

# GUIA RÁPIDO DE HANSENÍASE PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE



**DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÃO DE CASO:** clínico e/ou dermatoneurológico e/ou epidemiológico.

Com pelo menos um dos sinais:

- lesão(s) ou área(s) de pele, com alteração de sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil.
- acometimento neural: espessamento, com ou sem alterações sensitivas, motoras ou autonômicas.
- presença de bacilos *Mycobacterium leprae* na baciloscopia ou biópsia.

## Classificação Operacional e Forma Clínica

- Paucibacilar (**PB**) – até 5 lesões de pele, Baciloscopia (-): Forma Indeterminada (1) ou Tuberculóide (2).
- Multibacilar (**MB**) – mais de 5 lesões de pele, Baciloscopia (-/+): Forma Dimorfa (3) ou Virchowiana (4).
- Baciloscopia (+) classifica o caso como MB (independente do número de lesões)
- Baciloscopia (-) não exclui o diagnóstico clínico e também não classifica obrigatoriamente como PB.
- Biópsia - auxiliar diagnóstico, não determina a forma clínica.

- Se mais de um nervo estiver comprometido e com alteração de sensibilidade, o tratamento será MB.

- Todos os casos de hanseníase, independentemente da forma clínica, deverão ser avaliados quanto ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico, ao menos uma vez por ano durante o tratamento e na alta.

**Contato domiciliar** - toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente.

- O exame dos contatos deve ser feito imediatamente após o diagnóstico e no mínimo uma vez por ano, por **cinco anos**, pelo menos, com avaliação dermatoneurológica.
- Após esse período, orientar que o contato mantenha a auto observação e retorne caso haja algum sinal suspeito.
- Realizar exame dermatoneurológico nos contatos de todos os casos novos e de recidiva.

**Contato social** - aquele que não reside mas tem ou teve contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado.

- Deve ser investigado de acordo com o grau e tipo de convivência.

**O exame dos contatos é imprescindível para quebrar a cadeia de transmissão!**

## VACINA PARA CONTATOS

### Esquema de Vacinação com BCG

Cicatriz Vacinal	Ausência Cicatriz BCG	Uma Cicatriz BCG	Duas Cicatrizes de BCG
<b>Conduta</b>	Uma Dose	Uma Dose	Não Prescrever

- A vacina BCG deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independente da classificação operacional do caso índice.

- Importante esclarecer que a vacina não imuniza contra a hanseníase, mas deve ser tomada porque aumenta a resistência do organismo, principalmente contra as formas multibacilares da doença.

## TRATAMENTO: Poliquimioterapia – PQT

### Esquema terapêutico para casos PAUCIBACILARES (PB) 06 cartelas

ADULTO	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (2 cps de 300mg) supervisionada Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada
CRIANÇA	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (1 cp de 150mg e 1 cp de 300 mg) supervisionada Dapsona (DDS): dose mensal de 50mg supervisionada e dose diária de 50mg autoadministrada

**Critério de alta:** 6 cartelas em até 9 meses

## TRATAMENTO: Poliquimioterapia – PQT

### Esquema Terapêutico para casos MULTIBACILARES (MB) 12 cartelas

ADULTO	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600mg (2 cps de 300mg) supervisionada Dapsona (DDS): dose mensal de 100mg supervisionada e dose diária de 100mg autoadministrada Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300mg (3 cps de 100mg) supervisionada e 1 dose diária de 50mg autoadministrada
CRIANÇA	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450mg (1 cp de 150mg e 1 cp de 300mg) Dapsona (DDS): dose mensal de 50mg supervisionada e dose diária de 50mg autoadministrada Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150mg (3 cps de 50mg) supervisionada e uma dose de 50mg autoadministrada em dias alternados

**Critério de alta:** 12 cartelas em até 18 meses

**Obs:** Para crianças abaixo de 30 kg, deve-se calcular a dose conforme diretrizes do Manual Técnico Operacional - MS.

**Hanseníase e Gravidez** - a rifampicina pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação. A gravidez e o aleitamento não contraindicam o tratamento PQT padrão. Os recém-nascidos podem apresentar a pele hiperpigmentada pela clofazimina, ocorrendo regressão gradual da pigmentação após o nascimento. Especial atenção deve ser dada ao período entre o terceiro trimestre da gravidez e puerpério, no qual as reações hansênicas podem ter sua frequência aumentada.

**Hanseníase e Tuberculose** - a rifampicina deve ser administrada na dose requerida para tratar tuberculose, ou seja, 600 mg/dia. Os demais medicamentos (clofazimina e dapsona) permanecem em igual dose ao esquema padrão PQT.

**Hanseníase e HIV/AIDS** - a rifampicina, na dose utilizada para tratamento da hanseníase (600 mg/mês), não interfere nos inibidores de protease utilizados no tratamento de pacientes com HIV/AIDS.

#### **SEGUIMENTO DOS CASOS:**

- Solicitar no início e final do tratamento, em estados reacionais e sempre que necessário: hemograma completo, contagem de reticulócitos, glicose, hepatograma, uréia, creatinina, parcial de urina. A análise dos resultados dos exames não deve retardar o início da PQT, exceto nos casos em que a avaliação clínica sugerir doenças que contra indiquem o início do tratamento.
- O acompanhamento é mensal para avaliação clínica, fornecimento da dose supervisionada e cartela autoadministrada.
- Realizar avaliação dermatoneurológica na 1ª, 3ª, 6ª, 9ª e 12ª doses e sempre que houver queixas como dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas.
- O internamento só está indicado em casos graves e deve ser feito em hospitais gerais. Após alta hospitalar, o tratamento continua na Unidade de Saúde (US) onde o paciente está vinculado.
- Ao completar o tratamento com PQT, o paciente será considerado curado. No entanto, as incapacidades físicas necessitam de prevenção e atenção permanente.
- Após alta, a avaliação dermatoneurológica deverá ser realizada 1 vez por ano, durante pelo menos 5 anos ou conforme a necessidade.

**Reações Hansênicas:** decorrentes da ação do sistema imunológico contra o *Mycobacterium leprae*- podem lesar os nervos e incapacitar, por isso devem ser consideradas como situações de emergência e atendidas nas primeiras 24 horas.

Características	Episódio Reacional		Recidiva
	Reação Tipo I (Reação Reversa)	Reação Tipo II (Eritema Nodoso Hansênico)	
Período de Ocorrência	Antes, durante ou depois do tratamento	Antes, durante ou depois do tratamento	Em geral, período superior a 5 anos pós término da PQT
Aparecimento das lesões	Súbito e Inesperado	Súbito e Inesperado	Lento e insidioso
Lesões Antigas	Algumas ou todas podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas	Sem alterações	Geralmente imperceptíveis Podem apresentar bordas eritematosas e crescimento radial
Lesões Recentes	Exacerbação de lesões antigas	Aparecem lesões novas disseminadas (nódulos subcutâneos, dolorosos e eritematosos, com limites imprecisos)	Poucas
Ulceração	Pode ocorrer	Pode ocorrer	Raramente ocorre
Regressão	Presença de descamação	Ausência de descamação	Ausência de descamação
Comprometimento Neural	Muitos nervos podem ser rapidamente comprometidos, com dor e alterações sensitivo/motoras	Muitos nervos podem ser rapidamente comprometidos, com dor e alterações sensitivo/motoras	Poucos nervos podem ser envolvidos com alterações sensitivo-motoras de evolução mais lenta
Tratamento	≥ Prednisona 1 mg/Kg/dia	Talidomida (medicação de escolha) ≥ Prednisona 1 mg/Kg/dia (opção de tratamento)	Investigar o caso, referenciar e se confirmado, reiniciar PQT

**Conforme diretrizes do Ministério da Saúde, casos de menores de 15 anos, recidiva, neural primária, tratamento substitutivo, prorrogação do tratamento e reações hansênicas graves não responsivas ao tratamento convencional, deverão ser referenciadas via Coordenação Regional.**

**Para dúvidas ou mais informações, consulte diretrizes do Manual Técnico Operacional - MS**

