – Baciloscopia em Hanseníase

Nome: _____

Nº cartão SUS: _____ Pronto: _____

Sexo: () F () M Data de Nascimento: _____

Carimbo da Unidade

Etiqueta de Laboratório

Baciloscopia para : () Diagnóstico () Controle () Pós Alta

Médico solicitante _____
Nome legível / Assinatura e carimbo

Identificação do Paciente	1LD	2LE	3Lesão A	4CD	5CE	6Lesão B
☐ 1LD ☐ 2LE ☐ 3Lesão A ☐ 4CD ☐ 5CE ☐ 6Lesão B			3 Lesão A: _____			6 Lesão B: _____

Data da coleta: ____/____/____ Carimbo e assinatura do responsável pela coleta

Janeiro de 2017

ANEXO IV - REQUISIÇÃO PARA BIÓPSIA DE PELE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO ADOLFO LUTZ
CENTRO DE PATOLOGIA
NÚCLEO DE ANATOMIA PATOLÓGICA
Avenida Doutor Arnaldo 355 – São Paulo, SP
(11) 3068-2872 / 3068-2875

uso interno
(etiqueta GAL)

REQUISIÇÃO DE EXAME ANATOMOPATOLÓGICO – INVESTIGAÇÃO DE HANSENÍASE

PACIENTE	NOME						CNS			
	D.NASC		IDADE		GENERO		RAÇA		OCUPAÇÃO	
	ENDEREÇO						MUNICÍPIO		UF	
REQUISITANTE	INSTITUIÇÃO									
	NOME						CRM			
	E-MAIL / TEL CONTATO						ASSINATURA E CARIMBO (CRM)			
AMOSTRA	TOPOGRAFIA									
	DATA DE COLETA / /									
INFORMAÇÕES CLÍNICAS	Diagnóstico pregresso de hanseníase: SIM () NÃO () Se a resposta for SIM , informar: Data do primeiro diagnóstico: ____/____/____ Início de tratamento: ____/____/____ Esquema terapêutico: _____ Finalidade exame atual: Controle tratamento () Alta () Recidiva () Quadro reacional () Outros () Exame histopatológico anterior realizado no Instituto Adolfo Lutz? Sim *() Não() Não sabe informar () (*) Caso disponível, informar nº GAL do exame anterior: _____ Diagnóstico do exame anterior: _____ Hipótese(s) diagnóstica(s) atual: _____ Quadro clínico (resumo): _____ _____ _____ _____ _____ _____ Exames e testes complementares: _____ _____ _____ _____									

ANEXO V - FIE DE HANSENÍASE- FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE HANSENÍASE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO
HANSENÍASE

Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:-
lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		HANSENÍASE	
	3	Código (CID10)		A 3 0. 9	
	3	Data da Notificação			
Dados Gerais	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7
	7	Data do Diagnóstico			
	8	Nome do Paciente		9	
Notificação Individual	10	(ou) Idade	11	Sexo	12
	13	Raça/Cor			
	14	Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS		16	
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)
	19	Distrito			
	20	Bairro	21	Logradouro (rua, avenida,...)	Código
	22	Número	23	Complemento (apto., casa, ...)	24
Dados de Residência	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência
	27	CEP			
	28	(DDD) Telefone		29	Zona
	30	País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares do Caso					
Ocupação	31	Nº do Prontuário		32	Ocupação
	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica
Dados Clínicos	35	Classificação Operacional		36	Nº de Nervos afetados
	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico			
Atendimento	38	Modo de Entrada			
	39	Modo de Detecção do Caso Novo			
Dados Lab.	40	Baciloscopia			
	41	Data do Início do Tratamento		42	Esquema Terapêutico Inicial
Tratamento	43	Número de Contatos Registrados			
	Observações adicionais:				
Med. Contr.	Município/Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde		
	Nome	Função	Assinatura		

Hanseníase 03/01/2008 COREL MR 2008

HANSENÍASE Sinan NET SVS 30/10/2007



Programa Municipal de Controle de
HANSENÍASE



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

64

RESIDÊNCIA

1. LOCAL DE RESIDÊNCIA NO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA		
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA ☐ A - ANO ☐ M - MESES
2. LOCAL DE RESIDÊNCIA DE 3 A 5 ANOS ANTES DO INÍCIO PROVÁVEL DA DOENÇA		
MUNICÍPIO	ESTADO/PAÍS	TEMPO DE RESIDÊNCIA ☐ A - ANO ☐ M - MESES

HISTÓRICO / EXAME DERMATOLÓGICO

DADOS LABORATORIAIS COMPLEMENTARES

☐ MITSUDA	1- POSITIVA ☐ 2- NEGATIVA ☐ 3- ULCERADA	4- NÃO-REALIZADA	9- IGNORADA
ÍNDICE BACILOSCÓPIO: _____ (escala logarítmica de Ridley)			
☐ HISTOPATOLOGIA	1- I	2- T	3- D 4- V 5- OUTROS RESULTADOS 6- NÃO -REALIZADA 9- IGNORADA

AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE

GRAU	GRAU MÁXIMO DE MÃO	GRAU MÁXIMO DE PÉ	GRAU MÁXIMO DE OLHO
	Sinais e ou Sintomas ☐ D ☐ E	Sinais e ou Sintomas ☐ D ☐ E	Sinais e ou Sintomas ☐ D ☐ E
ZERO	Nenhum problema nas mãos devido à hanseníase ☐	Nenhum problema nos pés devido à hanseníase ☐	Nenhum problema nos olhos devido à hanseníase ☐
I	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível ☐	Presença de anestesia sem deformidade ou lesão visível ☐	Sensibilidade corneana diminuída ou ausente ☐
II	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas ☐ - garras ☐ - reabsorção ☐ - mão caída ☐	- lesões tróficas e/ou lesões traumáticas ☐ - garras ☐ - reabsorção ☐ - pé caído ☐ - contratura do tornozelo ☐	- lagoftalmo e / ou ectrópio ☐ - triquiase ☐ - opacidade corneana central ☐ - Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros ☐
NÃO AVALIADA	- não-avaliada ☐	- não-avaliada ☐	- não-avaliada ☐
PROBLEMAS OCULARES		ACUIDADE VISUAL	
Irite ☐ D ☐ E Ceratite ☐ D ☐ E		OD ☐ ANOTAR GRAU OE ☐ ANOTAR GRAU	
OUTROS		ESPECIFICAR	

RELAÇÃO DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

NÚMERO DE CONTATOS REGISTRADOS: ☐

Nº	NOME	IDADE	SEXO	TEMPO RESID. C/DOENTE	PARENTESCO	Nº DE CICATRIZES DE BCG
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						

Hanseníase 03/01/2008 COREL MR 2008



Programa Municipal de Controle de
HANSENÍASE



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

65

ANEXO VI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES AOS CONTATOS DE CASO DE HANSENÍASE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde - SMS
Coordenação de Vigilância em Saúde - COVISA
Centro de Controle de Doenças - CCD
Programa Municipal de Controle da Hanseníase

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REALIZAÇÃO DE VISITAS DOMICILIARES AOS CONTATOS DE CASO DE HANSENÍASE

Eu, _____,
informo que fui devidamente esclarecido sobre a importância e a finalidade da realização da visita domiciliar para mim, para meus familiares e para outros contatos, residentes no município de São Paulo e em outros municípios, inclusive fora do estado de SP, e que:

- ☐ Autorizo todas as visitas domiciliares necessárias, e comprometo-me a informar meus contatos sobre essas visitas.
- ☐ Autorizo, neste momento, apenas visita no meu domicílio.
- ☐ Não autorizo visitas domiciliares para meus contatos, mas comprometo-me a trazê-los para consulta nesta unidade.

Atenciosamente,

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO PACIENTE OU
RESPONSÁVEL

Nº DO CARTÃO SUS: _____

OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO NÃO PODERÁ CONTER RASURAS.

ANEXO VII - FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis
Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação

Nome do paciente:				Data de Nascimento: / /			
Ocupação:				Sexo: ☐ M ☐ F			
Município:				UF:			
Classificação Operacional ☐ PB ☐ MB		Data início PQT: / /		Data Alta PQT: / /			

FACE	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
NARIZ	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Ressecamento (S/N)									
Ferida (S/N)									
Perfuração de septo (S/N)									
OLHOS	D		E	D		E	D		E
Queixa principal									
Fecha olhos s/ força (mm)									
Fecha olhos c/ força (mm)									
Tríquiase (S/N) / Ectrópio (S/N)									
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)									
Opacidade córnea (S/N)									
Catarata (S/N)									
Acuidade Visual									

MEMBROS SUPERIORES	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Queixa principal									
PALPAÇÃO DE NERVOS	D		E	D		E	D		E
Ulnar									
Mediano									
Radial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

AVALIAÇÃO DA FORÇA		1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
		D	<th style="text-align: center;">E</th> <th style="text-align: center;">D</th> <th> <th style="text-align: center;">E</th> <th style="text-align: center;">D</th> <th> <th style="text-align: center;">E</th> </th></th>	E	D	<th style="text-align: center;">E</th> <th style="text-align: center;">D</th> <th> <th style="text-align: center;">E</th> </th>	E	D	<th style="text-align: center;">E</th>	E
Abrir dedo mínimo Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)										
Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano)										
Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial)										

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou S=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA					
1ª	/	/	2ª	/	/
D	E	D	E	D	E

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ù Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: □

MEMBROS INFERIORES		1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Queixa principal										
PALPAÇÃO DE NERVOS		D		E	D		E	D		E
Fibular										
Tibial										

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

AVALIAÇÃO DA FORÇA		1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
		D		E	D		E	D		E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular)										
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular)										

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou S=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA					
1ª	/	/	2ª	/	/
D		E	D		E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: □

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE									
Data da avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior grau	Soma OMP (a+b+c+d+e+f)	Assinatura
	(a) D	(b) E	(c) D	(a) E	(d) D	(f) E			
Diagnóstico / /									
Alta / /									

LEGENDA – CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE			
Grau	Olhos	Mãos	Pés
	Sinais e/ou sintomas	Sinais e/ou sintomas	Sinais e/ou sintomas
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual > 0,1 ou 6:60	Força muscular das mãos preservada E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica	Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar	Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica	Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica
2	Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase , como: lagofalmo; ectrópio; entropião; triquias; opacidade corneana central, iridocidite. E/OU Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, excluídas outras causas	Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas	Deficiência(s) visível(eis) causadas pela hanseníase , como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas

MONOFILAMENTOS E REGISTRO DA RESPOSTA		
Verde (0,05 g) – bolinha verde	Vermelho (4,0 g) – bolinha vermelha	Nenhuma resposta – bolinha preta
Azul (0,2 g) – bolinha azul	Laranja (10,0 g) – círculo vermelho com X	
Lilás (2,0 g) – bolinha roxa	Rosa (300 g) – círculo vermelho	

ANEXO VIII - PLANILHAS DE MONITORAMENTO PÓS-ALTA



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

MONITORAMENTO DE ATENDIMENTO DE CASOS PÓS - ALTA DE HANSENÍASE

INSTRUTIVO PARA PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

OBJETIVOS:

1. Quantificar as necessidades apresentadas pelos pacientes após a alta por cura do tratamento com Poliquimioterapia.
2. Quantificar a demanda para os profissionais da equipe responsável por esse atendimento.
3. Apoiar o gerenciamento de recursos humanos e materiais.
4. Apoiar o direcionamento da Linha de Cuidados de Hanseníase.

QUAIS ATENDIMENTOS DEVEM SER REGISTRADOS NAS PLANILHAS?

Todos os atendimentos realizados pelas Unidades de Referência para **pacientes que já foram tratados anteriormente para Hanseníase e que receberam alta por cura, independente do tempo e lugar/local em que isto ocorreu.**

Esses pacientes podem ter sido tratados ou não no município de São Paulo e com alta recente, ou tratados há anos atrás, desde que este atendimento tenha relação com uma necessidade gerada pela Hanseníase.

Em que momento deve ser realizado esse registro?

Por quem?

Durante ou imediatamente após o atendimento, pelo profissional responsável pelo mesmo.

DESCRIÇÃO:

PLANILHA I: Deve ser preenchida por todas as Unidades de Referência que acompanham pacientes de Hanseníase após a alta por cura da PQT. Deve ser mantida em posse dos médicos e enfermeiros da UR.

PLANILHA II: Deve ser preenchida por todas as Unidades de Referência (UR) que acompanham pacientes de Hanseníase após a alta por cura da PQT e que tenham uma **equipe multiprofissional (fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional e/ou enfermeiro) responsável pelas ações de prevenção e reabilitação das incapacidades físicas dos pacientes.**

Deve ser mantida em posse dos profissionais do CER/NIR da UR.

PLANILHA III: Deve ser preenchida por todas as Unidades de Referência que acompanham pacientes de Hanseníase após a alta por cura da PQT e que dispõem dos profissionais: **assistente social e/ou equipe de saúde mental**, vinculados ao acompanhamento dos pacientes.

Deve ser mantida em posse do assistente social e da equipe de saúde mental da UR.

PREENCHIMENTO DAS PLANILHAS:

- Na primeira linha devem ser identificados o mês da abertura da planilha e o Nome da Unidade responsável pelo atendimento (UR).
- Nas colunas devem ser preenchidas as atividades e/ou motivos do comparecimento do paciente para o atendimento. Observar as orientações de preenchimento no rodapé das planilhas.
- Cada paciente atendido deve ser relacionado em uma linha com o dia do atendimento, nome completo do paciente e o registro com
- Após o último dia de cada mês, essas planilhas deverão ser encaminhadas aos respectivos interlocutores de hanseníase das SUVIS, que devem arquivar uma cópia e enviar as originais ao Programa Municipal de Controle de Hanseníase/CCD/COVISA.



PLANILHA I - MONITORAMENTO DE ATENDIMENTO DE CASOS PÓS ALTA DE HANSENÍASE - MÊS/ANO: / UNIDADE:

ORIENTAÇÕES: Assinar com um X na atividade desenvolvida com o paciente.

No item reação, especificar Tipo 1, 2 ou AMBAS

No item ENCAMINHAMENTO ESPEC - Assinar na coluna CLIN ou CIRURG, o nome da especialidade.

No item AVAL INC, se realizada pela enfermagem, especificar resultado: Grau 0, I ou II ou NR (Não Realizada).

No item SOCIAL registrar o Tipo de demanda: INSS, SPTRANS, Cesta Básica, Fundação Paulista, outras.

No item OUTROS GRUPOS assinalar S ou N.



PLANILHA II - MONITORAMENTO DE ATENDIMENTO DE CASOS PÓS ALTA DE HANSENÍASE- MÊS/ANO: / UNIDADE:

ORIENTAÇÕES: Assinalar com um X na atividade desenvolvida com o paciente.

No item AVAL INCAPAC especificar resultado: Grau 0, I ou II ou NR (Não Realizada).

No item imobilização, selecionar o membro (Superior ou Inferior), e registrar (R), se foi realizada na unidade ou (E) se foi encaminhada para outro serviço.

No item PALMILHAS, registrar (R), se foi realizada na unidade ou (E) se foi encaminhada para outro serviço.

No item ORTESES/ PRÓTESES/ OUTRAS especificar o TIPO da órtese/prótese.



PLANILHA III- MONITORAMENTO DE ATENDIMENTO DE CASOS PÓS ALTA DE HANSENÍASE- MÊS/ANO: ____ / ____ UNIDADE: _____

[illegible]

ORIENTAÇÕES: Assinalar com um X na atividade desenvolvida com o paciente



ANEXO IX - CARTÃO DE ATENDIMENTO



Em caso de atendimento de Urgência, favor fornecer resumo clínico para o paciente encaminhado à Unidade de Saúde onde é feito o tratamento ou acompanhamento.

ATENÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE

- Guia de Vigilância Epidemiológica Ministério de Saúde – 2005 – 6º ed. Pág. 377
- Portaria Ministerial nº 3125 de 07/10/2010 – Consultas e Tratamentos
- Protocolo de Atendimento de Hanseníase do Município de São Paulo

Apoio técnico On-line



PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

CARTÃO DE ATENDIMENTO

Nome do Paciente

Nº Cartão SUS

Nº de SINAN

Nome da Unidade de Referência



cartao atendimento_hanseníase_final - curvas.pdf 1 10/12/2013 16:18:55

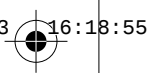


Programa Municipal de Controle de
HANSENÍASE



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

72



Data	Profissional	Nº da dose de P.Q.T.	Pós Alta
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			



HANSENÍASE

Forma clínica: _____

Início do Tratamento: ____ / ____ / ____

Término do Tratamento: ____ / ____ / ____

Episódio Reacional: Tipo 1 () Tipo 2 ()

Medicamento em uso:

Reação tipo 1:

Quadro clínico que se caracteriza por apresentar novas lesões dermatológicas, infiltração, alteração de cor e edema nas lesões antigas, com dor ou espessamento dos nervos (neurites).

Reação tipo 2:

Manifestação mais freqüente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal estar generalizado.





Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DE CASO DE HANSENÍASE

UNIDADE DE SAÚDE		CARTÃO SUS	
NOME DO PACIENTE			
SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO		DATA DE NASCIMENTO	IDADE (anos)
NOME DA MÃE		OCUPAÇÃO	
ENDEREÇO (anotar a lápis)			
DATA DO DIAGNÓSTICO	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO	DATA NOTIFICAÇÃO	ESCOLARIDADE
MODO DE DETECÇÃO DE CASO NOVO		MODO DE ENTRADA	FORMA CLÍNICA INICIAL
☐ ENCAMINHAMENTO	☐ EXAME CONTATOS	☐ TRANSFERÊNCIA	MB ☐ V ☐ D
☐ ESPONTÂNEA	☐ OUTROS MODOS	☐ RECIDIVA	PB ☐ I ☐ T
☐ EXAME DE COLETIVIDADE	☐ SEM INFORMAÇÃO	☐ OUTROS REINGRESSOS	HISTOPATOLOGIA
HISTÓRICO DO TRATAMENTO		BACILOSCOPIA INICIAL	
☐ VIRGEM TRATAMENTO		☐ POSITIVA	
☐ TRATADO ANTERIORMENTE		☐ NEGATIVA	
QUAL O ESQUEMA:		☐ NÃO REALIZADA	
ESQUEMA TRATAMENTO INICIAL		IB:	
☐ PQT/PB/6 DOSES ☐ PQT/MB/12 DOSES		☐ V ☐ I	
☐ OUTROS ESQ. ALTERNATIVOS		☐ D ☐ N.R.	
DATA DA INTERRUPÇÃO: / /		☐ T ☐ OUTRO	
Nº DE DOSES INGERIDAS:		Nº DE LESÕES CUTÂNEAS:	
Nº DE TRONCOS NERVOSOS ACOMETIDOS:		Nº DE TRONCOS NERVOSOS ACOMETIDOS:	
MÃO: / /		MÃO: / /	
PÉ: / /		PÉ: / /	
LEITURA MITSUDA: mm		OLHO: / /	
ULCERADO		ULCERADO	
AVALIAÇÃO INCAPACIDADE INICIAL GRAU (I, II, S, INC., NÃO AVALIADO)			
MÃO: / /			
PÉ: / /			
LEITURA MITSUDA: mm			
ULCERADO			
DADOS ATUALIZAÇÃO DO CASO			
FORMA CLÍNICA ATUAL	TRATAMENTO ATUAL	SAÍDA DO REGISTRO	ALTA CURA
MB ☐ V ☐ D ☐ T	☐ PQT/PB/6 DOSES	☐ ÓBITO	☐ ABANDONO
☐ PQT/MB/12 DOSES	☐ OUTROS ESQ. ALTERNATIVOS	☐ ERRO DIAGNÓSTICO	DATA: / /
DATA DA INTRODUÇÃO: / /	DATA DA INTRODUÇÃO: / /	TRANSFERÊNCIA PARA: Grau (I, II, S, INC., Não Avaliado)	



APRAZAMENTO												
ANO	MÊSES											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1												
2												
3												
4												

Nº	NOME DOS COMUNICANTES INTRADOMICILIARES	IDADE	TEMPO RES. SP	AVALIAÇÃO				CICATRIZ DE BCG	BCG 1ª (mês/ano)
				ANO	ANO	ANO	ANO		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

ORIENTAÇÃO PARA PREENCHIMENTO:		ANO AVALIAÇÃO		ALTA		CICATRIZ MARCAR COM UM X		BCG ANOTAR MÊS E ANO	
		{ NL - NORMAL AD - ADOECIU		NC - NÃO COMPARECEU		EX: sim não			

ANEXO XI - SAE-SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE HANSENÍASE



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

S.A.E. -SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE HANSENÍASE

NOME DA UNIDADE _____ SUBPREFEITURA: _____

I - IDENTIFICAÇÃO	
NOME:	PRONTUÁRIO:
DATA DE NASCIMENTO: / / SEXO: COR: RG:	
ESCOLARIDADE: OCUPAÇÃO PROFISSIONAL: NATURALIDADE:	
ENDEREÇO: FONES:	

II - ANAMNESE	
A) ANTECEDENTES PESSOAIS () DIABETES () CICATRIZ VACINAL BCG ID - _____ () CARDIOPATIAS () INTERNAÇÕES HOSPITALARES - _____ () D.INFECTO CONTAGIOSA - QUAL? _____ () MEDICAÇÕES EM USO? QUAIS? _____ () TABAGISMO - QUANTO TEMPO? _____ () ETILISMO - QUANTO TEMPO? _____ () DROGAS - QUANTO TEMPO? _____ () OUTRAS DOENÇAS OU AGRAVOS _____ () CIRURGIA ANTERIOR - QUAL? _____ () ANT. FAMILIARES: MH () OUTRAS _____ () ALERGIA - QUAL? _____	
B) ASPECTOS SÓCIOS ECONÔMICOS MORADIA: ALVENARIA () MADEIRA () OUTROS () - Nº DE CÔMODOS _____ PRÓPRIA () ALUGEL () OUTROS () ÁGUA TRATADA : SIM () NÃO () - REDE DE ESGOTO : SIM () NÃO () Nº DE PESSOAS QUE VIVEM NA CASA _____ ADULTOS _____ CRIANÇAS (MENORES DE 13 ANOS) RENDA FAMILIAR (APROXIMADAMENTE EM SALÁRIO MÍNIMO): _____	
C) HISTÓRIA PREGRESSA E ATUAL: _____ _____ _____	

III - EXAME FÍSICO E DERMATOLÓGICO:						
T -	A. CABEÇA:		B. PESCOÇO			
P -	OLHOS:					
R -	NARIZ:		C. TORAX			
PA -	ORELHA:					
PESO -	BOCA:		D. ABDOME			
ALTURA -						
E. MEMBROS		SUPERIORES		INFERIORES		Legenda: N = normal D = diminuído A = ausente P = presente E = espessado
		direito	esquerdo	direito	esquerdo	
DOR						
FORÇA						
SENSIBILIDADE						
GARRA						
MANCHAS						
ESPESSAMENTO NEURAL						
PLACAS						
NÓDULOS						
ULCERAÇÕES						
MAL PERFURANTE PLANTAR						

IV. EXAMES COMPLEMENTARES

BACILOSCOPIA	() POSITIVA	() NEGATIVA	DATA DA ÚLTIMA: __/__/__.
--------------	--------------	--------------	---------------------------

DATA DA ÚLTIMA: __/__/__.

BIÓPSIA: _____ DATA DA ÚLTIMA: ____/____/____.

DATA DA ÚLTIMA: __/__/__.

MITSUDA: _____ DATA DA ÚLTIMA: __/__/__.

DATA DA ÚLTIMA: ____/____/____.

HISTAMINA REALIZADA () SIM () NÃO _____ RESULTADO: _____

RESULTADO: _____

BIOQUÍMICA BÁSICA REALIZADO	() SIM	() NÃO
-----------------------------	---------	---------

PROTOPARASITOLÓGICO REALIZADO () SIM () NÃO

URINA TIPO I REALIZADO	() SIM	() NÃO
------------------------	---------	---------

V. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

[illegible]

VI. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

OBS: NA PRESENÇA DE CALOSIDADE PLANTAR, SUGERIMOS O DESBRIDAMENTO MECÂNICO OU QUÍMICO, CONFORME NORMAS DO MANUAL DE PROCEDIMENTOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

VII. EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

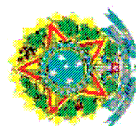
[illegible]

DATA: ____/____/____.

NOME DO ENFERMEIRO

COREN N.º: _____

ANEXO XII - BOLETIM DE ACOMPANHAMENTO DE HANSENÍASE



República Federativa
do Brasil
Ministério da Saúde
SES -

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Boletim de Acompanhamento de
Hanseníase

UF: Município de Notificação:

Unidade:

Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Município residência Atual	Distrito Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último comparec.	CO	AI	ET	N	ER	Data mudança esquema	Cont. Reg.	Cont. Exam.	Tipo saída	Data alta

CO: Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar)

AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado ET: Esquema Terapêutico Atual

NC: Número de Contatos Examinados ND: Número de Doses recebidas

ER: Episódio reacional durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 3 4- Sem reação Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - Outros Esquemas substitutivos

Tipo de Saída: 1 – Cura 2 – Transf p/ mesmo município 3 – Transf p/ outro município 4 – Transf p/outro Estado 5 – Transferência para outro País 6 – Óbito 7 – Abandono 8 – Erro diagnóstico

ANEXO XIII - GRAUS DE INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE E CONDUTAS



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde
Programa Municipal de Controle de Hanseníase

GRAUS DE INCAPACIDADES FÍSICAS EM HANSENÍASE E CONDUTAS

GRAUS 0, 1 E 2	ORIENTAÇÕES GERAIS: - Orientar paciente e familiar sobre a doença - Avaliar e monitorar a função neural periodicamente (anexo) - Realizar orientações e práticas sobre autocuidado Encaminhar para as especialidades quando necessário NEURITES E REAÇÕES: - Na suspeita de neurites e reações encaminhar para médico da referência e especialidades - Orientar diminuição da sobrecarga neural e reavaliar com mais frequência - Na confirmação de neurite imobilizar ou encaminhar. Não realizar exercícios no período reacional
-----------------------	---

GRAU	COMPROMETIMENTO	CONDUTA
GRAU 0	Sem comprometimentos em olhos, mãos e pés Força muscular = grau 5	Avaliar condição da pele, orientar hidratação e lubrificação. Seguir orientações dos quadros acima
GRAU 1	OLHOS: diminuição ou perda da sensibilidade córnea (toque do fio dental)	Orientar sobre auto inspeção, não coçar, não esfregar, usar óculos de proteção diurno e noturno, uso de chapéu ou boné de aba larga.
	MÃOS: Perda da sensibilidade protetora, não sente monofilamento lilás - 2g	Avaliar condição da pele, orientar hidratação e lubrificação 2x dia. Cuidados com objetos perfuro-cortantes, produtos químicos e altas temperaturas. Realizar orientações e adaptações necessárias em todas as atividades para evitar lesões.
	Diminuição da força muscular = grau 4 ou 3	Monitorar função, na ausência da neurite orientar exercícios.
	PÉS: Perda da sensibilidade protetora, não sente monofilamento lilás - 2g	Avaliar condição da pele, orientar hidratação e lubrificação 2 x dia. Inspeção diária do pé e calçado, uso de meias de algodão, orientar sobre riscos e cuidados. Solicitar palmilhas e/ou calçados.
	Diminuição da força muscular grau= 4 ou 3	Monitorar função, na ausência da neurite orientar exercícios.
GRAU 2	OLHOS: Em todas as deficiências visíveis	Orientar inspeção diária, lubrificação, uso de óculos de proteção e de sol, não coçar, não esfregar.
	Catarata, Iridociclite, opacidade corneana, Ectrópio, Entrópio	Encaminhar para médico da UR e oftalmologista.
	Triquíase	Retirada do cílio, inspeção diária e orientação.
	Lagoftalmo (<= 5 mm) Lagoftalmo (> 5 mm)	Venda noturna e exercícios; Cirurgia
	Acuidade visual < 0,1(não conta dedos a 6m)	Encaminhar para oftalmologista e reabilitação.
	MÃOS e PÉS: Deficiências visíveis: atrofia, garras, contraturas, mão caída, pé caído, força muscular grau = 2 ou 1 ou 0.	Inspeção, hidratação e lubrificação diários. Na ausência de neurite: reabilitação, exercícios, adaptações, órteses. Palmilhas e calçados sob medida.
SEM classificação de Grau	NARIZ: Ressecamento	Lavar o nariz 3 a 4 x ao dia, evitar retirar cascas com dedo ou objetos.
	Feridas ou desabamento de septo	Encaminhar para médico da UR e otorrino.
	OLHOS: Teste de Schirmer = < 10mm em 5 minutos	Auto inspeção, piscar com frequência e lubrificação com colírio conforme orientação médica.

ANEXO XIV - PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA COM GRAU II DE INCAPACIDADES



Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Programa Municipal de Controle de Hanseníase/ PMCH Protocolo Complementar dos casos Diagnosticados com Grau II de Incapacidades

- 1-Unidade de saúde: _____ Data: _____
2-Nome do paciente: _____ DN.: _____
SINAN _____ SUS _____
3-Local de Nascimento(Cidade/Estado): _____
Quanto tempo morou? _____
4-Município de residência: _____
Há quanto tempo mora no atual endereço? _____
5-Outros locais de residência(Bairros , Município ou Estados): _____
Quanto tempo morou: _____
6-Procure outros serviços de saúde antes do diagnóstico de Hanseníase? ()sim ()não
Se sim, **especificar** quais os locais que o paciente passou e não obteve suspeição da doença :

Unidade de Saúde	Município:
1	
2	
3	

7-Avaliação Neurológica Simplificada :

- 1ª Avaliação: Data: _____ Especifique a incapacidade encontrada:
OLHOS: grau: 0 () ;1() ;2() Incapacidade encontrada: _____
MÃOS: grau: 0 () ;1() ;2() Incapacidade encontrada: _____
PÉS: grau: 0() ;1() ;2() Incapacidade encontrada: _____
2ª Avaliação(realizar 02 meses depois da 1ª): Data: _____
OLHOS: grau: 0() ;1() ;2() Incapacidade encontrada: _____
MÃOS: grau: 0 () ;1() ;2() Incapacidade encontrada: _____
PÉS: grau: 0() ;1() ;2() Incapacidade encontrada: _____

- 8- O paciente foi encaminhado para reabilitação ? ()sim ()não
Se sim , qual local? _____

9-Nome do profissional responsável: _____

10-Data do envio (após 2ªavaliação): _____

OBS.: se houver alteração do grau, favor informar/atualizar em Boletim de Acompanhamento Mensal



Programa Municipal de Controle de
HANSENÍASE



**CIDADE DE
SÃO PAULO**
SAÚDE

80

ANEXO XV - PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica
de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15**

1 - Unidade de Saúde: _____

2 - Município: _____ 3 - UF: _____

4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____

6 - Nome da Mãe: _____

7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos

9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____

11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____

12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?

☐ Menos de 6 meses ☐ De 6 meses há 1 ano ☐ Mais de 1 ano

13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? ☐ Não ☐ Sim

Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____

15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____

17 - Tipos/características de lesões:

Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Placas eritematosas com bordas elevadas ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Nódulos/pápulas ☐ Infiltração ☐ Outras (especificar): _____

18 - Cicatriz de BCG: ☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ou mais

19 - Existem áreas com rarefação de pelo?

☐ não ☐ sim Onde? _____

20 - Existem nervos acometidos?

☐ não ☐ sim Quantos? _____

21 - Teste de Histamina:

☐ não realizado ☐ realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura do tornozelo			

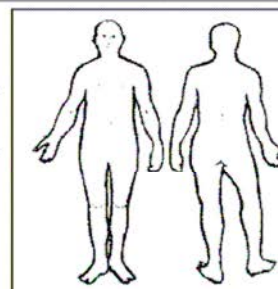
24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? ☐ não ☐ sim

25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: ☐ PB ☐ MB

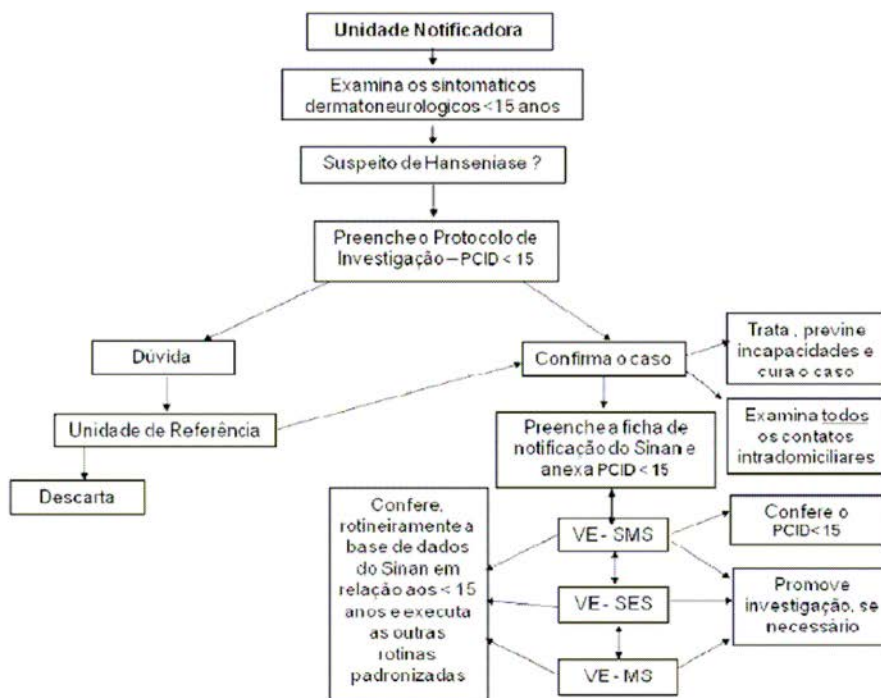
26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____

27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

**Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS**



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS



1 - As Unidades de Saúde dos municípios, diante de um caso suspeito, preenchem o **“Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos” – PCID - <15** e, se confirmado o caso, remetem esse protocolo à Secretaria Municipal de Saúde com a da ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do paciente;

2 - As Secretarias Municipais de Saúde – SMS, mediante a análise do PCID <15, encaminhados pelas Unidades de Saúde, avaliam a necessidade de promover a investigação/validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes, ou referência regional/estadual, para confirmação do diagnóstico;

3 - As Secretarias Estaduais de Saúde - SES, através das Coordenações Estaduais do Programa de Controle de Hanseníase, ao identificarem o caso no sistema de informação, confirmam com as SMS ou Regionais de Saúde correspondentes, o preenchimento do PCID <15, ou solicitam cópia do mesmo, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica.

4 - O Ministério da Saúde, através da Coordenação do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH/SVS, ao identificar o caso no sistema de informação, confirma com as SES o preenchimento do protocolo, ou solicita cópia do mesmo, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.

ANEXO XVI - FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITA DE RECIDIVA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

CGHDE/SVS/MS	Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva	
Regional de Saúde _____	N.º Reg. Sinan: _____	
Mun. Notificação: _____ UF _____	N.º Prontuário: _____	
Unidade de Saúde: _____		
Identificação do Paciente		
Nome: _____		
Idade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____	Sexo: M) Masc F) Fem ☐
Nome da Mãe: _____		
Endereço: _____		
Município de Residência: _____ UF _____		
História Anterior		
1. Exame Dermatoneurológico: 1) Sim, 2) Não		
Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ Infiltrações ☐ N.º De Lesões _____ ☐		
Outros _____		
1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não		
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐		
2. Classificação	3. Baciloscopia	4. Grau Incapacidade
1)PB 2)MB ☐	1)Positiva Ib _____ ☐	0)Zero ☐
1)I, 2)T, 3)D, 4)V, ☐	2)Negativa	1)Um
Data do Diagnóstico ____/____/____	3)Não Realizada/Não informada	2)Dois
		3) Não Avaliado/Não Informado
5. TRATAMENTO		
Data do Início do Tratamento Anterior: ____/____/____		
1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ ☐		
Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não ☐		
Data do Término do Tratamento: ____/____/____		
Observações: _____		
6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:		
1) Sim, 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I / II ☐ NEURITES ☐ N.º DE EPISÓDIOS _____		
Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas): _____		
SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA		
1. Exame Dermatológico 1) Sim 2) Não		
Áreas hipoanestésicas ☐	Infiltrações ☐	
Manchas ☐	Lesão residual ☐	
Placas ☐	Sem lesão cutânea ☐	
Nódulos ☐	N.º de lesões _____	
1.1 Nervos Acometidos		
Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não ☐		
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐		
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I / II ☐		
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas): _____		
3. Grau De Incapacidade:		
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐		

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA	
Tempo de alta por cura _____ (Meses/Anos) Data dos primeiros sintomas ____/____/____	
1. EXAME DERMATOLÓGICO 1) Sim, 2) Não Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ Infiltrações ☐ Outras ☐ No De Lesões _____	
1.1 NERVOS ACOMETIDOS 1) Sim 2) Não ☐ Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐	
2. BACILOSCOPIA 1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada IB _____ ☐	3. GRAU DE INCAPACIDADE 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐
4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não ☐ TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I/II ☐ NEURITES ☐ Condução Medicamentosa (Drogas usadas) _____	
5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não ☐ Aparecimento súbito e inesperado ☐ Acompanhado de febre e mal estar ☐ Aparecimento de várias lesões novas ☐ Ulceração das lesões ☐ Envolvimento de muitos nervos ☐ Boa resposta aos esteroides ☐ Lento e insidioso ☐ Sem febre e mal estar ☐ Poucas lesões novas ☐ Sem ulceração ☐ Nenhum ou algum nervo envolvido ☐ Resposta não pronunciada aos esteroides	
6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: 1) Sim, 2) Não ☐ Estado reacional de hanseníase ☐ Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente) ☐ Recidiva de hanseníase ☐ Recidiva e estado reacional de hanseníase ☐ Suspeita de resistência medicamentosa ☐ Outros _____ (Especificar)	
7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não DATA ____/____/____ ☐ Introduzido medicação anti-reacional ☐ Introduzida PQT/PB ☐ Introduzida PQT/MB ☐ Iniciada investigação para resistência medicamentosa ☐ Retirado material para inoculação ☐ Outros _____ (Especificar)	
8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA 1) I, 2) T 3) D 4) V ☐ 1) PB 2) MB ☐ Data Diagnóstico ____/____/____	

_____, de _____ de _____

NOME (CRM) Médico da Unidade de Saúde

NOME DA UNIDADE DE SAÚDE

NOME (CRM) Médico do Centro de Referência

NOME DO CENTRO DE REFERÊNCIA

NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL

ANEXO XVII - RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTE CRÍTICO MENOR DE 15 E GIF2



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS - CCD
CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - CVE
DIVISÃO TÉCNICA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE HANSENÍASE



PROGRAMA ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE

RELATÓRIO DE INVESTIGAÇÃO DE INCIDENTE CRÍTICO - IIC

IDENTIFICAÇÃO - PACIENTE		
Nome do paciente (sem abreviação):		
Data de nascimento: ____/____/____	Idade: ____ anos	Nº SINAN: ____
Sexo: () Masculino () Feminino		
Nome da Mãe (s/ abreviação):		
Nome do Pai (s/ abreviação):		
Endereço:		
Escola:		
DADOS DO PACIENTE – UNIDADE DE SAÚDE		
Unidade de origem:		
Telefone da unidade ou SMS:		
Profissional Responsável pelo Preenchimento:		
Nº Conselho:		
Data do diagnóstico: ____/____/____		
Forma Clínica: () I () T () D () V		
Classificação Operacional: () PB () MB		
Incapacidade (Grau 0, I ou II) :		
() Olho Direito () Olho Esquerdo		
() Mão Direita () Mão Esquerda		
() Pé Direito () Pé Esquerdo		
Existe outro caso na família:		
Qual foi a primeira manifestação da doença? _____		
Quando notou? _____ Quem notou? _____		
O que foi feito em relação a isso:		
Nada. Por quê? _____		
Procurou um médico particular, quando e por que motivo? _____		
Qual foi o tratamento administrado? _____		
Quanto dinheiro gastou? _____		
Qual foi a resposta ao tratamento? _____		
Por que a criança não foi levada a estabelecimento de saúde público? _____		
Procurou o estabelecimento de saúde público, quando e por que motivo? _____		

FONTE: Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020; Guia para Monitoramento e Avaliação



Em relação à incapacidade:

Quando Notou a Incapacidade? _____

O que foi feito em relação a isso:

Nada. Por quê? _____

Procurou um médico particular, quando e por que motivo? _____

Qual foi o tratamento administrado? _____

Quanto dinheiro gastou? _____

Qual foi a resposta ao tratamento? _____

Por que a criança não foi levada a estabelecimento de saúde público? _____

Procurou o estabelecimento de saúde público, quando e por que motivo? _____

Perguntar ao pai ou mãe:

Em sua opinião, qual é a doença da criança? _____

Em sua opinião, qual é a causa da incapacidade? _____

Como a criança foi identificada?

- () Durante consulta no estabelecimento de saúde
() Pelo profissional de saúde durante consulta de rotina
() Pelo profissional de saúde durante levantamento geral
() Pelo profissional de saúde durante campanha
() Pelo enfermeiro da unidade de abrangência
() Pelo profissional de saúde durante levantamento escolar
() Outros, especifique _____

Em relação à Unidade de saúde:

Acessibilidade de estabelecimento de saúde no lugar da residência da criança:

() Fácil acesso () Difícil acesso

Distância em Km: _____

Disponibilidade de meios de transporte: () Sim () Não

Qual utiliza para chegar a unidade? _____

Disponibilidade diária de serviços de PQT:

() Sim () Não () Dias específicos

Quem é responsável pelo diagnóstico e manejo da hanseníase na Unidade: _____

Capacidade de manejo: _____

FONTE: Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020; Guia para Monitoramento e Avaliação



Situação de treinamento:

Quantos casos de hanseníase foram diagnosticados no último ano: _____

Quantos deles com:

Grau 0 () Grau I () Grau II () Não avaliado ()

Quantos casos de crianças foram diagnosticados no último ano: _____

Quantos deles com incapacidade:

Grau 0 () Grau I () Grau II () Não avaliado ()

Dispõe de registro e relatórios: () Sim () Não

Dispõe de estoque de medicamentos para PQT: () Sim () Não

Dispõe de esteróides: () Sim () Não

Dispõe de material para educação em saúde: () Sim () Não

Dispõe de diretrizes de manejo de pacientes com hanseníase: () Sim () Não

Alguma atividade de informação, educação e comunicação – IEC na área de interesse nos últimos 6 meses: () Sim () Não

Alguma visita de técnicos da SES no último ano: () Sim () Não

Há escola na área: () Sim () Não

Houve algum levantamento escolar no último ano: () Sim () Não

Houve alguma outra atividade de detecção de casos na área: () Sim () Não

Qual é o principal método de detecção de casos de hanseníase na área: _____

Em caso de dúvida, para onde o paciente é encaminhado para manejo? _____

Em relação à comunidade:

Há conscientização sobre hanseníase na comunidade (realizar entrevista de algumas pessoas da área): _____

Onde as pessoas buscam tratamento quando doentes e por que? _____

O que eles pensam sobre os serviços oferecidos na saúde municipal? _____

Problemas identificados, com evidências:

Ações sugeridas:

Nome, cargo e assinatura dos membros da equipe:

FONTE: Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020; Guia para Monitoramento e Avaliação

DATA DA COLETA: __/__/____ DATA DA LIBERAÇÃO __/__/____
IB= _____ IB = _____
EXAMINADOR 1 : _____
EXAMINADOR 2: _____

ANEXO XIX - RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE - RVD

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

PARA A REALIZAÇÃO DA VD:

A SUVIS responsável pela Visita Domiciliar deve verificar se a autorização de VD dada pelo paciente está informada na notificação do SINAN. Em caso negativo deve ser feito contato prévio por telefone com o paciente, solicitando esta autorização e agendar a VD.

Para a realização da VD, a SUVIS deve levar:

- ❖ Cópia da ficha de notificação e investigação do SINAN, com informação sobre o consentimento da VD, data de diagnóstico, data de notificação e nº do SINAN.
- ❖ Um modelo do Relatório de Visita Domiciliar (RVD) com os campos da identificação preenchidos, para seu uso e outro para o funcionário responsável pela visita da Unidade de Residência.

PLANILHA 1:

Identificação de caso índice e Contatos Intradomiciliares:

- ❖ Dados do caso índice, sua residência (R1) e seus contatos intradomiciliares.
- ❖ As datas de diagnóstico, data de notificação e SINAN devem ser preenchidos antes da VD.
- ❖ Unidade de residência é a unidade responsável pela área de residência e conseqüentemente pela realização da VD.
- ❖ Unidade de tratamento é a Unidade de Referência onde o paciente foi notificado e que faz o seu acompanhamento e tratamento.
- ❖ TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VD deve ser preenchido com a informação que consta na ficha de investigação (SINAN), nos casos que não tem essa informação, anotar se a VD foi autorizada por telefone.
- ❖ Registrar data da VD realizada. Se a VD foi feita, mas não se conseguiu entrevistar o paciente ou familiar, datar e justificar.
- ❖ Preencher a relação dos residentes na R1, incluindo o caso índice, com as informações constantes nas colunas: idade, grau de parentesco, local de nascimento, há quanto tempo reside no município de SP, se tem ou já teve hanseníase, devendo ser preenchida a **Planilha 3** para os casos afirmativos.
- ❖ Preencher as informações da avaliação clínica de cada contato **realizada pela Unidade de Referência ou pelo médico da unidade que fez a**

VD e o resultado desta avaliação, se descartado ou suspeito. Os contatos considerados suspeitos no exame realizado nas UBS deverão ser agendados na Unidade de Referência para confirmação ou descarte e relacionados na **Planilha 3**. Registrar a aplicação da BCG **após avaliação clínica** nos contatos assintomáticos (descartados).

No final da planilha informar as justificativas para o preenchimento inadequado ou incompleto.
Informar os responsáveis pela VD da Unidade de Saúde e da SUVIS.

PLANILHA 2:

Identificação de outras residências do município de São Paulo em que morem contatos do caso índice (R2, R3, R4, etc):

- ❖ Preencher uma planilha para cada residência com o endereço da mesma, Unidade de Saúde e SUVIS responsável pela VD. Registrar data da VD realizada.
- ❖ Se a VD foi feita, mas não se conseguiu entrevistar os moradores, datar e justificar.
- ❖ Preencher a relação dos residentes nas outras R, com as informações constantes nas colunas: idade, grau de parentesco, local de nascimento, há quanto tempo reside no município de SP, se tem ou já teve hanseníase, devendo ser preenchida a **Planilha 3** para os casos afirmativos.
- ❖ Preencher as informações da avaliação clínica de cada contato **realizada pela Unidade de Referência ou pelo médico da unidade que fez a** VD e o resultado desta avaliação, se descartado ou suspeito. Os contatos considerados suspeitos no exame realizado nas UBS deverão ser agendados na Unidade de Referência para confirmação ou descarte e relacionados na **Planilha 3**. Registrar a aplicação da BCG **após avaliação clínica** nos contatos assintomáticos (descartados).

Quando houver o encaminhamento para realização de VD de contatos residentes em áreas de responsabilidade de outras SUVIS, estas devem seguir as mesmas orientações e enviar as planilhas preenchidas para a SUVIS de origem.

No final da planilha informar as justificativas para o preenchimento inadequado ou incompleto.
Informar os responsáveis pela VD da Unidade e da SUVIS.

PLANILHA 3:

CONTATOS IDENTIFICADOS COMO SUSPEITOS pela Unidade que realizou a VD:

- ❖ Preencher a relação dos nomes desses contatos, a Unidade de Referência para a qual foram encaminhados e o resultado desta avaliação. Registrar o nº do SINAN dos casos confirmados. O encerramento destas informações compete a SUVIS responsável pela VD.

CONTATOS QUE TEM OU TIVERAM HANSENÍASE (mesmo moradores de outros municípios, mas que foram contatos do paciente):

- ❖ Nesta relação devem estar indicadas as possíveis fontes de infecção.
- ❖ Preencher as colunas com as informações obtidas: local de nascimento e de residência atual, local e data de tratamento, tempo e tipo de convivência com o caso índice.

CONTATOS RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS OU ESTADOS:

- ❖ Relacionar aqui os contatos do paciente relatados na VD e autorizados pelo paciente para serem informados e investigados em seus municípios e locais de residência.
- ❖ Em cada linha é suficiente registrar apenas o nome do responsável pela residência e seu grau de parentesco com o paciente. Importante obter o máximo possível de informações sobre o endereço destes contatos, como nome do local, nº, município, estado, e inclusive telefone ou celular.

PLANILHA 4:**CONCLUSÕES****IDENTIFICAÇÃO DA FONTE DE INFECÇÃO**

- ❖ Identificação e registro da possível fonte de infecção e o grau de parentesco com o caso índice.

CONTATOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

- ❖ IDENTIFICADOS – Total de contatos levantados nas VD.
- ❖ EXAMINADOS – Total de contatos que passaram por avaliação clínica pelo médico da UR ou da UBS responsável pela VD.
- ❖ SUSPEITOS – Total de contatos examinados e que foram considerados suspeitos pelo médico da UR ou da UBS responsável pela VD.
- ❖ CONFIRMADOS – Total de contatos que foram confirmados como doentes após a avaliação pelas Unidades de Referência.

PENDÊNCIAS

- ❖ Registrar as informações pertinentes à investigação dos contatos e as pendências que permaneceram, como endereços, avaliação de alguns contatos, vacinação com BCG, retorno de outras SUVIS, etc.

OBSERVAÇÕES E RELATOS:

- ❖ Para registro de informações consideradas interessantes ou indispensáveis obtidas na VD pelos entrevistadores da UBS ou da SUVIS.

ENCERRAMENTO DO RELATÓRIO

- ❖ Registrar a desistência da resolução das pendências após 3 tentativas sem resultados.
- ❖ Registrar a data do encerramento do relatório e responsável da SUVIS.

ENCAMINHAMENTO DO RELATÓRIO

- O relatório de visita domiciliar deve ser encerrado e encaminhado para o PMCH em até 3 meses da data da realização da VD.
- Enviar os relatórios de VD para o PMCH por e-mail, para proghansen@prefeitura.sp.gov.br.
- Enviar cópia do relatório para a SUVIS de tratamento e Unidade de Referência responsável pelo caso índice.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - Secretaria Municipal de Saúde										
Coordenação de Vigilância em Saúde / CCD- Programa de Controle de Hanseníase										
RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE										Planilha 1
Nº RESIDÊNCIA: R 1		Quantos moradores nesta Residência?								
Caso Índice -		Data do diagnóstico:		Data da Notificação:		Nº SINAN:				
Nome do paciente:										
Endereço:		Bairro:		DA:		Município:		Telefone:		
Unidade de Saúde de residência:				SUVIS de residência:						
Unidade de Saúde de tratamento:				SUVIS de tratamento:						
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VD - SINAN: Para todos os endereços e contatos () Somente em seu domicílio ()										
Autorização por telefone () Não autorizada VD ()										
VD realizada? Sim () Não () Se não realizada, qual o motivo? Data da VD realizada:										
Nome	Idade (em anos)	Grau de Parentesco	Município e Estado de Nascimento	Há quanto tempo mora no MSP? (em anos)	Tem ou já teve hanseníase? Sim/Não. (Se sim, preencher planilha 3)	Avaliação clínica				
						Realizada? Sim/ Não	Nome da Unid Saúde	Descartado	Suspeito (preencher planilha 3)	BCG após avaliação Sim/ Não
Caso índice (paciente)		índice								
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
Preencher uma planilha para cada residência do município de São Paulo onde morem contatos do caso índice										
Contatos que tem ou já tiveram hanseníase devem ser considerados como possíveis fontes de infecção - transportar para Planilha 3										
Contatos considerados suspeitos no exame clínico pelas UBS devem ser encaminhados às Unidades de Referência para confirmação - transportar para Planilha 3										
OBS: Justificar devolução sem o preenchimento adequado:										
NOME DE QUEM REALIZOU A VD da Unidade de Saúde:						da SUVIS:		jun/15		

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE										Planilha 2	
Nº RESIDÊNCIA: R		Nome do caso índice:					Nº SINAN:				
Endereço desta R:		Bairro:		DA:		Município:		Telefone:			
Unidade de Saúde de residência:				SUVIS de residência:							
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO DE VD - SINAN: Para todos os endereços e contatos () Sômente em seu domicílio ()											
Autorização por telefone () Não autorizada VD ()											
VD realizada? Sim () Não () Se não realizada, qual o motivo? Data da VD realizada:											
Nome	Idade (em anos)	Grau de Parentesco	Município e Estado de Nascimento	Há quanto tempo mora no MSP? (em anos)	Tem ou já teve hanseníase? Sim/Não. (Se sim, preencher planilha 3)	Avaliação clínica					
						Realizada? Sim/ Não	Nome da Unid Saúde	Descartado	Suspeito (preencher planilha 3)	BCG após avaliação Sim/ Não	
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
Preencher uma planilha para cada residência do município de São Paulo em que residem os contatos do caso índice											
Contatos que tem ou já tiveram hanseníase devem ser considerados como possíveis fontes de infecção - transportar para Planilha 3											
Contatos considerados suspeitos no exame clínico pelas UBS devem ser encaminhados às Unidades de Referência para confirmação - transportar para Planilha 3											
OBS: Justificar devolução sem o preenchimento adequado:											
NOME DE QUEM REALIZOU A VD da Unidade de Saúde:						da SUVIS:			jun/15		

RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE										Planilha 3	
CONTATOS IDENTIFICADOS COMO SUSPEITOS pela Unidade que realizou a VD											
Nome	Grau de parentesco com o caso índice	Unidade de Referência	Resultado da avaliação na Unid Referência								
			confirmado	Nº do SINAN	Descartado	aguarda resultado					
1.											
2.											
3.											
INVESTIGAÇÃO DA FONTE DE INFECÇÃO											
CONTATOS QUE TEM OU TIVERAM HANSENÍASE (dentro ou fora do município de São Paulo)											
Nome	Grau de Parentesco	Município e Estado de nascimento	Município e Estado de residência atual	Local de tratamento	Ano de tratamento	Quando e quanto tempo de convivência com o caso índice					
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
CONTATOS RESIDENTES EM OUTROS MUNICÍPIOS OU ESTADOS											
Nome do responsável	Grau de Parentesco	Endereço completo (Bairro, Município, Estado, Telefone)				Data de envio para outros Municípios ou Estados pelo CCD					
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
OBS: Justificar devolução sem o preenchimento adequado:											
jun/15											



RELATÓRIO DE VISITA DOMICILIAR DE HANSENÍASE		Planilha 4
CONCLUSÕES		
IDENTIFICAÇÃO DA FONTE DE INFECÇÃO		
Foi detectada a possível fonte de infecção para o caso índice? Sim () Não ()		
Quem são ou foram essas possíveis fontes de infecção? Grau de parentesco:		
Nº DE CONTATOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO		
IDENTIFICADOS: ()	EXAMINADOS: ()	
SUSPEITOS: ()	CONFIRMADOS: ()	
PENDÊNCIAS (Ex: Endereços de outros contatos, contatos suspeitos aguardando avaliação na UR, vacinação, etc):		
OBSERVAÇÕES E RELATOS IMPORTANTES OBTIDOS NA VD:		
Fez no mínimo 3 tentativas para resolução das pendências antes do encerramento? Sim () Não ()		
ENCERRAMENTO DO RELATÓRIO DE VD		
SUVIS:	DATA:	
CCD:	DATA:	jun/15

ANEXO XX - NOTA INFORMATIVA I - ENCAMINHAMENTO PARA INVESTIGAÇÃO DE RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA DA HANSENÍASE E OUTRAS INTERCORRÊNCIAS



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Nota Informativa 01/2020

Encaminhamento de pacientes para recidivas, investigação da resistência medicamentosa da hanseníase e outras intercorrências

Retificação em fevereiro/2020

Às Unidades de Referência de Hanseníase do Município de São Paulo

Para a implantação do Protocolo para a Investigação da Resistência Medicamentosa da Hanseníase, segue o fluxo de encaminhamento dos casos.

Haverá **1 (uma)** vaga por semana no **ambulatório da UNIFESP**, situado à **Rua Botucatu, 821 - 5º andar** (disponível pelo sistema CROSS - terças-feiras às 14h) para os seguintes casos que deverão ser encaminhados **exclusivamente das Unidades de Referência de Hanseníase (UR)** :

- Todos os casos notificados como recidiva (modo de entrada “6” no SINAN);
- Avaliação de suspeita e resistência medicamentosa;
- Falência terapêutica;
- Substituição de alguma das medicações (PQT) por efeitos adversos;
- Caso Novo com resultado de baciloscopia do raspado intradérmico $\geq 2+$.

Solicitamos o preenchimento dos seguintes documentos em **arquivo digital** (na ausência dessas informações a coleta não será realizada):

- Formulário UNIFESP (anexo – Nota informativa 3 – Form_Encaminhamento_UNIFESP);
- Relatório clínico (pode ser utilizada a Ficha de referência-contrarreferência);
- Ficha de notificação do Sinan;
- Ficha de investigação de Suspeita de Recidiva, em arquivo digital.

Cada UR deverá enviar a documentação (Formulário UNIFESP, Relatório Clínico, FIE de notificação e Ficha de investigação de suspeita de recidiva) **ao PMCH através do e-mail:**

proghansen@prefeitura.sp.gov.br. Aguardar resposta do PMCH liberando para o encaminhamento e o agendamento no Sistema CROSS, que deverá ser realizado pela própria UR (Dermatologia- Hanseníase Unifesp – Dr. Marcos C. Floriano)

Somente o agendamento via CROSS não garante a consulta; o envio da documentação ao PMCH é essencial.

www.prefeitura.sp.gov.br/covisa

ANEXO XXI - FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE SENTINELA

FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA INVESTIGAÇÃO DA RESISTÊNCIA
MEDICAMENTOSA DA HANSENÍASE

Número do cartão SUS:

Número do SINAN:

Nome do paciente:

Data de Nascimento:

Nome da mãe:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Telefone:

Forma clínica: () Indeterminado () Tuberculóide () Dimorfo () Virchoviano

Esquema terapêutico realizado: () PQT/PB () PQT/MB () Outros esquemas substitutos

ANEXO XXII - FORMULÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DOS LOCAIS SEM SUSPEIÇÃO DE CASOS NOVOS EM HANSENÍASE



Prefeitura do Município de São Paulo Secretaria Municipal da Saúde Coordenadoria de Vigilância em Saúde

Programa Municipal de Controle de Hanseníase/ PMCH Relação de casos novos em Hanseníase / locais sem obtenção diagnóstica/ MENSAL

Nome do paciente:
SINAN:

Data do Diagnóstico:

Local	Município:
1	
2	
3	

Nome do paciente:
SINAN:

Data do Diagnóstico:

Local	Município:
1	
2	
3	

Nome do paciente:
SINAN:

Data do Diagnóstico:

Local	Município:
1	
2	
3	

Responsável pelo preenchimento:
Unidade de Referência:

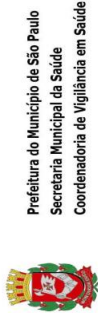
data:
UVIS:



ANEXO XXIII - BUSCA ATIVA MENSAL DE CASOS NOVOS



DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DE HANSENÍASE
PLANILHA DE BUSCA ATIVA MENSAL-
MAPA DE REGISTRO DE BUSCA ATIVA DE HANSENÍASE



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenadoria de Vigilância em Saúde

VOCÊ TEM ALGUMA MANCHA DORMENTE NO CORPO?

NOME DA UNIDADE _____																									PERÍODO ____/____/____ a ____/____/____									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60					
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90					
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120					
121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150					
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180					
181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210					
211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240					
241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270					
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300					
301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330					
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360					
361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390					

RELAÇÃO DOS CASOS SUSPEITOS DE HANSENÍASE

Nº	NOME	Nº CARTÃO SUS	Data da Consulta na UBS	Observação
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

ANEXO XXIV - CRONOGRAMA DE TREINAMENTOS



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde
Divisão de Vigilância Epidemiológica
Programa Municipal de Controle de Hanseníase

Campanha Hanseníase – ANEXO XXIII
Treinamento: "Orientação Técnica para Suspeição e Ações de Controle da Hanseníase"
Cronograma e Relação dos Profissionais participantes

CRS: _____ UVIS: _____ UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

DATA ____ / ____ / ____.
Unid. Saúde: _____
Médico: _____
Enfermeiro: _____

ANEXO XXV - LISTA DE PRESENÇA



DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - DVE / PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE DE HANSENÍASE

UNIAO: _____

DATA: _____ / _____ / _____

[illegible]

Campanha Hanseníase – ANEXO XXV
Relatório de Atividades das Unidades de Saúde

I -TRIAGEM DOS CASOS SUSPEITOS

[illegible]

II - ATIVIDADES EDUCATIVAS DE BUSCA ATIVA PARA A POPULAÇÃO E INSTITUIÇÕES

TIPO ATIVIDADE	Nº pessoas interrogadas
Busca ativa na unidade (com USUÁRIOS)	
Busca ativa em Instituições? Quais?	
Busca ativa em Visitas Domiciliares	
Outras atividades - Quais?	
TOTAL	

III - TREINAMENTOS REALIZADOS PARA PROFISSIONAIS NA PRÓPRIA UNIDADE DE SAÚDE

Número de participantes por categoria					TOTAL
MED.	ENF.	TECN. ENF.	ACS.	OUTROS	

IV - MATERIAL EDUCATIVO

Quantificar o material educativo recebido e quanto foi utilizado nas atividades da Campanha

TIPO DE MATERIAL	RECEBIDO	UTILIZADO	NÃO UTILIZADO
Album seriado			
Banners			
Folhetos para População			
Folhetos para Profissionais			
Outros			

V - COMENTÁRIOS

Pontos positivos:

Pontos negativos:

Sugestões:

PREENCHIDO POR: _____ DATA ____ / ____ / ____

OBS: Este relatório deverá ser preenchido ao término das atividades Campanha e enviado à UVIS

Campanha Hanseníase – ANEXO XXVI
Relatório de Atividades das Unidades de Referência de Hanseníase

I -TRIAGEM DOS CASOS SUSPEITOS

Relacionar nominalmente os casos suspeitos e registrar o nome da unidade de origem. Registrar o resultado da avaliação de cada caso

[illegible]

II - ATIVIDADES EDUCATIVAS DE BUSCA ATIVA:

TIPO ATIVIDADE	Nº pessoas interrogadas
Busca ativa na unidade (com USUÁRIOS)	
Busca ativa em Instituições? Quais?	
Busca ativa em Visitas Domiciliares	
Busca ativa de contatos dos últimos 02 anos	
Outros	
TOTAL	

III - TREINAMENTOS REALIZADOS

A - Capacitação de MULTIPLICADORES das Unidades de Saúde:

Para médicos e enfermeiros responsáveis pela organização das atividades de Campanha e Sensibilização dos funcionários nas UBS e médicos das UBS que serão os responsáveis pela avaliação médica dos sintomáticos identificados nas busca ativa.

Número de participantes por categoria		
MED.	ENF.	TOTAL

B -Sensibilização dos profissionais da própria Unidade de Referência:

Número de participantes por categoria					TOTAL
MED.	ENF.	TECN. ENF.	ACS.	OUTROS	

C - Outras atividades de sensibilização para profissionais realizadas com participação da UR:

MED.	ENF.	TECN. ENF.	ACS	Outros	Total

IV - MATERIAL EDUCATIVO

Quantificar o material educativo recebido e quanto foi utilizado nas atividades da Campanha.

TIPO DE MATERIAL	RECEBIDOS	UTILIZADOS	NÃO UTILIZADOS
Album Seriado			
Banners			
Folhetos para População			
Folhetos para Profissionais			
Outros			

V - COMENTÁRIOS:

Pontos positivos:
Pontos negativos:
Sugestões:

PREENCHIDO POR: _____ DATA ____/____/____.

OBS: Este relatório deverá ser preenchido ao término das atividades de Campanha e enviado à UVIS

Campanha Hanseníase – ANEXO XXVII
Relatório Condensado das Atividades Realizadas

I - ATIVIDADES REALIZADAS PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE
Relacionar as Unidades de Saúde da área da Supervisão Técnica
Não devem ser relacionadas as unidades de referência de hanseníase

[illegible]

* Valor a ser transportado para coluna de casos suspeitos de origem em outros serviços do Item II - A.1

II - ATIVIDADES REALIZADAS PELA(S) UNIDADES DE REFERÊNCIA

A - TRIAGEM DOS CASOS SUSPEITOS

A 1. Nas Unidades

UNIDADE DE REFERÊNCIA	Nº DE CASOS SUSPEITOS			AVALIAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS				NÃO AVAL. **
	da própria Unidade	* de outras UBS	TOTAL	Descartados	Aguard result	Confirmados	Total Aval.	
TOTAL DE CASOS								

* Estes valores devem ser iguais a somatória dos casos suspeitos relacionados pelas Unidades de Saúde e encaminhados para as Unidades de Referência.

A 2. Casos Confirmados por Forma Clínica

NOME DO CASO CONFIRMADO	Nº SINAN	Nº de casos por Forma Clínica				É contato de caso de hanseníase?	
		I	T	D	V	(SIM)	(NÃO)
1-							
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
TOTAL DE CASOS							

B. TREINAMENTOS REALIZADOS

B 1. - Capacitação de MULTIPLICADORES das Unidades de Saúde:

Para médicos e enfermeiros responsáveis pela organização das atividades de Campanha nas UBS, Sensibilização dos funcionários e triagem médica dos sintomáticos identificados nas atividades de busca ativa.

UNIDADE DE REFERÊNCIA e/ou UVIS	Nº de profissionais		
	MED.	ENF.	Total
TOTAL			

B.2 - Sensibilização dos profissionais das próprias Unidades de Referência

UNIDADE DE REFERÊNCIA	Nº de profissionais da própria unidade					
	MED.	ENF.	TECN. ENF.	ACS	Outros	Total
TOTAL						

B.3 - Outras atividades de sensibilização para profissionais realizadas com participação da UR e/ou da UVIS:

Quem realizou	MED.	ENF.	TECN.	ACS	Outros	Total

B.4 Treinamento das Unidades de Saúde da área da Supervisão Técnica

Total de Unidades de Saúde da área:	
Nº Unidades de Saúde treinadas:	
Porcentagem de Unidades treinadas:	

III - ATIVIDADES EDUCATIVAS DE BUSCA ATIVA PARA A POPULAÇÃO

TIPO ATIVIDADE	Nº pessoas interrogadas*
Busca ativa na unidade (com USUÁRIOS)	
Busca ativa em Instituições? Quais?	
Busca ativa em Visitas Domiciliares	
Outras atividades - Quais?	
TOTAL	

* Estes valores devem ser a somatória dos totais do item II (Atividades Educativas) dos relatórios das Unidades de Saúde, das Unid de Referência mais as atividades desenvolvidas pelas próprias UVIS.

IV - MATERIAL EDUCATIVO

Quantificar o material educativo recebido e quanto foi utilizado nas atividades da Campanha em toda região da UVIS.

TIPO DE MATERIAL	RECEBIDOS	UTILIZADOS	NÃO UTILIZADOS
Album Seriado			
Banners			
Cartazes			
Folhetos para População			
Folhetos para Profissionais			
Outros			

V - AVALIAÇÃO DA CAMPANHA e SUGESTÕES:

Reuniões de Planejamento realizadas no período pré-Campanha entre CRS, STS, UVIS e Gerências:
Quantas?
Na Campanha deste ano houve envolvimento de outras Instituições? Se sim, Quais?
ATIVIDADES DE MAIOR IMPACTO:
PONTOS POSITIVOS:
PONTOS NEGATIVOS:
SUGESTÕES:

PREENCHIDO POR: _____ DATA ____/____/____.

OBS: Este relatório deverá ser preenchido a partir das informações dos relatórios das Unidades e entregue ao PMCH .

ANEXO XXIX - FICHA DE ATENDIMENTO DE INVESTIGAÇÃO E SUSPEIÇÃO DE HANSENÍASE



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO DE INVESTIGAÇÃO E SUSPEIÇÃO DE HANSENÍASE

IDENTIFICAÇÃO:

Unidade: _____ Data: ____/____/____

Nome do Paciente: _____

Data de Nasc: ____/____/____ Idade: _____ Local de Nasc: _____

Sexo: () M () F Cor: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

SUS: _____

ANAMNESE- Queixa: _____

Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas? _____

Já fez algum tratamento para a sintomatologia atual? Qual? _____

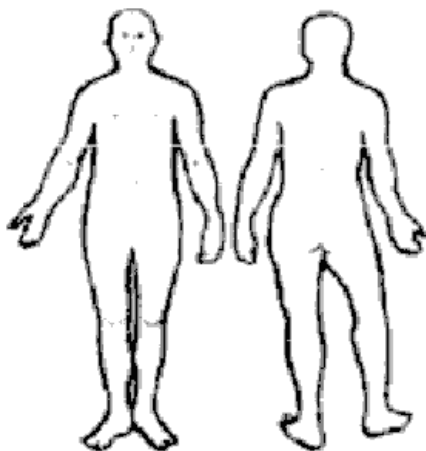
Antecedentes Pessoais: _____

Existe ou existiu doente de hanseníase na família: () Sim () Não

Antecedentes Familiares: _____

EXAME : Avaliar todo o corpo do paciente

Desenhar manchas suspeitas e realizar o teste de sensibilidade dolorosa, térmica e tátil na mancha :



RESULTADO :

Quantidade de manchas suspeitas? _____

Existem alterações de sensibilidade? _____

Presença de nódulos? _____

Há queixas de alterações em membros inferiores ou superiores?
sensibilidade () ; força muscular () ; parestesias () ; dor neural ()

Descartado: ()

Encaminhado : () Unidade de Referência em atendimento da região: _____

Profissional Responsável: _____

EXPEDIENTE

Prefeito da Cidade de São Paulo

Ricardo Nunes

Secretario Municipal da Saúde

Edson Aparecido dos Santos

Chefe de Gabinete

Armando Luis Palmieri

Secretário-adjunto

Luiz Carlos Zamarco

**Secretaria Executiva Atenção Básica,
Especialidades e Vigilância- SEABEVS**

Sandra Maria Sabino Fonseca

Coordenador da Coordenadoria de Vigilância em Saúde (COVISA)

Luiz Artur Vieira Caldeira

Diretora da Divisão de Vigilância Epidemiológica

Maiara Martininghi

ELABORAÇÃO DO PROTOCOLO**Equipe do Programa Municipal de Controle de Hanseníase (PMCH)****Carlos Tadeu Maraston Ferreira**

Coordenador do PMCH e Enfermeiro

Claudia Romero

Enfermeira

Geórgia Fernandes Cabral

Terapeuta Ocupacional

Helena Keico Mekai

Farmacêutica

Livia de Andrade Bessa

Médica dermatologista

