

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANTONIO SAMUEL MOURA SANTOS

**TRABALHO DE INTERVENÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CAMPOS SALES, CEARÁ.**

FORTALEZA

2017

ANTONIO SAMUEL MOURA SANTOS

**TRABALHO DE INTERVENÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CAMPOS SALES, CEARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Profº. Otávio Cruz Sampaio
Neto

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S233t Santos, Antonio Samuel Moura.

Trabalho de intervenção para a eliminação da hanseníase em uma unidade básica de saúde em campos sales, ceará. / Antonio Samuel Moura Santos. – 2016.

45 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2016.

Orientação: Prof. Esp. Otávio Cruz Sampaio Neto.

1. Hanseníase. 2. Políticas Públicas de Saúde. 3. Infecção. I. Título.

CDD 362.1

ANTONIO SAMUEL MOURA SANTOS

**TRABALHO DE INTERVENÇÃO PARA A ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE EM
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM CAMPOS SALES, CEARÁ.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 15/03/2017

BANCA EXAMINADORA

Profº Esp. Otávio Cruz Sampaio Neto (orientador)
Especialista em Saúde da Família pela Fundação Francisco Mascarenhas
Faculdades Integradas de Patos

Profª Esp. Lilia Oliveira Mendes
Especialista em Saúde da Família
Universidade Estadual Vale do Acaraú

Profª Esp. Thiáskara Ramile Caldas Leite
Especialista em Saúde da Família
Universidade Federal do Ceará

RESUMO

O presente projeto trata-se de um Plano de Intervenção baseado na ainda elevada prevalência de casos de hanseníase na localidade assistida pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Aparecida, do município de Campos Sales, Ceará, Brasil. Anualmente se registram novos casos, embora tenha ocorrido grande queda no número de casos anuais nos últimos doze anos. Assim, se suspeita que muitos ainda estão por serem diagnosticados indo contra as definições e metas da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas metas têm como objetivo a busca da eliminação da doença e o passo inicial para este longo e necessário processo será a busca dos casos ativos, seus contactantes e pessoas que apresentem sintomas e sinais de suspeição da doença. Após este processo deve-se iniciar o tratamento imediato dos mesmos, o tratamento dos agravos e a vacinação dos contactantes que não adoeceram. Estas medidas se mantidas por alguns anos tenderão a eliminar o ciclo de infecção na região de intervenção.

Palavras-chave: Hanseníase. Políticas Públicas de Saúde. Infecção.

ABSTRACT

This project is an intervention plan based on the still high prevalence of cases of leprosy in the locality assisted by the Basic Health Unit (BHU) of Aparecida District, in the municipality of Campos Sales, Ceará, Brazil. New cases are recorded annually, although there has been a large fall in the number of annual cases in the last twelve years. Thus, it is suspected that many are still to be diagnosed going against the definitions and goals of the World Health Organization (WHO). These goals aim to search for the elimination of the disease and the initial step for this long and necessary process will be the search for active cases, their contacts and people who present symptoms and signs of disease suspicion. After this process should be started immediately treatment of the same, treatment of injuries and vaccination of contacts who did not get sick. These measures if maintained for a few years will tend to eliminate the infection cycle in the region of intervention.

Keywords: Leprosy. Public Health Policies. Infection.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 5 |
| 2 | PROBLEMA..... | 8 |
| 3 | JUSTIFICATIVA..... | 8 |
| 4 | OBJETIVOS..... | 9 |
| 4.1 | OBJETIVO GERAL..... | 9 |
| 4.2 | OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 10 |
| 5 | REVISÃO DE LITERATURA..... | 10 |
| 6 | METODOLOGIA..... | 22 |
| 7 | CRONOGRAMA..... | 26 |
| 8 | RECURSOS NECESSÁRIOS..... | 26 |
| 9 | RESULTADOS ESPERADOS..... | 27 |
| | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 28 |
| | ANEXOS..... | 35 |

1 INTRODUÇÃO

A prevalência de hanseníase ainda se encontra elevada em todo o Brasil, segundo estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2015 foram identificados 210758 novos casos de Hanseníase no Mundo, destes apenas 14 apresentam 95% dos casos e entre estes 81% dos casos estão concentrados em Índia (60%), Brasil (13%) e Indonésia (8%) (OMS,2015).

Segundo a OMS eliminar uma doença significa ter nenhum caso ocorrendo em uma determinada localidade, mantendo-se as atividades para o controle. Por outro lado, a erradicação depende de manter esta condição de eliminação e não ter a circulação do agente, e dessa forma nem mesmo os suscetíveis adoecem (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Nas Américas a OMS revela uma queda nos novos casos de hanseníase que em 2003 foram 52.435 e em 2013 foram 33.084(casos). Aproximadamente 94% do total destes casos são do Brasil. Esta enfermidade ainda está presente em 25 dos 35 países das Américas e, apesar disto, todos exceto o Brasil já alcançaram a “eliminação da hanseníase” (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Em hanseníase criou-se a situação de “eliminação como problema de saúde pública” equivalendo a uma prevalência menor que um caso para 10.000 habitantes (Barbieri RR, et al. (2016). Este número significa que o patógeno não estará circulando e os novos casos seriam casos antigos ainda não diagnosticados (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015). Assim, como forma de superar esta situação a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs a Política Nacional de Eliminação da Hanseníase onde se prevê este coeficiente de prevalência até o final de 2015(OMS, 2010).

O Brasil ainda é o segundo país na detecção de novos casos no mundo. Sendo que, em 2015 foram diagnosticados 210.758 novos casos no mundo e destes 127.326 eram na Índia e 26.395 no Brasil (OMS, 2016). Apesar disto, os esforços no controle da doença têm mostrado resultados, sendo que, em 2003 tínhamos 4,52 casos para com 10 mil habitantes e em 2014 temos 1,27 casos/10 mil habitantes (BRASIL, 2014a).

Regiões tropicais e subtropicais são consideradas as mais endêmicas com relação à hanseníase sendo caracterizadas por temperatura e as precipitações

elevadas. (MAGALHÃES et al., 2011). Porém há casos de doença em regiões temperadas.

Alguns animais foram considerados naturalmente infectados como o tatu, o macaco, o mangabeí e o chimpanzé, porém somente o homem foi tido como fonte de infecção (BRASIL, 2014; FIGUEREDO, 2012).

Em algumas regiões do Brasil ainda existem áreas que possuem aglomeração de casos e indícios de transmissão ativa sendo denominadas de clusters. Estas áreas concentram 53,5% dos casos novos e correspondem a apenas 17,5% da população brasileira. O Ministério da Saúde determinou os 10 principais clusters, que abrangem 1.173 municípios concentrados na Amazônia Legal (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Mesmo assim, no ano de 2014 a região Norte teve coeficiente de detecção de 35,41/100.000 habitantes e a região Centro-Oeste 38,62/100.000 habitantes, já a região Nordeste teve detecção de 24,07/100.000 habitantes. Somente as regiões Sudeste e Sul atingiram a meta de eliminação da doença, as mesmas atingiram respectivamente coeficientes de prevalência de 0,42 e 0,31/100.000 habitantes (OLIVEIRA, 2013; MAGALHÃES et al., 2011; BRASIL, 2014a). Em 2014 para a população menor de 15 anos houve o registro de 2.341 novos casos com coeficiente de detecção 4,88/100000 habitantes. Ainda foi estabelecido que os estados de maior risco de adoecimento foram Goiás, Mato Grosso, Maranhão, Pará, Tocantins, Rondônia (BRASIL, 2014).

A investigação epidemiológica da hanseníase tem o objetivo de romper a cadeia de transmissão da doença. Assim, procurar identificar a fonte de contágio e descobrir novos casos, portanto é uma das principais intervenções para o controle da doença (FARIA et al., 2013).

A alta endemicidade proporciona múltiplas exposições ao bacilo principalmente nos primeiros anos de vida. Dando maior importância ao diagnóstico de menores de 15 anos para a busca de um dos indicadores mais importantes em termos de sinalização de dinâmica de transmissão significando focos de infecção ativos e transmissão recente. Nas áreas de alta endemia o coeficiente de detecção em menores de 15 anos é maior que 10 por 100000 habitantes. Este índice elevado

mostra a possível falta de políticas preventivas nessa faixa etária incluindo exame dos comunicantes (LANA et al., 2007; MOURA et al., 2012).

Visando à eliminação da doença as baixas taxas de exame dos contatos e o diagnóstico tardio da doença ainda são entraves técnicos para este objetivo (VIEIRA et al., 2008). Os contatos são todos que residem no domicílio ou que moram nas proximidades da residência da pessoa doente, num período de três meses a até cinco anos antes do diagnóstico (GARCIA et al., 2013). Os contatos de pacientes paucibacilares têm quatro vezes mais riscos de adoecimento do que a população geral. E os contactantes de pacientes multibacilares da doença apresentam um risco 8 vezes maior de adoecer. (Moet, et al., 2004). Assim, a descoberta de casos de hanseníase deve ser feita por busca sistemática de doentes, investigação de contatos, exames de coletividades por inquéritos e campanhas de educação em saúde que possibilitem a mobilização da comunidade adstrita à unidade.

O contato social é qualquer indivíduo que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não de forma próxima e prolongada ao portador de hanseníase. Por exemplo, vizinhos e colegas de trabalho. Estes devem ser investigados quanto ao grau e tipo de convivência com o paciente não tratado (BRASIL, 2016).

A vigilância de contatos é a investigação de todos os contatos dos novos casos com história clínica (dirigida aos sinais e sintomas da doença, antecedentes pessoais e familiares), exame físico (geral, dermatoneurológico e avaliação neurofuncional), checagem da cicatriz de BCG, orientações aos contatos sobre incubação, transmissão e sinais precoces da hanseníase (BRASIL, 2016; RIO DE JANEIRO, 2010).

Entre 2008 e 2015 uma análise dos casos no estado do Ceará mostrou que no primeiro ano foram notificados 2.570 casos com taxa de detecção de 30,41 casos/100000 habitantes e em 2015 foram registrados 1743 casos novos com taxa de detecção de 20,25 casos/100000 habitantes. Destes somente 4,44 casos/100000 habitantes eram menores de 15 anos (CEARÁ, 2016).

Em relação com a espacialização dos casos a maior concentração foi na região sul do estado. Em relação ao acompanhamento dos casos desde 2012 temos uma tendência na redução no percentual de contatos examinados no Ceará e o

Ministério da Saúde recomenda meta de 75% de contatos examinados, pois esta taxa avalia a capacidade dos serviços em realizar a vigilância dos contatos intradomiciliares.(CEARÁ, 2016).

A atenção básica tem papel importante no tratamento e controle da hanseníase principalmente na estratégia da descentralização. Porém, o sucesso desta contribuição depende do desenvolvimento de novas técnicas mais precisas de diagnóstico. Pois, foi percebido o aumento de pacientes com outras doenças de pele que foram confundidas com quadros de hanseníase e destes 74% não necessitavam de biópsia para o diagnóstico (BARBIERI et al.; 2016).

Assim, tendo em vista o elevado número de casos na área assistida pela Unidade Básica de Saúde do Bairro Aparecida notamos a necessidade de realizar um estudo sobre a prevalência da Hanseníase na localidade em busca de encontrarmos o caminho para a eliminação da mesma.

2 PROBLEMA

A elevada incidência de hanseníase na população brasileira se repete na população alvo do Plano de Intervenção. Este deverá conter ações que impeçam a incidência e reduzam a prevalência da enfermidade de forma simples, eficaz e viável economicamente. Devemos então elaborar planos para a busca de casos suspeitos e assim realizar o diagnóstico e detecção dos agravos precoces.

3 JUSTIFICATIVA

A hanseníase apresenta tratamento completo e gratuito para todas as suas formas clínicas, porém nota-se uma prevalência elevada causada pela dificuldade de diagnóstico e pela reduzida orientação da população. Dessa forma, ainda não foi atingida a meta da Política Nacional de Eliminação da Hanseníase onde se prevê a eliminação da hanseníase até o final de 2015 em todo o país, que apresenta áreas endêmicas assim como apresenta áreas que já atingiram esta meta. Percebe-se então, que esta doença se torna mais prevalente para os indivíduos que apresentam um menor grau de instrução e assim demoram a procurar serviços de saúde. Outro

aspecto importante é que quadros com diagnóstico tardio trazem uma série de agravos ao indivíduo que podem culminar em incapacidade física, amaurose e infertilidade. Ocorre ainda o processo de estigmatização do indivíduo que sofre um imenso impacto psicológico ao ver-se com o rosto deformado pela doença.

Nesse sentido, este projeto tem o intuito de contribuir para uma melhoria da assistência ao conhecer a realidade da comunidade.

No município de Campos Sales, no período de 2004 e 2016 foram registrados 96 casos de hanseníase. Destes 37 do sexo feminino e 59 casos do sexo masculino. O ano de 2005 foi o de maior prevalência com 16 casos, seguido de 2010 com 12 casos e 2004 e 2007 com 10 casos registrados. Nos últimos três anos temos a ocorrência de três casos. Estes casos estão concentrados na área urbana, sendo que, os bairros Centro e Expansão concentraram 29 casos entre 2004 e 2016. A área de estudo que corresponde aos bairros Aparecida e Poço apresentaram 12 casos no período de 2004 e 2016. Dos 96 casos do município registrados no período de 2004 a 2016, 26 receberam a classificação paucibacilar e 70 a multibacilar. Em relação à faixa etária somente seis eram menores de 15 anos (SINAN, 2016).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Realizar intervenções para a eliminação da Hanseníase em uma UBS de Campos Sales, Ceará. Realizando o diagnóstico da maior quantidade de casos levando ao controle efetivo da transmissão, ou seja, a eliminação da doença.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Executar um levantamento dos casos novos e antigos.

4.2.2 Avaliar os casos suspeitos.

4.2.3 Iniciar precocemente o tratamento adequado. Realizar

4.2.4 Reduzir agravos relacionados à doença.

4.2.5 Analisar indicadores de infecção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hanseníase é uma das doenças mais antigas e referidas ao longo do tempo. Na antiguidade foi associada ao pecado e a punição Divina. E o estigma da doença é resultante da tradução bíblica da palavra *tsaraath* que era um termo designado sobre estados da pele ou das roupas das pessoas que necessitavam de purificação. Porém, ela foi traduzida como lepra contribuindo para a estigmatização. Na Europa foi disseminada possivelmente pelos soldados de Alexandre, o Grande, na conquista da Índia, sendo que, já era conhecida na Grécia por volta do ano 150 d.C. (EIDT,2004).

Nas Américas provavelmente a doença foi disseminada pelos colonizadores franceses, espanhóis e portugueses. No extremo norte das Américas existe a contribuição de imigrantes chineses na introdução da doença. No Brasil os primeiros casos foram registrados no século XVII nos estados do Rio de Janeiro, Bahia e Pará. O primeiro asilo para os doentes foi fundado em 1714 no Recife e deu origem ao Hospital de Lázarus em 1789. (BOECHAT, PINHEIRO, 2012).

No ano de 1873 foi descoberto o agente etiológico da hanseníase pelo norueguês Gerard Armauer Hansen excluindo-se o embasamento de que a doença era um castigo divino. Porém, pela falta de tratamento o preconceito tornou-se pior pela teoria de que a única forma de controle da doença era o confinamento dos indivíduos (SAVASSI, 2010).

Durante quatro séculos as únicas medidas de combate à hanseníase no Brasil foram o isolamento dos doentes em asilos-colônia dispensários e de seus

filhos sadios em preventórios. Essas medidas visavam muito mais o afastamento dos portadores do que um tratamento efetivo. A partir de 1920 criou-se a Lei Nacional de Profilaxia da Lepra, que determinou a realização de exames em todos os que residiam ou tinham contato com os infectados para verificar a existência da doença. Mas, somente em 1962 a internação compulsória deixou de ser regra (TAVARES, 2014; SAVASSI, 2010; BRASIL, 2014b).

O tratamento gratuito é oferecido desde 1991 aos portadores no Brasil. Também neste ano o termo lepra foi substituído por hanseníase em documentos oficiais para tentar diminuir a enraizada estigmatização (SAVASSI, 2010).

5.1 Aspectos clínicos da hanseníase

A OMS (Organização Mundial de Saúde) define que um caso de hanseníase é aquele que apresenta uma das características: lesões com alteração de sensibilidade (térmica e/ou dolorosa e/ou tátil) ou espessamento neural ou baciloscopia de esfregaço intradérmica ou biopsia de pele positivas (BRASIL, 2016). Porém, a baciloscopia ou biopsias negativas não afastam a doença. (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-acidorresistente, com formato de bastonete. O *M. leprae* é parasita intracelular e apresenta na sua parede celular um glicopeptídeo fenólico (PGL-1) específico que tem a capacidade de se ligar à lâmina basal das células de Schwann (BRASIL, 2014b; EICHELMANN et al, 2013).

Acometendo principalmente os nervos e/ou pele, porém pode afetar qualquer sistema em que existam macrófagos, exceto o sistema nervoso central. O *M. leprae* tem um ciclo evolutivo muito lento de 11 a 16 dias, devido à propriedade hidrofóbica do PGL-1 que representa uma barreira à difusão dos nutrientes necessários ao desenvolvimento da bactéria. A sua viabilidade no meio ambiente dependerá da temperatura e umidade podendo sobreviver entre 36 horas e nove dias. O bacilo apresenta um período de incubação que dura de 2 a 7 anos em média. Existem porém referências a períodos mais curtos de 7 meses e mais longos que 10 anos (BRASIL, 2014; EICHELMANN et al., 2013; AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

A transmissão do *M. Leprae* ocorre principalmente pela inoculação pelas vias respiratórias e disseminação por via hematolinfática. Assim a cadeia de disseminação ocorre principalmente através das pessoas com muitos bacilos (multibacilares) que ainda estão sem tratamento e assim ainda apresentam carga bacilar de quase 10 milhões de bacilos na mucosa nasal. Em apenas dez minutos de fala um doente virchowiano elimina cerca de 185000 bacilos, assim apesar da baixa patogenicidade apresenta elevada infectividade. Já os pacientes paucibacilares tem pouca importancia nesta cadeia pela baixa carga bacilar (BRASIL, 2014b; FIGUEREDO, 2012; AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Fatores genéticos do infectado tem papel no desenvolvimento e na forma clínica da hanseníase. As formas clínicas dependerão da imunidade específica do hospedeiro, dessa forma pacientes com imunidade celular preservada, apresentam os tipos benignos e se a imunidade humoral predominar com ausência da imunidade celular, então ocorrerá proliferação do *M. leprae* com presença de lesões e infiltrações extensas e assim se desenvolverá a forma virchowiana (FIGUEREDO, 2012; MENDONÇA et al, 2008).

Assim Rabello (1938) realizou a classificação em polos benigno ou tuberculóide, maligno ou virchowiano e indeterminado. Assim, pacientes com a imunidade celular em plena competência se infectado não desenvolvera a doença, já se ele tiver estas defesas parcialmente ativas poderá ir para qualquer um dos pólos desde o inicio do quadro. Porém, comumente ele irá para o pólo indeterminado e poderá ter cura ou migrar um dos outros pólos. Os multibacilares têm tendência ou polo virchowiano, pois esta carga elevada suprime a imunidade. Basicamente a imunidade vem da capacidade dos macrófagos de lisarem o *M. leprae*. Nos indivíduos que não conseguem fazer esta lise o macrófago se infesta de bacilos e isto o torna uma célula de virchow. Diferentemente dos que são infectados ou tuberculóides, pois seus macrófagos lisam o *M. leprae*. Esta resistência é específica e parece ter conotação genética (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Existem genes que influenciam no controle da infecção e na definição das diferentes formas clínicas da doença. Diversos polimorfismos e mutações genéticas têm sido associados com a hanseníase, como o lecitina ligante de manose (MBL-2), a laminina alfa-2 (LAMA2) e alguns genes associados com a doença de Parkinson (Park2 e PACRG) (MENDONÇA et al., 2008).

O *M. leprae* entra pelas vias respiratórias e se não for debelado pela imunidade celular ocorrerá uma invasão de gânglios linfáticos e destes partirão êmbolos microbacterianos que se aloarão na pele e/ou nervos periféricos quando se iniciam os primeiros sintomas. Este inicio é lento e mais precoce na forma tuberculóide, pois as manifestações desta fase depende da imunidade celular ativa e a vichowiana depende da presença do bacilo e assim necessita de muito tempo para surgirem às manifestações clinicas, pois a divisão dos bacilos é muito lenta (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

O teste de Mitsuda avalia a resposta celular dos indivíduos ao *M. leprae*, assim tem aplicabilidade na definição de prognóstico, sendo, entretanto, não aplicável ao diagnostico. Exceto na investigação de eritema nodoso onde pacientes que apresentem o teste negativo confirmam a hanseníase. Na reação tardia se avalia o tamanho de uma endureção após quatro semanas e se considera que o paciente com endureção maior que 3 mm têm o teste positivo e assim tem resposta celular presente. Assim, estes pacientes tenderão para o polo tuberculóide, já os que tiverem resposta negativa tenderão ao polo virchowiano. (RIVITTI, 2014).

5.2 Sistemas de classificação

Existem diferentes sistemas de classificação da hanseníase. O clínico relaciona o número, a extensão, o aspecto e a simetria das lesões cutâneas. O bacteriológico depende da ocorrência ou da ausência do *M. leprae*. O imunológico corresponde à reação de Mitsuda. O histopatológico é definido pelos aspectos histopatológicos das lesões. (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

No Brasil as três classificações mais utilizadas são a de Madri, a Operacional e a Clínica.

A classificação de Madri baseia-se nas características clinicas e baciloscópicas. Esta classificação divide a hanseníase em dois grupos instáveis que são o indeterminado e o dimorfo. Os dois grupos estáveis são o tuberculóide e o virchowiano que são as formas polares e incompatíveis da doença (RIVITTI, 2014).

A Classificação Operacional foi sugerida pela OMS para fins de tratamento e diagnóstico com um modo de classificação baseado no numero de lesões da pele. Assim os paucibacilares (PB) têm menos que cinco lesões com alteração de sensibilidade e/ou apenas um tronco nervoso afetado. Já os multibacilares (MB)

apresentam cinco ou mais lesões com alteração de sensibilidade e/ou mais de um tronco nervoso acometido. O Ministério da Saúde (MS) considera ainda MB todos aqueles que apresentam baciloscopia positiva com qualquer número de lesões (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015; BRASIL, 2008; BARBIERI, MARQUES, 2009; LIMA et al, 2012).

5.2.1 A Classificação Clínica e tipos principais:

Hanseníase Indeterminada (HI) é geralmente a forma inicial da doença. O doente apresenta manchas eritemato-hipocrômicas ou hipocrômicas com alteração de sensibilidade, geralmente a hipoestesia, as bordas podem ter boa ou má definição e não há local de preferência (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

A Hanseníase Tuberculóide (HT) ainda é limitada pela boa resposta do hospedeiro. As lesões cutâneas são isoladas e assimétricas em placas eritemato-hipocrômicas ou eritematosas, bem delimitadas, com bordas externas elevadas e centro normal. Estas manchas tem importante alteração de sensibilidade. O Sinal da Raquete é caracterizado por um espessamento nervoso que forma um trajeto para uma lesão de pele. Alteração sensitiva com ou sem espessamento neural evidente é a única manifestação da forma neural pura (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015; RODRIGUES, LOCKWOOD, et al 2011).

A Hanseníase da Infância é uma variante do tipo tuberculóide que pode ocorrer em crianças de 1 a 4 anos. Tem lesão tuberonodular, em geral única e mais encontrada na face. Tem involução espontânea com cicatriz atrófica. Se associada a clinica virchowiana pode ocorrer grave repercussão no desenvolvimento da criança (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

A Hanseníase Dimorfa ou Bordeline apresenta lesões diversas devido as diferentes respostas imunocelulares do hospedeiro. As lesões deste grupo tem características intermediarias as do grupo virchowiana (Dimorfo-Virchowiano) ou das dos tuberculóides (Dimorfo-Tuberculóide). Podem ainda terem a forma Dimorfa-Dimorfa que apresenta-se em placas eritematosas, com bordas externas esmaecentes, internas bem definidas e centro oval hipopigmentado. O espessamento dos nervos tende a ser irregular e mais numeroso. O Dimorfo-Virchowiano (DV) apresenta lesões em placas e nódulos pardacentos ou

ferruginosos geralmente mal delimitados e comprometimento neural que lembra a forma virchowiana. Os DV tem baciloscopia positiva e Teste de Mitsuda negativo. O Dimorfo-Tuberculóide (DT) tem lesões semelhantes as da forma Tuberculóide, porém mais numerosas e com comprometimento de vários troncos nervosos, com baciloscopia geralmente negativa e Teste de Mitsuda fracamente positivo (Sampaio, 2007).

A forma Virchowiana (HV) caracteriza-se pela multiplicação e disseminação hematogênica do *M. leprae*, isto pela ausência de resposta celular do hospedeiro confirmada pela negatividade do teste de Mitsuda. As lesões cutâneas múltiplas são máculas hipocrômicas, eritemato-hipocrômica, de bordas indefinidas. A progressão ocorre com o espessamento, com as lesões tornando-se eritematosas ou vinhosas, com a fácies leonina que corresponde a múltiplas infiltrações e queda dos supercílios. É possível ainda o comprometimento das mucosas, olhos, testículos, ossos, perfuração de septo nasal e manifestações viscerais (RIVITTI, 2014).

A Hanseníase Virchowiana tem duas formas que merecem destaque. A difusa que é conhecida como Hanseníase de Lucio que não apresenta lesões características da Hanseníase e o tegumento apresenta-se como uma única infiltração dando um aspecto luzidio à pele com perda de pelos e alterações sensitivas. Pode ocorrer ainda o fenômeno de Lucio que é o surgimento de lesões necróticas súbitas. A outra forma em particular é a Histoide que apresenta lesões que lembram clinica e histologicamente os dermatofibromas e por vezes formam placas e lesões molusco-símile (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

A Forma Neural Pura ou Neurítica trata-se de caso sem lesões dermatológicas com queixas de parestesia com hipo ou anestesia que progride para comprometimento motor. Há espessamento neural e geralmente o comprometimento é assimétrico e os doentes têm características de tuberculóides ou dimorfos (TT ou BL). Porém, geralmente, o acometimento é de mais de um tronco nervoso sendo os nervos ulnar, mediano e fibular os mais afetados (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

A Hanseníase virchowiana visceral primitiva manifesta-se sem lesões cutâneas ou nervosas, no entanto, apresentam comprometimento virchowiano de vísceras com exclusão do sistema nervoso central e adenopatia generalizada simulando um linfoma (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

5.3 Manifestações Sistêmicas

Nos casos de infecção de longa duração ou reacionais repetidos pode ocorrer amiloidose secundária o que irá afetar rins, baço, fígado e adrenais. Hepatoesplenomegalia e linfonomegalia, mas podem ocorrer mesmo sem reação e a afecção dos linfonodos causam dor e febre. A falência renal é uma das principais afecções que causam morte nos virchowianos, pois são inúmeras as causas de lesões renais entre elas a glomerulonefrite por complexos imunes, abscessos piogênicos, necrose tubular aguda. A invasão da medula pelo bacilo pode interferir na hematopoiese com anemia. Pacientes que tem eritema nodoso recidivante pode apresentar insuficiência suprarrenal. Pode ocorrer periostite na tíbia de pacientes jovens e virchowianos. A atrofia de testículos pode ser até bilateral com esterilidade e impotência nos virchowianos. As afecções oculares podem ser por invasão primária ou por lesão neural. A primeira pode afetar córnea, conjuntiva, esclera, Iris e a secundária por alteração sensitiva ou motora pode resultar em ceratite, ulcera de córnea e lagofalmo. Os virchowianos ainda podem ter comprometimento das cordas vocais com disфонia (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

5.4 Diagnóstico

A descoberta de um novo caso é essencialmente clínico e epidemiológico. É realizado, portanto, por anamnese, exame geral e dermatoneurológico na busca de alterações na sensibilidade de lesões ou de sinais de comprometimento de nervos periféricos. Inicialmente se realiza a classificação operacional com o intuito de se iniciar precocemente o tratamento mais adequado. Vale lembrar que os indivíduos com mais de um nervo comprometido também é considerado multibacilar. Aos serviços de referencia são encaminhados os casos suspeitos de comprometimento neural sem lesão de pele pela classificação mais difícil (BRASIL, 2016).

A baciloscopia de pele do esfregaço intradermico pode ser usada para a classificação em PB e MB. Sendo o positivo um MB independentemente do numero de lesões. O histopatológico pode ser feito nos casos de duvida em pele profunda (derme e hipoderme). Outros exames são a sorologia anti-PGL-1, imunohistoquímica

e reação em cadeia polimerase (PCR), porém com pouca utilidade clínica (LIMA et al., 2012; RONDONÓPOLIS s.d.; BRASIL, 2014b).

A recidiva consiste no caso de retorno dos sinais e sintomas de doença ativa em pacientes que receberam alta por cura após realizaram o tratamento padronizado e corretamente indicado. Nos pacientes Paucibacilares estas exacerbações não respondem ao tratamento com corticoides e nos paciente multibacilares estas alterações não respondem ao tratamento com talidomida combinada ou não com corticoides. Além disso, nestes a baciloscopia volta a ser positiva em índice igual ou menor ao do momento da cura nos mesmos sítios. Pacientes multibacilares podem ter surtos reacionais além de cinco anos da alta e com índices elevados de bacilos íntegros. (BRASIL, 2016).

5.5 Tratamento

No final de 1940 implementou-se o tratamento para a Hanseníase com o uso das sulfonas. Somente em 1982 que a OMS recomendou a PQT e no Brasil foi adotada em 1991 (LIMA et al., 2012).

O tratamento é realizado em regime ambulatorial nas unidades básicas de saúde ou em hospitais públicos, serviços especializados desde que notificados e seguindo as ações de vigilância. Os serviços de saúde devem fornecer orientação e anticoncepcionais para as mulheres em tratamento ou em episódios reacionais mesmo após termino da poliquimioterapia (PQT) (BRASIL, 2016).

Os esquemas terapêuticos devem ser realizados de forma ambulatorial de acordo com a carga bacilar e peso. Assim, crianças com mais de 50 kg recebem os esquemas para adultos (BRASIL, 2016).

Os PB devem receber dose mensal de Rifampicina e Dapsona que também tem doses diárias. Estes devem usar 6 cartelas em ate 9 meses seguidos e após este prazo recebem alta. A cada dose supervisionada os doentes devem ser submetidos ao exame dermatológico e a avaliação neurológica simplificada. Outros propósitos são identificar reações hansênicas, efeitos colaterais e danos neurais (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016).

Os MB devem realizar doses mensais de Rifampicina, clofazimina e Dapsona. Diariamente realiza doses de Dapsona e Clofazimina que é feita em dias alternados nas crianças. O critério de alta será a realização de 12 doses em até 18 meses com exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e o grau de incapacidade física normais. Se no final do tratamento de 12 cartelas os pacientes ainda apresentarem lesões ativas e sem melhora clínica deverão ser referenciados (BRASIL, 2016).

Nos casos de recidiva e de reinfecção a poliquimioterapia deve ser reestabelecida. Já nos casos de resistência as drogas devem ser outras. A resistência é identificada pela amplificação e sequenciamento das regiões-alvo dos fármacos empregados. (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

5.6 As Reações Hansênicas:

São resultados de exarcebações agudas no balanço imunológico entre hospedeiro e o *M. leprae*. Afetam principalmente pele e nervos, sendo causa de morbidade e incapacidade. Podem ocorrer após ou durante o tratamento. Classificam-se em dois tipos a 1 e a 2 (RIVITTI, 2014).

A Reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR) corresponde ao aumento súbito da imunidade mediada por células, sendo um exemplo de reação de hipersensibilidade tardia ou reação tipo IV. Ocorre em portadores de HIV por volta do terceiro mês do início da terapia antirretroviral. Esta reação caracteriza-se por surgimento de novas lesões, piora das lesões preexistentes que se tornam mais eritematosas, intumescidas, edematosas e infiltradas, com limites mais precisos e pode haver neurite ou espessamento. Piora da hiperestesia ou da parestesia podem ocorrer. Alto risco de comprometimento neural ocorre no surgimento de lesões de pele sobrepostas ao trajeto dos mesmos. Além disto, a neurite aguda pode acarretar deficiência sensorial e motora permanentes e caracteriza-se por intumescimento e dor à palpação ou espontânea nos troncos. Na face o maior temor será o comprometimento dos músculos orbiculares resultando em lagoftalmo (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015; BRASIL, 2014b; SOUZA, 2010).

Os tuberculóides ou dimorfotuberculóides podem ainda ter 2 subtipos de reações tipo I. Um que se instala agudamente com aumento das lesões pré-existentes e outra onde os pacientes sem lesões abrem o quadro com lesão única

(em geral periorifical na face) ou lesões eritematoedematosas numerosas. São conhecidas como hanseníase tuberculóide reacional que costuma ter neurite (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Já a reação tipo 2 ou reação de eritema nodoso hansênico é uma alteração da imunidade humoral, sendo uma reação por complexos imunes ou hipersensibilidade tipo III. Ela acomete principalmente pacientes virchowianos e dimorfovirchowianos. Surgirão pápulas, nódulos e placas eritematosas, dolorosas na pele normal que se distribuem universalmente por todo o corpo e podem ser acompanhadas ou não de febre. Algumas vezes o quadro é de eritema multiforme-símile ou de eritema multiforme. Ocorrem manifestações sistêmicas como mal-estar, hiporexia e manifestações extra-cutâneas como miosite, artralgia, sinovite, dores ósseas, uveíte, epistaxe, edema acrofacial ou generalizado (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015; BRASIL, 2014b; SOUZA, 2010).

As reações Hansênicas podem ser a principal complicação e são as principais causadoras de incapacidades físicas e deficiências permanentes (PIRES CA, et al., 2015).

O tratamento dos estados reacionais é ambulatorial e prescrito e acompanhado pelo médico. Além disso, devem ser consideradas emergências e encaminhadas à referência em até 24 horas. Para iniciar o tratamento necessitamos diferenciar o tipo de reação, avaliar o comprometimento neural, reconhecer fatores de desencadeamento das reações, conhecer as contra-indicações e interações do tratamento. (BRASIL, 2016).

Na reação tipo 1 inicia-se o uso de prednisona na dose de 1mg/kg/dia ou dexametasona 0,15mg/kg/dia em hipertensos ou cardiopatas, imobilizar o membro com neurite, avaliar as funções sensitiva e motora antes do tratamento e reduzir a dose conforme melhora. Na reação tipo 2 a talidomida é a medicação de escolha na dose de 100 a 400 mg por dia dependendo da gravidade do quadro, com associação aos corticóides caso haja comprometimento neural. Neste esquema combinado deve ser feita profilaxia de tromboembolismo com AAS 100mg/dia. (BRASIL, 2016).

5.7 As manifestações neurológicas

As manifestações ocorrem geralmente por alterações sensitivas progressivas nas lesões iniciais. Respectivamente térmicas, dolorosas e táteis. A patogenia ocorre pela invasão do *M. leprae* ao epineuro e assim alcança o endoneuro quando é fagocitado pelas células de Schwann (CS). Neste momento a interação irá levar ao início das reações imunoinflamatórias. Pois as CS apresentarão o antígeno às células T. No polo virchowiano não haverá resposta imune celular específica com grande proliferação bacilar e pequena lesão neural no início da doença. Já no polo tuberculóide o dano neural é precoce pela resposta imune celular precoce, resultando em neuropatia desmielinizante comprometendo as fibras sensitivas, motoras e autonômicas da pele com lesões. A reação inflamatória causará espessamento de nervos dos troncos nervosos, notado à palpação. Esta poderá ser dolorosa e se indolor indicará fibrose (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Os nervos mais acometidos são o cubital, ciático, poplíteo externo, radial, mediano, tibial posterior e auricular. O acometimento neurológico pode existir em qualquer tipo de hanseníase, porém distúrbios motores e tróficos não são observados na forma indeterminada. Assim o teste de sensibilidade é essencial no diagnóstico e deve incluir olhos, mãos e pés. O paciente perderá inicialmente a sensibilidade térmica, depois a dolorosa e finalmente a tátil. Os testes devem ser das sensibilidades térmica (tubos de água à 40°C e temperatura ambiente), dolorosa (estesiômetros), e tátil (algodão seco). O estesiômetro lilás é marcado de sensibilidade protetora e indica precocemente a perda da sensibilidade dolorosa. Na falta de estesiômetros utilizamos leve toque da ponta de uma caneta esferográfica. A sensibilidade térmica é importantíssima para o diagnóstico, pois muitas vezes é a única alterada acompanhada ou não por alterações na cor pele (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015; BRASIL, 2016; OLIVEIRA, 2010).

Os distúrbios motores resumem-se a paralisias e amiotrofias que se localizaram na topografia da inervação de cada nervo. Os nervos mais acometidos nos membros superiores são o radial, o ulnar e o mediano. No comprometimento do nervo cubital existe a lesão do músculo cubital anterior e da musculatura intrínseca da mão, então observamos a extensão das falanges proximais e flexão das terminais do 4º e 5º quirodáctilos (garra cubital), além da depressão dos espaços

intermetacarpianos (amiotrofia dos interósseos) e a retificação da musculatura tênar. A lesão do mediano compromete o restante da musculatura intrínseca da mão, com atrofia da depressão tênar, laterização do polegar e a flexão das falanges do 2º e 3º quirodáctilos. O nervo radial é geralmente o último a ser acometido e é responsável pela musculatura extrínseca e dorsiflexora da mão, causando a “mão caída” (BRASIL, 2014b; AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

A lesão do tibial posterior ocasiona garra dos pododáctilos e úlceras nas áreas de pressão (mal perfurante). O acometimento do ciático poplíteo externo compromete a musculatura dorsiflexora do pé e causará a marcha escarvante. Na paralisia dos ramos do nervo facial poderá ocorrer lagoftalmo e pela lesão do V par diminuição de sensibilidade da córnea e da conjuntiva. Ainda em relação a fibras sensitivas teremos ausência ou redução da sensibilidade nas mãos e na região plantar que podem levar a fissuras, úlceras (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Os distúrbios tróficos mais comuns são o mal perfurante plantar, o panarício analgésico e a reabsorção óssea dos dígitos. Já os distúrbios vasomotores e secretórios mais comuns são a anidrose, perda de pelos e a resposta incompleta à pilocarpina e à histamina (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015).

Os graus de incapacidade física são medidas que mensuram a existência e a intensidade destas alterações: perda da sensibilidade protetora, deformidade visível, lagoftalmo, cegueira. Então, são realizados testes com o conjunto de monofilamentos nos pontos de avaliação de mãos e pés; nos olhos se utiliza fio dental sem sabor; se testa a força dos grupamentos musculares que podem ser afetados na topografia de cada nervo. Isto a fim de detectar a instalação de incapacidades (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016).

Os graus de incapacidade variam de 0 a 2. Os 0 não apresenta problema algum de sensibilidade, o I tem diminuição ou perda da sensibilidade e o grau II apresentará graves incapacidades como lagoftalmo, ectrópio, triquíase, opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 metros, garras, lesões tróficas, reabsorção, mão caída, pé caído (BRASIL, 2016; BRASIL, 2014b; OLIVEIRA, 2010).

5.8 Prevenção de Incapacidades

A principal ação para a prevenção de incapacidades é o diagnóstico precoce. Outro fator indispensável é o tratamento com PQT. Outros fatores relevantes são a educação em saúde, vigilância de contatos, detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites, realização do autocuidado e apoio emocional. Estas medidas devem ser rotinas das unidades de saúde (BRASIL, 2016).

As técnicas de autocuidado fazem parte desta prevenção e devem ser aplicadas e ensinadas nas unidades de saúde durante o acompanhamento do doente e após a alta. Estas técnicas são procedimentos e exercícios que o próprio doente pode realizar regularmente. Fazem parte deste processo a autoinspeção diária, usar proteção nos olhos, nariz, mãos e pés (BRASIL, 2016).

6 Metodologia

A presente pesquisa tem a proposta de ser um Projeto de Intervenção. Assim, tendo em vista o objetivo principal temos que utilizarmos de meios para o levantamento de casos, triagem, classificação clínica de cada paciente e tratamento precoce. A ação se iniciará com um levantamento de prontuários dos casos já diagnosticados em busca de contactantes, pacientes em abandono terapêutico e pacientes com seqüelas. O próximo passo seria a investigação clínica de hanseníase nestes pacientes. Prosseguindo a investigação de casos o próximo passo será a investigação das pessoas que apresentem sintomatologia sugestiva. Com a confirmação de casos poderíamos ter a prevalência atualizada e a mensuração da evolução para a eliminação da doença. Para obtermos os resultados esperados devemos então proceder à instituição do tratamento adequado para termos a quebra da transmissão sendo um segundo passo em busca da eliminação da doença na comunidade.

6.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

A presente pesquisa tem a proposta de ser um Projeto de intervenção. Assim, tendo em vista o objetivo principal temos que nos utilizarmos de meios para a eliminação e erradicação da Hanseníase na área de abrangências da Unidade

Básica de Saúde. Pois, esta área apresenta elevado nível de prevalência da doença, sendo que, entre 2004 e 2016 foram identificados 12 casos na mesma.

6.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Para levar a diante este objetivo inicialmente iremos realizar um levantamento dos casos existentes assim iremos analisar os prontuários familiares, para realizarmos buscas ativas e avaliações direcionadas aos pacientes que são contatos e depois aos que apresentam sinais e sintomas sugestivos. Desta forma, necessitaremos da colaboração do atendente da UBS e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para a análise dos prontuários. Para a etapa seguinte a busca ativa dos contatos com a realização de educação em saúde será realizada pelos ACS nos domicílios. Após isso, utilizaremos das dependências da UBS para a realização de consultas direcionadas ao diagnóstico de casos e para a avaliação dos casos já identificados.

6.3 ETAPAS DA INTERVENÇÃO

| OBJETIVO ESPECÍFICO | ATORES | ETAPAS |
|--|---------------------------------------|---|
| Executar um levantamento dos casos | ACS, atendente da UBS | Avaliação dos prontuários familiares dos casos de portadores |
| Busca de contatos e Educação em saúde para convocação dos casos suspeitos. Fixação de cartazes em locais públicos e confecção de panfletos sobre as formas comuns da doença. | Médico da UBS, ACS | Busca ativa dos contatos e esclarecimento dos mesmos para os sinais de Hanseníase pelos ACS. E educação em saúde para a comunidade. |
| Triagem e avaliação dos contatos, dos pacientes com queixas suspeitas, dos com alta e com suspeita de recidiva ou que tiveram abandono de tratamento. Início precoce do tratamento adequado. | Médico da UBS, Enfermeiro da UBS. | Realização de consultas direcionadas para o diagnóstico de Hanseníase ou de agravos. Com a instituição precoce do tratamento adequado ou encaminhamento dos casos que necessitem. |
| Reduzir agravos relacionados à doença. | Médico da UBS, Enfermeiro da UBS, ACS | Instituição de oficinas de autocuidado. |
| Análise Situacional | Médico da UBS, Enfermeiro da UBS | Levantamento de dados e avaliação da situação da doença na área com a determinação dos índices |

| | | |
|--|--|--|
| | | de infecção. Utilizando todos os dados coletados nas fases anteriores. Análise do percentual de contatos avaliados e dos que realizaram a imunização complementar com BCG. |
|--|--|--|

6.4 MATRIZ DO PLANO DE TRABALHO

| ATIVIDADE | PRAZO | RESPONSÁVEIS | RESULTADOS ESPERADOS |
|--|---|----------------------------|---|
| Avaliação dos prontuários dos casos já existentes | 1 mês (de 29 de março até 29 de abril de 2017) | Atendente da UBS e ACS | Contabilização e identificação de todos os paciente com a doença confirmada e com |
| Busca ativa dos contatos, dos pacientes dos com alta e com suspeita de recidiva ou que tiveram abandono de tratamento. | 1 mês (de 29 de abril de 2017 até 29 de maio de 2017) | ACS e Atendente da UBS | Realização da busca ativa dos pacientes alvo e levando os responsáveis para a UBS com o intuito de realizar o agendamento das consultas nas datas previstas |
| Consultas de triagem voltadas para a análise dermatoneurológica. | 3 meses (de 29 de maio a 29 de agosto de 2017) | Médico e Enfermeiro da UBS | Realizar a avaliação dos pacientes alvo, com a triagem dos agravos e instituição de tratamento adequado, indicação do uso de BCG e de encaminhamento se necessário. |
| Análise Situacional | 1 mês (de 29 de agosto a 29 de setembro) | Médico e Enfermeiro da UBS | Realizar a análise dos dados após a intervenção com determinação de índices de infecção. |

6.5 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA INTERVENÇÃO

| ATIVIDADE | INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO | INDICADORES |
|--|--|---|
| Medir a magnitude da infecção | Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10mil habitantes | Alto: 5,0 a 9,9 por 10 mil hab. Médio: 1,0 a 4,9 por 10 mil hab. Baixo: <1,0 por 10 mil hab |
| Avaliar os casos em risco de desenvolver complicações e para o correto reabastecimento de PQT. | Proporção de casos multibacilares segundo classificação operacional entre o total de casos novos. | Casos de hanseníase multibacilares/Total de casos novos Fator de multiplicação: 100 |
| Medir força de morbidade, magnitude e tendência da endemia. | Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes. | Alto: 10,00 a 19,99 /100 mil hab. Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab. Baixo: <2,00/100 mil hab. |
| Determinar a circulação do patógeno. | Número de infectados menores de 15 anos. | Prevalência em menores de 15 anos menor que 10 por 100 mil habitantes. |
| Medir a capacidade dos serviços em realizar a vigilância de contatos de casos novos de hanseníase. | Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. | Bom: ≥90,0% Regular: ≥75,0a 89,9% Precário: <75,0% |

7 Cronograma

| Atividades | Objetivos | Prazo |
|------------|---|---|
| Ação 1 | Análise de Prontuários | 1 mês (de 29 de março até 29 de abril de 2017) |
| Ação 2 | Busca ativa de contactantes | 1 mês (de 29 de abril de 2017 até 29 de maio de 2017) |
| Ação 3 | Campanha para mobilização de sintomáticos | 3 meses (de 29 de maio a 29 de agosto de 2017) |
| Ação 4 | Análise Situacional | 1 mês (de 29 de agosto a 29 de setembro) |

8 Recursos Necessários

8.1 Recursos Humanos

O projeto inicialmente necessitará de auxílio de funcionário da UBS e de ACS para o levantamento de casos e dos prontuários dos pacientes já diagnosticados. Também participarão do projeto o Enfermeiro da UBS, o Médico da UBS na triagem e elaboração dos índices de infecção. Nas atividades de educação em saúde além dos dois agentes citados há pouco necessitaremos do auxílio dos ACS.

8.2 Recursos Materiais

Necessitaremos de consultório adequado para a triagem dos indivíduos e assim nos utilizaremos das instalações da própria UBS. Nesta etapa utilizaremos estensiómetros, tubos de ensaio com água e algodão para os testes de sensibilidade, fio dental sem sabor, régua, canetas coloridas, além de fichas padronizadas para a avaliação neurológica simplificada e formulário de avaliação do grau de incapacidade física que deverão ser impressas.

9 Resultados Esperados

A redução na incidência de novos casos é a principal expectativa do projeto. No sentido de se erradicar a doença o que depende de manter a condição de eliminação e não ter a circulação do agente (AZULAY, AZULAY, AZULAY-ABULAFIA, 2015). Assim temos também meta de realizarmos diagnósticos precoces com tratamento adequado e realizarmos uma triagem e prevenção dos agravos com a classificação clínica e avaliação dermatoneurológica. Além disso, implementar oficinas que passam conceitos sobre cuidados especiais para prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, C. K; ET AL. **Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 19(2):páginas 155-164, abr-jun 2010.

AZULAY, RUBEM DAVID; AZULAY, DAVID RUBEM; AZULAY-ABULAFIA, LUNA. **Dermatologia** - 6. ed., rev. e atual. - [Reimpr.] - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

BARBIERI CLA.; MARQUES HHS. **Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil.** São Paulo, 2009.

BARBIERI RR, SALES AM, HACKER MA, NERY JA, DUPPRE NC, MACHADO AM, MORAES MO,SARNO EN. **Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil.** *PLoS Negl Trop Dis.* 2016 Oct 12;10(10):e0005059. doi: 10.1371/journal.pntd.0005059.

BRASIL. Ministério da Saúde - Área Técnica de Vigilância e Controle da Hanseníase – **Análise de Situação de Hanseníase em Alagoas.** 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública : manual técnico-operacional [recurso eletrônico].** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** Brasília, 2014b.

BOECHAT, N.; Pinheiro, L. C. S.; **A Hanseníase e a sua Quimioterapia**. Rev. Virtual Quim., 2012, 4 (3), 247-256. Data de publicação na Web: 18 de junho de 2012

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. **Boletim Epidemiológico Hanseníase**. Ceará, 2016.

EIDT, Letícia Maria. **Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira**. Saude soc., São Paulo , v. 13, n. 2, p. 76-88, ago. 2004 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902004000200008&lng=pt&nrm=iso. acessos em 21 jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200008>.

EICHELMANN K.; et al. Lepra: puesta al día. Definición, patogénesis, clasificación, diagnóstico y tratamiento. **Actas Dermo-Sfiliofráficas**, v. 104, p: 554-563, 2013.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 19, n. 2, p:155-164, Brasília, 2010.

FARIA, Drilley Rocha de. et al. **Avaliação De Contatos De Hanseníase**. Barra do Garças, MT, 2013

FIGUEREDO A.P.P. **Hanseníase: do isolamento familiar ao social**. Fundação UNIRG. Tocantis, 2012.

FINE PE, STERNE JA, PONNIGHAUS JM, BLISS L, SAUI J, CHIHANA A, *et al.* **Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in northern Malawi**. Am J Epidemiol 1997 Jul 1;146(1):91-102.

GARCIA, D.R.; IGNOTTI, E.; CORTELA, D.C.B; XAVIER, D.R.; BARELLI, C.S.G.A.P.; Análise espacial dos casos de hanseníase, com enfoque à área de risco, em uma unidade básica de saúde no município de Cáceres (MT). **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 168-172, June 2013 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414462X2013000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200011>.

GOULART IM, GOULART LR. **Leprosy: diagnostic and control challenges for a worldwide disease.** Arch Dermatol Res. 2008;300(6):269-90

IGNOTTI, Eliane et al . **Single lesion as an indicator to monitor the leprosy trend to elimination in hyperendemic areas.** Rev. bras. epidemiol., São Paulo , v. 10, n. 3, p. 421-431, Sept. 2007 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000300013&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000300013>.

JOPLING, W. H.; McDOUGALL, A. C. **Manual de hanseníase.** Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1991, 4a. ed.

LANA, F. C. F. et al. **Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 60, n. 6, Nov./dez. 2007.

LIMA, P.D.; BRITO, L.M.; NASCIMENTO, A.H.; RIBEIRO, E.L.; LEMOS, K.R.M.; ALVES, J.N.; BRANDÃO, L.C.G. **Estudo da prevalência das formas clínicas da hanseníase na cidade de Anápolis-GO. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde,** v. 16, n. 1, p: 55-67. Universidade Anhanguera Campo Grande, Brasil, 2012.

MAGALHÃES M.C.C.; SANTOS, E.S.; QUEIROZ, M.L.; LIMA, M.L.; BORGES, R.C.M; SOUZA, M.S.; RAMOS, A.N. **Migração e hanseníase em Mato Grosso.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v.14 n.3, São Paulo, 2011

MARTINS A.C.C.; et al. **Estudo da mucosa nasal de contatos de hanseníase, com positividade para o antígeno glicolípido fenólico 1. Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.)**, v.76, n.5, São Paulo, 2010.

MENDONÇA et al. **Imunologia da hanseníase. Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 83, n.4, Rio de Janeiro, 2008.

MOET FJ, MEIMA A, OSKAM L, RICHARDUS JH. **Risk Factors for the Development of Clinical Leprosy among Contacts, and their Relevance for Targeted Interventions Leprosy. Review 2004; 75: 310-326.**

MOSCHELLA SL. **An update on the diagnosis and treatment of leprosy. J Am Acad Dermatol.** 2004;51(3):417-26.

MOURA L.T.R.; FERNANDES, TRMO; BASTOS, LDM; LUNA, ICF; MACHADO, LB.. **Hanseníase em menores de 15 anos na cidade de Juazeiro – BA.** 2012.

OLIVEIRA M.E. **Técnica de mapeamento sensitivo por meio da reobase para detecção das alterações sensoriais na hanseníase.** [dissertação de mestrado]. Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos, São Paulo, 2010.

OLIVEIRA S.P. **Acessibilidade ao exame de contato de hanseníase na Estratégia de Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso –Brasil.** Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013.

OPROMOLLA D.V.A. **Diagnóstico de hanseníase. [s.d.].** Disponível em <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoos/PDF/diag_hansen.pdf>. Acesso em: 17/11/16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: período do plano: 2011-2015.** Organização PanAmericana da Saúde, 2010

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global leprosy situation, Weekly Epidemiological Record**, Genebra, 2 de setembro de 2016, no. 35, v. 91, p: 408-420.

PINHO JRR, ANDRADE JUNIOR HF, SCHENBERG AC. **Os diferentes testes cutâneos existentes para acompanhamento de pacientes com hanseníase [Different cutaneous tests for follow-up of leprosy patients].** Hansen Int. 1998;23(1/2):49-52.

PIRES CA, JUCÁ NETO FO, DE ALBUQUERQUE NC, MACEDO GM, BATISTA KDE N, XAVIER MB. **Leprosy Reactions in Patients Coinfected with HIV: Clinical Aspects and Outcomes in Two Comparative Cohorts in the Amazon Region, Brazil.** PLoS Negl Trop Dis. 2015 Jun 1;9(6):e0003818. doi: 10.1371/journal.pntd.0003818. PubMed PMID:26029928;

Portaria Nº 3.125 /Ministério da Saúde de 7 de outubro de 2010.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Linha de Cuidado da Hanseníase.** 2010.

RIVITTI, EVANDRO A. **Manual de Dermatologia clínica de Sampaio e Rivitti** [recurso eletrônico]/ Evandro A. Rivitti- Dados Eletrônicos – São Paulo: Artes Médicas, 2014.

RODRIGUES LC; LOCKWOOD DNJ. **Leprosy now: epidemiology, progress, challenges, and research gaps.** Lancet Infect Dis. 2011;11(6):464-70.

RONDONÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atendimento a hanseníase na Cidade de Rondonópolis – MT.** [s.d.]

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI E. A. **Dermatologia**, 3ª edição, São Paulo, Artes Médicas, 2007

SAVASSI L.C.M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores.** Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Belo Horizonte. Fevereiro, 2010.

SCOLLARD DM, ADAMS LB, GILLIS TP, ET AL. **The continuing challenges of leprosy.** Clin Microbiol Rev. 2006;19(2):338-81.

SINAN. Disponível em: Sistema de Informação de Agravos de Notificação <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/login/login.jsf>>. Acesso em: 11 novembro de 2016

SOUZA W. Doenças negligenciadas. Rio de Janeiro: **Academia Brasileira de Ciências**, 2010.

SUZUKI K.; et al. Current status of leprosy: epidemiology, basic science and clinical perspectives. **J Dermatol.** 2012, v.39.

TAVARES C.M. **A saúde reprodutiva de mulheres portadoras e ex-portadoras de hanseníase em uma capital do Nordeste – Brasil.** [tese de doutorado]. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2014.

VIEIRA, C. S. C. A. et al. **Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. Rev. bras. enferm.**, v.6, n. esp, p. 682-688, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019602005.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

WALKER SL, LOCKWOOD DN. **Leprosy. Clin Dermatol.** 2007;25(2):165-72.

Anexos

Anexo 1- Ficha de Investigação de Recidivas

| MINISTÉRIO DA SAÚDE | |
|---|--|
| SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE | |
| DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS | |
| COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENIASE 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 <input type="checkbox"/> | |
| Nome da Mãe: _____ | |
| Endereço: _____ | |
| Município de Residência: _____ UF _____ | |
| História Anterior | |
| 1. Exame Dermatoneurológico: 1) Sim, 2) Não | |
| Manchas <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> Infiltrações <input type="checkbox"/> N.º De Lesões _____ <input type="checkbox"/> | |
| Outros _____ | |
| 1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não | |
| Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/> | |
| 2. Classificação | 3. Baciloscopia |
| 1)PB 2)MB <input type="checkbox"/> | 1)Positiva Ib _____ <input type="checkbox"/> |
| 1)I, 2)T, 3)D, 4)V, <input type="checkbox"/> | 2)Negativa |
| Data do Diagnóstico ___/___/___ | 3)Não Realizada/Não informada |
| 4. Grau Incapacidade | |
| 0)Zero <input type="checkbox"/> | |
| 1)Um | |
| 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): _____ <input type="checkbox"/> | |
| Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> | |
| Data do Término do Tratamento: ___/___/___ | |
| Observações: _____ | |
| 6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO: | |
| 1) Sim, 2)Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> N.º DE EPISÓDIOS _____ | |
| Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas): _____ | |
| _____ | |
| SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA | |
| 1. Exame Dermatológico 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> | |
| Áreas hipoanestésicas <input type="checkbox"/> | Infiltrações <input type="checkbox"/> |
| Manchas <input type="checkbox"/> | Lesão residual <input type="checkbox"/> |
| Placas <input type="checkbox"/> | Sem lesão cutânea <input type="checkbox"/> |
| Nódulos <input type="checkbox"/> | N.º de lesões _____ <input type="checkbox"/> |
| 1.1 Nervos Acometidos | |
| Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não <input type="checkbox"/> | |
| Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/> | |
| 2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO I / II <input type="checkbox"/> | |
| Conduta Medicamentosa (Drogas usadas): _____ | |
| _____ | |
| 3. Grau De Incapacidade: | |
| 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/> | |

| 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 <input type="checkbox"/> Placas <input type="checkbox"/> Nódulos <input type="checkbox"/> | Infiltrações <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> No De Lesões _____ |
| 1.1 NERVOS ACOMETIDOS 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> | |
| Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não | |
| Auricular <input type="checkbox"/> Ulnar <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Fibular <input type="checkbox"/> Tibial <input type="checkbox"/> | |
| 2. BACILOSCOPIA 1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada IB _____ <input type="checkbox"/> | |
| 3. GRAU DE INCAPACIDADE 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado <input type="checkbox"/> | |
| 4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não <input type="checkbox"/> TIPO I <input type="checkbox"/> TIPO II <input type="checkbox"/> TIPO III <input type="checkbox"/> NEURITES <input type="checkbox"/> Condução Medicamentosa (Drogas usadas) _____ | |
| 5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não | |
| <input type="checkbox"/> Aparecimento súbito e inesperado <input type="checkbox"/> Acompanhados de febre e mal estar <input type="checkbox"/> Aparecimento de várias lesões novas <input type="checkbox"/> Ulceração das lesões <input type="checkbox"/> Envolvimento de muitos nervos <input type="checkbox"/> Boa resposta aos esteroides | <input type="checkbox"/> Lento e insidioso <input type="checkbox"/> Sem febre e mal estar <input type="checkbox"/> Poucas lesões novas <input type="checkbox"/> Sem ulceração <input type="checkbox"/> Nenhum ou algum nervo envolvido <input type="checkbox"/> Resposta não pronunciada aos esteroides |
| 6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: 1) Sim, 2) Não | |
| <input type="checkbox"/> Estado reacional de hanseníase <input type="checkbox"/> Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente) <input type="checkbox"/> Recidiva de hanseníase <input type="checkbox"/> Recidiva e estado reacional de hanseníase <input type="checkbox"/> Suspeita de resistência medicamentosa <input type="checkbox"/> Outros _____ <div style="text-align: center;">(Especificar)</div> | |
| 7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não | |
| DATA ___/___/___ | <input type="checkbox"/> Introduzido medicação anti-reacional <input type="checkbox"/> Introduzida PQT/PB <input type="checkbox"/> Introduzida PQT/MB <input type="checkbox"/> Iniciada investigação para resistência medicamentosa <input type="checkbox"/> Retirado material para inoculação <input type="checkbox"/> Outros _____ <div style="text-align: center;">(Especificar)</div> |
| 8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA | |
| 1)I, 2)T 3)D 4)V <input type="checkbox"/> 1)PB 2)MB <input type="checkbox"/> 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 2- Formulário de Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico e na Alta de PQT

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

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA
NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT**

Nome do paciente: _____

_____ Data de

Nascimento: ___/___/___ SINAN: _____

Ocupação: _____

Município: _____ UF: _____

Data diagnóstico ___/___/___ Classificação Operacional () PB () MB

Data Cura ___/___/___

| Grau | Olhos | | | Mãos | | | Pés | | |
|------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | D | E | | D | E | | D | E |
| 0 | Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual \geq 0,1 ou 6:60 | | | Força muscular das mãos preservadas 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; entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite. 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. | | |
| | MAIOR GRAU OLHOS | (a) | (b) | MAIOR GRAU MÃOS | (c) | (d) | MAIOR GRAU PÉS | (e) | (f) |
| <p>Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: ___/___/___</p> <p>GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= _____</p> <p>(valor de 0-12)</p> <p>Grau de Incapacidades NA ALTA PQT Data da avaliação: ___/___/___</p> <p>GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= _____</p> <p>(valor de 0-12)</p> <hr/> <p>Assinatura e carimbo avaliador:</p> | | | | | | | | | |

Anexo 3- 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




FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ Data Nasc. ___/___/___
 Ocupação: _____ Sexo: M F
 Município _____ Unidade Federada _____
 Classificação Operacional PB B Data início PQT: ___/___/___ Data Alta PQT: ___/___/___

| FACE | 1 ^a / / | | 2 ^a / / | | 3 ^a / / | |
|---|--------------------|---|--------------------|---|--------------------|---|
| 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) | | | | | | |
| Triquiase (S/N) / Ectrópio (S/N) | | | | | | |
| Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N) | | | | | | |
| Opacidade córnea (S/N) | | | | | | |
| Catarata (S/N) | | | | | | |
| Acuidade Visual | | | | | | |







| Membros Superiores | 1 ^a / / | | 2 ^a / / | | 3 ^a / / | |
|---------------------------|--------------------|---|--------------------|---|--------------------|---|
| Palpação de nervos | D | E | D | E | D | E |
| Queixa principal | | | | | | |
| Ulnar | | | | | | |
| Mediano | | | | | | |
| Radial | | | | | | |



Legenda: N = normal E = espessado D = dor

| Avaliação da Força | 1 ^a / / | | 2 ^a / / | | 3 ^a / / | |
|--|--------------------|---|--------------------|---|--------------------|---|
| | D | E | D | E | D | E |
| Abriu dedo mínimo Abdução do 5 ^o dedo (nervo ulnar)  | | | | | | |
| Elevar o polegar Abdução do polegar (nervo mediano)  | | | | | | |
| Elevar o punho Extensão de punho (nervo radial)  | | | | | | |

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado



Inspeção e Avaliação Sensitiva

| 1 ^a / / | | 2 ^a / / | | 3 ^a / / | |
|---|---|---|--|---|---|
| D | E | 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: 



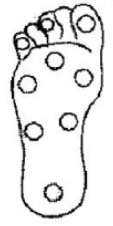
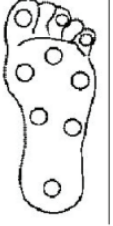
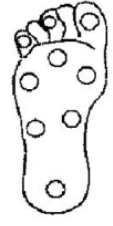

| MEMBROS INFERIORES | | 1ª | / | / | 2ª | / | / | 3ª | / | / |
|--------------------|--|----|---|---|----|---|---|----|---|---|
| Queixa principal | | | | | | | | | | |
| Palpação de nervos | | D | | E | D | | E | D | | E |
| Fibular | | | | | | | | | | |
| Tibial | | | | | | | | | | |



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=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

| 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|--|--|--|--|--|--|
| D | E | 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: 

Anexo 4- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, (COLOCAR O NOME COMPLETO), responsável pela pesquisa “(COLOCAR O NOME DA PESQUISA)”, estou fazendo um convite para você participar como voluntário nesta pesquisa.

I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

1. NOME DA PACIENTE E NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :..... SEXO: ()M ()F

DATA DE NASCIMENTO: /.../.....

ENDEREÇO:.....

...

CIDADE:..... ESTADO:..... CEP:.....

TELEFONE: (.....)

II. DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO : “(COLOCAR O TÍTULO DA PESQUISA)”

III. REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Justificativa e os objetivos da pesquisa: (ESCREVER DE FORMA CLARA E OBJETIVA)

2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos: Será realizada uma entrevista, onde a paciente responderá ao questionário em anexo.

3. Benefícios que poderão ser obtidos:

IV. ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
3. Salvaguardados a confidencialidade, sigilo, privacidade e especificidade, garantindo que os dados obtidos serão utilizados apenas para os objetivos deste estudo.

V. CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa.

Campos Sales, de de 20__

assinatura da paciente (sujeito da pesquisa)

Campos Sales, de de 20 ____

assinatura do pesquisador (carimbo ou nome legível)

Pesquisador responsável: