

AS NOVAS INSTRUÇÕES NORMATIVAS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Maria Leide Wand-Del-Rey de OLIVEIRA
Diretora da DNDS

É com certo atraso que se realiza a revisão da Portaria Ministerial de nº 165 de 1976, no foral de 1987.

Ressalta-se que a despeito da proposta preliminar das novas normas ter sido amplamente discutida, em algumas definições o consenso não foi obtido, especialmente no tocante ao tempo de tratamento e critérios de alta para os pacientes multibacilares.

Isso em parte se deve à deficiência de subsídios oferecidos pelos diversos serviços existentes no País, para maior embasamento da questão.

Para efeito de ilustração, lembramos a ausência de estudos demonstrando a eficácia do esquema de tratamento oficial do Departamento Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS), como as taxas de recaída a partir da introdução da Rifampicina, entre outros.

Neste sentido, a mudança efetuada em relação à portaria anterior pretende valorizar o período de 5 anos de observação sem tratamento quimioterápico (EOSTQ) e, conseqüentemente, maior atenção às recaídas. Não menos importante é a observação de recidivas após a alta por cura.

Esperamos que estas instruções normativas cumpram a sua finalidade de apoio formal ao redirecionamento do programa de controle da hanseníase e, a partir daí, possam ser aperfeiçoadas e, sempre que necessário, novamente revisadas.

Portaria nº 001/DNDS
de 09 de Outubro de 1987

A DIRETORIA DA DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA do Ministério da Saúde, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 52, item II, do Regimento Interno, aprovado pela Portaria Ministerial nº 47, de 23 de janeiro de 1978;

RESOLVE:

1 — Expedir as instruções normativas visando o desenvolvimento de ações destinadas à orientação e acompanhamento da execução do Programa de Controle da Hanseníase em todo o território nacional.

2 — Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Maria Leide Wand-Del-Rey de Oliveira

INSTRUÇÕES NORMATIVAS

Regulamentação referente à Portaria DNDS nº 001/87

1 — O Controle da Hanseníase será orientado para os seguintes objetivos:

1.1 — Detecção de Casos

Através do atendimento da demanda espontânea, verificação de notificações e, busca ativa, através do exame de contatos. O exame de

coletividade é indicado nas áreas onde a prevalência for igual ou superior a 10 casos por 1.000 habitantes.

Classificação de doentes para efeitos operacionais: Paucibacilares (PB) — Tuberculóide (T), Indeterminado (I); Multibacilares (MB) — Virchowiano (V), Dimorfo (D) e Indeterminado (I) Mitsuda negativo.

Classificação de contatos:

— segundo o tipo de convivência: intradomiciliar e extradomiciliar.

— segundo a classificação do caso índice: multibacilar e paucibacilar.

Para fins operacionais, deve-se considerar como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida com o doente.

Obs.: A forma clínica indeterminada, com Mitsuda negativo, embora paucibacilar, está incluída entre os multibacilares (MB) por ser potencialmente MB.

1.2 — Vigilância dos Contatos

A vigilância dos contatos consiste no exame dermatoneurológico dos mesmos, obedecendo os seguintes critérios:

1.2.1 — Exame de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, de todas as formas clínicas, adotando a seguinte conduta, de acordo com o tipo de contato:

— contato intradomiciliar dos casos multibacilares: deve ser mantido sob vigilância, pelo período de 5 anos, com revisões anuais, e, após esse período, deverá ser liberado com as devidas orientações.

— contato intradomiciliar dos casos paucibacilares: após o primeiro exame, o contato indene deverá ser liberado com as devidas orientações.

1.2.2 — Utilização do teste de Mitsuda — não é exigido nos contatos, já que esses devem ser igualmente submetidos à vigilância sanitária (exame anual, independentemente da probabilidade de adoecer de uma ou outra forma clínica de hanseníase).

1.2.3 — Vacinação com BCG — deverão ser vacinados todos os contatos que não apresentarem cicatriz vacinal pelo BCG.

1.3 — Tratamento Específico

Os esquemas de poliquimioterapia propostos pela Organização Mundial de Saúde só deverão entrar em fase de expansão nas Unidades Federais após estudos de factibilidade monitori-

nada em "unidades-piloto", sendo mantidos os seguintes esquemas:

1.3.1 — Esquema I

Indicação — doentes multibacilares (V, D e I — Mitsuda negativo):

1ª fase — duração de 3 meses: Rifampicina (RFM) — 600 mg/dia; Sulfona (DDS) — 100 mg/dia;

2ª fase — a partir do 4º mês: Sulfona (DDS) — 100 mg/dia.

1.3.2 — Esquema II

Indicação — doentes paucibacilares (T, I Mitsuda positivo: Sulfona (DDS) — 100 mg/dia. 1.3.3 — Esquema III

Indicação — Sulfono-resistência e/ou intolerância ao DDS:

1ª fase — duração de 3 meses: Rifampicina (RFM) — 600 mg/dia; Clofazimina (CFZ) — 100 mg/dia;

2ª fase — a partir do 4º mês: Clofazimina (CFZ) — 100 mg/dia.

1.3.3.1 — **Sulfono-resistência secundária** — deve ser suspeitada quando um paciente multi-bacilar, fazendo monoterapia sulfônica regularmente, apresente melhora inicial, seguida de reativação clínica e positividade bacteriológica, que deve ser verificada através de esfregaços, obtidos das lesões novas em atividade. Se tais casos não responderem ao tratamento pela sulfona (100 mg/dia), supervisionados por três a seis meses, tal fato confirmará, clinicamente, a resistência à droga. Nestas circunstâncias deve ser indicado o esquema III ou o proposto pela OMS, supervisionado, caso o Estado tenha condições para implantação do mesmo.

1.3.4 — Posologia na criança

Medicamentos	> 35kg	< 35 kg
Dose/kg		
Rifampicina (RMF)		
10 mg/kg		
Clofazimina (CFZ)	600 mg/vez	450mg/vez
1,5 mg/kg	100 mg/d	50 mg/d
Sulfona (DDS)	100 mg/d	50 mg/d
1,5 mg/kg		
Elionamida (ETH)	250 mg/d	
5 mg/kg		

1.3.5 — Tratamento de gestantes

Em que pese a recomendação no sentido de

restringir a ingestão de drogas no primeiro trimestre da gravidez, os hansenostáticos (RFM, CFZ e DDS) têm sido usados, sem relatos conclusivos acerca de complicações para o feto e gestante. Vale ressaltar a ocorrência de surtos reacionais e, às vezes, eclosão da doença durante a gravidez, exigindo a instituição da terapêutica específica.

Os corticoesteróides estão indicados nas intercorrências reacionais, tendo em vista a total contra-indicação do uso da Talidomida.

1.3.6 — Seguimento dos casos

A equipe de saúde deve fazer um aprazamento trimestral dos doentes.

Todo e qualquer paciente deve ser atendido pelo médico, no mínimo, uma vez por ano, para exame dermatoneurológico, avaliação do tratamento e grau de incapacidade física.

Os pacientes multibacilares (MB) com esquema **I** de tratamento devem ser aprazados mensalmente para consulta médica na 1ª fase do tratamento (3 primeiros meses) e submetidos a exame baciloscópico uma vez por ano.

Os pacientes paucibacilares (PB) com esquema **II** de tratamento devem fazer exame baciloscópico no momento do diagnóstico, não sendo necessário repeti-lo no seguimento, a menos que haja indicação clínica para tal.

1.3.6.1 Duração do tratamento

Multibacilares — esquema **I**

Tratar no mínimo 5 anos e, cumpridos os critérios de inativação clínica e baciloscópica, manter o paciente *em observação sem tratamento quimioterápico (EOSTQ)*, por mais 5 anos. Após este período, se observados os critérios de inatividade, dar alta por cura.

Paucibacilares — esquema **II**

Tratar durante 2 anos e, após inativação clínica, manter o paciente em EOSTQ por mais 2 anos. Após este período, se observados os critérios de inatividade, dar alta por cura.

1.3.6.2 Situações que podem ser observadas

Caso inativo (critérios de inativação) — Todo doente *de* hanseníase que não mais apresente sinal de atividade clínica da doença e tenha baciloscopia negativa por 2 anos consecutivos. Esses pacientes deverão receber inicialmente alta do tratamento quimioterápico, permanecendo em EOSTQ segundo o critério acima, após o que deverão receber *alta por cura*, e isto

significa, portanto, a saída do registro ativo, já que o paciente não mais será computado nos coeficientes de prevalência. Caso seja observada a ocorrência de recidiva abaixo, haverá reentrada no registro ativo.

Os doentes com sequelas também deverão sair do registro, desde que satisfaçam os critérios estabelecidos para a alta, devendo, no entanto, continuar a receber tratamento fisioterápico e de reabilitação psicossocial, quando necessário.

Reativação é constatada quando pacientes, durante o tratamento, desenvolvem novos sinais da doença.

Conduta: verificar se as orientações terapêuticas vêm sendo adequadamente seguidas pelo paciente; reorientá-lo, revisar seu estoque de medicamentos, validade e, até, a concentração da droga usada.

Recaída é constatada em pacientes que, durante o período de EOSTQ, desenvolvem atividades da doença.

Conduta: avaliar os critérios adotados para a alta terapêutica e reiniciar o tratamento.

Recidiva é constatada em paciente que, após a alta por cura, desenvolve atividades da doença.

Conduta: avaliar os critérios adotados para a alta, reiniciar o tratamento indicado e dar entrada do paciente no registro ativo.

1.3.6.3 — Sinais de atividade

Novas lesões

Eritema

Infiltração

Ulceração das lesões (não traumáticas)

Episódios reacionais

Lesões neurais

Espessamento e/ou hiperestesia de nervos e troncos nervosos previamente normais.

Hiperestesia persistente de nervos anteriormente afetados.

Paresia ou paralisia de músculos não afetados anteriormente.

Novas áreas anestésicas ou acentuação da alteração da sensibilidade.

1.3.7 Tratamento dos estados reacionais

— Só suspender a medicação específica nos casos em que o comprometimento geral do paciente assim o recomende;

— dar atenção especial aos nervos acometidos;

- dar atenção especial aos olhos;
- realizar agendamento freqüente do paciente e orientá-lo adequadamente, dependendo da gravidade da reação;

- efetuar hospitalização do paciente sempre que houver comprometimento do seu estado geral e/ou complicação neural.

1.3.7.1 — Reação tipo I ou reação reversa

Recomenda-se o uso de prednisona na dosagem de 40 a 60 mg, em única ingestão, pela manhã, até a melhora acentuada do quadro reacional; a partir daí, a dosagem deverá ser reduzida, semanalmente, em 10 mg. A dose mínima deve ser mantida, durante 2 meses, prolongando-se o seu uso no caso de neurite persistente.

No caso de utilização de outro corticóide, observar a tabela de equivalência.

1.3.7.2 — Reação tipo H ou eritema nodoso (hansenótico)

Recomenda-se o uso da talidomida na dosagem de 100 a 400 mg/dia, até a remissão do quadro reacional. Deve-se ter cuidado com o uso da talidomida em pacientes do sexo feminino em vista dos efeitos teratogênicos da droga, não devendo a mesma ser utilizada nas pacientes em *idade fértil*. Indica-se o uso de corticosteróides nas seguintes situações:

1. comprometimento grave de troncos nervosos e lesões oculares;
2. mão e pé reacionais — no caso de mão reacional, observar a imobilização da mão em posição funcional;
3. eritema polimorfo (reações tipo I e II);
4. lesões infiltradas em trajeto de nervos, principalmente o facial;
5. orquite e suspeita de comprometimento renal;
6. outras situações em que a talidomida não possa ser usada;
7. reações que não respondem à talidomida.

1.3.8 — Efeitos colaterais e/ou adversos das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase

RIFAMPICINA

Cutâneos: rubor na face e pescoço, prurido e "rash" cutâneo generalizado.

Gastrointestinais: diminuição do apetite, náuseas, ocasionalmente vômitos e diarreia, dor abdominal leve. Estes sintomas provavelmente ocorrerão quando a droga for ingerida em jejum.

Hepáticos: o paciente poderá sentir mal-

estar, perda de apetite, náuseas, podendo também ocorrer icterícia. São descritos dois tipos de icterícia, a leve ou transitória e a grave, com dano hepático.

Hematopoéticos: púrpuras ou sangramentos anormais com contusões excessivas e epistaxes.

Anemia hemolítica: rara — tremores, febre, náuseas, cefaléia e, às vezes, choque. Poderá também ocorrer icterícia leve.

CLOFAZIMINA:

E improvável a ocorrência de efeitos colaterais graves com a dosagem de 100 mg/dia, utilizada.

Cutâneos: a pele ressecada é comum e, nos casos mais graves, pode evoluir para ictiose. Pode também haver coloração da pele, urina, suor e secreção respiratória. Nas pessoas de pele escura, a cor pode se acentuar, e em pessoas claras a pele pode ficar com coloração avermelhada. Estas alterações são mais acentuadas nas lesões hansenóticas, e, só regridem muito lentamente, com a suspensão da droga. A coloração avermelhada da urina não deve ser confundida com hematúria, nem a secreção pulmonar com hemópticos, nem a pigmentação conjuntival com icterícia. O ressecamento da pele pode ser minimizado pela aplicação diária de óleo vegetal, creme de uréia e abstenção de exposição solar.

Gastrointestinais: geralmente ocorrem com doses acima de 100 mg/dia — aumento da peristalse e dor abdominal, em virtude do depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e gânglios linfáticos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. Se os sintomas forem severos, a ingestão da droga deve ser interrompida e reiniciada após algumas semanas.

DAPSONA

As manifestações incluem anemia, agranulocitose e metaemoglobinemia.

Metaemoglobinemia: cianose, dispnéia, taquicardia, cefaléia, fadiga, desmaios, náuseas, anorexia e vômitos. A ingestão da droga deve ser interrompida e o paciente encaminhado imediatamente ao hospital.

Cutâneos: síndrome de Stevens Jonhson's, dermatite esfoliativa ou eritrodermia — *implica na interrupção definitiva* do tratamento com Dapsona.

Hepáticos: icterícias. Nesses casos, o uso da

Dapsona deve ser interrompido e o paciente encaminhado ao hospital.

Neurológicos: incluem neuropatia periférica e, raramente, quadros psicóticos. No caso de neuropatia, recomenda-se o uso de vitamina B6 e, apresentando-se quadros psicóticos, a administração da droga deve ser interrompida e o paciente encaminhado ao hospital.

Insônia: desaparece após algum tempo — o paciente deve ser orientado para ingerir Dapsona na parte da manhã.

TALIDOMIDA

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

Em virtude de a Rifampicina diminuir a ação dos contraceptivos orais, recomenda-se a *não* utilização da talidomida em pacientes do sexo feminino em idade fértil.

Os pacientes deverão ser orientados durante o tratamento, para as possíveis intercorrências descritas, e a equipe de saúde deverá estar capacitada para realizar o diagnóstico e conduta adequada em cada caso.

1.3.9 — Os insumos e medicamentos específicos deverão ser distribuídos para todas as instituições de saúde, públicas e privadas, que se responsabilizarem pelo tratamento e controle da hanseníase, devendo ser *fornecidos gratuitamente* aos pacientes, observando-se as seguintes condições:

- compromisso da instituição com o seguimento das normas de controle estabelecidas e o fluxo de informação da unidade federada;

- ênfase para a notificação dos casos novos à autoridade sanitária competente, e outras informações que se fizerem necessárias para a avaliação da epidemia na região.

O fornecimento da medicação específica poderá ser suspenso a qualquer tempo, uma vez comprovado o não cumprimento das condições acima.

1.4 — Prevenção e tratamento de incapacidades físicas

Todos os doentes de hanseníase, independentemente da forma clínica, deverão ser avaliados no momento do diagnóstico e, no mínimo uma vez por ano, classificados quanto ao grau de incapacidade física que apresentem. Tal procedimento deve ter em vista o tratamento adequado para cada caso, e a prevenção de futuras

deformidades.

1.3.8 — Efeitos colaterais e/ou adversos das drogas utilizadas no tratamento da hanseníase devem ser adequados para cada caso, e a prevenção de futuras deformidades.

Essas atividades não devem ser dissociadas do tratamento quimioterápico, devendo ser integradas na rotina dos serviços, de acordo com o grau de complexidade dos mesmos.

1.4.1 — Ações simples *de* tratamento e prevenção de incapacidades físicas por técnicas simples — deverão ser executadas pelos serviços básicos de saúde, inclusive por pessoal auxiliar, devidamente treinado e sob supervisão técnica adequada.

1.4.2 — Ações de média complexidade para tratamento de incapacidades físicas, além das descritas acima — deverão ser executadas pelos serviços de saúde que disponham de recursos de fisioterapia.

1.4.3 — Ações complexas, além das já descritas (cirurgias, readaptação profissional) — deverão ser executadas, indistintamente, pelos centros gerais e especializados de reabilitação. Para tanto, recomenda-se a organização de um sistema regional e multiinstitucional de referência e contra-referência, de maneira a permitir a todos os doentes de hanseníase o acesso ao tratamento, com vista à recuperação e reintegração social dos mesmos.

1.5 — Educação em saúde

Considerando-se que a educação em saúde, enquanto prática transformadora, deve ser inerente a todas as atividades da equipe de saúde no controle da hanseníase, nas relações que se estabelecem entre a rede de serviços e os usuários, recomenda-se que:

1.5.1 — o processo educativo nas ações de controle da hanseníase deve contar com a participação do doente ou seus representantes; do convivente domiciliar e da comunidade, nas decisões que lhes digam respeito, bem como na busca ativa de casos; no diagnóstico precoce; no tratamento, controle, prevenção de incapacidades físicas, combate ao estigma e reinserção social do doente;

1.5.2 — a prática educativa permite a troca de construção e reconstrução de saberes entre a equipe *de* saúde, clientes, usuários dos serviços de saúde e grupos da população;

1.5.3 — em todas as Áreas de Saúde, os conteúdos técnicos e científicos sejam discuti-

dos, de forma a incentivar o auto-conhecimento do corpo, propiciando a reelaboração de conceitos que facilitem o reconhecimento precoce dos sinais ou sintomas da hanseníase;

1.5.4 — em todos os níveis de atendimento ao doente de hanseníase, sejam discutidos e analisados, com o mesmo, os efeitos e para-efeitos dos medicamentos, adequando-se o seu uso a cada caso;

1.5.5 — as equipes de saúde sejam capacitadas, através do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e outras instituições de saúde, para o desempenho de sua função educativa com metodologias participativas e problematizadoras, que permitam a reflexão, vivência de experiências críticas e o compromisso social com o usuário a que serve;

1.5.6 — o Ministério da Saúde, com o apoio das demais instituições, coordene um programa nacional, sistematizado e contínuo, de divulgação de massa, garantindo a informação e esclarecimentos à população sobre a problemática da hanseníase, dentro de um programa global de saúde;

1.5.7 — a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e Secretarias Estaduais de Saúde encaminhem documentos informativos sobre hanseníase para as diversas entidades religiosas e/ou filantrópicas e meios de comunicação de massa, visando maximizar os conhecimentos científicos atuais sobre a doença, evitando que estes veículos venham a utilizar informações ultrapassadas e/ou termos pejorativos;

1.5.8 — o Ministério da Saúde, através da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e Secretaria de Recursos Humanos, faça gestões junto ao MEC para a inclusão da hanseníase nos conteúdos programáticos das universidades, com definição de carga horária teórica e prática, de acordo com a especificidade dos diversos cursos e as realidades regionais;

1.5.9 — a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e a Divisão Nacional de Educação em Saúde desenvolvam um trabalho articulado com o Ministério da Educação, Secretarias de Saúde e Secretarias de Educação, visando contemplar o estudo da hanseníase dentro das nosologias existentes dos programas de saúde das escolas de 1º e 2º graus;

1.5.10 — o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde estimulem as pesquisas sobre os aspectos psicossociais e educacionais relacionados com a problemática da hanseníase, através de apoio financeiro e gestões junto aos

órgãos competentes;

1.5.11 — o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde estimulem a produção de materiais de apoio, com a participação dos usuários e organizações comunitárias que subsidiem o processo educativo nas ações de controle da hanseníase, bem como de outras doenças estigmatizantes.

Parágrafo único — Sempre que se fizer necessário, visando a devida compreensão do que vem a ser hanseníase, poderá ser feita sua relação com os termos existentes na terminologia popular, adequando-a à científica.

2 Indicadores recomendados para acompanhamento das atividades de controle da hanseníase

Os seguintes indicadores são considerados como de grande utilidade e de aplicação imediata, já que os dados necessários para o seu cálculo podem ser disponíveis em todas as Secretarias Estaduais de Saúde.

2.1 Epidemiológicos

2.1.1 — Coeficiente de detecção anual de casos novos =

$$\frac{\text{Casos novos detectados no ano}}{\text{População em 19 de julho}} \times 100.000$$

Utilidade — Determinar a tendência secular e medir a intensidade das medidas de detecção.

2.1.2 — Coeficiente de prevalência registrada no final do ano =

$$\frac{\text{Casos em registro ativo em 31 de dezembro}}{\text{População em 31 de dezembro}} \times 1.000$$

Utilidade — Medir a magnitude da doença.

2.1.3 — Proporção de menores de 15 anos entre casos novos =

$$\frac{\text{Casos novos em menores de 15 anos}}{\text{Total de casos novos detectados}} \times 100$$

Utilidade — Determinar a tendência da endemia.

2.1.4 — Proporção de casos novos de forma T em relação aos casos V, D e T =

$$\frac{\text{Casos novos forma T}}{\text{Casos novos de formas V, D e T}} \times 100$$

Utilidade - Determinar a tendência da endemia.

2.1.5 — Proporção de forma I entre os casos novos =

$$= \frac{\text{Casos novos forma I}}{\text{Total de casos novos}}$$

Utilidade — Medir a eficiência das atividades para detecção precoce de casos.

2.1.6 — Proporção de doentes com deformidades entre os casos novos avaliados =

$$\frac{\text{Casos novos com grau de incapacidade II e III}}{\text{Casos novos com grau de incapacidade avaliado}} \times 100$$

Utilidade — Medir a eficácia para atividades de detecção precoce de casos.

2.1.7 — Proporção de doentes com deformidade entre os casos em registro ativo avaliados =

$$\frac{\text{Doentes em registro com grau de incapacidade II e III}}{\text{Doentes em registro com grau de incapacidade avaliado}} \times 100$$

Utilidade — Estimar a transcendência do problema no ano de referência.

2.1.8 — Proporção de casos V e D com baciloscopia positiva =

$$= \frac{\text{Casos V e D cuja}}{\text{Casos V e D submetidos a baciloscopia no ano}} \times 100$$

Utilidade — Medir a eficácia do tratamento quimioterápico nos casos contagiantes e a prevalência das fontes de contágio.

2.1.9 — Proporção de pacientes curados com seqüelas =

$$\frac{\text{Número de altas por cura no ano c/ grau de incapacidade II e III}}{\text{Total de alta por cura no ano c/grau de incapacidade avaliado}} \times 100$$

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

2.1.10 — Proporção de recaídas =

Doentes em observação sem trata-

$$\frac{\text{mento quimioterápico que recaíram no ano. (EOSTQ)}}{\text{Doentes em observação sem tratamento quimioterápico entre 31 de dezembro mais os que recaíram durante o ano. (EOSTQ)}} \times 100$$

Utilidade — Avaliar a eficácia do tratamento quimioterápico.

2.2 — Operacionais

2.2.1 — Proporção de doentes atendidos =

$$\frac{\text{Doentes atendidos}}{\text{Doentes sob registro}} \times 100$$

Utilidade — Medir a capacidade de atendimento dos serviços.

2.2.2 — Proporção de casos novos com incapacidade avaliada =

$$\frac{\text{Casos novos com incapacidade avaliada}}{\text{Total de casos novos}} \times 100$$

Utilidade — Medir a qualidade do atendimento (dos serviços).

2.2.3 — Proporção de doentes em registro ativo com incapacidade avaliada no ano de referência =

$$\frac{\text{Doentes em registro com grau de incapacidade avaliada no ano}}{\text{Total de doentes em registro}} \times 100$$

Utilidade — Medir a qualidade do atendimento (dos serviços).

2.2.4 — Proporção de doentes V e D submetidos à baciloscopia no ano =

$$\frac{\text{Doentes V e D em registro submetidos a baciloscopia no ano}}{\text{Doentes V e D em registro}} -$$

Utilidade — Medir a qualidade do atendimento.

2.2.5 — Proporção de doentes com comparecimento regular =

$$\frac{\text{Doentes c/comparecimento regular}}{\text{Doentes em registro ativo}} \times 100$$

Utilidade — Medir a concentração dos atendimentos.

2.2.6 — Proporção de examinados entre os

contatos intradomiciliares de casos novos =

$$\frac{\text{Contatos intradomiciliares de casos novos examinados no ano}}{\text{Total de contatos intradomiciliares de casos novos registrados no ano}} \times 100$$

Utilidade — Medir a eficiência das medidas de vigilância.

3 — Reinserção social do doente de hanseníase e seus familiares

Tendo em vista a magnitude do problema social que envolve as pessoas portadoras de hanseníase e/ou suas seqüelas, deve-se promover a reabilitação individual e reinserção social desses indivíduos, recomendando-se para tanto:

3.1 — Efetuar uma assistência adequada nos níveis individual e familiar, sem discriminação por parte dos Serviços de Saúde e, sempre que se fizer necessário, permitir o seu acesso a equipes multiprofissionais constituídas por: médico, enfermeiro, assistente social, educador, psicólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, laboratorista, agente de saúde e outros profissionais de saúde. Esses profissionais deverão estar devidamente capacitados e alicerçados com os recentes conhecimentos técnicos e científicos da área.

3.1.2 — Promover a preservação da unidade familiar e a manutenção do vínculo social através dos seguintes procedimentos:

3.1.2.1 — manutenção da prática de não afastar os filhos do convívio com os pais portadores de hanseníase;

3.1.2.2 — garantia dos procedimentos preconizados nos programas materno-infantis, sem nenhuma discriminação aos filhos dos doentes de hanseníase;

3.1.2.3 — promoção de ações junto ao núcleo familiar, objetivando a compreensão e participação da mesma na problemática da hanseníase.

Observações:

— Reintegração social — é o processo de restabelecimento do pleno exercício dos direitos e deveres da cidadania, a partir de uma ação social organizada.

— Reabilitação psicossocial — é o processo de habilitação do indivíduo ao convívio social, mediante ação técnico-científica, objetivando o desenvolvimento de sua potencialidade remanescente.

— Reinserção social — é a ação técnico-social voltada para a eliminação das restrições institucionais que limitam o pleno exercício da cidadania.

3.2 — Estimular a atividade laborativa do paciente através de ações junto às empresas, instituições e classe trabalhadoras, no sentido de:

3.2.1 — evitar a discriminação do paciente no tocante ao acesso ao trabalho e capacitação ou habilitação profissional;

3.2.2 — garantir a manutenção dos doentes no trabalho, independente da forma clínica observada;

3.2.3 — promover a readaptação profissional dos doentes em outras funções compatíveis, quando indicado; Para tanto, deve-se contactar o Ministério da Previdência e Assistência Social e outras instituições congêneres, com vista à Centros de Reabilitação Profissional (CRPs) e Núcleos de Reabilitação Profissional (NRPs), ainda, para eliminação das barreiras porventura existentes, visando o bom atendimento dos doentes de hanseníase nesses locais;

3.2.4 — a reabilitação deverá processar-se visando, principalmente, a Integração do doente e ex-doente de hanseníase no processo produtivo, sempre que este apresente capacidade total ou parcial de trabalho, garantindo aos não reabilitados a assistência social necessária, de acordo com as necessidades individuais.

3.3 — Visando a manutenção de uma vida digna às pessoas definitivamente incapacitadas para o trabalho, independentemente de terem ou não contribuído para o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social ou congêneres, deverá ser dado total apoio aos grupos organizados de deficientes em geral, entre os quais se incluem as organizações dos doentes de hanseníase, no sentido de aquisição dos meios que lhes garantam a subsistência e/ou amparo pela legislação previdenciária dos âmbitos federal, estadual e municipal.

Para a consecução desses fins, recomenda-se a criação de grupos de trabalho nos diversos estados, com a inclusão de representantes dos hansenianos.

Tais grupos deverão articular as Instâncias competentes das diferentes instituições, visando

que nas concessões e/ou cessações de benefícios sejam também levados em consideração, além dos aspectos clínicos e profissionais, os aspectos sociais de cada caso.

3.4 — Objetivando o contínuo combate às práticas delituosas ou não, realizadas tanto por pessoas físicas como por entidades, que se utilizam de conceitos inadequados para a solicitação de donativos, colaborando assim na perpetuação do estigma da doença, recomenda-se às Secretarias de Estado da Saúde e órgãos afins a adoção das seguintes ações:

3.4.1 — esclarecer a população sobre o que vem a ser hanseníase e seu controle, através de seminários, cursos, treinamentos e mensagens nos meios de comunicação de massa;

3.4.2 — encaminhar aos órgãos competentes as denúncias de práticas delituosas, com vista à adoção das medidas legais que se fizerem necessárias.

3.5 — Face ao conhecimento científico e à nova política de controle da hanseníase, que tem por objetivo o fim do isolamento e a reintegração social dos pacientes, o atendimento dos mesmos deve ser eminentemente ambulatorial, contudo, quando necessária, a internação deverá ser realizada em hospitais gerais, reservando-se os hospitais especializados apenas para os casos de indicação específica, considerando-se as seguintes recomendações:

3.5.1 — reestruturar as áreas atuais e antigas dos asilos-colônia, mesmo os que tiveram sua denominação alterada, respeitando-se as peculiaridades de cada um e garantindo-se, ainda, a participação dos moradores e entidades representativas nas decisões, de forma a contemplar os desdobramentos abaixo:

a) *área hospitalar* — deve ser recuperada e transformada em centros de referência de dermatologia sanitária e/ou centros de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, de acordo com as necessidades e características da rede de serviços de saúde local;

b) *área asilar* — deve ser mantida dentro dos padrões exigidos pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, no tocante aos recursos materiais, humanos e área física, garantindo-se prioritariamente vagas aos usuários dos serviços de hanseníase que, comprovadamente, não apresentem condições para a reinserção social; para tal prioridade, recomenda-se a adoção dos

critérios abaixo, sugerindo-se a exigência de, no mínimo, dois deles para a caracterização de um caso elegível:

- idade superior a 60 anos;
- desvinculação da Previdência Social;
- desagregação familiar (abandono);
- ausência de renda própria;
- incapacidade física e psíquica para atividades laborativas.

Não menos importante, são os contatos com os demais órgãos do governo, de caráter assistencial e/ou filantrópico, com vista à abertura de vagas nos demais asilos para os pacientes e ex-pacientes de hanseníase, de acordo com os critérios anteriormente estabelecidos.

c) *área comunitária* — compreende-se por área comunitária a área, construída ou não, dos asilos-colônia não utilizada para a prestação de serviços de saúde e assistência (hospital, ambulatórios, asilos, etc.). Deve-se proceder entendimentos com vista à cessão das terras compreendidas nessa área, objetivando sua titulação aos pacientes ocupantes ou retirados à revelia, de acordo com a legislação estadual pertinente.

A integração progressiva dessas áreas à comunidade circundante deverá efetuar-se através de um trabalho articulado com a esfera municipal da região, no sentido de que esta assuma os encargos assistenciais dessa comunidade, sem discriminações.

3.6 — O atendimento integral do paciente de hanseníase deverá ser garantido através de entendimentos junto aos órgãos públicos e entidades privadas no sentido de:

3.6.1 — apoiar e reforçar a reorganização dos serviços de saúde, com base nos princípios e estratégias das ações integradas, garantindo-se o atendimento integral dos usuários, independente das formas clínicas, nos diferentes níveis de atenção;

3.6.2 — estimular acordos, convênios e projetos de trabalho sobre hanseníase entre as diversas instituições de saúde, adaptando-as às peculiaridades da doença;

3.6.3 — implementar o processo de reabilitação social através de entendimentos com os órgãos próprios do MPAS/INPS/INAMPS, e também filantrópicos, visando assegurar o pleno atendimento a todas as formas da doença, de acordo com os critérios técnicos estabelecidos pelas respectivas instituições.

A HANSENÍASE NO ESTADO DE SÃO PAULO: DIAGNÓSTICO E PROPOSTA PRELIMINAR PARA O CONTROLE

Clóvis LOMBARDI

Coordenador do GEPRO-hanseníase

1. O problema de Saúde Pública

O Estado de São Paulo, com 38.398 doentes de hanseníase em registro ativo (estima-se o número real de doentes em, no mínimo, o dobro) e taxa de prevalência de 1,28 casos por mil habitantes, representa, segundo os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), área de alta endemicidade para hanseníase.

As cinco Coordenações de Regiões de Saúde do Estado (CRS) apresentam as seguintes taxas de prevalência:

CRS-1: 0,83 casos por mil habitantes;

CRS-2: 1,89 casos por mil habitantes;

CRS-3: 1,70 casos por mil habitantes;

CRS-4: 2,02 casos por mil habitantes;

CRS-5: 1,46 casos por mil habitantes; configurando áreas em que a magnitude do problema eleva-se como prioridade em saúde pública, ainda segundo os critérios da OMS (alta endemicidade = prevalência superior a 1,00 casos por mil habitantes). A Pinica exceção é a CRS-1, onde no entanto o número absoluto de doentes é elevado (ao redor de 14.000 na Região da Grande São Paulo) e onde as condições de vida urbana propõem enormes desafios para as estratégias de controle.

Diagnosticam-se anualmente no Estado de São Paulo cerca de 2.500 novos casos da doença, o que resulta numa taxa de detecção (ou incidência) de 8,3 casos por cem mil habitantes, reveladora de importante problema de saúde pública, principalmente se levarmos em conta que, dos casos detectados, ao redor de 73% já o são tardiamente, como casos polarizados (Virchowianos ou Tuberculóides), quando já são contagiantes e/ou potencialmente incapacitantes.

O modo de detecção destes novos casos tam-

bem deixa entrever uma realidade preocupante, ou seja, aproximadamente 76% deles são diagnosticados a partir da demanda passiva dos sistemas previdenciário e privado de saúde, enquanto que a rede de unidades da Secretaria da Saúde, responsável até agora exclusiva pelo controle da endemia, alcançava apenas uma proporção de 17% dos novos casos, como resultado de sua principal estratégia de descoberta ativa de casos, o exame sistemático dos contactos intradomiciliares dos doentes.

A transcendência do problema de saúde pública representado pela hanseníase prende-se fundamentalmente ao fato de que o diagnóstico tardio dos casos leva, além da impossibilidade de interrupção da cadeia de transmissão, à maior facilidade da doença exercer seu alto potencial incapacitante; isto se torna claro se atentarmos para que aproximadamente um terço de nossos novos casos já apresentam algum grau de incapacidade física no momento da detecção e também se lembrarmos que apenas 2% das 574 Unidades de Saúde da rede estadual responsável pelo controle apresentam-se aptas a desenvolver atividades de prevenção de incapacidades por técnicas simples.

Menos de 1% (cerca de 1.500) dos pacientes de hanseníase registrados no Estado encontram-se, por condições várias, em regime de hospitalização em 4 hospitais de dermatologia sanitária. Estes hospitais compreendem uma área asilar que alberga, em proporções que variam de 30 a 80% de acordo com o hospital, doentes sem condições para reintegração, incapacitados e com grandes dificuldades para a reinserção social ou profissional. A área hospitalar da hanseníase propõe problemas graves de administração, não apenas em termos técnicos

mas também no aspecto social, estando a exigir abordagens multi-institucionais para seu equacionamento e solução.

2 — A nova realidade institucional do Setor Saúde no Estado de São Paulo

Uma interpretação errônea do declínio da epidemia da hanseníase na Noruega na segunda metade do século passado levou inúmeros países, entre eles o Brasil, a adotar uma política de internação compulsória dos pacientes durante toda a primeira metade deste século; no Estado de São Paulo deu-se uma das experiências mundiais mais marcantes desse período, cujas repercussões ainda hoje se fazem sentir.

O surgimento das sulfonas na terapêutica anti-hansênica e sua subsequente aplicação em massa, por via oral, deu-se entre nós na década de 1940; como conseqüência, a partir da década de 1950 começam a abrandar-se as medidas de isolamento compulsório, até sua abolição por decreto do primeiro-ministro Tancredo Neves, em 1962. Passamos a seguir por uma fase de controle dispensarial dos doentes, que a partir da Reforma Administrativa da Secretaria da Saúde de São Paulo, no final da década de 1960, se transforma, dando lugar a uma política de controle integrado do doente de hanseníase nas unidades gerais da saúde. A partir de 1976 a hanseníase passa a contar, no Estado de São Paulo, com um Subprograma específico, parte do Programa de Saúde do Adulto, vigente até os dias de hoje e cuja cobertura abrange atualmente 91% dos municípios paulistas, estando envolvidas com suas atividades 65% das unidades de saúde da rede básica estadual.

A atual administração pública estadual de São Paulo, logo no início de sua gestão, marcou importante ponto no sentido da evolução institucional do setor saúde: a unificação e Integração dos sistemas previdenciário, filantrópico e de assistência pública, sob o comando da Secretaria da Saúde e inseridos numa política de regionalização e municipalização executiva das ações de saúde.

No caso da hanseníase, esta evolução representa um marco e um desafio histórico: superar o "monopólio" da Secretaria Estadual da Saúde no setor e integrar as ações de controle dirigidas ao doente e seus familiares ao Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Dentro de uma filosofia de administração por pro-

gramas, a nova administração definiu ainda a hanseníase como parte do elenco de problemas de Saúde Pública contemplados com a criação de um Grupo Especial de Desenvolvimento de Programa (GEPRO) bem como de uma Comissão Científica, cuja função será a de orientar e apoiar, do ponto de vista técnico-científico, as ações do GEPRO.

O GEPRO-HANSENÍASE, em articulação com a respectiva Comissão Científica, pretende reformular o programa de controle da hanseníase no Estado de São Paulo, e com este objetivo estabeleceu uma proposta preliminar de 5 pontos:

- 1) efetiva integração ao SUDS da atenção ao doente de hanseníase;
- 2) implementação de programa de prevenção de incapacidades por técnicas simples e reabilitação;
- 3) implantação dos esquemas terapêuticos de multidrogaterapia (MDT);
- 4) recuperação dos hospitais de dermatologia sanitária;
- 5) criação do Instituto "Lauro de Souza Lima" em Bauru, SP.

Integrando as ações de todos os quatro primeiros itens acima, propõe-se o desenvolvimento de programas de educação continuada de pessoal de nível universitário, de capacitação do pessoal auxiliar através de treinamento em serviço e de educação para a população através de uma prática conjunta entre os serviços de saúde e a comunidade.

3 — Proposta preliminar para o controle

3.1 — Efetiva integração ao SUDS da atenção ao doente de hanseníase

Através da integração das Unidades de Saúde do INAMPS e das Prefeituras ao Programa de Controle da Hanseníase pretende-se a extensão da cobertura e uma maior resolutividade do Sistema Único de Saúde, desfazendo o atual "monopólio" da rede de Unidades de Saúde da Secretaria Estadual na atenção aos doentes e aos comunicantes dos doentes, tradicionalmente sem acesso ao sistema global de Saúde.

Com isso pretende-se fazer com que as redes municipal e previdenciária de atenção primária, através dos programas prioritários de atenção à Saúde do Trabalhador, da Criança e da Mulher, participem ativamente do diagnóstico (o mais

precoce possível), do tratamento dos doentes e do controle dos comunicantes. O impacto destas medidas deverá ser, num primeiro momento, o aumento dos diagnósticos em todas as formas clínicas, por um fenômeno de despressão da demanda, e a seguir um aumento proporcional dos casos indeterminados (processos) dos atuais 26,5% para um mínimo de cerca de 40 a 50% do total de novos casos diagnosticados anualmente no Estado.

Em uma doença de extrema cronicidade como a hanseníase, o impacto correspondente à diminuição das taxas de detecção, por interrupção de cadeia de transmissão, se observará a médio prazo (3 anos e mais).

3.2 — Implementação de Programa de Prevenção de Incapacidades por técnicas simples e reabilitação

O processo de instalação do comprometimento neurológico e das incapacidades físicas conseqüentes é na hanseníase, em boa medida, independente dos resultados do tratamento antibacilar ou quimioterápico e constitui-se no principal fator causador do complexo psicossocial da estigmatização. Isto leva à necessidade urgente e prioritária de implementação de um programa intensivo de prevenção de incapacidades por técnicas simples, basicamente executado por pessoal de nível auxiliar, treinado e supervisionado pela equipe multiprofissional dos Centros de Prevenção de Incapacidades de referência, estrategicamente distribuídos através do Estado, integrados com as unidades correspondentes do INAMPS e INPS (Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional).

O diagnóstico mais precoce dos casos, afixado a este Programa de prevenção de incapacidades, deverá fazer reverter a atual situação epidemiológica, em que apenas cerca de 55% dos novos casos diagnosticados têm seu grau de incapacidade avaliado e, destes, aproximadamente 30% apresentam já algum grau de incapacidade a nível de mãos ou pés. O grande contingente atualmente existente de pacientes não beneficiados anteriormente por um Programa de prevenção de incapacidades leva à necessidade de se programarem atividades de Reabilitação por técnicas mais sofisticadas como as cirúrgicas, por exemplo, devolvendo à vida social e profissional indivíduos atualmente sem qualquer chance de integração. As atividades de

reabilitação cirúrgica deverão concentrar-se e referir-se a dois dos hospitais de dermatologia sanitária: o Hospital Padre Bento (Grande São Paulo) e o Hospital Lauro de Souza Lima (Bauru — interior).

3.3 — Implantação dos esquemas terapêuticos de multidrogaterapia (MDT)

A emergência do fenômeno de resistência bacteriana às sulfonas, ocorrido em níveis alarmantes em diversos países endêmicos, ao lado da baixa efetividade dos esquemas auto-administrados a longo prazo no tratamento da hanseníase, levou a Organização Mundial de Saúde a recomendar, após testes de eficácia, a adoção de novos esquemas de tratamento mais curtos, conhecidos como MDT e que combinam, de acordo com a forma clínica da doença, as três drogas básicas (diamino difenilsulfona, rifampicina e clofazimina) em esquemas de tratamento em parte auto-administrado e em parte supervisionado, que têm como característica principal a maior agilidade operacional.

A factibilidade destes esquemas começa a ser testada em 4 projetos-piloto que procuram representar as diversas condições operacionais da rede (CS Tatuí; CS Santo Amaro; CS "Geraldo de Paula Souza" da Faculdade de Saúde Pública — USP e Clínica Dermatológica do Hospital das Clínicas da FMUSP). O passo seguinte, ou seja, a implantação dos novos esquemas em todas as Unidades de Saúde, será conseqüido com a Capacitação do pessoal da rede de laboratórios em técnicas baciloscópicas e acontecerá somente após a definição, em conjunto com a FURP, de uma política de produção e abastecimento de medicamentos anti-hanseníase que corrija as carências e distorções atualmente observadas na rede e que tome o Estado de São Paulo, através da FURP, autônomo quanto à produção e distribuição destes medicamentos hansenostáticos básicos.

3.4 — Recuperação dos hospitais de dermatologia sanitária

A sabidamente precária situação em que se encontram os cerca de 1.500 doentes de hanseníase hospitalizados ou albergados nos 4 hospitais-colônia de dermatologia sanitária do Estado de São Paulo, merecerá nesta proposta uma atenção especial, em três níveis:

a) a atenção propriamente *hospitalar* destes doentes nestes hospitais especializados, equacio-

nada em conjunto com o GTI de Política Hospitalar do SUDS e a área assessora de Hospitais próprios da Secretaria da Saúde;

b) o esforço de integração da rede de hospitais gerais do SUDS para o atendimento ao paciente de hanseníase, nas inúmeras intercorrências específicas e não específicas que naturalmente ocorrem ao longo de décadas de evolução de uma doença pouco letal, altamente incapacitante e de extrema cronicidade;

c) com a colaboração de outras áreas, como as Secretarias de Promoção Social, Agricultura etc., o equacionamento da problemática *asilar* destes hospitais-colônia de caráter rural, indo desde as modalidades de uso e exploração econômica da terra, seu gerenciamento, a administração dos recursos assim obtidos, até as soluções possíveis na área da Promoção Social, quanto à integração dos hansenianos albergados e irreversivelmente incapacitados.

3.5 - Criação do Instituto "Lauro de Souza Lima" — Bauru

za Lima" — Bauru

É de conhecimento geral o renome do Hospital "Lauro de Souza Lima" como centro de referência nacional e internacional em hanseníase, desempenhando funções relevantes na área de formação de recursos humanos (residência médica, cursos de especialização e aperfeiçoamento, estágios, etc.) bem como na área de pesquisa básica e clínica no setor.

No intuito de consolidar oficialmente uma situação de fato e de colaborar com o aperfeiçoamento institucional na área de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, propomo-nos a viabilizar a concretização de projeto já existente de criação do Instituto "Lauro de Souza Lima", como centro de excelência em Hansenologia e Dermatologia Sanitária para o Estado de São Paulo, onde deverá desenvolver-se a coordenação das atividades de pesquisa (básica, clínica e epidemiológica) e de formação de recursos humanos para o setor.