A close-up photograph of two hands, one resting on the other. The skin is wrinkled and shows signs of aging. The background is a soft, out-of-focus green. The text is overlaid in the bottom right corner.

*Protocolo de
Atenção à
Hanseníase
em Curitiba*

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA

Prefeito
CASSIO TANIGUCHI

Secretário
LUCIANO DUCCI

Superintendente
MICHELE CAPUTO NETO

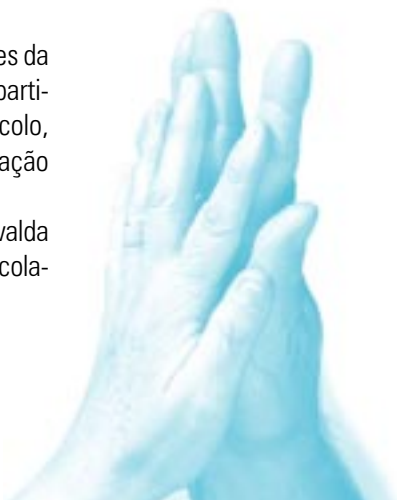
HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.



Agradecimentos

Agradecemos a todos os servidores da Prefeitura Municipal de Curitiba que participaram da elaboração deste protocolo, trabalhando com eficiência e dedicação para sua concretização.

Especial agradecimento à Dra Ewalda Von R. Stahlke pela sua prestimosa colaboração.



ERRATA DO PROTOCOLO DE ATENÇÃO À HANSENIASE EM CURITIBA

Pg. 29

Item 3.1 Classificação Clínica:

A partir de nova recomendação do Ministério da Saúde (ofício anexo), **não considerar** a avaliação dos nervos comprometidos no **item b do Protocolo**, como critério de classificação clínica. Conforme a nova orientação do Ministério da Saúde a classificação clínica deve somente considerar o nº de lesões de pele.

Pg. 35

Item 4.2.1 Forma Paucibacilar

Seguimento após a alta do tratamento

Acrescentar:

.Acompanhar as incapacidades conforme necessidades, com agendamento para avaliação e orientação nas referências distritais.

Pg. 36

Item 4.2.2 Forma Multibacilar

Seguimento após a alta do tratamento

Acrescentar:

.Acompanhar as incapacidades conforme necessidades, com agendamento para avaliação e orientação nas referências distritais.

Pg. 40

Item 4.4.3 Na impossibilidade absoluta de utilizar rifampicina e dapsona

Em:

Ofloxacina 400 mg diários auto administrado ou

Minociclina 100 mg diários auto administrado ou

Clofazimina 50 mg diários auto administrado

Ler:

Ofloxacina 400 mg diários auto administrado e

Minociclina 100 mg diários auto administrado e

Clofazimina 50 mg diários auto administrado

Pg. 51

Item 7.2 Vigilância dos contatos

Em: Vacinação BCG, 2 doses de 0,5ml

Ler: Vacinação BCG, 2 doses de 0,1ml

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

“HANSENÍASE”

*Uma identidade perversa.**

Trecho retirado de trabalho apresentado no Congresso Internacional de Hanseníase - Florida EUA

Nós, pessoas humanas, somos, ao mesmo tempo, um ser físico, um ser social, um ser psicológico, um ser cultural. Cada uma dessas dimensões, é complementar da outra, e a “vida” de cada uma é “alimentada” pelas demais. O que atinge uma, afeta a todos.

Podemos perder um dedo, um braço, uma mão, um pé, de várias formas: acidentes, guerras, brigas corporais, doenças, etc. Curioso é que essas causas de danos físicos podem ser mais ou menos danosas às outras “partes”. Perder um dedo da mão numa guerra, por exemplo, pode trazer orgulho; mas se for por causa da hanseníase, marginalização. Apertar a mão que perdeu o dedo numa guerra é uma coisa, apertar a mão que perdeu um dedo por causa de uma doença contagiosa é outra. A mão de um “guerreiro” é diferente da mão de uma “pessoa com hanseníase” (*) mesmo que o trauma físico seja igual.

Ora, nós, como já enfatizam, somos infinitamente mais valiosos do que qualquer obra de arte; e muito mais complexos, como também já falamos. Por isso, achamos que, qualquer programa de combate à hanseníase que seja implantado que não busque a cura do doente como um todo, será apenas uma “dedetização”. O combate à hanseníase tem que ser acompanhado pela cura do doente, pela restauração completa da obra.

Assim sendo, contrair hanseníase, por exemplo, não é apenas, mesmo que afirmemos o contrário, contrair uma doença que agride os nervos periféricos; mas, “contraímos” também uma nova identidade que, não raro, é muito pior do que a doença em si até porque, identidade não tem cura .

A HANSENÍASE TEM CURA!!!! Esta é uma das mais importantes e espetaculares manchetes do século XX. É uma pena que tão poucas pessoas saibam disso.

Inclusive a grande maioria dos doentes, porque nem sabem que estão doentes.

Eu sei que é muito difícil eliminar a hanseníase. Mas temos que sonhar (só os seres humanos sonham!). Até porque, se fosse fácil, outros já teriam conseguido. Temos, porém, que sonhar, que acreditar, porque tudo que existe de concreto feito pela humanidade, nasceu do sonho de alguém e, com certeza, esse sonho já foi sonhado por milhões de pessoas.

Nós, da nossa geração, temos o dever de realizar esse sonho, porque temos a felicidade de contarmos com os meios necessários. Se a gente não fizer isso, tenho a impressão que seremos culpados diante da história. Nós não podemos deixar para gerações futuras, essa herança tão vergonhosa e tão cruel.

A hanseníase tem cura, mas os medicamentos não curam sozinhos. Se não adicionarmos a cada comprimido uma dosezinha da nossa vontade, do nosso compromisso, do nosso amor, eles são inócuos ou até venenosos. Aliás, o amor ainda continua sendo o melhor remédio para todos os males do mundo, desde que seja traduzido em trabalho, em humildade, em ética, em compromisso, em justiça. A hanseníase também se cura com amor. Com muito, muito amor.

Francisco Augusto Vieira Nunes (Bacurau)

Rio Branco, Acre, 30 de abril de 1993.

HANSENÍASE
A CURA
É RÁPIDA
NÃO PODEMOS
DESCOBRIR
CEDO.

* A equipe responsável pela formatação deste protocolo substituiu termo indicativo da doença, utilizado pelo autor, pelo termo hanseníase, respeitando portaria ministerial com orientações neste sentido.

Índice

ÍNDICE

Introdução.....	9
<i>Seção I -Organização do Sistema Integrado de Atenção à Hanseníase</i>	11
1. Operacionalização	15
1.1. Compete à US Básica	15
1.2. Compete à Referência Distrital	16
1.3. Compete à Referência Metropolitana	16
1.4. Compete ao Laboratório Municipal	17
2. Fluxograma	18
<i>Seção II - Protocolo Técnico para Atenção à Hanseníase</i>	19
1. A Doença	21
1.1. Patogenia	21
2. Diagnóstico	23
2.1. Definição de Caso Suspeito	23
2.2. Anamnese e História Epidemiológica	23
2.3. Exame Clínico	24
2.4. Definição de Caso	28
3. Classificação	29
3.1. Classificação Clínica	29
3.2. Classificação Baseada na Baciloscopia	29
3.3. Diagrama para Diagnóstico e Classificação	31
4. Tratamento	33
4.1. Poliquimioterapia	33
4.2. Duração e Esquema de Tratamento	33
4.3. Reações Adversas à Poliquimioterapia	36
4.4. Esquemas Alternativos	38
4.5. Tratamento em Situações Especiais	41
4.6. Dispensação dos Medicamentos	41
5. Avaliação e Prevenção das Incapacidades Físicas	44
5.1. Avaliação das Incapacidades Físicas	44
5.2. Prevenção das Incapacidades Físicas	45
5.3. Conduta nos Casos de incapacidade Física Instalada	46
6. Manejo das Complicações	47
6.1. Reações Hansênicas	47
6.2. Recidiva	49
6.3. Quadro Comparativo para Auxiliar no Diagnóstico Diferencial entre Reação Reversa e Recidiva	49
7. Vigilância Epidemiológica	51
7.1. Notificação do Caso	51
7.2. Vigilância dos Contatos	51
8. Educação em Saúde	53
9. Bibliografia Consultada	55

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

Introdução

Em reunião promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Abidjan na Costa do Marfim, em 1999, o Brasil assumiu novo compromisso de eliminar a hanseníase até o final do ano de 2005, o que significa reduzir o coeficiente de prevalência da hanseníase para menos de um doente a cada 10 mil habitantes. O alcance desta meta demandará a superação de grandes obstáculos.

A hanseníase continua sendo um importante problema de saúde pública no Brasil, registrando-se, a cada ano, em torno de 40 mil casos novos, com taxa de prevalência de 4,9 por 10 mil habitantes, em 1998. Apesar das maiores prevalências ocorrerem na região norte do país, em Curitiba, no ano 2000, o coeficiente de prevalência da hanseníase foi de 1,8 por 10 mil habitantes, ainda acima da meta preconizada pelo Ministério da Saúde e OMS.

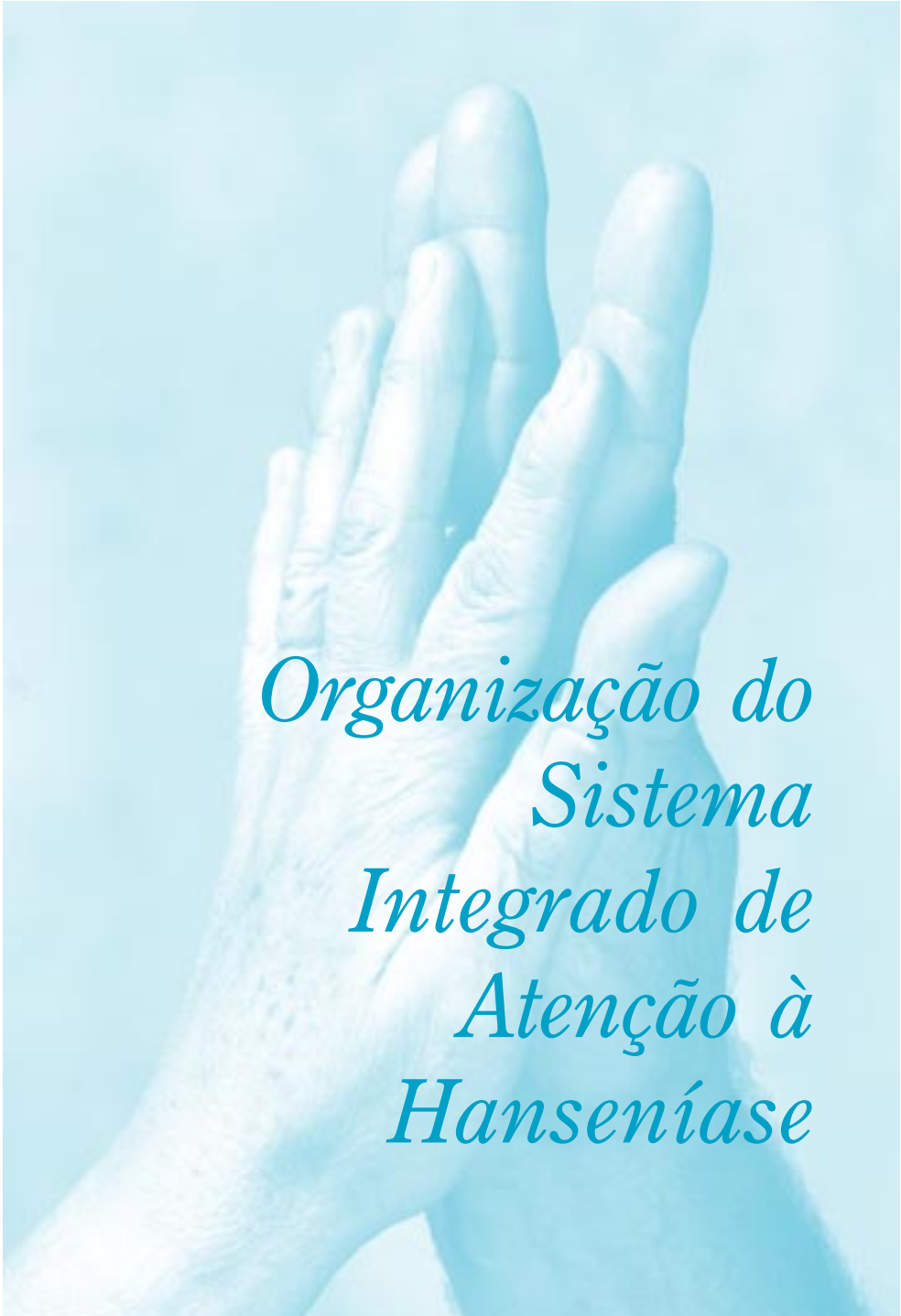
Os avanços no tratamento, com a garantia de cura, através do tratamento ambulatorial com poliquimioterapia, orientam o acesso ao diagnóstico precoce e tratamento desta patologia, disponibilizados cada vez mais próximos à residência do paciente, como estratégia fundamental para o controle da hanseníase.

Esforços contínuos devem, também, ser feitos no sentido de superação dos preconceitos, reforçando a integração do paciente na sua comunidade.

Assumindo o compromisso de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no município, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba está implantando este protocolo que, além de subsidiar tecnicamente os profissionais no atendimento à hanseníase, define a organização da atenção nos diversos níveis de atuação, orientando a construção de um sistema de saúde integrado.

Luciano Ducci
Secretário Municipal de Saúde

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.



*Organização do
Sistema
Integrado de
Atenção à
Hanseníase*

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

Organização do Sistema Integrado de Atenção à Hanseníase

A hanseníase é um problema de saúde pública e seu controle depende da participação de todas as instâncias do sistema municipal de saúde.

A porta de entrada são as unidades de saúde. A existência de uma ampla rede de unidades distribuídas por toda a cidade caracteriza a unidade básica de saúde como espaço privilegiado para a sensibilização da comunidade sobre a doença e especialmente para a suspeita diagnóstica inicial.

A proximidade da residência dos usuários, facilitando o acesso e a adesão do paciente e permitindo a monitorização contínua do tratamento e a vigilância dos contatos, reforça o papel primordial das unidades básicas nas ações de controle da hanseníase. A adoção da metodologia de gestão de caso, com a definição de um profissional da equipe de enfermagem ou de um agente comunitário de saúde para acompanhamento periódico do paciente, visa a garantir a adesão e manutenção do tratamento e a pronta orientação para dificuldades que possam ocorrer até o momento da alta.

A execução dos exames complementares (baciloscopia), no Laboratório Municipal de Curitiba, respalda o atendimento da rede municipal.

A necessidade de fácil acesso a referências para apoio às unidades básicas, auxiliando nas dúvidas quanto ao diagnóstico e tratamento, e no trabalho de prevenção de incapacidades, orientou a definição e capacitação de referências distritais.

Complementa a formação de um sistema integrado de atenção à hanseníase, a reorganização do fluxo de encaminhamento, nos casos de maior complexidade, para referência metropolitana especializada. A definição de fluxo de referência e de contra-referência, entre as unidades básicas e as unidades de referência, tem por objetivo a otimização dos recursos conforme o potencial de cada serviço, no sentido de oferecer atenção no tempo, no lugar e com a qualidade certos.

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

1. OPERACIONALIZAÇÃO

A definição das competências nos diversos pontos de atenção orienta o papel de cada serviço no funcionamento do sistema integrado:

1.1 COMPETE À US BÁSICA:

- Alertar a comunidade para a suspeita de hanseníase, informando eficácia do tratamento, importância do diagnóstico e tratamento precoce e trabalhando no sentido de superar preconceitos.
- Investigar, em todos os usuários atendidos na US, a presença de lesões suspeitas de hanseníase, encaminhando para consulta médica.
- Realizar, a partir da consulta médica, diagnóstico clínico de hanseníase, solicitando baciloscopia para orientar a classificação da forma de apresentação.
- Classificar quanto à forma de apresentação e prescrever o tratamento conforme protocolo, solicitando os medicamentos ao farmacêutico do Distrito Sanitário.
- Avaliar grau de incapacidade física e orientar sua prevenção, agendando atendimento com a equipe de enfermagem da referência distrital para orientação inicial especializada.
- Notificar o caso, preenchendo ficha de investigação específica.
- Agendar retorno mensal para acompanhamento e administração de medicação supervisionada.
- Definir um profissional da equipe de saúde (enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde) para acompanhamento do caso (gestor de caso), garantindo contato quinzenal, através de telefone ou visita domiciliar, alternado com o comparecimento na US, visando acompanhar o tratamento,

evitando o abandono, identificando dificuldades e encaminhando sua resolução e auxiliando na vigilância dos contatos.

- Preencher a cada avaliação planilha/ficha de acompanhamento dos casos.
 - Avaliar evolução clínica e das incapacidades físicas no 6º e 12º mês, conforme protocolo.
 - Encaminhar para referência distrital, com ficha de referência/ contra-referência, todos os casos suspeitos ou confirmados quando, após a consulta médica, persistirem dúvidas no diagnóstico, tratamento ou manuseio de complicações (fazer contato telefônico prévio).
- Identificar e avaliar contatos domiciliares, conforme protocolo.

1.2 *COMPETE À REFERÊNCIA DISTRITAL*

- Realizar orientação para prevenção de incapacidades físicas para todos os pacientes encaminhados pelas US e pelo médico da referência.
- Atender usuários encaminhados das US básicas, preenchendo ficha de referência/contra-referência.
- Acompanhar tratamento nos casos necessários.
- Dar suporte, via telefone, aos profissionais das US Básicas, em dúvidas no diagnóstico, tratamento e acompanhamento.
- Encaminhar para referência municipal (CRE Metropolitano), via central de marcação de consultas especializadas, com ficha de referência/contra-referência, casos de maior complexidade, incluindo recidivas.

1.3 *COMPETE À REFERÊNCIA METROPOLITANA*

Atender usuários encaminhados pelas referências distritais

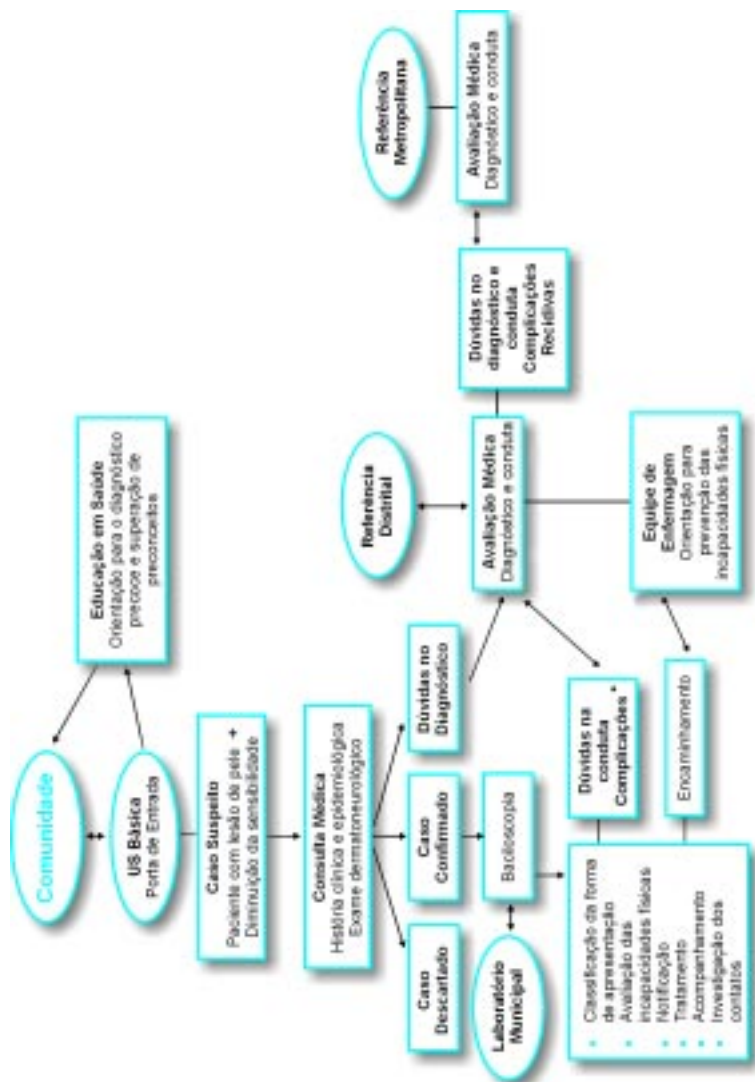
- preenchendo ficha de referência/contra-referência.
- Acompanhar tratamento nos casos necessários.
 - Dar suporte, via telefone, aos profissionais das referências distritais, em dúvidas no diagnóstico, tratamento e acompanhamento.
 - Encaminhar para as US Básicas, conforme proximidade de endereço de residência, pacientes do município que procuraram diretamente a referência metropolitana, preenchendo ficha de referência/contra-referência.

1.4 COMPETE AO LABORATÓRIO MUNICIPAL

- Coletar e realizar baciloscopia de todos os pacientes encaminhados pela rede municipal de saúde.



2. FLUXOGRAMA



* Contato telefônico prévio com a referência



*Protocolo Técnico
para Atenção à
Hanseníase*

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

Protocolo Técnico para Atenção à Hanseníase

1. A DOENÇA

A Hanseníase é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente em forma de bastonete. A doença pode afetar a pele, os nervos periféricos, a mucosa do trato respiratório superior, os olhos e outras estruturas.

Pode atingir pessoas de ambos os sexos e de qualquer idade.

Tem um período de incubação muito longo, em média 5 anos, podendo ir de meses a mais de 10 anos.

A transmissão é direta de pessoa a pessoa, através das vias aéreas superiores, no convívio íntimo e prolongado da pessoa sadia com o doente, da forma multibacilar, não tratado.

1.1 PATOGENIA

Em áreas endêmicas, a infectividade bacilar é alta, mas a sua patogenicidade é baixa.

A penetração do bacilo ocorre através das mucosas do trato aéreo superior ou pele com solução de continuidade. Há estímulo de um gânglio sentinela com rápida bacteremia indo o bacilo alojar-se nos nervos, na mucosa, na pele e eventualmente órgãos internos.

A resposta imunitária do hospedeiro varia conforme contato prévio.

Se a pessoa possui imunidade competente (90 a 95% da população) poderá ou não desenvolver doença. Esta pessoa apresenta a intradermorreação de Mitsuda positiva e se desenvolver doença terá a forma **Paucibacilar** (Indeterminada ou Tuberculóide).

Se a pessoa não possui imunidade competente (5 a 10% da população) poderá ou não desenvolver doença. Esta pessoa possui a intradermoreação de Mitsuda negativa e se desenvolver doença terá a forma **Multibacilar**(Dimorfa ou Virchowiana).

O bacilo de Hansen é neurotrópico e atinge o sistema nervoso periférico; a evolução das lesões nervosas é esquematizada no quadro a seguir:

QUADRO DE LESÕES DOS NERVOS PERIFÉRICOS

Fibras Sensoriais	Fibras Autônomas	Fibras Motoras	
AÇÕES DO BACILO E DOS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS			Evitar ou prevenir danos neurais
• Diminuição ou perda da sensibilidade	• Diminuição ou perda de sudorese e lubrificação da pele	• Diminuição ou perda a força muscular	
DORMÊNCIA	PELE SECA	FRAQUEZA	
CONSEQÜÊNCIAS DA LESÃO NEURAL			Evitar ou prevenir complicações
• Queimaduras • Ferimentos • Úlceras	• Fissuras	• Desequilíbrio muscular (Garra, Pé Caído, Lagoftalmo) • Aumento de pressão em áreas específicas nas atividades diárias • Contraturas e articulações rígidas	
INFECÇÃO	INFECÇÃO	LESÕES/INFECÇÕES	
Destruição de Estruturas (Pele, Tendão, Ligamento, Osso, Músculo)			
DEFORMIDADES			

2. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e deve se feito a partir do caso suspeito.

2.1 DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO

Pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas:

- Lesão de pele hipopigmentada, avermelhada ou ferruginosa com perda de sensibilidade bem definida (diminuição da sensibilidade ou anestesia).
- Infiltração difusa, placas, manchas, tubérculos, nódulos (normalmente sem sintomas).
- Lesão de nervos periféricos demonstradas por perda de sensibilidade e força nos músculos das mãos, pés ou face.
- Queda de pêlos, localizada ou difusa, especialmente sobrancheiras e cílios.
- Anidrose (falta de suor no local), pele seca.

* Obs. Excluem-se desta definição os indivíduos que realizaram tratamento completo para hanseníase, visto que os sintomas podem persistir após a cura, não indicando atividade da doença.

Todos os casos suspeitos devem ser encaminhados para consulta médica.

2.2 ANAMNESE E HISTÓRIA EPIDEMIOLÓGICA

Pesquisar informações sobre:

- Início e evolução das lesões. As lesões da pele se desenvol-

vem, em geral, de forma muito lenta, durante vários meses, e sem causar nenhuma queixa.

História de hanseníase na família, convivência com doentes.

- Tratamento eventualmente recebido no passado, no sentido de decidir se há necessidade de novo tratamento.
- História de doenças pregressas. Auxilia em relação a possíveis contra-indicações para poliquimioterapia, para a necessidade de tratamento de doenças associadas ou para a necessidade de encaminhamento do paciente para referência.

2.3 EXAME CLÍNICO

(Exame dermatoneurológico)

- Preferentemente, o exame deve ser feito à luz natural. Toda a superfície do corpo deve ser examinada tomando-se cuidado com a privacidade do paciente. A localização das lesões de pele deve ser anotada num mapa corporal simples (constante na ficha de notificação epidemiológica).
- Uma ou mais lesões de pele devem ser examinadas quanto às perdas de sensibilidade (conforme teste de sensibilidade). Os principais troncos nervosos devem ser palpados, verificando se estão espessados ou dolorosos. (consultar figura dos principais troncos nervosos atingidos).

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

TESTE SIMPLES DE SENSIBILIDADE

O paciente deve estar com os olhos fechados ou colocar um anteparo na frente.

A perda da sensibilidade é gradativa por isso deve-se testar na seguinte seqüência:

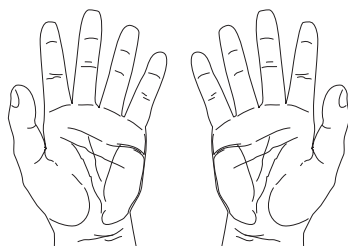
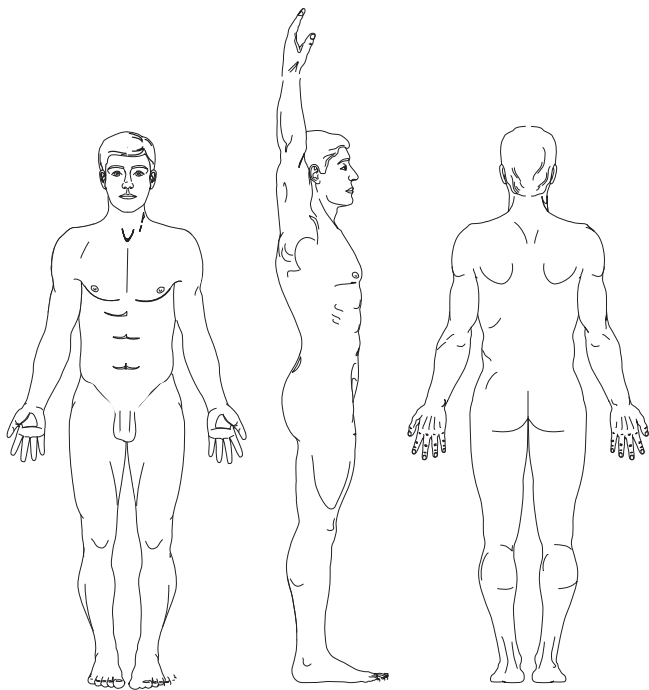
1º- Sensibilidade térmica: tocar a lesão e a pele sadia com um tubo contendo água levemente aquecida e outro com água fria.

2º- Sensibilidade dolorosa: tocar o centro da lesão de pele com um alfinete aplicando uma leve pressão e perguntar ao paciente se sente dor.

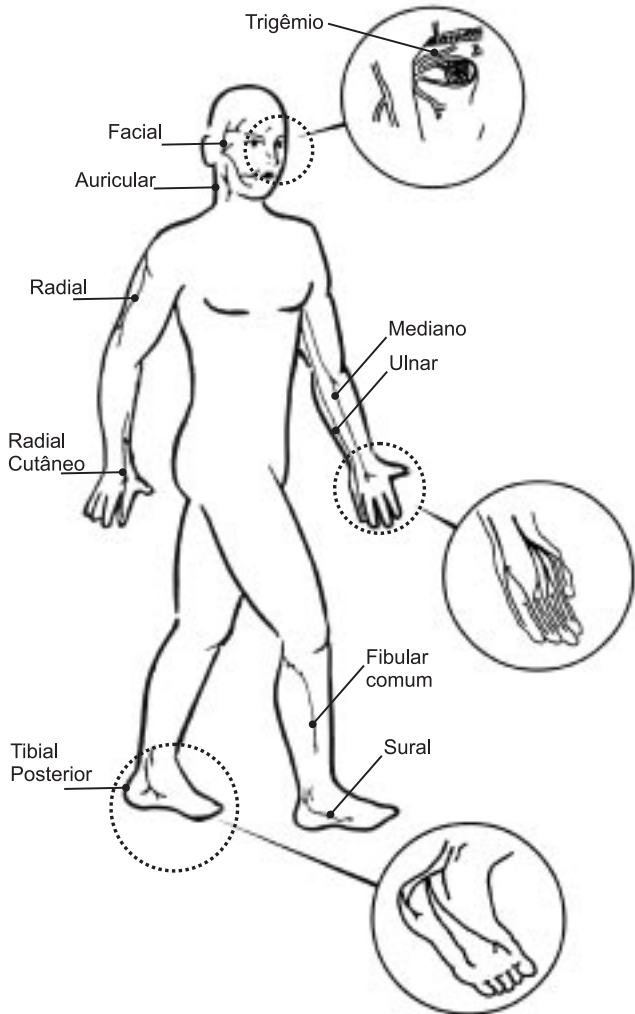
Testar a mesma área e também áreas de pele normal tanto com a ponta como com a cabeça do alfinete, de modo que se possa comparar.

3º- Sensibilidade tátil: tocar a lesão e áreas de pele normal com um algodão e questionar a sensibilidade, é a ultima sensibilidade a ser perdida.

MAPA CORPORAL PARA IDENTIFICAÇÃO DAS LESÕES DE PELE



ESQUEMA DOS PRINCIPAIS TRONCOS NERVOSOS



2.4 DEFINIÇÃO DE CASO

Através da anamnese, da história epidemiológica e do exame dermatoneurológico pode-se estabelecer o diagnóstico de hanseníase.

Conforme definição do Ministério da Saúde, um caso de hanseníase é uma pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características:

- Lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade
- Acometimento de nervo (s) com espessamento neural
- Baciloscopia positiva*

*A baciloscopia deve ser utilizada como exame complementar para a classificação dos casos.

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRE
CEDO.

3. CLASSIFICAÇÃO

A Hanseníase pode ser classificada tomando-se como base as manifestações clínicas e o resultado da baciloscopia.

A histopatologia pode ser útil na complementação diagnóstica em alguns casos, sendo solicitada, quando necessário, pela referência metropolitana.

3.1 CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA:

a) Baseada no n.º de lesões de pele:

- Até 5 lesões de pele classificar como **Paucibacilar (PB)**
- Mais de 5 lesões de pele classificar como **Multibacilar (MB)**

b) Baseada em nervos comprometidos:

- Apenas um tronco nervoso afetado classificar como **Paucibacilar (PB)**
- Vários troncos nervosos afetados classificar como **Multibacilar (MB)**

3.2 CLASSIFICAÇÃO BASEADA NA BACILOSCOPIA:

Todos os pacientes com diagnóstico clínico de hanseníase devem ser encaminhados ao **Laboratório Municipal** para realização de baciloscopia.

O exame consiste na retirada de linfa nos seguintes sítios de coleta:

- esfregação dos dois lóbulos auriculares (LOD, LOE) e esfregação de cotovelo (dois lados)
- esfregação de uma lesão ativa ou área com alteração de sensibilidade;

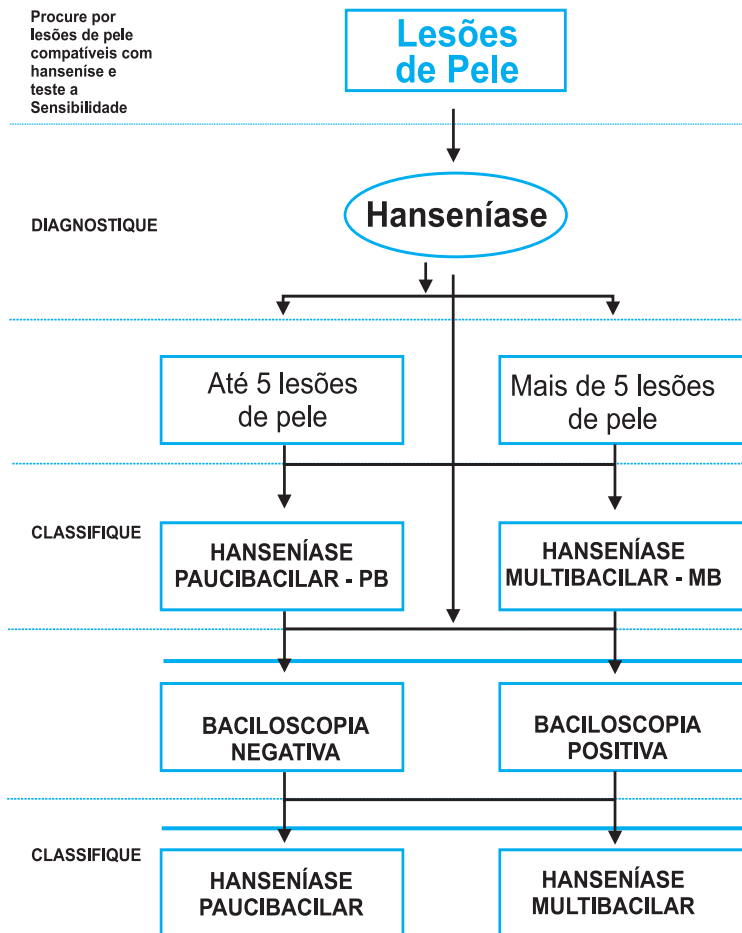
O resultado da baciloscopia é dado em índice **baciloscópico (IB)**, podendo variar de 0 à 6 cruces.

Utilizando-se a baciloscopia, classifica-se os casos em:

- pacientes que apresentam baciloscopia negativa (**IB=0**) em todos os locais de coleta são classificados como **Paucibacilares (PB)**;
- pacientes que apresentam baciloscopia positiva (**IB=1 a 6**) em qualquer local de coleta são classificadas como **Multibacilares (MB)**

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRE
CEDO.

3.3 DIAGRAMA PARA DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE



HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

4. TRATAMENTO

4.1 POLIQUIMIOTERAPIA: PQT

Deve ser indicada desde que não haja contra-indicação formal.

Vantagens:

- Altamente eficiente na cura da doença.
- Reduz o período de tratamento
- Boa aceitação.
- Fácil aplicação
- Previne o desenvolvimento de resistência medicamentosa.
- Interrompe a cadeia de transmissão da doença.
- Reduz risco de recidiva
- Previne aparecimento de deformidades.

Contra-indicação formal (encaminhar para referência):

- Hepatopatia grave
- Alcoolismo crônico com lesão hepática
- Distúrbios hematológicos severos
- Nefropatia, principalmente de caráter auto-imune
- Doença mental prévia

4.2 DURAÇÃO E ESQUEMA DE TRATAMENTO RECOMENDADO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

4.2.1 FORMA PAUCIBACILAR (PB)

Duração: de 6 meses

Medicamentos:

		Rifampicina	Dapsona
Adulto	Dose mensal supervisionada	600mg (2 caps.300mg)	100mg (1comp.100mg)
	Dose diária Auto administrada		100mg(1comp.)
0-5 anos	Dose mensal supervisionada	150-300mg	
	Dose diária Auto administrada		25mg
6-14 anos	Dose mensal supervisionada	300-450mg	
	Dose diária Auto administrada		50-100mg

Seguimento dos casos:

- Comparecimento mensal para a medicação supervisionada num total de 6 doses em até 9 meses;
- Contato quinzenal, por telefone ou visita domiciliar, alternado com o comparecimento na US, para acompanhamento do caso;
- Preencher, a cada avaliação, ficha/planilha de controle do paciente com hanseníase;
- Revisão dermatoneurológica na 6ª dose;
- Avaliação do grau de incapacidade na alta do tratamento.

Critérios de alta por cura:

Receberão alta por cura, os pacientes que completaram as 6 doses de PQT supervisionada, em até 9 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.

Seguimento após a alta do tratamento

- Os doentes com alta por cura sairão do registro ativo (sistema de notificação de vigilância epidemiológica) devendo retornar anualmente, por 3 anos, quando serão liberados com orientação para retornar para sua unidade, caso desenvolvam sinais e sintomas sugestivos de atividade da doença.

4.2.2 FORMA MULTIBACILAR (MB)

Duração: de 12 meses

Medicamentos:

		Rifampicina	Clofazimina	Dapsona
Adulto	Dose mensal supervisionada	600mg (2caps.300mg)	300mg (3caps.100mg)	100mg (1caps.100mg)
	Dose diária Auto administrada		50mg (1 caps.5 0mg)	100mg (1caps.100mg)
0-5anos	Dose mensal supervisionada	150-300mg	100mg	25mg
	Dose semanal Auto administrada		50mg 2x semana	
	Dose diária			25mg
6-14 anos	Dose mensal supervisionada	300-450mg	150-200mg	50-100mg
	Dose semanal		50mg 3x semana	
	Dose diária			50-100mg

Seguimento dos casos:

- Comparecimento mensal para a medicação supervisionada num total de 12 doses em até 18 meses;
- Contato quinzenal, por telefone ou visita domiciliar, alternado

- com o comparecimento na US , para acompanhamento do caso;
- Preencher, a cada avaliação, ficha/planilha de controle do paciente com hanseníase;
- Revisão dermatoneurológica na 6ª dose e 12ª doses;
- Avaliação do grau de incapacidade na alta do tratamento.

Crítérios de alta por cura

- Receberão alta , por cura, os pacientes que completaram as 12 doses de PQT supervisionada, em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas
- Casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões ou extensas áreas de infiltração cutâneas, terão risco maior de desenvolver reações e dano neural após completarem 12 doses. Estes casos poderão apresentar regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria destes doentes continuará a melhorar após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, que alguns destes casos, não demonstrem qualquer melhora e devido a isso necessitarão de 12 doses adicionais de PQT-MB. Nestes casos encaminhar para avaliação e orientação na referência distrital.

Seguimento após a alta do tratamento

- Os doentes com alta por cura sairão do registro ativo (sistema de notificação de vigilância epidemiológica) devendo retornar anualmente, por 3 anos, para acompanhamento.
- Após este período serão liberados com orientação para retornar à unidade de saúde, na presença de sinais e sintomas sugestivos da doença.

4.3 REAÇÕES ADVERSAS À PQT

No quadro a seguir estão esquematizados as drogas usadas no tratamento da hanseníase e seus efeitos colaterais

PRINCIPAIS REAÇÕES ADVERSAS À PQT

Item	Medicamento	Reações Adversas			
		Pele	Gastro-Intestinal	Sangue	Outros
01	Clofazimina	Coloração da pele em tom avermelha-do no início e depois tendendo ao marrom; as lesões da doença se tornam hiperpigmentadas, podendo chegar ao cinza escuro e preto; esta coloração poderá levar vários meses e até anos para desaparecer após a conclusão do tratamento	Reações gastrointestinais como náuseas, vômito e diarreia, podem ocorrer com doses elevadas; em alguns casos pode haver quadro abdominal com dor sugerindo obstrução intestinal		Diminuição do suor e da secreção lacrimal e fotossensibilidade. A urina, suor e lágrimas podem adquirir coloração avermelhadas
02	Dapsona	Síndrome de Stevens-Johnson; Dermatite esfoliativa ou eritrodermia Fotodermatite	Anorexia, náuseas, Vômito e dor abdominal	Anemia hemolítica mais grave nos deficientes de G-6 PD Metahemoglobinemia, leucopenia, cianose, agranulocitose	Cefaléia, insônia, nervosismo, confusão mental, desorientação, alucinações. Hematúria, diarreia, vômito
03	Rifampicina	Prurido e erupção cutânea Rubor (face e pescoço) Acne	Mal estar abdominal; náuseas, vômitos e diarreia	Trombocitopenia, anemia hemolítica, eosinofilia, leucopenia	Icterícia assintomática; dor muscular e articular; coloração vermelho-alaranjada da urina, fezes, saliva, escarro, suor e lágrimas; Reação do tipo imunológico em pacientes com tratamento intermitente, com doses elevadas de até 1.200mg; nestes casos ocorrem dispnéia, púrpura e dores muscular e articulares. Síndrome pseudogripal
04	Ofloxacino	Erupção cutânea, prurido, rubor; fotossensibilização	Náuseas, cefaléia e tontura. Dor abdominal dispepsia, flatulência e estomatite	Eosinofilia, leucopenia e trombocitopenia	Sonolência, insônia e inquietação; depressão crises convulsivas
05	Minociclina	Exantema esfoliativo; fotossensibilidade; pigmentação da pele e mucosa	Distúrbios gastrointestinais	Anemia hemolítica; trombocitopenia	Tonturas e vertigens; pancreatite, descoloração dos dentes; hepatotoxicidade
06	Prednisona	Rubor facial; aumento do crescimento dos pelos	Gastrite e úlcera péptica		Depressão e psicose; osteoporose; agravamento da diabetes; aumento da pressão ocular; edema; aumento de peso; Síndrome de Cushing
07	Talidomida	Lesões vesiculares	Obstipação intestinal; diarreia	Linfopenia	Teratogenicidade; tontura; cefaléia; amenorréia; sonolência; diminuição da libido

Resumo dos principais efeitos colaterais e manejo:

Síndrome Pseudogripal

- suspender a rifampicina

Dor abdominal importante, se perceber correlação

- suspender a clofazimina

Quadro psicótico

- suspender a dapsona e prednisona

Metahemoglobinemia, anemia hemolítica

- suspender a dapsona
- reavaliar hematologicamente
- aguardar melhora
- pode-se associar ácido fólico 2mg, não usar ferro via oral a não ser que hajam outras indicações
- tentar reintrodução com doses pequenas, aumentando progressivamente e monitorar dermatologicamente

Não usar talidomida em gestantes e mulheres em idade fértil

4.4 ESQUEMAS ALTERNATIVOS

Sempre definidos pela referência metropolitana ou distrital, podendo o acompanhamento ser realizado na unidade de saúde.

4.4.1 Esquema ROM

O Ministério da Saúde recomenda a adoção do Esquema ROM (Rifampicina, Minociclina e Ofloxacina) para pacientes paucibacilares com lesão única de pele sem envolvimento de tronco nervoso.

Pacientes identificados com estas características devem ser encaminhados para avaliação da referência distrital e metropolitana, para avaliação e definição da opção de tratamento.

Droga	Dose Adulto	Dose Criança	Tempo de Tratamento
Rifampicina	600mg	300mg	PB - Dose única
Ofloxacina	400mg	200mg	
Minociclina	100mg	50mg	

O esquema ROM não é recomendado para gestantes e crianças menores de 5 anos de idade.

Os pacientes que fizerem tratamento com esquema ROM receberão alta por cura após a tomada da dose.

4.4.2 Na impossibilidade absoluta de utilizar dapsona

Droga	Paucibacilar	Multibacilar
Rifampicina (RFM)	600 mg uma vez por mês, supervisionada e	600 mg uma vez por mês, supervisionada e
Clofazimina (CFZ)	50 mg diárias ou 100 mg em dias alternados	300 mg uma vez por mês supervisionada e 100 mg em dias alternados ou 50 mg diárias, auto-administradas
Seguimento dos casos	Comparecimentos mensais para medicação supervisionada, num total de 6 doses Revisão dermatoneurológica na 6ª dose Para alta, aplicar critérios de Cura	Comparecimento mensais para medicação supervisionada, num total de 12 doses Revisão dermatoneurológica na 12ª dose Para alta, aplicar os critérios de cura
Crítérios de alta por cura	Receberão alta pr cura, os pacientes que completarem as 6 doses de poliquimioterapia, supervisionada, em até 9 meses, independentemente do número de faltas consecutivas	Receberão alta, por cura os pacientes que completarem a 12 doses de poliquimioterapia, supervisionada, em até 18 meses, independentemente do número de faltas consecutivas.

4.4.3 Na impossibilidade absoluta de utilizar rifampicina e dapsona

PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR
6 meses	6 meses
Ofloxacina – 400 mg diários auto-administrado ou Minociclina – 100 mg diários auto-administrado ou Clofazimina – 50 mg diários auto-administrado	Ofloxacina – 400 mg diários auto-administrado e Minociclina – 100 mg diários auto-administrado e Clofazimina – 50 mg diários auto-administrado mais 18 meses Ofloxacina – 400 mg diários auto-administrado e Clofazimina – 50 mg diários auto-administrado OU Minociclina – 100 mg diários auto-administrado e Clofazimina – 50 mg diários auto-administrado
Seguimento de caso	Seguimento de caso
<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para avaliação • Revisão dermatoneurológica na 6ª dose para a alta por cura • Para alta, necessária ausência de sinais de atividade clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparecimentos mensais para a avaliação • Revisão dermatoneurológica e baciloscopia na 12ª e 24ª doses (alta)

4.4.4 Na impossibilidade absoluta de utilizar clofazimina (multibacilares)

- *Ofloxacina* – 400 mg diários, auto-administrados, ou
- *Minociclina* – 100 mg diários, auto-administrados;
- *Dapsona* – 100 mg diários, auto-administrados;
- *Rifampicina* – 600 mg mensal, supervisionada.

Tempo de duração: 12 meses

Ou

- *Rifampicina* – 600 mg mensal, supervisionada;
- *Ofloxacina* – 400 mg mensal, supervisionada;
- *Minociclina*- 100 mg mensal, supervisionada.

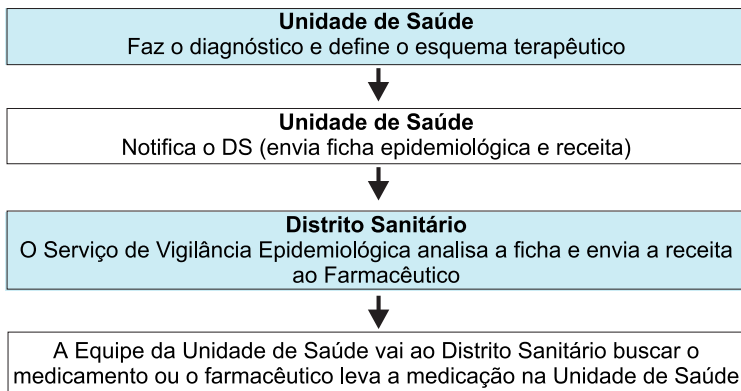
Tempo de duração: 24 meses

4.5 TRATAMENTO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Gravidez: O tratamento é seguro para a mãe e o feto, não interromper durante gravidez. Somente está contra-indicado o uso da talidomida
- Associação com tuberculose: Usar o esquema de rifampicina preconizado no tratamento da tuberculose, o restante deverá ser mantido.
- Infecção pelo HIV: O tratamento é o mesmo de qualquer outro paciente. A rifampicina na dose de 600 mg /mês não interfere na ação dos anti-retrovirais.
- Tratamento da Recidiva: Todos os casos de recidiva devem ser encaminhados para referência para avaliação e confirmação da recidiva. Esquema terapêutico deverá ser definido na referência e mantido na U.S.

4.6 DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

4.6.1 Rotina de Dispensação



Obs: Para usar esquema alternativo ou prolongar o uso do esquema tradicional, é necessária a receita da Referência Distrital ou Metropolitana com justificativa.

4.6.2 Outras Informações

- Guardar os medicamentos em recipiente fechado, local arejado, temperatura entre 20 a 25° C, longe do calor, umidade e luz direta;
- Manter o medicamento fora do alcance das crianças;
- Tomar os medicamentos nas doses prescritas pelo médico;
- Consultar o médico antes de tomar qualquer outro medicamento;
- Comunicar à equipe de saúde sobre qualquer indisposição verificada durante o tratamento.

HANSEN **DAPSONA**

- Ingerir com alimentos para diminuir irritação no estômago

A CURA **RIFAMPICINA**
É RÁPIDA

- Ingerir preferencialmente com estômago vazio;

PARA QUEM
DESCOBRE
CEDO.

- Evitar bebidas alcoólicas;
- Alertar sobre as alterações (vermelho-alaranjado ou vermelho-escuro) da urina, fezes, saliva, escarro, suor e lágrimas;
- Vigiar as funções hepáticas em pacientes idosos, alcoólatras ou com problemas hepáticos.

CLOFAZIMINA

- Ingerir com leite ou com alimentos;
- Evitar exposição prolongada ao sol. Usar roupas e chapéu para proteger a pele;
- Pode ocorrer alterações do paladar e da saliva.

OFLOXACINA

- Ingerir preferencialmente com água e estômago vazio.

MINOCICLINA

- Não pode ser ingerida com leite, laticínios ou alimentos;
- Evitar exposição prolongada ao sol.

PREDNISONA

- Ingerir durante ou logo após as refeições;
- Evitar bebida alcoólica durante o tratamento.

5. AVALIAÇÃO E PREVENÇÃO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS

5.1 AVALIAÇÃO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS

É baseada na avaliação de mãos, pés e olhos segundo a pontuação a seguir, com base no sistema da OMS (0-2).

Mãos e Pés

- *GRAU 0* : sem anestesia, dano ou deformidade visível.
- *GRAU 1* : anestesia presente, mas sem dano ou deformidade visível.
- *GRAU 2* : deformidade visível ou dano presente.

Cada mão e pé deverá ser aferidos separadamente

Olhos

- *GRAU 0* : sem problemas oculares devido à hanseníase; sem evidência de perda visual.
- *GRAU 1* : presença de problema ocular devido à hanseníase, mas sem perda visual importante (Visão 6/60 ou melhor; consegue contar os dedos a uma distância de seis metros).
- *GRAU 2* : perda visual importante (visão pior que 6/60; incapacidade de contar os dedos a uma distância de 6 metros).

Cada olho deverá ser examinado e classificado separadamente

5.2 PREVENÇÃO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS

A melhor maneira de prevenir incapacidades é:

- Diagnóstico precoce
- Tratamento com poliquimioterapia
- Identificar os sinais e sintomas de reação hansênica com comprometimento neural e iniciar imediatamente o tratamento

Para que o paciente seja adequadamente capacitado para a prevenção de incapacidades físicas, o mesmo deve ser encaminhado para receber orientação detalhada da equipe de enfermagem da referência distrital.

A cada retorno do paciente na Unidade de Saúde, deve ser avaliada a adesão às orientações e devem ser reforçados cuidados básicos para a prevenção de deformidades.

CUIDADOS PESSOAIS PARA PREVENÇÃO DE DEFORMIDADES

Como a Hanseníase atinge os nervos levando a anestesia e/ou atrofia é fundamental orientar o doente quanto aos cuidados pessoais.

Com os olhos:

- observar: dificuldade para piscar ou sensação de areia nos olhos.
- orientar: lubrificar os olhos com colírio lubrificante e fazer exercício de abrir e fechar os olhos com força.

Com o nariz:

- observar: feridas.
- orientar: fazer sempre higiene com soro ou água filtrada, evitando retirar casquinhas.

Com mãos e pés:

- observar: pele das mãos, pés e braços procurando algum ferimento ou queimaduras não percebidas; procurar descobrir a causa do ferimento.
- orientar: fazer sempre massagens, hidratar e lubrificar a pele com vaselina ou glicerina ou outro lubrificante como óleo de amêndoas, loções hidratantes ,etc.
fazer exercícios de alongamento nos pés e mão, evitar fazer longas caminhadas, usar sempre calçado confortável; usar meias grossas ou duas meias sem remendos; examinar os sapatos todos os dias, principalmente a parte interna para verificar se existem saliências ou pregas que podem causar ferimentos.

5.3 CONDOTA NOS CASOS DE INCAPACIDADE FÍSICA INSTALADA

Além das orientações da referência distrital , os casos mais graves podem ser encaminhados para avaliação e orientação de fisioterapeuta.

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRE
CEDO.

6. MANEJO DE COMPLICAÇÕES

Além das reações adversas à medicação, as principais complicações do paciente com hanseníase podem ser divididas em reações hansênicas e recidivas.

6.1 REAÇÕES HANSÊNICAS

- São episódios agudos durante a evolução da doença, podendo ocorrer antes, durante e depois da PQT
- Ocorrem devido à provável alteração do estado imunológico do paciente
- As reações são a maior causa de lesões de nervos e incapacidades
- Devem ser tratadas e diagnosticadas precocemente
- Algumas vezes podem aparecer após o término do tratamento
- A PQT não deve ser interrompida durante as reações
- A PQT reduz a frequência e a gravidade das reações

6.1.1 REAÇÃO REVERSA OU REAÇÃO TIPO 1

Características:

- Pode ocorrer tanto em MB como PB
- Apresenta uma ou mais das seguintes características:
 - Lesões de pele que se tornam avermelhadas e edemaciadas, já existentes ou novas.
 - Nervos periféricos dolorosos e aumentados
 - Perda de sensibilidade e fraqueza muscular
 - Febre e mal-estar

- Mãos e pés podem ficar edemaciados
- Aparecimento de novas lesões

Tratamento

- Sem comprometimento neural - repouso e analgésico (ex. aspirina ou paracetamol)
- Com comprometimento neural - repouso, analgésico e corticosteróide*

*Prednisona 1 a 2 mg /Kg/dia (máximo 60mg) até melhora acentuada, então reduzir gradualmente, de 15 em 15 dias, com manutenção por pelo menos 2 meses.

6.1.2 ERITEMA NODOSO HANSENÓTICO OU REAÇÃO TIPO 2

Características

- Ocorre apenas nos casos MB
- Nódulos dolorosos e avermelhados na pele
- Febre, dor articular e mal estar
- Ocasionalmente, nervos dolorosos e aumentados
- Complicações oculares

Tratamento

- Casos leves - repouso e antiinflamatório (aspirina ou paracetamol)
- Com lesão neural, com poucas lesões de eritema nodoso, ou eritema nodoso em mulheres em idade fértil - iniciar corticóide imediatamente, se não tiver resposta encaminhar

para referência distrital.

- Com eritema nodoso - tratamento com talidomida. Só prescrito pela referência metropolitana.

6.2 *RECIDIVA*

O paciente que tenha completado o seu esquema de tratamento pode, raramente, desenvolver novas máculas ou nódulos e/ou novas lesões de nervo.

Estes casos são suspeitos de recidiva e devem ser encaminhados para referência metropolitana para avaliação e indicação do tratamento.

6.3 *QUADRO COMPARATIVO PARA AUXILIAR NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE REAÇÃO REVERSA E RECIDIVA*

CARACTERÍSTICAS	REAÇÃO REVERSA	RECIDIVA
Intervalo de tempo	Ocorre geralmente durante a quimioterapia ou dentro de seis meses após completado o tratamento	Ocorre normalmente muito depois do término da quimioterapia, em geral depois de um intervalo de um ano.
Aparecimento	Súbito e inesperado	Lento e insidioso
Distúrbios sistêmicos	Podem vir acompanhados de febre e mal-estar	Geralmente não vem acompanhados de febre e mal-estar
Lesões antigas	Algumas ou todas se tornam eritematosas, brilhantes e consideravelmente inchadas, com infiltração	Alguns podem apresentar bordas eritematosas
Lesões novas	Em geral várias	Poucas, ex. hansenoma, placas, etc.
Ulceração	Muitas vezes as lesões se agravam e ficam ulceradas	Raramente há ulceração
Regressão	Com descamação	Não há descamação
Envolvimento dos nervos	Muitos nervos podem estar envolvidos rapidamente ocorrendo alteração da sensibilidade e perturbações motoras	Pode ocorrer em um único nervo. perturbações motoras ocorrem muito lentamente.
Resposta à corticosteróides	Excelente	Não pronunciada

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

7. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

7.1 NOTIFICAÇÃO DO CASO

- Preencher a ficha de notificação epidemiológica de hanseníase;
- Confirmar endereço do paciente através de visita domiciliar.

7.2 VIGILÂNCIA DOS CONTATOS

Visto que a transmissão da hanseníase ocorre basicamente no contato íntimo e prolongado, entre moradores da mesma residência, a investigação dos contatos domiciliares se constitui, juntamente com o tratamento adequado dos doentes, na principal medida para o controle da hanseníase.

- Considerar contato domiciliar todas as pessoas que moraram com o paciente nos últimos 5 anos.
- Agendar consulta médica para exame dermatoneurológico em todos os contatos.
- Para contato de Multibacilar (MB) manter vigilância por 5 anos, com revisões anuais; liberar após este período, com orientações educativas necessárias.
- Para contato de Paucibacilar (PB) após o 1º exame, os contatos deverão ser liberados com orientações educativas necessárias.
- Vacinação BCG, 2 doses de 0,5ml, com intervalo mínimo de 6 meses para todos os contatos, de todas as formas clínicas. Considerar marca vacinal prévia independente do tempo de aplicação.

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRIR
CEDO.

8. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A equipe de saúde é a grande responsável pela disseminação de informações sobre diagnóstico precoce e transmissibilidade da doença, ampliando o diagnóstico e reduzindo ou até eliminando o preconceito, a respeito deste agravo.

É fundamental, que a comunidade conheça os sinais e sintomas para o diagnóstico da hanseníase (manchas esbranquiçadas com alteração da sensibilidade), para que os usuários busquem a unidade de saúde, tão logo suspeitem da doença. As informações sobre a doença devem ser abordadas em todas as oportunidades de contato com a comunidade (escola, conselhos locais, grupos de idosos e mulheres...).

Todos os profissionais da equipe de saúde são responsáveis pela formação de uma corrente de informação. O agente comunitário de saúde, pelas características de seu trabalho e inserção na comunidade, é elo fundamental nessa cadeia de divulgação e informação.

Na abordagem educativa sobre a hanseníase é importante trabalhar no sentido de superar preconceitos, com o esclarecimento de conceitos errôneos, facilitando a inserção do paciente na comunidade e mostrando a importância do diagnóstico e tratamento precoce. Algumas informações são fundamentais:

- A transmissão ocorre, somente, pelo convívio prolongado (no domicílio) com doente não tratado, e uma vez iniciado o tratamento, interrompe-se a transmissão da doença.
- A hanseníase não se transmite por contato no ambiente de trabalho, na escola ou outros locais de convívio coletivo (igrejas, ônibus, etc), devendo o doente continuar suas atividades habituais.
- É importante informar que a hanseníase não é hereditária.
- A hanseníase, com o tratamento atual, é considerada doença totalmente curável.
- Quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento deste

agravo, maior a probabilidade de cura sem seqüelas.

- Orientar, também, que são fundamentais para a cura sem seqüelas, os cuidados para a prevenção das incapacidades físicas.

Ainda, no trabalho com os casos de hanseníase, é fundamental lembrar a necessidade de sigilo por parte de todos os profissionais envolvidos.

HANSENIASE
A CURA
É RÁPIDA
PARA QUEM
DESCOBRE
CEDO.

9. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Portaria nº1073/GM-MS de 26 de setembro de 2000. Publicada no DOU-181-E, página 18, Seção 1 de 28 de setembro de 2000.
- Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública -OMS 1995.
- Guia para utilização de medicamentos e imunobiológicos na área de hanseníase - Ministério da saúde 2000.
- Avaliação neurológica simplificada - Editora ALM Internacional. Belo Horizonte -1997.
- Hanseníase – Cuidados para evitar complicações. Maria Leide W. de Oliveira [et al]. Fundação Nacional de Saúde, Brasília. 1998.
- Normas técnicas e procedimentos para o exame baciloscópico em hanseníase. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. 1989.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO DA SMS

- Betina Mendez Alcântara Gabardo
- Cléa Elisa Lopes Ribeiro
- Elaine A . Bernardi Campos
- Karin Regina Luhm
- Laudia Wachholz Bonato





CURITIBA

A CAPITAL SOCIAL

PREFEITURA DA CIDADE
SECRETARIA DE SAÚDE

www.curitiba.pr.gov.br