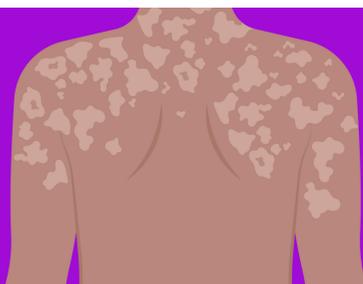




## Prefeitura Municipal de Rio Azul Secretaria Municipal de Saúde de Rio Azul



### Fluxograma de **HANSENÍASE**

Rio Azul  
2024

**Prefeito:** Leandro Jasinski

**Secretária de Saúde:** Maria Elaine Pacanaro

**Colaboradores:**

Departamento de Atenção Primária à Saúde

Hanna Camila Torres Lopes - Coordenadora da Atenção Primária

### CASO SUSPEITO DE HANSEIASE (INDIVÍDUO NÃO CONTACTANTE)

- Lesões de pele esbranquiçadas e/ ou avermelhadas, com diminuição de sensibilidade, da sudorese e/ ou dos pelos;
- Áreas de pele com diminuição de sensibilidade, da sudorese e/ ou dos pelos;
- Infiltração ou nódulos na face e pavilhões auriculares; obstrução e /ou sangramento nasal persistente;
- Queixas de dormência ou formigamento, sensação de agulhadas, nas mãos e/ ou nos pés;
- Hipersensibilidade ou sensação de dor ou choque no trajeto de nervos periféricos;
- Áreas de dormência ou anestesia nas mãos e pés, especialmente quando há ferimentos ou queimaduras indolores;
- Diminuição da força muscular ou paralisia nas mãos e pés e/ ou olhos;

### AValiação DERMATOLÓGICA (profissional da atenção primária)

Inspeção da pele em toda superfície corporal

Avaliação da sensibilidade (térmica dolorosa e tátil) nas lesões de pele e/ ou nas áreas referidas como dormentes

### AValiação DERMATOLÓGICA (profissional da atenção primária)

Palpação dos nervos periféricos + avaliação sensitiva e motora nas mãos, pés e olhos

#### ACHADOS CLÍNICOS 1

Lesões e/ou áreas da pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; e/ou Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas

#### ACHADOS CLÍNICOS 2

Teste de sensibilidade cutânea duvidoso e Avaliação neurológica normal ou inconclusiva

#### ACHADOS CLÍNICOS 3

Comprometimento neural comprovado, ausência de lesões cutâneas

#### DESCARTADO

EXCLUSÃO DO PROTOCOLO INSTIGAR OUTRA CAUSA

POSITIVO (IB>0,0)

SOLICITAR BACILOSCOPIA

MÉDICO OU ENFERMEIRO

NEGATIVO (IB=0,0)

a ESF deve orientar em relação a técnica de coleta, e entregar o material no setor da vigilância epidemiológica

ENCAMINHAR PARA AVLIAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA

CASO CONFIRMADO DE HANSEIASE DEFINIR CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL + DEFINIR GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA + AVALIAR A PRESENÇA DE REAÇÕES HANSÉNICAS + ENCAMINHAR NOTIFICAÇÃO PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

OBS: OS PACIENTES COM HANSEIASE DEVEM SER AVALIADOS PARA: TUBERCULOSE, HEPATITES B E C, HIV/AIDS. REALIZAR TESTE RÁPIDO PARA HIV E HEPATITES.

**MAIS DE 5 LESÕES DE PELE E/OU 2 OU MAIS NERVOS PERIFÉRICOS COMPROMETIDOS E/OU BACILOSCOPIA POSITIVA**  
HANSEIASE MULTIBACILAR (MB)

INICIAR TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE 1ª LINHA NA APS  
PQT-U POR 12 MESES  
+ TRATAMENTO DE REAÇÕES HANSÉNICAS, SE HOUVER

**ATÉ 5 LESÕES DE PELE E BACILOSCOPIA NEGATIVA**  
HANSEIASE PAUCIBACILAR (PB)

INICIAR TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE 1ª LINHA NA APS  
PQT-U POR 6 MESES  
+ TRATAMENTO DE REAÇÕES HANSÉNICAS, SE HOUVER

#### CRITÉRIO DE ALTA PB OU MB

- Confirmação de todas as doses supervisionadas
- Avaliação clínica
- ANS

#### MONITORAMENTO PB OU MB

- Avaliação clínica mensal
- Dose supervisionada mensal
- ANS trimestral

**OBS:** Todas as informações devem estar registradas no prontuário eletrônico para confirmação no momento da alta

# CANTATO DE CASO DE HANSENÍASE

**AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA (profissional da atenção primária)**  
Inspeção da pele em toda superfície corporal  
Avaliação da sensibilidade (térmica dolorosa e tátil) nas lesões de pele e/ ou nas áreas referidas como dormentes

**AVALIAÇÃO DERMATOLÓGICA (profissional da atenção primária)**  
Palpação dos nervos periféricos + avaliação sensitiva e motora nas mãos, pés e olhos

CASO CONFIRMADO?

**CONFIRMADO**

**ALTERAÇÕES SUSPEITAS INCONCLUSIVAS**

Teste de sensibilidade cutânea duvidoso e Avaliação neurológica normal ou inconclusiva OU comprometimento neural comprovado, com ausência de lesões cutâneas

**REALIZAR TESTE RÁPIDO NA APS**

**Reagente**

**Solicitar baciloscopia**

a ESF deve orientar em relação a técnica de coleta, e entregar o material no setor da vigilância epidemiológica

**POSITIVO (IB>0,0)**

**NEGATIVO (IB=0,0)**

**Não Reagente**

**ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

**DESCARTADO**

**REALIZAR TESTE RÁPIDO NA APS**

**Reagente**

- Vacina BCG conforme histórico vacinal
- Educação em saúde sobre sinais e sintomas da hanseníase e importância do diagnóstico precoce

**Não Reagente**

**Não iniciar PQT-U**  
Iniciar vigilância ativa com avaliação anual na Unidade de Saúde por 5 anos

Vigilância passiva por meio do autoexame  
Retornar ao serviço de saúde se necessário

**CASO CONFIRMADO DE HANSENÍASE** DEFINIR CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL + DEFINIR GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA + AVALIAR A PRESENÇA DE REAÇÕES HANSÊNICAS + ENCAMINHAR NOTIFICAÇÃO PARA A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

**OBS: OS PACIENTES COM HANSENÍASE DEVEM SER AVALIADOS PARA: TUBERCULOSE, HEPATITES B E C, HIV/AIDS. REALIZAR TESTE RÁPIDO PARA HIV E HEPATITES.**

**MAIS DE 5 LESÕES DE PELE E/OU 2 OU MAIS NERVOS PERIFÉRICOS COMPROMETIDOS E/OU BACILOSCOPIA POSITIVA**  
**HANSENÍASE MULTIBACILAR (MB)**

INICIAR TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE 1ª LINHA NA APS  
**PQT-U POR 12 MESES**  
+ TRATAMENTO DE REAÇÕES HANSÊNICAS, SE HOUVER

**ATÉ 5 LESÕES DE PELE E BACILOSCOPIA NEGATIVA**  
**HANSENÍASE PAUCIBACILAR (PB)**

INICIAR TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE 1ª LINHA NA APS  
**PQT-U POR 6 MESES**  
+ TRATAMENTO DE REAÇÕES HANSÊNICAS, SE HOUVER

## **Referências:**

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Diagnóstico e tratamento da hanseníase na Atenção Primária à Saúde (APS). Ribeirão Preto: Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. Diagnóstico e tratamento da hanseníase na Atenção Primária à Saúde. São José dos Pinhais: Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.