

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica

Guia de Vigilância Epidemiológica

6ª edição

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília - DF
2005

© 2005. Ministério da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br/bvs

Série A. Normas e Manuais Técnicos

1. ed. 1985; 2. ed. 1986; 3. ed. 1992; 4. ed. 1998; 5. ed. 2002

6ª edição ampliada – 2005 – Tiragem: 2.000 exemplares

Edição e distribuição

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Produção: Núcleo de Comunicação

Endereço

Esplanada dos Ministérios, Bloco G

Edifício Sede do Ministério da Saúde, 1º andar

CEP: 70.058-900, Brasília/DF

E-mail: svs@saude.gov.br

Endereço eletrônico: www.saude.gov.br/svs

Produção editorial

Copidesque/revisão: Napoleão Marcos de Aquino

Projeto gráfico: Fabiano Camilo, Sabrina Lopes

Diagramação: Edite Damásio da Silva, Sabrina Lopes (revisão)

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 6. ed. – Brasília :

Ministério da Saúde, 2005.

816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-1047-6

1. Vigilância epidemiológica. 2. Saúde pública. I. Título. II. Série.

NLM WA 105

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2005/1082

Títulos para indexação

Em inglês: Guide to Epidemiological Surveillance

Em espanhol: Guía de Vigilancia Epidemiológica

HANSENÍASE

CID 10: A30

Características clínicas e epidemiológicas

Descrição

Doença crônica granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Mycobacterium leprae*. Este bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), no entanto poucos adoecem (baixa patogenicidade), propriedades estas que não são função apenas de suas características intrínsecas, mas que dependem, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e grau de endemicidade do meio, entre outros. O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *Mycobacterium leprae*. A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, podem ser consideradas o berço da doença. A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente esse quadro e, hoje, a hanseníase tem tratamento e cura.

Agente etiológico

Bacilo álcool-ácido resistente, *Mycobacterium leprae*. É um parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos.

Reservatório

O homem é reconhecido como a única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados – o tatu, o macaco mangabeí e o chimpanzé. Os doentes multibacilares sem tratamento – hanseníase virchowiana e hanseníase dimorfa – são capazes de eliminar grande quantidade de bacilos para o meio exterior (carga bacilar de cerca de 10 milhões de bacilos presentes na mucosa nasal).

Modo de transmissão

A principal via de eliminação dos bacilos é a aérea superior, sendo que o trato respiratório é a mais provável via de entrada do *Mycobacterium leprae* no corpo. O trato respiratório superior dos pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos) é a principal via de eliminação do *Mycobacterium leprae* encontrada no meio ambiente.

Período de incubação

A hanseníase apresenta longo período de incubação; em média, de dois a sete anos. Há referência a períodos mais curtos, de sete meses, como também de mais de dez anos.

Período de transmissibilidade

Os doentes paucibacilares (indeterminados e tuberculóides) não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença, devido à baixa carga bacilar. Os pacientes multibacilares, no entanto, constituem o grupo contagiante, assim se mantendo enquanto não se iniciar o tratamento específico.

Susceptibilidade e imunidade

Como em outras doenças infecciosas, a conversão de infecção em doença depende de interações entre fatores individuais do hospedeiro, ambientais e do próprio *M. leprae*. Devido ao longo período de incubação, é menos freqüente na infância. Contudo, em áreas mais endêmicas, a exposição precoce, em focos domiciliares, aumenta a incidência de casos nessa faixa etária. Embora acometa ambos os sexos, observa-se predominância do sexo masculino, em uma relação de dois para um.

Aspectos clínicos e laboratoriais

Diagnóstico

Clínico

Os aspectos morfológicos das lesões cutâneas e classificação nas quatro formas clínicas podem ser utilizados nas áreas com profissionais especializados e em investigação científica. Entretanto, a ampliação da cobertura de diagnóstico e tratamento impõe a adoção da classificação operacional, baseada no número de lesões (Quadro 1).

Diferencial

As seguintes dermatoses podem se assemelhar a algumas formas e reações de hanseníase e exigem segura diferenciação: eczemátides, nevo acrômico, pitiríase versicolor, vitiligo, pitiríase rósea de Gilbert, eritema solar, eritrodermias e eritemas difusos vários, psoríase, eritema polimorfo, eritema nodoso, eritemas anulares, granuloma anular, lúpus eritematoso, farmacodermias, fotodermatites polimorfas, pelagra, sífilis, alopecia areata (pelada), sarcoidose, tuberculose, xantomias, hemoblastoses, esclerodermias, neurofibromatose de Von Recklinghausen.

Laboratorial

Exame baciloscópico – pode ser utilizado como exame complementar para a classificação dos casos em MB e PB. Baciloscopia positiva indica hanseníase multibacilar, independentemente do número de lesões.

Exame histopatológico – indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas.

Quadro 1. Sinopse para classificação das formas clínicas da hanseníase

Clínicas	Características		Classificação operacional vigente para a rede pública
	Baciloscópicas	Formas clínicas	
Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemohipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos	Negativa	Indeterminada (HI)	Paucibacilar (PB) até 5 lesões de pele
Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, bem delimitadas, hipo ou anestésicas, com comprometimento de tronco nervoso	Negativa	Tuberculóide (HT)	
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), apresentando alterações de sensibilidade	Positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa	Dimorfa (HD)	Multibacilar (MB) mais de 5 lesões de pele
Eritema e infiltração difusos, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade	Positiva (bacilos abundantes e globias)	Virchowiana (HV)	

Notas:

- Na hanseníase virchowiana, afora as lesões dermatológicas e das mucosas, ocorrem também lesões viscerais.
- As manifestações neurológicas são comuns a todas as formas clínicas. Na hanseníase indeterminada, não há comprometimento de troncos nervosos, não ocorrendo problemas motores. Na hanseníase tuberculóide, o comprometimento dos nervos é mais precoce e intenso.
- Os casos não classificados quanto à forma clínica serão considerados para fins de tratamento como multibacilares.

Tratamento

O tratamento do paciente com hanseníase é indispensável para curá-lo e fechar a fonte de infecção, interrompendo assim a cadeia de transmissão da doença, sendo portanto estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase. O quantitativo dos medicamentos utilizados é calculado com base no número de casos, pela equipe técnica do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, conjuntamente com a assistência farmacêutica, garantindo o tratamento de todos os pacientes.

O tratamento é eminentemente ambulatorial. Nos serviços básicos de saúde, administra-se uma associação de medicamentos, a poliquimioterapia (PQT/OMS). A regularidade do tratamento é fundamental para a cura do paciente. A prevenção de incapacidades é atividade primordial durante o tratamento e, em alguns casos, até mesmo após a alta, sendo parte integrante do tratamento do paciente com hanseníase. Para o paciente, o aprendizado do auto-cuidado é arma valiosa para evitar seqüelas.

Na tomada mensal de medicamentos é feita uma avaliação do paciente, para acompanhar a evolução de suas lesões de pele e comprometimento neural, verificando-se se há presença de neurites ou estados reacionais. Quando necessárias, são orientadas técnicas de prevenção de incapacidades e deformidades, bem como os auto-cuidados que devem diariamente ser realizados, para evitar as complicações da doença, sendo verificada sua correta realização.

O encaminhamento da pessoa com hanseníase para uma unidade de referência somente está indicado quando houver necessidade de cuidados especiais – no caso de intercorrências graves (efeitos colaterais e para qualquer alteração no esquema terapêutico padrão) ou para correção cirúrgica. Nestes casos, após a realização do procedimento indicado, ela deve retornar para o acompanhamento rotineiro em sua unidade básica.

Não é eticamente recomendável tratar o paciente com hanseníase com um só medicamento.

Tratamento quimioterápico

A PQT/OMS mata o bacilo, tornando-o inviável e evita a evolução da doença, prevenindo as incapacidades e deformidades por ela causadas, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento a transmissão da doença é interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença.

A PQT/OMS é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina, com administração associada.

Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre, com frequência, quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença.

É administrada através de esquema-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em paucibacilar e multibacilar. A informação sobre a classificação do doente é fundamental para se selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso.

Para crianças com hanseníase, a dose dos medicamentos do esquema-padrão é ajustada de acordo com a idade. Já no caso de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema-padrão, são indicados esquemas alternativos.

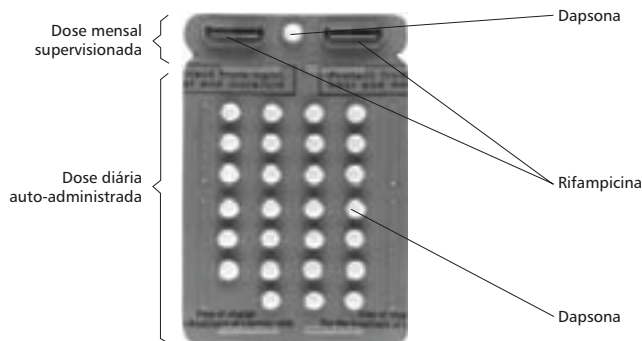
A alta por cura é dada, após a administração do número de doses preconizado, pelo esquema terapêutico.

Esquema paucibacilar (PB) – Pacientes com até 5 lesões de pele

Neste caso, é utilizada uma combinação da rifampicina e dapsona, acondicionadas numa cartela, no seguinte esquema:

- medicação:
 - rifampicina** – uma dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada;
 - dapsona** – uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada;
- duração do tratamento – 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina;
- critério de alta – 6 doses supervisionadas em até 9 meses (Figura 1).

Figura 1. Cartela (PB)

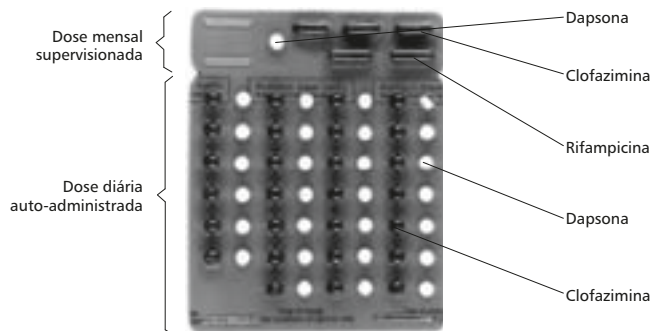


Esquema multibacilar (MB) – Pacientes com mais de 5 lesões de pele

Aqui é utilizada uma combinação da rifampicina, dapsona e clofazimina, acondicionadas numa cartela, no seguinte esquema:

- medicação:
 - rifampicina:** uma dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada;
 - dapsona:** uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada;
 - clofazimina:** uma dose mensal de 300mg (3 cápsulas de 100mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada.
- duração do tratamento: 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina;
- critério de alta: 12 doses supervisionadas em até 18 meses (Figura 2).

Figura 2. Cartela (MB)



Casos multibacilares que iniciam o tratamento, com numerosas lesões e/ou extensas áreas de infiltração cutânea, poderão apresentar regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará melhorando após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns demonstrem pouca melhora e, por isso, poderão necessitar de até 12 doses adicionais de PQT.

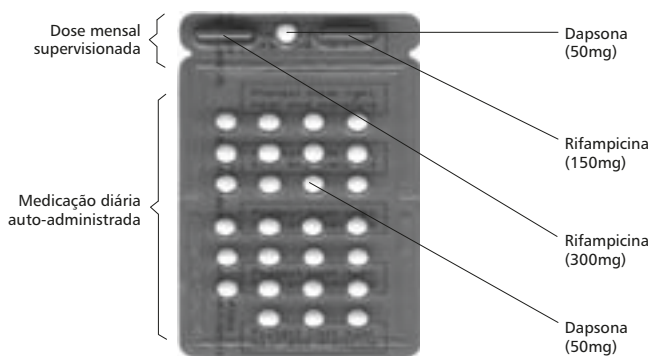
Esquema de tratamento para crianças

Para crianças com hanseníase, as doses de medicamentos dos esquemas paucibacilar e multibacilar são ajustadas de acordo com os seguintes quadros:

Paucibacilar (Figura 3)

Idade em anos	Dapsona (DDS) diária auto-administrada	DDS mensal supervisionada	Rifampicina (RFM) mensal supervisionada
0-5	25mg	25mg	150-300mg
6-14	50-100mg	50-100mg	300-450mg

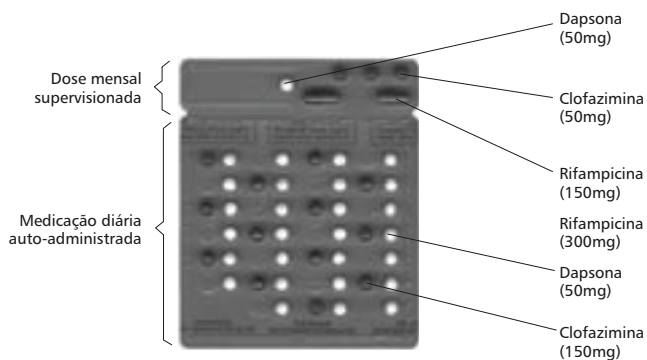
Figura 3. Cartela (PB) para crianças



Multibacilar (Figura 4)

Idade em anos	Dapsona (DDS) diária auto-administrada	Dapsona (DDS) supervisionada	Rifampicina (RFM) mensal supervisionada	Clofazimina	
				Auto-administrada	Supervisionada mensal
0-5	25mg	25mg	50-300mg	100mg/semana	100mg
6-14	50-100mg	50-100mg	300-450mg	150mg/semana	150-200mg

Figura 4. Cartela (MB) para crianças



Esquema alternativo

Medicamento	Classificação	PB, lesão única sem envolvimento de tronco nervoso ¹
Rifampicina		600mg, em dose única, supervisionada
Ofloxacina		400mg, em dose única, supervisionada
Minociclina		100mg, em dose única, supervisionada

¹Este esquema é conhecido como ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina) e deve ser usado exclusivamente para tratar pacientes PB com lesão única, sem envolvimento de troncos nervosos. É recomendado somente para uso em centros de referência.

Prevenção e tratamento de incapacidades físicas

As atividades de prevenção e tratamento de incapacidades não devem ser dissociadas do tratamento PQT/OMS. Desenvolvidas durante o acompanhamento de cada caso, devem ser integradas na rotina dos serviços da unidade de saúde, de acordo com o seu grau de complexidade.

A adoção de atividades de prevenção e tratamento de incapacidades será baseada nas informações obtidas através da avaliação neurológica, no diagnóstico da hanseníase. Estas informações referem-se ao comprometimento neural ou às incapacidades físicas identificadas, as quais merecem especial atenção tendo em vista suas conseqüências na vida econômica e social dos portadores de hanseníase, ou mesmo suas eventuais seqüelas naqueles já curados.

Durante o tratamento PQT/OMS, e em alguns casos após a alta, o profissional de saúde deve ter uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, visando diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações, a fim de prevenir incapacidades e evitar que as mesmas evoluam para deformidades.

Duração do tratamento e critério de alta

O esquema de administração da dose supervisionada deve ser o mais regular possível: de 28 em 28 dias. Porém, se o contato não ocorrer na unidade de saúde no dia agendado, a medicação precisa ser dada mesmo que no domicílio, pois a garantia da administração da dose supervisionada e da entrega dos medicamentos indicados para a automedicação é imprescindível para o tratamento adequado.

A duração do tratamento PQT/OMS deve obedecer aos prazos estabelecidos: de 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina, tomadas em até 9 meses, para os casos paucibacilares, e de 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina, tomadas em até 18 meses, para os casos multibacilares.

A assistência regular ao paciente paucibacilar, na unidade de saúde ou domicílio, é essencial para completar o tratamento em 6 meses. Se, por algum motivo, houver a interrupção da medicação, ela poderá ser retomada em até 3 meses, com vistas a completar o tratamento no prazo de até 9 meses.

Já em relação ao portador da forma multibacilar, que mantiver regularidade no tratamento segundo o esquema preconizado, o mesmo completar-se-á em 12 meses. Havendo a interrupção da medicação está indicado o prazo de 6 meses para continuidade ao tratamento e para que o mesmo possa ser completado em até 18 meses.

Considera-se uma pessoa de alta, por cura, aquela que completa o esquema de tratamento PQT nos seguintes prazos:

- esquema paucibacilar (PB) – 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina, em até 9 meses; mais a sulfona auto-administrada;
- esquema multibacilar (MB) – 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina, em até 18 meses, mais a sulfona auto-administrada e a clofazimina auto-administrada e supervisionada.

O paciente que tenha completado o tratamento PQT/OMS não deverá mais ser considerado como caso de hanseníase, mesmo que permaneça com alguma seqüela da doença. Deverá, porém, continuar a ser assistido pelos profissionais da unidade de saúde, especialmente nos casos de intercorrências pós-alta: reações e monitoramento neural. Em caso de reações pós-alta, o tratamento PQT/OMS não deverá ser reiniciado.

Durante o tratamento quimioterápico deve haver preocupação com a prevenção de incapacidades e deformidades, bem como o atendimento às possíveis intercorrências. Nestes casos, se necessário, o paciente será encaminhado para unidades de referência, para receber o tratamento adequado. Sua internação somente está indicada em intercorrências graves, como efeitos colaterais graves dos medicamentos, estados reacionais graves ou necessidade de correção cirúrgica de deformidades físicas. A internação deve ser feita em hospitais gerais e, após a alta hospitalar, deverá ser dada continuidade ao tratamento na unidade de saúde a qual está vinculado.

Efeitos colaterais dos medicamentos e condutas

Como os medicamentos em geral, aqueles utilizados na poliquimioterapia e no tratamento dos estados reacionais também podem provocar efeitos colaterais. No entanto, os trabalhos bem controlados, publicados na literatura disponível, permitem afirmar que o tratamento PQT/OMS raramente precisa ser interrompido em virtude de efeitos colaterais.

A equipe da unidade básica precisa estar sempre atenta para essas situações, devendo, na maioria das vezes, encaminhar a pessoa à unidade de referência para receber o tratamento adequado.

A seguir, serão apresentados os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na PQT/OMS e no tratamento dos estados reacionais, bem como as principais condutas a serem adotadas para combatê-los. O diagnóstico desses efeitos colaterais é fundamentalmente baseado nos sinais e sintomas por eles provocados.

Efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na PQT

Efeitos colaterais da rifampicina

Cutâneos – rubor de face e pescoço, prurido e rash cutâneo generalizado;

Gastrointestinais – diminuição do apetite e náuseas. Ocasionalmente, podem ocorrer vômitos, diarréias e dor abdominal leve;

Hepáticos – mal-estar, perda do apetite, náuseas, podendo ocorrer também icterícia. São descritos dois tipos de icterícias: a leve ou transitória e a grave, com danos hepáticos importantes. A medicação deve ser suspensa e o paciente encaminhado à unidade de referência se as transaminases e/ou bilirrubinas aumentarem mais de duas vezes o valor normal;

Hematopoéticos – trombocitopenia, púrpuras ou sangramentos anormais, como epistaxes. Podem também ocorrer hemorragias gengivais e uterinas. Nestes casos, o paciente deve ser encaminhado ao hospital;

Anemia hemolítica – tremores, febre, náuseas, cefaléia e às vezes, choque, podendo também ocorrer icterícia leve.

Raramente ocorre uma síndrome “pseudogripal” quando o paciente apresenta: febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaléia, dores ósseas. Este quadro pode evoluir com eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque. Esta síndrome muito rara se manifesta a partir da 2ª ou 4ª dose supervisionada, devido à hipersensibilidade por formação de anticorpos anti-rifampicina, quando o medicamento é utilizado em dose intermitente.

A coloração avermelhada da urina não deve ser confundida com hematúria.

A secreção pulmonar avermelhada não deve ser confundida com escarros hemoptóicos.

A pigmentação conjuntival não deve ser confundida com icterícia.

Efeitos colaterais da clofazimina

Cutâneos – ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose, alteração na coloração da pele e suor. Nas pessoas de pele escura, a cor pode se acentuar; nas pessoas claras, a pele pode ficar com uma coloração avermelhada ou adquirir um tom acinzentado, devido à impregnação e ao ressecamento. Estes efeitos ocorrem mais acentuadamente nas lesões hansênicas e regridem, muito lentamente, após a suspensão do medicamento;

Gastrointestinais – diminuição da peristalse e dor abdominal, devido ao depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e linfonodos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. Estes para-efeitos poderão ser encontrados com maior frequência na utilização de doses de 300mg/dia por períodos prolongados, superiores a 90 dias.

Efeitos colaterais da dapsona

Cutâneos – síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia;

Hepáticos – icterícias, náuseas e vômitos;

Hemolíticos – tremores, febre, náuseas, cefaléia, às vezes choque, podendo também ocorrer icterícia leve, metaemoglobinemia, cianose, dispnéia, taquicardia, cefaléia, fadiga, desmaios, náuseas, anorexia e vômitos.

Outros efeitos colaterais raros podem ocorrer, tais como insônia e neuropatia motora periférica.

Efeitos colaterais dos medicamentos utilizados nos episódios reacionais

Efeitos colaterais da talidomida

- teratogenicidade;
- sonolência, edema unilateral de membros inferiores, constipação intestinal, secura de mucosas e, mais raramente, linfopenia;
- neuropatia periférica, não comum entre nós, pode ocorrer em doses acumuladas acima de 40g, sendo mais freqüente em pacientes acima de 65 anos de idade.

Efeitos colaterais dos corticosteróides

- hipertensão arterial;
- disseminação de infestação por *Strongyloides stercoralis*;
- disseminação de tuberculose pulmonar;
- distúrbios metabólicos: redução de sódio e potássio, aumento das taxas de glicose no sangue, alteração no metabolismo do cálcio, levando à osteoporose e à síndrome de Cushing;
- gastrointestinais: gastrite e úlcera péptica;
- outros efeitos: agravamento de infecções latentes, acne cortisonica e psicoses.

Condutas gerais em relação aos efeitos colaterais dos medicamentos

A equipe de saúde deve estar sempre atenta para a possibilidade de ocorrência de efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na PQT e no tratamento dos estados reacionais, devendo realizar imediatamente a conduta adequada.

Condutas no caso de náuseas e vômitos incontroláveis

- suspender o tratamento;
- encaminhar o paciente para a unidade de referência;
- solicitar exames complementares, para realizar diagnóstico diferencial com outras causas;
- investigar e informar à unidade de referência se estes efeitos ocorrem após a ingestão da dose supervisionada de rifampicina, ou após as doses auto-administradas de dapsona.

Condutas no caso de icterícia

- suspender o tratamento se houver alteração das provas de função hepática, com valores superiores a duas vezes os normais;
- encaminhar o paciente à unidade de referência;
- fazer a avaliação da história pregressa: alcoolismo, hepatite e outras doenças hepáticas;
- solicitar exames complementares necessários para realizar diagnóstico diferencial;
- investigar se a ocorrência deste efeito está relacionada com a dose supervisionada de rifampicina ou com as doses auto-administradas de dapsona.

Condutas no caso de anemia hemolítica

- suspender o tratamento;
- encaminhar o paciente à unidade de referência ou ao hematologista para avaliação e conduta;
- investigar se a ocorrência deste efeito está relacionada com a dose supervisionada de rifampicina ou com as doses auto-administradas de dapsona.

Condutas no caso de metaemoglobinemia

- leve – suspender o medicamento e encaminhar o paciente para unidade de referência; observar, pois geralmente ela desaparece, gradualmente, com a suspensão do medicamento;
- grave – encaminhar para internação hospitalar.

Condutas no caso de síndrome pseudogripal

- suspender a rifampicina imediatamente, encaminhar o paciente para unidade de referência e avaliar a gravidade do quadro;
- nos quadros leves, administrar anti-histamínico, antitérmico e deixar o paciente sob observação por, pelo menos, 6 horas;
- nos casos moderados e graves, encaminhar o paciente à unidade de referência para administrar corticosteróides (hidrocortisona, 500mg/250ml de soro fisiológico – 30 gotas/minuto, via intravenosa) e, em seguida, (prednisona via oral, com redução progressiva da dose até a retirada completa.

Condutas no caso de efeitos cutâneos provocados pela clofazimina – prescrever a aplicação diária de óleo mineral ou creme de uréia, após o banho, e orientar para evitar a exposição solar, a fim de minimizar esses efeitos.

Condutas no caso de farmacodermia leve até síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia provocados pela dapsona – interromper definitivamente o tratamento com a dapsona e encaminhar o paciente à unidade de referência.

Condutas no caso de efeitos colaterais provocados pelos corticosteróides

- observar as precauções ao uso de corticosteróides;
- encaminhar imediatamente à unidade de referência.

Ao referenciar a pessoa em tratamento para outro serviço, envie, por escrito, todas as informações disponíveis: quadro clínico, tratamento PQT, resultados de exames laboratoriais (baciloscopia e outros) número de doses tomadas, se apresentou episódios reacionais, qual o tipo, se apresentou ou apresenta efeito colateral a alguma medicação, causa provável do quadro, etc.

Situações especiais

Hanseníase e gravidez

As alterações hormonais da gravidez causam diminuição da imunidade celular, fundamental na defesa contra o *Mycobacterium leprae*. Portanto, é comum que os primeiros sinais de hanseníase, em uma pessoa já infectada, apareçam durante a gravidez e no puerpério, quando também podem ocorrer os estados reacionais e os episódios de recidivas.

A gestação, nas mulheres portadoras de hanseníase, tende a apresentar poucas complicações, exceto pela anemia, comum em doenças crônicas.

A gravidez e o aleitamento materno não contra-indicam a administração dos esquemas de tratamento poliquimioterápico da hanseníase, que são seguros tanto para a mãe como para a criança. Algumas drogas são excretadas pelo leite, mas não causam efeitos adversos. Os recém-nascidos, porém, podem apresentar a pele hiperpigmentada pela clofazimina, ocorrendo a regressão gradual da pigmentação após a parada da PQT/OMS.

Hanseníase e tuberculose

Em vista da alta incidência de tuberculose no país recomenda-se especial atenção aos seus sinais e sintomas, antes e durante o tratamento de hanseníase, a fim de evitar cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes à rifampicina.

Na vigência de tuberculose e hanseníase, a rifampicina deve ser administrada na dose requerida para tratar tuberculose, ou seja, 600mg/dia. Os demais medicamentos (clofazimina e dapsona) permanecem em igual dose ao esquema padrão PQT/OMS.

Hanseníase e aids

A rifampicina na dose utilizada para tratamento da hanseníase (600mg/mês) não interfere nos inibidores de protease utilizados no tratamento de pacientes com aids. Portanto, o esquema PQT/OMS padrão não deve ser alterado nesses doentes.

Acompanhamento das intercorrências pós-alta

O acompanhamento dos casos pós-alta consiste no atendimento às possíveis intercorrências que possam ocorrer com as pessoas que já concluíram o tratamento PQT/OMS.

As pessoas que apresentarem intercorrências pós-alta deverão ser tratadas na unidade básica de saúde, por profissional de saúde capacitado, ou em uma unidade de referência ambulatorial, por médico treinado. Somente os casos graves, bem como os que apresentarem reações reversas graves, deverão ser encaminhados para hospitalização. É importante diferenciar um quadro de estado reacional de um caso de recidiva. No caso de estados reacionais, a pessoa deverá receber tratamento anti-reacional, sem reiniciar, porém, o tratamento PQT/OMS. No caso de recidiva, o tratamento PQT/OMS deve ser reiniciado.

É considerado um caso de recidiva aquele que completar com êxito o tratamento PQT/OMS e que depois venha, eventualmente, desenvolver novos sinais e sintomas da doença.

A maior causa de recidivas é o tratamento PQT/OMS inadequado ou incorreto. O tratamento, portanto, deverá ser repetido integralmente, de acordo com a classificação paucibacilar ou multibacilar. Deve haver a administração regular dos medicamentos pelo tempo estipulado no esquema.

Nos paucibacilares, muitas vezes é difícil distinguir a recidiva da reação reversa. No entanto, é fundamental que se faça a identificação correta da recidiva. Quando se confirmar uma recidiva, após exame clínico e baciloscópico, a classificação do doente deve ser criteriosamente reexaminada para que se possa reiniciar o tratamento PQT/OMS adequado.

Nos multibacilares, a recidiva pode manifestar-se como uma exacerbação clínica das lesões existentes e com o aparecimento de lesões novas. Quando se confirmar a recidiva, o tratamento PQT/OMS deve ser reiniciado.

No caso de recidiva, a suspensão da quimioterapia dar-se-á quando a pessoa em tratamento tiver completado as doses preconizadas, independente da situação clínica e baciloscópica, e significa, também, a saída do registro ativo, já que não mais será computada no coeficiente de prevalência.

Características	Reação adversa	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 vêm acompanhados de febre e mal-estar
Lesões antigas	Algumas, ou todas, se tornam eritematosas, brilhantes e consideravelmente inchadas, com infiltração	Algumas podem apresentar bordas eritematosas
Lesões novas	Em geral, várias	Poucas, ex.: hansenomas, placas, etc.
Ulceração	Muitas vezes as lesões se agravam e ficam ulceradas	Raramente há ulcerações
Regressão	Com descamação	Não há descamação
Envolvimento dos nervos	Muitos nervos podem estar envolvidos rapidamente ocorrendo dor, alteração da sensibilidade e perturbações motoras	Pode ocorrer em um único nervo. Perturbações motoras ocorrem muito lentamente
Resposta aos corticosteróides	Excelente	Não pronunciada

Fonte: Adaptação do *Manual para o Controle da Lepra*, OMS, 2ª ed.

Episódios reacionais ou estados reacionais ou reações hansênicas

São reações do sistema imunológico do doente ao *Mycobacterium leprae*. Apresentam-se através de episódios inflamatórios agudos e subagudos. Podem acometer tanto os casos paucibacilares como os multibacilares.

Os estados reacionais ocorrem, principalmente, durante os primeiros meses do tratamento quimioterápico da hanseníase, mas também podem ocorrer antes ou depois do mesmo, nesse caso após a cura do paciente. Quando ocorrem antes do tratamento, podem induzir ao diagnóstico da doença. Os principais fatores potencialmente desencadeantes dos episódios reacionais são a gestação, as infecções concorrentes e o estresse físico ou psicológico.

Os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Portanto, é importante que o diagnóstico dos mesmos seja feito precocemente, para se dar início imediato ao tratamento, visando prevenir essas incapacidades.

O diagnóstico dos estados reacionais é realizado através do exame físico, dermatoneurológico do paciente.

A identificação dos mesmos não contra-indica o início do tratamento (PQT/OMS). Se os estados reacionais aparecerem durante o tratamento, este não deve ser interrompido, mesmo porque reduz significativamente a frequência e a gravidade dos mesmos. Se forem observados após o tratamento, não é necessário reiniciá-lo.

Deve-se ficar atento para que os estados reacionais pós-alta, comuns nos esquemas de tratamento quimioterápico de curta duração, não sejam confundidos com os casos de recidiva da doença.

Os estados reacionais ou reações hansênicas podem ser de dois tipos: reação tipo 1 ou reação reversa e reação tipo 2.

- **Reação tipo 1 ou reação reversa** – quadro clínico que se caracteriza por apresentar novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites).
- **Reação tipo 2** – sua manifestação clínica mais freqüente é o eritema nodoso hansênico (ENH), que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal-estar generalizado. Geralmente, as lesões antigas permanecem sem alteração.

A seguir, será apresentado um quadro síntese das reações hansênicas (tipos 1 e 2) em relação à classificação operacional da hanseníase: os casos paucibacilares e multibacilares.

Episódios reacionais	Tipo 1 – Reação reversa	Tipo 2 – Eritema nodoso hansênico (ENH)
Formas clínicas	Paucibacilar	Multibacilar
Início	Antes do tratamento PQT ou nos primeiros 6 meses do tratamento Pode ser a primeira manifestação da doença	Pode ser a primeira manifestação da doença Pode ocorrer durante ou após o tratamento com PQT
Causa	Processo de hiper-reatividade imunológica, em resposta ao antígeno (bacilo ou fragmento bacilar)	Processo de hiper-reatividade imunológica, em resposta ao antígeno (bacilo ou fragmento bacilar)
Manifestações clínicas	Aparecimento de novas lesões que podem ser eritemato-infiltradas (aspecto erisipelóide) Reagudização de lesões antigas Dor espontânea nos nervos periféricos. Aumento ou aparecimento de áreas hipo ou anestésicas	As lesões preexistentes permanecem inalteradas Há aparecimento brusco de nódulos eritematosos, dolorosos à palpação ou até mesmo espontaneamente, que podem evoluir para vesículas, pústulas, bolhas ou úlceras
Comprometimento sistêmico	Não é freqüente	É freqüente Apresenta febre, astenia, mialgias, náuseas (estado toxêmico) e dor articular
Fatores associados	Edema de mãos e pés Aparecimento brusco de mão em garra e pé caído	Edema de extremidades Irite, epistaxes, orquite, linfadenite Neurite. Comprometimento gradual dos troncos nervosos
Hematologia	Pode haver leucocitose	Leucocitose, com desvio à esquerda, e aumento de imunoglobulinas Anemia
Evolução	Lenta Podem ocorrer seqüelas neurológicas e complicações, como abscesso de nervo	Rápida O aspecto necrótico pode ser contínuo, durar meses e apresentar complicações graves

Se o estado reacional for identificado no diagnóstico da hanseníase, deve-se iniciar o tratamento PQT/OMS juntamente com o tratamento para a reação.

Se o estado reacional for identificado durante o tratamento PQT/OMS, deve-se mantê-lo e iniciar o tratamento específico para a reação.

Se o estado reacional for identificado no pós-alta, o tratamento PQT/OMS não deve ser reiniciado: deve-se fazer apenas o tratamento para a reação.

O tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial, devendo ser prescrito e supervisionado por médico.

Em casos de estados reacionais graves, avaliar a necessidade de internação hospitalar, principalmente na primeira semana do tratamento.

Medidas recomendadas para tratamento da reação Tipo 1 – reação reversa

- Se o doente estiver sob tratamento quimioterápico, mantenha-o sem modificação, exceto se apresentar efeitos colaterais graves.
- Prescrever corticosteróide: prednisona – 1 a 2mg/kg/dia, conforme avaliação clínica.
- Manter a dose inicial da prednisona até a regressão clínica do quadro reacional.
- Reduzir a dose do medicamento, em intervalos fixos e quantidade predeterminada, conforme avaliação clínica e tabela a seguir:

Exemplo da utilização de prednisona para tratamento de estados reacionais, em doente com 60 kg e com episódio reacional:

60mg/dia	até a regressão clínica
50mg/dia	
40mg/dia	
30mg/dia	
25mg/dia	15 dias
20mg/dia	
15mg/dia	
10mg/dia	
5mg/dia	

- Retornar à dose imediatamente anterior, em caso de agravamento do quadro clínico.

Devem ser tomadas algumas precauções na utilização da prednisona: registrar o peso, a pressão arterial e a taxa de glicose no sangue, para controle e observação dos efeitos colaterais do medicamento; fazer o tratamento antiparasitário, com medicamento específico para *Strongyloides stercoralis*, prevenindo a disseminação sistêmica desse parasita. Exemplo: tiabendazol na dose de 50mg/kg/dia, durante 2 dias, ou 1,5 g/dose única.

Medidas recomendadas para tratamento da reação Tipo 2 – eritema nodoso hansênico (ENH)

Como previsto na Lei nº 10.651, de 16/4/2003, para utilizar-se a talidomida no tratamento de hanseníase em mulheres em idade fértil faz-se necessário orientar sobre os efeitos teratogênicos da droga e assegurar a contracepção.

- Se o doente estiver sob tratamento poliquimioterápico, mantenha-o sem modificação, exceto se estiver apresentando efeitos colaterais graves.
- Prescrever talidomida: de 100 a 400mg/dia, conforme a intensidade do quadro.
- Manter a dose inicial até a regressão clínica do quadro reacional.
- Em casos com comprometimento neural, introduzir corticosteróides, segundo o esquema já referido, imobilizar o segmento afetado e programar ações de prevenção de incapacidades.

- Deverá ser indicada a utilização da prednisona – no mesmo esquema estabelecido na reação Tipo 1 – quando ocorrer reação Tipo 2 nas seguintes situações:
 - › mulheres em idade fértil;
 - › comprometimento neural;
 - › irite ou iridociclite;
 - › orquiepididimite;
 - › mãos e pés reacionais;
 - › nefrite;
 - › eritema nodoso necrotizante;
 - › vasculite (fenômeno de Lúcio).

Deve-se levar em consideração a gravidade intrínseca de cada quadro clínico e a necessidade de outras medidas terapêuticas, tal como encaminhamento para cirurgia.

Casos de cronicidade da reação Tipo 2, subintrante ou com complicações graves, devem ser encaminhados para centro de referência.

Aspectos epidemiológicos

A hanseníase é doença de notificação compulsória em todo o território nacional, sendo objeto de atuação na saúde pública devido à sua magnitude, e potencial incapacitante e por acometer a faixa etária economicamente ativa.

Seu potencial incapacitante deve ser combatido com PQT/OMS adequada e instituição de técnicas de prevenção de incapacidades.

No Brasil, apesar da redução na taxa de prevalência observada, de 19 para 4,52 doentes em cada 10 mil habitantes, no período de 1985 a 2003, a hanseníase ainda constitui problema de saúde pública que exige uma vigilância resolutiva.

Desde 1985, o país vem reestruturando suas ações voltadas para este problema. Em 1999, ratificou o compromisso de eliminar a hanseníase até 2005, quando se objetiva alcançar o índice nacional de menos de um doente em cada 10 mil habitantes e, até 2010, sustentar os níveis de eliminação nos estados e conquistá-los em cada município.

O mapa e os gráficos a seguir ilustram o grau de endemicidade das diferentes unidades federadas e macrorregiões e a série histórica referente à prevalência e detecção de casos novos de hanseníase no período.

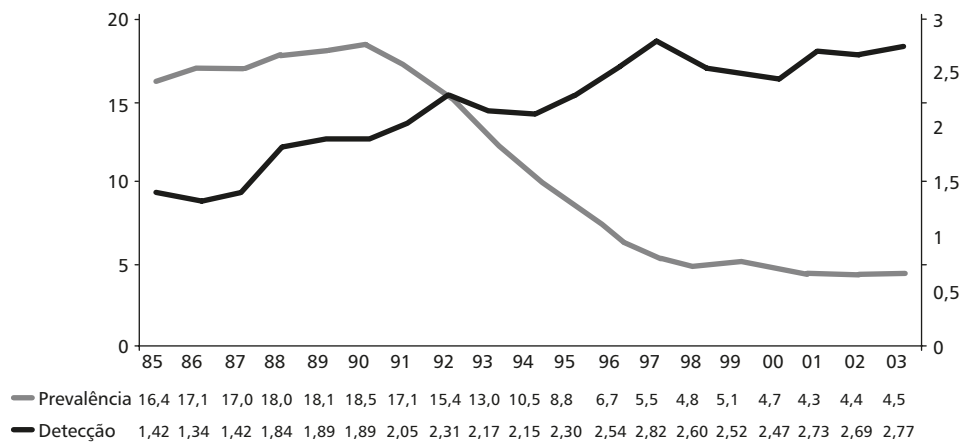
Em que pesem todos os esforços realizados para se alcançar a eliminação da hanseníase ainda é necessário buscar impactar sua transmissão, observada na taxa de detecção anual de casos novos.

Prevalência de hanseníase segundo unidades da Federação. Brasil, 2005*



*Dados até 31/3/2004
 Fonte: Sinan/SUS/ATDS/SES/IBGE

Hanseníase – coeficientes anuais de detecção e prevalência (por 10 mil hab.).
 Brasil, 1985-2003



Fonte: SVS/MS

Coeficientes de prevalência e de detecção da hanseníase segundo macrorregião.
 Brasil, 2003*

Macrorregião	Prevalência		Deteção	
	Nº	Coef./10 mil	Nº	Coef./10 mil
Brasil	79.908	4,52	49.026	2,77
Norte	15.764	11,44	10.488	7,61
Nordeste	33.234	6,73	17.380	3,52
Sudeste	18.079	2,40	10.917	1,45
Centro-Oeste	10.783	8,75	8.057	6,54

Fonte: Sinan/ATDS/SES

*Dados atualizados em 31/3/2004

Vigilância epidemiológica

Objetivos

- Detectar e tratar precocemente os casos novos, para interromper a cadeia de transmissão e prevenir as incapacidades físicas.
- Realizar exames dermatoneurológicos de todos os contatos de casos de hanseníase com o objetivo de detectar novos casos e iniciar o tratamento o mais precocemente possível, evitando a ocorrência de novos casos.
- Reduzir a morbidade da doença para menos de 1 doente por 10 mil habitantes – meta de eliminação proposta pela OMS.

Os objetivos do Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase são:

- eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até 2005, descentralizando os serviços de diagnóstico e tratamento para a rede básica de saúde, ampliando o acesso e promovendo a universalização da cura.
- ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento nos municípios de maior endemicidade, para acelerar o processo de eliminação da hanseníase.
- promover e apoiar o processo de educação permanente, habilitando os profissionais de saúde para as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento da hanseníase.
- mobilizar a sociedade civil para a promoção do conhecimento sobre os sinais iniciais da hanseníase e dos locais de acesso ao diagnóstico e tratamento.
- assegurar, nas unidades de saúde, tratamento completo para as formas paucibacilares e multibacilares.
- ampliar a oferta de procedimentos de reabilitação física aos pacientes portadores de incapacidades/deforridades decorrentes da doença.

Definição de caso

Uma pessoa que apresente uma ou mais de uma das seguintes características e que requer poliquimioterapia:

- lesão(ões) de pele, com alteração de sensibilidade;
- acometimento de nervo(s) com espessamento neural;
- baciloscopia positiva.

Notificação

Concluído o diagnóstico da doença, o caso deve ser notificado ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, através de uma ficha de notificação/investigação do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

Descoberta de casos

A descoberta de casos de hanseníase pode ocorrer por detecção passiva ou ativa.

A detecção passiva acontece na própria unidade de saúde, durante as atividades gerais de atendimento à população. Nessas situações há uma busca sistemática de portadores da doença, pela equipe da unidade de saúde.

Há duas situações onde pode ocorrer a detecção passiva: na demanda espontânea da população para os serviços da unidade de saúde, em que poderá haver casos com sinais e sintomas dermatológicos e/ou neurológicos, e nos encaminhamentos feitos por outras unidades de saúde, para confirmação diagnóstica da doença - casos com suspeita de hanseníase. Nestas situações é realizado o exame dermatoneurológico, para confirmar ou não o diagnóstico de hanseníase.

Entende-se por detecção ativa de casos de hanseníase a busca sistemática de doentes, pela equipe da unidade de saúde, por meio das seguintes atividades:

- investigação epidemiológica de um caso conhecido (exame de contatos);
- exame das pessoas que demandam espontaneamente os serviços gerais de unidade de saúde por outros motivos que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos;
- exame de grupos específicos – em prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem a exames periódicos, etc.;
- mobilização da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta prevalência da doença, para que as pessoas demandem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas suspeitos.

Em todas essas situações deve ser realizado o exame dermatoneurológico para o diagnóstico de hanseníase.

Visando o diagnóstico precoce, deve-se intensificar a busca ativa de doentes através do exame de todos os contatos do caso diagnosticado e das outras formas de detecção ativa.

Existem condições importantes para que o diagnóstico da hanseníase seja feito precocemente, referentes à população, às unidades de saúde e aos profissionais de saúde:

- a população deve conhecer os sinais e sintomas da doença e deve estar informada de que a hanseníase tem cura. Deve estar informada, também, sobre o tratamento e estar motivada a buscá-lo nas unidades de saúde de seu município;
- as unidades de saúde devem ter seus serviços organizados para desenvolver as atividades de controle da hanseníase, garantindo o acesso da população aos mesmos;
- os profissionais de saúde devem estar capacitados para reconhecer os sinais e sintomas da doença, isto é, para diagnosticar e tratar os casos de hanseníase;
- os profissionais de saúde devem estar capacitados para realizar ações de promoção de saúde.

A descoberta de casos novos implica o cumprimento dos seguintes passos: suspeição diagnóstica da hanseníase, confirmação diagnóstica, tratamento poliquimioterápico do caso e investigação epidemiológica (exame de contatos) do caso identificado.

Primeiras medidas a serem adotadas

Assistência ao paciente

Tratamento específico – o tratamento da hanseníase é eminentemente ambulatorial. O esquema terapêutico utilizado é a PQT/OMS. Os medicamentos devem estar disponíveis em todas as unidades de saúde de municípios endêmicos. A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas, segundo o esquema terapêutico administrado.

Prevenção e tratamento de incapacidades físicas – todos os casos de hanseníase, independentemente da forma clínica, deverão ser avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico e, no mínimo, uma vez por ano, inclusive na alta por cura. Toda atenção deve ser dada ao diagnóstico precoce do comprometimento neural. Para tanto, os profissionais de saúde e pacientes devem ser orientados para uma atitude de vigilância do potencial incapacitante da hanseníase. Tal procedimento deve ter em vista o tratamento adequado para cada caso e a prevenção de futuras deformidades. Essas atividades não devem ser dissociadas do tratamento quimioterápico, estando integradas na rotina dos serviços de acordo com o grau de complexidade dos mesmos.

Roteiro para investigação epidemiológica

A partir do diagnóstico de um caso de hanseníase deve ser feita, de imediato, a sua investigação epidemiológica.

Algumas características de um caso suspeito:

- uma ou mais lesões de pele com alteração de sensibilidade;
- perda de sensibilidade nas mãos ou pés;
- um ou mais nervos periféricos espessados;
- nervos doloridos;
- câimbra e/ou formigamento.

Para a descoberta de casos é fundamental que se divulgue junto à população os sinais e sintomas da doença e a existência de tratamento e cura para a hanseníase. Os materiais educativos e os meios de comunicação devem utilizar linguagem compreensível à comunidade, considerando a sua realidade sociocultural.

A investigação epidemiológica tem o objetivo de romper a cadeia epidemiológica da doença, procurando identificar a fonte de contágio do doente e descobrir novos casos de hanseníase entre as pessoas que com ele convivem no mesmo domicílio (contatos intradomiciliares do doente), bem como prevenir a contaminação de outras pessoas. As pessoas que vivem com o doente de hanseníase correm maior risco de serem contaminadas do que a população em geral. Por isso, a vigilância de contatos intradomiciliares é muito importante.

Considera-se como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos.

A vigilância de contatos, portanto, compreende a busca sistemática de novos casos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente, a fim de que sejam adotadas medidas de prevenção em relação às mesmas: o diagnóstico e o tratamento precoces.

Uma vez identificados, os contatos do portador de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico e se o diagnóstico de hanseníase for confirmado devem receber o tratamento específico.

Os contatos devem receber informações sobre a doença e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de seus sinais e sintomas, devendo, neste caso, procurar a unidade de saúde.

Vacinação BCG (bacilo de Calmette-Guërin)

Recomendações

- A aplicação de duas doses da vacina BCG-ID a todos os contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase, independentemente de serem PB ou MB.
- A aplicação da 1ª dose da vacina está condicionada à realização do exame dermatoneurológico; se já existir a cicatriz por BCG-ID, essa deve ser considerada como primeira dose, independente da época em que foi aplicada.
- A vacina BCG será administrada na dose de 0,1ml, sem necessidade de prova tuberculínica prévia.
- A aplicação da vacina será efetuada por via intradérmica, no braço direito, na altura da inserção inferior do músculo deltóide. Essa localização permite a fácil verificação da cicatriz e limita as reações ganglionares à região axilar.
- A segunda dose deverá ser feita seis meses após a aplicação da primeira, próximo ao local da 1ª aplicação, para mais fácil reconhecimento.
- Todo contato deve receber orientação no sentido de que não se trata de vacina específica para a hanseníase e que, prioritariamente, esta é destinada ao grupo de risco, contatos intradomiciliares. Em alguns casos, o aparecimento de sinais clínicos de hanseníase logo após a vacinação pode estar relacionado com o aumento da resposta imunológica, em indivíduo anteriormente infectado.

Análise de dados

Para a operacionalização e eficácia da vigilância epidemiológica da hanseníase na obtenção e fornecimento de informações fidedignas e atualizadas sobre a doença, seu comportamento epidemiológico e atividades de controle faz-se necessário um sistema de informação efetivo e ágil.

O sistema de informação é componente fundamental da vigilância epidemiológica, subsidiando-a na tomada de decisão de planejamento das atividades de controle da doença, bem como na sua execução: informação – decisão – ação.

Cada unidade de saúde deve manter um arquivo organizado com a definição do fluxo das informações, atribuição de responsabilidades, prazos e periodicidade.

As informações geradas são úteis para o diagnóstico e análise da situação de saúde da população e para o processo de planejamento (identificação de prioridades, programação

de atividades, alocação de recursos, avaliação das ações). Portanto, é necessário que todos os profissionais de saúde, bem como a comunidade, tenham acesso a essas informações.

Acompanhamento de casos

Informações relativas ao acompanhamento dos casos são úteis para a avaliação da efetividade do tratamento e para o monitoramento da prevalência da doença. Essas informações devem ser registradas nas unidades de saúde (no prontuário do doente e na ficha de acompanhamento do caso) e enviadas ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior através de relatório de acompanhamento do caso. O fluxo e a periodicidade no envio dessas informações devem ser estabelecidos pela unidade federada, em conformidade com os procedimentos preconizados para o sistema de informação.

A partir dessas informações, são construídos indicadores epidemiológicos e operacionais indispensáveis à análise epidemiológica da doença, acompanhamento, avaliação operacional do programa de controle da hanseníase e planejamento de suas ações.

É importante atentar para uma organização específica que possibilite a verificação, no mínimo, semanal dos dados relativos ao seguimento das pessoas portadoras da doença e de seus contatos.

Os faltosos devem ser precocemente identificados para os procedimentos de busca, bem como os contatos intradomiciliares para exames dermatoneurológicos.

As pessoas que já completaram o tratamento, segundo as normas técnicas, devem ser retiradas do registro ativo através da **alta por cura**.

Deve ser dada saída administrativa aos doentes paucibacilares que abandonaram o tratamento e que tenham permanecido no registro ativo por pelo menos 2 anos a contar da data do início do diagnóstico; e aos doentes multibacilares que abandonaram o tratamento, e tenham permanecido no registro ativo por pelo menos 4 anos a contar da data de início do diagnóstico.

O setor de vigilância epidemiológica, no âmbito municipal, deve ser comunicado desses procedimentos.

Outro aspecto importante é a busca de informações sobre os óbitos ocorridos dentre os portadores da hanseníase, que devem ser registrados no prontuário e retirados do registro ativo – **alta por óbito**.

Além disso, devem ser pesquisados os múltiplos fichamentos para serem retirados do sistema (**alta por múltiplo fichamento**).

Já aqueles cujo diagnóstico de hanseníase foi errôneo devem ser considerados como **alta por erro diagnóstico**.

Os transferidos para acompanhamento em outra unidade devem ser registrados como **transferência**. As transferências não são consideradas como altas para o Sinan, uma vez que o paciente permanecerá em tratamento e continuará sendo computado dentro da prevalência nacional.

Indicadores

Indicadores são aproximações quantificadoras de um determinado fenômeno. Podem ser usados para ajudar a descrever determinada situação e para acompanhar mudanças ou tendências em um período de tempo. Os indicadores de saúde permitem a comparabilidade entre diferentes áreas ou diferentes momentos e fornecem subsídios ao planejamento das ações de saúde. Os indicadores da endemia hansênica constam na Portaria GM nº 1.073 de 26 de setembro de 2000.

Classificação dos indicadores

Podem ser classificados em dois grandes grupos, de acordo com o tipo de avaliação a que se destinam: epidemiológicos e operacionais.

Indicadores epidemiológicos

Medem a magnitude ou transcendência do problema de saúde pública. Referem-se, portanto, à situação verificada na população ou no meio ambiente num dado momento ou determinado período. Ex: coeficiente de detecção de casos e proporção de casos com deformidades detectados no ano.

Indicadores operacionais

Medem o trabalho realizado, seja em função da qualidade ou quantidade. Ex: proporção de casos multibacilares que completaram PQT, entre os que deveriam ter completado.

Notas

- Todos os indicadores listados devem ser calculados utilizando-se dados de casos residentes na unidade federada, independente do local de detecção e/ou tratamento.
- Além dos indicadores de nível nacional listados, outros devem ser utilizados segundo a necessidade de acompanhamento e avaliação do programa de controle e eliminação da hanseníase em nível local, regional, municipal e estadual, tais como: proporção de examinados, entre os contatos intradomiciliares, de casos novos detectados no ano; proporção de casos, detectados no ano, submetidos à baciloscopia; proporção de casos novos, detectados no ano, com baciloscopia positiva; proporção de casos novos, diagnosticados no ano, com grau de capacidade física variado.

O planejamento das atividades de controle da hanseníase é um instrumento de sistematização de nível operativo que perpassa todas as ações, que vão do diagnóstico situacional, estratégia de intervenção e monitorização à avaliação dos resultados alcançados.

O conhecimento de dados básicos é indispensável ao planejamento. Dentre outros, destacam-se:

- população alvo (da unidade de saúde, município ou estado);
- número de casos de hanseníase em registro ativo;
- número de contatos intradomiciliares de casos novos;
- casos de hanseníase com incapacidades físicas.

Indicadores epidemiológicos

Indicadores*	Construção		Utilidade	Parâmetros
1. Coeficiente de detecção anual de casos novos, por 10 mil hab.	$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano}}{\text{População total residente em 1/7/ano}}$	X 10 mil	Determinar a tendência secular da endemia e medir a intensidade das atividades de detecção dos casos	Hiperendêmico: $\geq 4,0/10$ mil hab. Muito alto: $4,0 - 2,0/10$ mil hab. Alto: $2,0 - 1,0/10$ mil hab. Médio: $1,0 - 0,2/10$ mil hab. Baixo: $< 0,2/10$ mil hab.
2. Coeficiente de detecção anual de casos novos, na população de 0 a 14 anos, por 10 mil hab.	$\frac{\text{Casos novos residentes, com 0 a 14 anos de idade, diagnosticados no ano}}{\text{População residente, com idade entre 0 e 14 anos, em 1/7/ano}}$	X 10 mil	Determinar a tendência secular da endemia	Hiperendêmico: $\geq 1,0/10$ mil hab. Muito alto: $1,0 - 0,5/10$ mil hab. Alto: $0,5 - 0,25/10$ mil hab. Médio: $0,25 - 0,05/10$ mil hab. Baixo: $< 0,05/10$ mil hab.
3. Coeficiente de prevalência por 10 mil hab.	$\frac{\text{Casos existentes residentes (em registro ativo) em 31/12/ano}}{\text{População total residente em 31/12/ano}}$	X 10 mil	Medir a magnitude da doença	Hiperendêmico: $\geq 20,0/10$ mil hab. Muito alto: $20,0 - 0,0/10$ mil hab. Alto: $10,0 - 5,0/10$ mil hab. Médio: $5,0 - 1,0/10$ mil hab. Baixo: $< 1,0/10$ mil hab.
4. Proporção de casos com incapacidades físicas, entre os casos novos detectados e avaliados no ano**	$\frac{\text{Casos novos residentes, diagnosticados no ano, com grau de incapacidade física II}}{\text{Casos novos residentes, diagnosticados no ano, com grau de incapacidade física avaliado}}$	X 100	Estimar a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos; estimar a endemia oculta	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5-10% Baixo: $< 5\%$
5. Proporção de curados no ano, com incapacidades físicas***	$\frac{\text{Casos paucibacilares/multibacilares, curados no ano, com grau de incapacidade II}}{\text{Casos paucibacilares/multibacilares, curados no ano, com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura}}$	X 100	Avaliar a transcendência da doença. Subsidiar a política de ação para seqüelas Programar insumos para a prevenção e tratamento das incapacidades pós-alta	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 10-5% Baixo: $< 5\%$

Fonte: Sinan/SES

*Todos os indicadores devem ser calculados utilizando-se dados de casos residentes, independentemente do local de detecção e tratamento.

**Indicador utilizado somente quando o percentual de casos, com grau de incapacidade avaliado (ver indicadores operacionais), for maior ou igual a 75%.

***Esse indicador deve ser construído separadamente, para casos paucibacilares e multibacilares. Deve ser utilizado somente quando o percentual de casos, com grau de incapacidade avaliado, for maior ou igual a 75%.

Indicadores operacionais

Indicadores*	Construção	Utilidade	Parâmetros
1. Proporção de casos novos, diagnosticados no ano, que iniciaram poliquimioterapia padrão OMS	$\frac{\text{Casos novos diagnosticados que iniciaram PQT no ano}}{\text{Total de casos novos diagnosticados no ano}} \times 100$	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde	Bom: $\geq 98\%$ Regular: 90 – 98% Precário: $< 90\%$
2. Proporção de casos novos, diagnosticados no ano, com grau de incapacidade física avaliado	$\frac{\text{Casos novos, diagnosticados no ano, com grau de incapacidade avaliado}}{\text{Total de casos novos diagnosticados no ano}} \times 100$	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde	Bom: $\geq 90\%$ Regular: 75 – 90% Precário: $< 75\%$
3. Proporção de cura entre casos novos, diagnosticados nos anos das coortes	$\frac{\text{Casos novos diagnosticados nos anos das coortes e curados até 31/12/ano de avaliação}}{\text{Total de casos diagnosticados nos anos das coortes}} \times 100$	Avaliar a efetividade dos tratamentos	Bom: $\geq 90\%$ Regular: 75 – 90% Precário: $< 75\%$
4. Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado	$\frac{\text{Casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado por ocasião da cura}}{\text{Total de casos curados no ano}} \times 100$	Medir a qualidade do atendimento dos serviços de saúde	Bom: $\geq 90\%$ Regular: 75 – 90% Precário: $< 75\%$
5. Proporção de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	$\frac{\text{Casos novos, diagnosticados nos anos das coortes que abandonaram o tratamento ou estão em situação ignorada em 31/12 do ano de avaliação}}{\text{Total de casos novos diagnosticados nos anos das coortes}} \times 100$	Medir a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase	Bom: $\geq 10\%$ Regular: 10 – 25% Precário: $> 25\%$
6. Percentagem de abandono do tratamento na prevalência do período	$\frac{\text{Casos existentes residentes (em registro ativo) não atendidos no ano de avaliação + saídas administrativas no ano de avaliação}}{\text{Total de casos existentes residentes (em registro ativo) em 31/12 do ano de avaliação + total de saídas do registro ativo no ano de avaliação}} \times 100$	Medir a capacidade dos serviços em assistir aos casos de hanseníase	Bom: $\leq 10\%$ Regular: 10 – 25% Precário: $> 25\%$
7. Percentagem de examinados entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano	$\frac{\text{Contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano, que foram examinados}}{\text{Total de contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano}} \times 100$	Avaliar a execução da atividade de vigilância de contatos	Bom: $\geq 75\%$ Regular: 50 – 75% Precário: $< 50\%$
8. Proporção de municípios com ações de controle implantadas	$\frac{\text{Número de municípios com ações de controle implantadas}}{\text{Número total de municípios}} \times 100$	Medir a cobertura territorial das ações de controle	Bom: $\geq 75\%$ Regular: 75 – 60% Precário: $< 60\%$
9. Proporção da população coberta pelas ações de controle	$\frac{\text{População coberta pelas ações de controle}}{\text{População total residente}} \times 100$	Medir a cobertura populacional das ações de controle	Bom: $\geq 90\%$ Regular: 75 – 90% Precário: $< 75\%$
10. Proporção de unidades de saúde da rede básica que desenvolvem ações e controle	$\frac{\text{Número de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família, cadastrados no SUS, que desenvolvem ações de controle da hanseníase}}{\text{Número total de centros de saúde, postos de saúde e unidades de saúde da família cadastrados no SUS}} \times 100$	Medir a cobertura institucional das ações de controle	A definir

Fonte: Sinan/SES

*Todos os indicadores devem ser calculados para casos residentes, independentemente do local de detecção e tratamento.

**Nos níveis municipal e estadual, esses indicadores devem ser calculados separadamente para casos paucibacilares e multibacilares.

Ficha de Notificação Hanseníase

Instruções de Preenchimento

Ficha de Notificação/Investigação – Sinan Windows

Nº - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso (Ex.: nº do registro na unidade de saúde, nº do prontuário). CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.

2 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação/investigação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

3 - Preencher com o nome completo do município, ou código correspondente segundo cadastro do IBGE, onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

4 - Preencher com o nome completo da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora), ou código correspondente segundo cadastro estabelecido pelo Sinan, que realizou a notificação do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

5 - Nome do agravo/doença, ou código correspondente estabelecido pelo Sinan (CID 10), que está sendo notificado.

6 - Anotar a data em que foi realizado o diagnóstico do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

7 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações).

8 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano), de forma completa.

9 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A.

OBS.: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

10 - Preencher segundo a categoria referente ao sexo do paciente (M = masculino; F = feminino e I = ignorado).

11 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se

declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

12 - Preencher com o código correspondente ao número de anos de estudo concluídos. A classificação é obtida em função da série e do grau que a pessoa está frequentando ou frequentou, considerando a última série concluída com aprovação. A correspondência é feita de forma que cada série concluída com aprovação corresponda a um ano de estudo. (Ex.: paciente cursou 4 anos, porém não concluiu o último ano; portanto, deverá ser incluído na categoria de 1 a 3). Este campo não se aplica para paciente com idade inferior a 7 anos.

13 - Preencher com o nº do cartão único do Sistema Único de Saúde – SUS.

14 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

15 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc.), nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena, anotar o nome da aldeia.

16 - Anotar o nº do logradouro da residência do paciente (Ex.: nº 575).

17 - Anotar o complemento do logradouro (Ex.: Bloco B, Apto 402, Lote 25, Casa 14, etc.).

18 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente (perto da padaria do João, por exemplo).

19 - Anotar a sigla da unidade federada da residência do paciente (Ex.: DF).

20 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente.

- Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

21 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do Sinan) de residência do paciente.

22 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa) da residência do paciente (Ex.: CEP: 70.036-030).

23 - Anotar o número do telefone do paciente.

24 - Zona de residência do paciente por ocasião da notificação (Ex.: 1 = área com característica estritamente urbana; 2 = área com característica estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana).

25 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

26 - Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando o paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas

nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

27 - Nº DE LESÕES CUTÂNEAS – Registrar o nº de lesões de pele com alteração de sensibilidade existentes no paciente por ocasião do diagnóstico.

28 - Nº DE TRONCOS NERVOSOS ACOMETIDOS – Registrar o nº de troncos nervosos espessados examinados por ocasião do diagnóstico.

29 - FORMA CLÍNICA – Anotar o nº correspondente à classificação clínica, segundo classificação de Madrid, do caso por ocasião do diagnóstico.

30 - AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE NO DIAGNÓSTICO – Anotar o nº correspondente ao grau de incapacidade física resultante da avaliação por ocasião do diagnóstico, segundo normas técnicas vigentes.

31 - CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL – Anotar o nº correspondente da classificação operacional do caso para fins de tratamento, atribuída por ocasião do diagnóstico, segundo normas técnicas vigentes.

32 - MODO DE ENTRADA – Anotar o nº correspondente ao modo de entrada do caso de hanseníase no registro ativo.

1) CASO NOVO – Indivíduo que apresenta uma ou mais das seguintes características, requerendo terapia e virgem de tratamento:

- lesão(ões) de pele com alteração de sensibilidade;
- acometimento de nervo(s) com espessamento neural;
- baciloscopia positiva.

2) TRANSFERÊNCIA DO MESMO MUNICÍPIO – Paciente que transferiu tratamento de outra unidade de saúde do mesmo município.

3) TRANSFERÊNCIA DE OUTRO MUNICÍPIO (mesma UF) – Paciente que transferiu tratamento de outra unidade de saúde localizada em outro município da mesma unidade federada.

4) TRANSFERÊNCIA DE OUTRO ESTADO – Paciente que transferiu tratamento de outra unidade de saúde localizada em outra unidade federada.

5) TRANSFERÊNCIA DE OUTRO PAÍS – Paciente que transferiu tratamento de outra unidade de saúde localizada em outro país.

6) RECIDIVA – Indivíduo que apresenta sinais de atividade clínica da doença após alta por cura.

7) OUTROS REINGRESSOS – Situações em que o paciente recebeu algum tipo de alta e retorna requerendo tratamento específico, exceto recidiva. Ex.: casos que receberam alta estatística (saída administrativa) em anos anteriores e reapareceram com a doença em atividade; casos considerados equivocadamente como falecidos; casos multibacilares tratados erroneamente como paucibacilares, que receberam alta por cura no passado e se rerepresentaram doentes à unidade de saúde.

33 - MODO DE DETECÇÃO DO CASO NOVO – Anotar o número correspondente ao modo de detecção do caso novo (este campo deve ser preenchido somente quando o MODO DE ENTRADA for CASO NOVO):

1) ENCAMINHAMENTO – Caso encaminhado por outra unidade, instituições de saúde, consultório médico, agente de saúde, colaboradores voluntários, etc. para confirmação clínica do diagnóstico e/ou início de tratamento.

2) DEMANDA ESPONTÂNEA – Caso novo que se apresentou voluntariamente à unidade de saúde devido a sinais e/ou sintomas de hanseníase.

3) EXAME DE COLETIVIDADE – Caso novo diagnosticado a partir de exame clínico realizado para detecção de casos de hanseníase em pessoas pertencentes a grupos organizados ou não da comunidade, como escolas, fábricas, recrutas militares, empresas, campanhas, etc.

4) EXAME DE CONTATOS – Caso novo diagnosticado a partir de exame clínico dos contatos intradomiciliares de caso de hanseníase (vigilância de contatos).

5) OUTROS MODOS – Caso novo diagnosticado em outras situações, por exemplo, achado casual em consulta médica por outros motivos, exame para fins de atestado, exame admissional, *check-up*, etc.

34 - BACILOSCOPIA – Anotar o número correspondente ao resultado da baciloscopia ou a sua não realização, por ocasião do diagnóstico.

35 - DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO – Registrar o dia, mês e ano do início do tratamento específico (esquema terapêutico inicial).

36 - ESQUEMA TERAPÊUTICO INICIAL – Anotar o número correspondente ao esquema terapêutico inicial instituído por ocasião do diagnóstico.

37 - Nº DE CONTATOS REGISTRADOS – Registrar o número de pessoas que residem com o paciente por ocasião do diagnóstico (ou residiram nos últimos 5 anos).

38 - DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes e ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto).

Observações: informar as observações necessárias para complementar a investigação.

39 - Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação.

40 - Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

41 - Informar o nome completo do responsável por esta investigação. Ex.: Mário José da Silva.

42 - Informar a função do responsável por esta investigação. Ex.: enfermeiro.

43 - Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

Educação em saúde

O processo educativo nas ações de controle da hanseníase deve contar com a participação do paciente (ou de seus representantes), familiares e comunidade nas decisões que lhes digam respeito, bem como na busca ativa de casos e no diagnóstico precoce, prevenção e tratamento de incapacidades físicas, combate ao eventual estigma e manutenção do paciente no meio social. Esse processo deve ter como referência as experiências municipais de controle social.

Na assistência ao paciente com hanseníase, deve-se discutir, sempre que necessário, todas as questões inerentes à sua doença, que o seu tratamento regular levará a cura, estimulando-o sempre, na prática do auto-cuidado.

No momento da cura, deve-se orientar o paciente sobre a possibilidade do surgimento de episódios reacionais, mesmo após essa alta, quando deve procurar imediatamente a atenção do serviço de saúde para evitar seqüelas. Orientar, sempre, o paciente na prática do auto-cuidado.

O Ministério da Saúde coordenará, dando apoio às demais instituições, um programa nacional, sistematizado e contínuo, de divulgação de massa (extensiva e intensiva), garantindo informação e esclarecimentos à população sobre a hanseníase, dentro de um programa global de saúde, cabendo a cada unidade federada e municípios desenvolver o seu próprio processo de educação e comunicação.

O Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase e as secretarias estaduais e municipais da saúde encaminharão documentos informativos sobre a hanseníase, para as diversas entidades e meios de comunicação de massa, visando maximizar os conhecimentos científicos atuais sobre a doença, de modo a evitar o uso de informações equivocadas e/ou termos inadequados. Deve-se também estimular a produção de materiais de apoio no nível local, com a participação dos usuários e das organizações comunitárias, que subsidiem o processo educativo nas ações de controle da hanseníase.

Sempre que se fizer necessário, visando à construção e reconstrução do conhecimento e devida compreensão do que é hanseníase, poderá ser feita sua relação com os termos existentes na terminologia popular, adequando-a à clientela.