


# GUIA DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA HANSENÍASE



**PREFEITURA  
BELO HORIZONTE**

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA



# GUIA DE ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NA HANSENÍASE

## **Elaboração**

Gerência de Assistência Farmacêutica  
Coordenação do Adulto e Idoso

## **Revisão**

Gerência de Atenção Primária à Saúde

## **Projeto Gráfico**

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social  
Secretaria Municipal de Saúde

## Lista de figuras

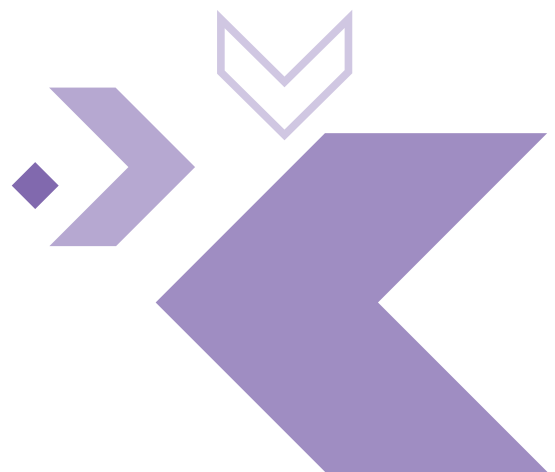
FIGURA 1 - Fluxograma para o atendimento à pessoa com hanseníase pelas equipes de saúde.....	16
FIGURA 2 - Precauções na corticoterapia.....	21
FIGURA 3 - Planilha do GERAf de acompanhamento das consultas farmacêuticas ao paciente com hanseníase .....	30
FIGURA 4 - Resumo dos dados do acompanhamento farmacêutico à pessoa com hanseníase e indicadores do cuidado no GERAf.....	31

## Lista de quadros

QUADRO 1 - Esquema de vacinação com BCG .....	11
QUADRO 2 - Serviços municipais de referência em hanseníase por regional.....	14
QUADRO 3 - Esquema terapêutico paucibacilar .....	17
QUADRO 4 - Esquema terapêutico multibacilar .....	18
QUADRO 5 - Reações adversas aos medicamentos utilizados na PQT .....	19
QUADRO 6 - Principais reações adversas à PQT e sugestões de condutas.....	20
QUADRO 7 - Principais reações adversas à corticoterapia.....	22
QUADRO 8 - Interações medicamentosas entre corticoides e outros medicamentos.....	22
QUADRO 9 - Orientações para prevenção de incapacidades .....	27

## Lista de abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacillus Calmette-Guérin (vacina)
BH	Belo Horizonte
eNASF-AB	Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
GERAF	Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (Software)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MB	Multibacilar
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia
RAM	Reação Adversa a Medicamento
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde



# SUMÁRIO

<b>1</b>	Introdução .....	8
1.1	Diagnóstico, transmissão e manifestações clínicas da hanseníase .....	8
1.2	Tratamento da Hanseníase, panorama municipal e importância do Cuidado Farmacêutico.....	9
<b>2</b>	Objetivos .....	10
2.1	Objetivo geral.....	10
2.2	Objetivos específicos.....	10
<b>3</b>	Conceitos e definições importantes.....	10
<b>4</b>	Acesso ao tratamento.....	14
4.1	Fluxograma para o atendimento à pessoa com hanseníase pelas equipes de saúde .....	15
<b>5</b>	Farmacoterapia e informações sobre medicamentos .....	17
5.1	Medicamentos para o tratamento da hanseníase .....	17
5.1.1	Esquema terapêutico paucibacilar - 6 cartelas.....	17
5.1.2	Esquema terapêutico multibacilar - 12 cartelas .....	17
5.2	Acompanhamento das reações adversas a medicamentos.....	18
5.2.1	Conduas nas reações adversas.....	19
5.3	Resistência, contraindicação e intolerância à poliquimioterapia .....	21
5.4	Tratamento das reações hansênicas.....	21



5.4.1 Reações adversas na corticoterapia.....	21
5.4.2 Interações medicamentosas na corticoterapia.....	22
5.4.3 Reações adversas à talidomida .....	23
5.4.4 Interações medicamentosas da talidomida.....	23
5.5 Orientações em situações especiais.....	24
5.5.1 Hanseníase e gestação .....	24
5.5.2 Hanseníase e tuberculose.....	24
5.5.3 Hanseníase e infecção pelo HIV e/ou aids .....	24
5.6 Interações medicamentosas.....	24
<b>6</b> Cuidado farmacêutico à pessoa com hanseníase.....	25
6.1 Avaliação da indicação do tratamento .....	25
6.2 Avaliação da efetividade do tratamento .....	26
6.3 Avaliação da segurança do tratamento .....	26
6.4 Administração da dose mensal supervisionada .....	28
6.5 Abordagem transversal/Educação em saúde.....	28
<b>7</b> Monitoramento do acompanhamento farmacêutico na hanseníase .....	29
<b>8</b> Considerações finais .....	31
Referências Bibliográficas.....	32



## I Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Essa bactéria é um parasita intracelular obrigatório com afinidade por células cutâneas e células nervosas periféricas, apresentando alto poder infectante e baixo poder patogênico, isto é, infecta muitas pessoas, mas poucas adoecem (BRASIL, 2016).

No Brasil, a doença também é conhecida como lepra, mal de Lázaro e mal de Hansen. No entanto, desde a década de 70, o uso do termo “lepra” vem sendo desestimulado e em 1995 foi sancionada a lei federal nº 9010 que representou o maior avanço para a redução do estigma à doença, quando proibiu a utilização dessa terminologia e seus derivados em documentos oficiais (SMSA-BH, 2015).

Dentre os países da América, o Brasil é o único onde a hanseníase ainda não foi eliminada e continua a ser um dos poucos no mundo a ter a doença como um problema de saúde pública. Em 2012, o coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil era de 1,51 casos por 10 mil habitantes, não sendo suficiente para cumprir a meta de eliminação proposta pela Organização Mundial de Saúde - OMS, que preconiza menos de 1 (um) caso/10 mil habitantes (BRASIL, 2013). Nos últimos vinte anos, mais de 14 milhões de pacientes no mundo foram curados de hanseníase. Além disso, observou-se uma redução drástica da carga global da doença de 5 milhões de casos em 1985 para 213 mil em 2008 (BRASIL, 2013).

## 1.1 Diagnóstico, transmissão e manifestações clínicas da hanseníase

As vias aéreas superiores são a principal via de eliminação do bacilo e a mais provável porta de entrada no organismo (SOUZA, 2014). A transmissão através da pele íntegra e por compartilhamento de utensílios não é possível (BRASIL, 2017). Para que a transmissão ocorra é necessário um contato direto, íntimo e prolongado com a pessoa doente não tratada, muito frequente na convivência domiciliar. Por isso, o domicílio é apontado como espaço importante de transmissão (BRASIL, 2007). Nesse sentido, circunstâncias socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente, influenciam no risco de adoecimento (BRASIL, 2002). A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, sendo mais frequente no sexo masculino. No Brasil, entre os anos de 2012 e 2016, dos 151.764 novos casos diagnosticados, 55,6% (n = 84.447) ocorreram no sexo masculino (BRASIL, 2018).

Considera-se um caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais desses sinais cardinais:

- Lesão (ões) ou área (s) da pele com alteração de sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil; ou
- Espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas, motoras ou autonômicas; ou
- Presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou biópsia de pele.

É importante ressaltar que o resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico de hanseníase e, sempre que possível, esse exame complementar deve ser utilizado para direcionar a classificação dos casos em paucibacilar ou multibacilar (BRASIL, 2016).

Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. leprae*. Nos indivíduos que adoecem, a infecção evolui de diversas formas, conforme resposta imunológica específica do hospedeiro, sendo observada, também, influência genética quanto à susceptibilidade à bactéria (GODINHO *et al.*, 2015).

Devido ao padrão lento de multiplicação do bacilo, a partir da infecção leva-se em média de 2 a 5 anos para o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, como manchas e outras alterações na pele, em sua maioria com alteração de sensibilidade (SMSA-BH, 2018). No entanto, o período de incubação pode ser maior que 20 anos (SCHREUDER *et al.*, 2016).

O comprometimento dos nervos periféricos (nervos microscópicos na derme) ocorre desde o início e é a principal característica da doença. Esse comprometimento apresenta grande potencial para provocar deformidades que podem evoluir para incapacidades físicas, ocasionando diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, já que são responsáveis também pelo estigma e preconceito contra a doença (CID *et al.*, 2012).

Em fase mais avançada, acontece o comprometimento dos troncos nervosos, sendo possível observar a ocorrência de madarose, feridas, diminuição da acuidade visual, cegueira, esterilidade, deformidades ósseas e articulares e óbito (SMSA-BH, 2018).

Dessa forma, a hanseníase é considerada uma doença potencialmente incapacitante se não diagnosticada precocemente. Por sua vez, o diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico e é realizado por meio da anamnese, exame geral e dermatoneurológico, para identificar as lesões de pele e alterações de sensibilidade características da doença (BRASIL, 2010a).

## 1.2 Tratamento da Hanseníase, panorama municipal e importância do Cuidado Farmacêutico

A hanseníase tem cura e o tratamento é ofertado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS. As primeiras doses dos medicamentos já matam os bacilos, tornando-os incapazes de infectar outras pessoas (GODINHO *et al.*, 2015). Considera-se que a partir de 72 horas do início do tratamento, quando há adesão à poliquimioterapia - PQT, o doente deixa de ser transmissor da doença (LYON *et al.*, 2013).

Em Belo Horizonte, no ano de 2018, foram notificados 41 casos novos da doença entre seus residentes. A organização dos serviços de saúde para o atendimento à hanseníase no município está pautada na integração das ações de prevenção e controle da doença na Atenção Primária à Saúde - APS, estratégia que é utilizada em todo o território nacional, porém a maioria dos casos diagnosticados ainda são acompanhados na atenção secundária. Vários esforços têm sido realizados para melhoria desse cenário (SMSA, 2018).

O atendimento multidisciplinar com vistas à prevenção do abandono e à detecção precoce de incapacidades, priorizando a qualidade de vida, é de grande importância para o acompanhamento adequado da pessoa com hanseníase. Ao promover o uso correto de medicamentos, adesão ao tratamento, ações de educação e prevenção e a oferta de um cuidado humanizado e individualizado, o farmacêutico tem muito a contribuir na prestação da assistência integral a esse paciente.

Com base no exposto, o presente guia apresenta a estruturação proposta para o modelo de prática profissional a ser adotado pelo farmacêutico da rede SUS-BH no cuidado à pessoa com hanseníase.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo geral

Contribuir para a qualificação profissional do farmacêutico, com vistas à promoção do cuidado integral e integrado às pessoas com hanseníase acompanhadas na rede SUS-BH.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os sinais e sintomas associados à hanseníase e às reações hansênicas.
- Descrever as etapas do acompanhamento farmacêutico à pessoa com hanseníase, incluindo a identificação de sinais e sintomas da doença, orientações em relação à farmacoterapia, encaminhamentos (inclusive dos contatos para avaliação) e ações de educação em saúde.
- Relacionar as orientações que o farmacêutico deve fornecer ao paciente para o uso efetivo e seguro dos medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase, conforme esquema terapêutico indicado.

## 3 Conceitos e definições importantes

A seguir, dispõem-se algumas definições importantes para a compreensão do documento.

**Alterações dermatológicas na hanseníase:** se manifestam, principalmente, através de lesões de pele com alteração de sensibilidade. Geralmente, iniciam-se com sensação de queimação, formigamento e/ou coceira no local, que evoluem para dormência, diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, a dor ou ao tato. Podem estar localizadas em qualquer região do corpo, principalmente na face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas e podem também acometer a mucosa nasal e a cavidade oral (BRASIL, 2007).

As lesões de pele mais comuns são:

- Manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade.
- Pápulas, placas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas dolorosos (no eritema nodoso, geralmente, os nódulos são dolorosos).
- Ausência ou diminuição de sudorese no local - pele seca (BRASIL, 2007).

**Baciloscopia para hanseníase:** consiste em fazer um esfregaço do material (raspado dérmico) para leitura microscópica. Para os casos de pacientes que não apresentam lesões cutâneas, o material deve ser colhido do lóbulo direito da orelha, seguido do lóbulo esquerdo, cotovelo direito, seguido do esquerdo. Se houver lesões cutâneas ou áreas com alteração de sensibilidade, colhe-se da lesão, cotovelo contralateral a essa lesão e dos lóbulos auriculares (BRASIL, 2010 b). A coleta nesses locais é uma determinação da OMS, visto que o *M. leprae* tem tropismo por lugares frios do corpo, como nervos mais superficiais e pele (BRASIL, 2002). A baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, independentemente do número de lesões, porém o resultado negativo não classifica obrigatoriamente o doente como paucibacilar (BRASIL, 2016).

Nota: ressalta-se que a baciloscopia negativa não descarta diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2016).

**Hanseníase paucibacilar (PB):** casos com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa. Nos casos PB, as pessoas adoecem, mas ainda apresentam certa resistência ao bacilo. Não são consideradas importantes fontes de transmissão da doença devido à baixa carga bacilar no organismo, insuficiente para infectar outras pessoas (BRASIL, 2007).

**Hanseníase multibacilar (MB):** casos com mais de cinco lesões de pele e/ou baciloscopia positiva. Os casos MB podem infectar outras pessoas e são a manutenção da cadeia epidemiológica da doença. São casos que não apresentam resistência imunológica ao bacilo, que se multiplica no organismo passando a ser eliminado para o meio exterior (BRASIL, 2007).

**Contato domiciliar:** toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase. Para fins epidemiológicos, deverão ser examinados os contatos dos últimos 5 anos previamente ao caso índice (BRASIL, 2002).

**Contato social:** qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais, que incluem vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado (BRASIL, 2016).

**Esquema vacinal para hanseníase:** a vacina BCG é indicada para inibir o desenvolvimento das formas mais graves da doença no indivíduo que convive ou conviveu em proximidade com a pessoa recém diagnosticada com hanseníase (SMSA-BH, 2018). A aplicação da vacina só deve ocorrer nos contatos sem presença de sinais e sintomas da doença e depende da história vacinal e/ou da presença de cicatriz vacinal, conforme recomendações abaixo:

QUADRO 1 - Esquema de vacinação com BCG

CICATRIZ VACINAL	CONDUTA
Ausência cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a)

Notas:

- a) Contatos de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.
- b) As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização - PNI, disponível no endereço eletrônico: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)
- c) É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao vírus da imunodeficiência humana - HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para doentes HIV positivos, seguir as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados, disponíveis no endereço eletrônico: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf)
- d) Contatos de hanseníase em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam da vacinação BCG profilática para hanseníase.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a)

**Alterações neurológicas na hanseníase:** neurites são inflamações de nervos periféricos que podem ser causadas tanto pela ação do bacilo nos nervos, como pela reação imunológica do organismo ao bacilo ou por ambas. A neurite manifesta-se através de um processo agudo, acompanhado de dor intensa e edema. Mais raramente a neurite pode ser indolor e é diagnosticada através do exame sequenciado com estesiômetro, ao que se chama de neurite silenciosa (PIMENTEL, M. I. F. *et al.*, 2004). Essa, se não tratada adequada e precocemente, também pode levar à incapacidade. Quando o acometimento neural não é tratado, pode tornar-se crônico ocasionando alterações sensitivas, motoras ou autonômicas, tais como a perda da capacidade de suar, causando ressecamento na pele e nas mucosas; perda de sensibilidade, causando dormência; e perda da força muscular, causando paralisia. Ressalta-se aqui a importância do diagnóstico diferencial entre neurite e dor neuropática (BRASIL, 2002; 2010 a; 2016).

**Reações hansênicas:** reações hansênicas (tipos 1 e 2) ou estados reacionais são alterações do sistema imunológico que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, podendo ocorrer em qualquer paciente, porém são mais frequentes nos pacientes MB. Elas podem surgir antes, durante ou depois do tratamento com a PQT (BRASIL, 2016).

- **Reação tipo 1 ou reação reversa:** caracteriza-se pelo aparecimento súbito de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas) ou exacerbação nas lesões antigas, por vezes acompanhadas de febre e outros sintomas gerais, lesões cutâneas inflamatórias em trajetos de nervos (por exemplo, na face) e lesões cutâneas inflamatórias disseminadas, com tendência à ulceração. Pode ser observada também presença de neurite, definida após palpação e avaliação da função neural (BRASIL, 2016).
- **Reação tipo 2:** apresenta o Eritema Nodoso Hansênico - ENH como manifestação clínica mais frequente caracterizada pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como: febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, com ou sem espessamento de nervos, podendo estar acompanhada de dor de nervos periféricos (neurites) (BRASIL, 2016).

Essas ocorrências devem ser consideradas como situações de emergência e o tratamento deve ser iniciado nas primeiras 24 horas (BRASIL, 2016). Cabe ressaltar que a PQT não deve ser suspensa durante as reações hansênicas (BRASIL, 2010 a).

**Acompanhamento pós-alta:** deverá ser feito durante 5 anos, com uma consulta anual, preferencialmente com algum profissional da equipe que tenha acompanhado inicialmente o caso, com o objetivo de reconhecer recidivas ou sinais de reação hansênicas (BRASIL, 2017).

Nota: As reações hansênicas são mais frequentes no primeiro ano pós-alta de casos MB, podendo haver necessidade de maior número de consultas (SMSA, 2018).

**Abandono:** são considerados como abandono de tratamento casos de pacientes PB que não compareceram ao tratamento por mais de três meses (consecutivos ou não), num total de 9 meses; e casos de pacientes MB que não compareceram por mais de seis meses (consecutivos ou não) num total de 18 meses, mesmo após inúmeras tentativas de busca para retorno ao tratamento, por parte dos profissionais (BRASIL, 2016).

**Recidiva:** considera-se todos os casos de hanseníase, tratados regularmente com esquemas oficiais padronizados e corretamente indicados, que receberam alta por cura, isto é, saíram do registro ativo da doença no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN, e que voltaram a apresentar novos sinais e sintomas clínicos de doença infecciosa ativa. Os casos de recidiva em hanseníase geralmente ocorrem em período superior a cinco anos após a cura. Para a investigação de um caso suspeito de recidiva, a unidade de saúde deve preencher a Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva e encaminhar o caso para o serviço de referência (BRASIL, 2016). Deve-se ficar atento para que os estados reacionais pós-alta, comuns nos esquemas de tratamento quimioterápico de curta duração, não sejam confundidos com casos de recidiva da doença (BRASIL, 2002). O diagnóstico diferencial entre reação hansênica e recidiva deverá ser baseado na associação de exames clínicos e laboratoriais, especialmente a baciloscopia de raspado intradérmico nos casos MB (BRASIL, 2016).

**Insuficiência terapêutica:** situação especial em que o paciente, por diferentes motivos, não recebeu tratamento adequado e suficiente, tais como: casos com irregularidade ao tratamento padrão PQT; casos que foram erroneamente classificados como PB quando deveriam ser classificados como MB; casos MB tratados com esquemas nos quais os pacientes receberam apenas clofazimina diária e rifampicina mensal, por inviabilidade de utilizar a dapsona do esquema padrão; casos geralmente muito avançados e anérgicos, com muitos hansenomas e infiltrações, com índice baciloscópico maior que 3+ e/ou ELISA anti-PGLI elevados que receberam 12 doses PQT/MB e após avaliação clínica e/ou baciloscópica na referência terão necessidade de 12 doses adicionais.

**Falência terapêutica:** situação rara que deve ser suspeitada quando o paciente diagnosticado com hanseníase não apresenta sinais de melhora clínica durante o tratamento regular e adequadamente indicado de 6 ou 12 doses PQT; casos em que o paciente MB recebeu até 24 doses de PQT/MB, portanto já ultrapassou o critério de insuficiência terapêutica, e que, na alta por cura, apresenta sinais de atividade clínica e/ou presença de bacilos íntegros bem definidos

no raspado dérmico e/ou exame histopatológico de pele e, quando disponível, manutenção de altos níveis de ELISA anti-PGL1 (IgM). Esses casos devem ser acompanhados na referência.

## 4 Acesso ao tratamento

Os pacientes com suspeita clínica ou diagnóstico confirmado de hanseníase podem ser atendidos nos 152 Centros de Saúde da rede SUS-BH. O município de Belo Horizonte também possui serviços de referência em hanseníase que recebem os casos mais complexos (ocorrência de reações adversas graves, resistência bacteriana ao tratamento, reações hansênicas graves, recidivas) ou com necessidade de exames mais específicos, assim como pacientes de outros municípios. As crianças e adolescentes menores de 15 anos também devem ser encaminhadas para tratamento nos serviços de referência. No quadro 2 encontram-se os serviços de referência municipal para o tratamento da hanseníase, divididos por regional, e os contatos para realizar a marcação de consultas, de acordo com a região da cidade:

QUADRO 2 - Serviços municipais de referência em hanseníase por regional

REGIONAL	SERVIÇO DE REFERÊNCIA
Centro-Sul Nordeste Norte Pampulha Venda Nova	Ambulatório de Hanseníase Hospital das Clínicas (HC) - UFMG Marcação: 3409-9560 ou 3409-9562 ou 3409-9563
Barreiro Oeste Noroeste	Hospital Eduardo de Menezes Marcação: regulação ou telefone 3328-5057 (casos urgentes)
Leste	CEM-SCMBH - Ambulatório de Dermatologia Marcação: regulação

O tratamento da hanseníase tem duração de 6 a 12 meses, dependendo do caso, e é realizado com medicamentos administrados por via oral, disponíveis exclusivamente e de forma gratuita pela rede SUS.

Os pacientes diagnosticados na rede privada deverão estar preferencialmente vinculados à sua respectiva equipe de Saúde da Família - eSF. Caso optem por continuar seu acompanhamento na rede privada, deverão ser orientados sobre os fluxos e documentação necessária para acesso aos medicamentos.

Sendo a hanseníase uma doença de notificação compulsória, para a primeira dispensação dos medicamentos é necessária a apresentação da **prescrição médica em 2 (duas) vias, juntamente à via original ou cópia da notificação do caso no SINAN**. Caso o paciente tenha sido diagnosticado em outro ponto de atenção e não esteja portando a ficha de notificação no momento da primeira dispensação, deverá ser encaminhado para a eSF ou outro profissional da unidade para que seja avaliado e notificado.

Para as demais dispensações, além da apresentação obrigatória da prescrição médica



em 2 (duas) vias, deve ser apresentado também o Boletim de Acompanhamento Mensal (disponível para impressão no software de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica - GERAF), devidamente preenchido. Nesse sentido, no primeiro atendimento ao paciente da rede privada, é importante entregar fichas em branco do Boletim e orientá-lo a levá-las em suas consultas mensais, para preenchimento pelo médico responsável por seu acompanhamento. Ressalta-se que, caso o documento não seja apresentado, a dispensação deva ocorrer mediante a apresentação da prescrição médica em 2 vias e o profissional deverá reforçar junto ao paciente a importância da apresentação do Boletim nas próximas dispensações.

A pessoa com hanseníase deverá ser submetida a um monitoramento clínico e terapêutico sistemático. Essa medida visa identificar reações hansênicas, reações adversas a medicamentos e dano neural. Os pacientes deverão ser agendados para retorno à consulta médica a cada 28 dias e terão a tomada de dose supervisionada por um profissional de saúde. Após cada dose supervisionada, o paciente receberá uma cartela para as doses subsequentes, autoadministradas em domicílio. Em caso de reações ou outras intercorrências, os pacientes devem ser examinados em intervalos menores.

No retorno para a dose supervisionada, aproveita-se a oportunidade para avaliação dermatoneurológica do paciente, esclarecimento de dúvidas e orientações. Além disso, reforçar a importância do exame dos contatos, com agendamento do exame clínico e vacinação (BRASIL, 2016).

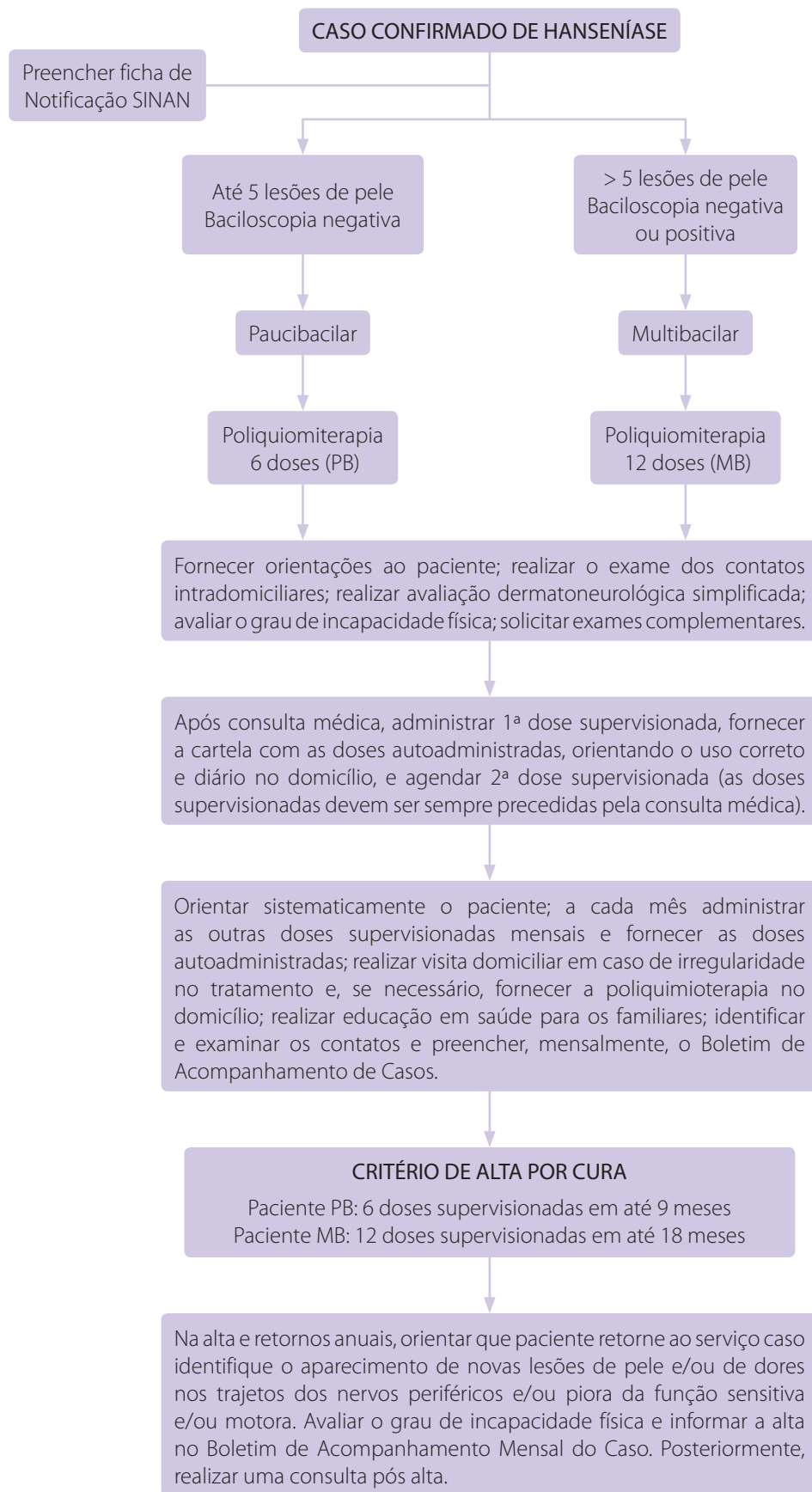
O atendimento multidisciplinar, envolvendo o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - NASF-AB, serviço social, psicólogo e outras especialidades, de acordo com o caso, é de fundamental importância para o sucesso do acompanhamento. Os pacientes que não comparecerem à dose supervisionada deverão ser visitados em domicílio, no máximo em até 30 dias, buscando-se a continuidade do tratamento e prevenção do abandono.

## **4.1 Fluxograma para o atendimento à pessoa com hanseníase pelas equipes de saúde**

O farmacêutico, em parceria com os demais profissionais da eNASF-AB, deverá apoiar as equipes de saúde nas etapas da assistência aos pacientes com hanseníase.



FIGURA 1 - Fluxograma para o atendimento à pessoa com hanseníase pelas equipes de saúde



## 5 Farmacoterapia e informações sobre medicamentos

### 5.1 Medicamentos para o tratamento da hanseníase

O tratamento da hanseníase é realizado através da associação (PQT) dos medicamentos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. São prescritos esquemas terapêuticos de acordo com o tipo de hanseníase (pauci ou multibacilar) e idade do paciente. O tratamento deverá ser iniciado no momento do diagnóstico, se não houver contraindicações formais (alergia à sulfá ou à Rifampicina, por exemplo) (BRASIL, 2017).

#### 5.1.1 Esquema terapêutico paucibacilar - 6 cartelas

Será realizado durante seis meses, com acompanhamento mensal da dose supervisionada:

QUADRO 3 - Esquema terapêutico paucibacilar

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2016)

**Critério de alta:** o tratamento estará concluído com 6 (seis) doses supervisionadas em até 9 meses. Na 6ª dose, o paciente deverá ser submetido a exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

**Critério de abandono:** usuários que perderam mais de 03 (três) meses de tratamento (consecutivos ou não), no total de 9 meses.

*Obs.: crianças e adolescentes até 15 anos devem ser tratados nos serviços de referência.*

#### 5.1.2 Esquema terapêutico multibacilar - 12 cartelas

Será realizado durante doze meses, com acompanhamento mensal da dose supervisionada.

QUADRO 4 - Esquema terapêutico multibacilar

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2016)

**Critério de alta:** o tratamento estará concluído com 12 (doze) doses supervisionadas em até 18 meses. Na 12ª dose, o paciente deverá ser submetido a exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para receber alta por cura.

**Critério de abandono:** usuários que perderam mais de 06 (seis) meses de tratamento (consecutivos ou não), no total de 18 meses.

**Obs.: crianças e adolescentes até 15 anos devem ser tratados nos serviços de referência.**

## 5.2 Acompanhamento das reações adversas a medicamentos

A maior parte dos tratamentos para hanseníase ocorre sem necessidade de interrupção por problemas relacionados a reações adversas a medicamentos - RAM (BRASIL, 2002). Entretanto, é importante que a equipe de saúde e o paciente estejam cientes sobre as principais RAM relacionadas à PQT. Reações adversas representam uma grande causa de irregularidade ou abandono do tratamento (FRANCO, 2014).

Buscando garantir a adesão à PQT e a segurança do paciente, os profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com hanseníase devem estar atentos para a identificação de possíveis RAM.

Reações adversas relacionadas aos medicamentos da PQT podem ser consultadas no quadro 5:

QUADRO 5 - Reações adversas aos medicamentos utilizados na PQT

MEDICAMENTO	REAÇÕES ADVERSAS
RIFAMPICINA	<p><b>Cutâneos:</b> rubor de face e pescoço, prurido e <i>rash</i> cutâneo generalizado.</p> <p><b>Gastrointestinais:</b> diminuição do apetite e náuseas. Eventualmente, podem ocorrer vômitos, diarreias e dor abdominal leve.</p> <p><b>Hepáticos:</b> mal-estar, perda do apetite, náuseas e 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 doente encaminhado à unidade de referência, se as transaminases e/ou bilirrubinas aumentarem mais de duas vezes o valor normal.</p> <p><b>Hematopoiéticos:</b> trombocitopenia, púrpuras ou sangramentos anormais, como epistaxes. Podem também ocorrer hemorragias gengivais e uterinas. Nesses casos, o doente deve ser encaminhado ao hospital.</p> <p><b>Anemia hemolítica:</b> tremores, febre, náuseas, cefaleia e, às vezes, choque, podendo também ocorrer icterícia leve.</p> <p><b>Síndrome pseudogripal:</b> febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaléia, dores ósseas. Pode, também, apresentar eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia.</p> <p><b>Outros:</b> coloração avermelhada da urina, secreção pulmonar e conjuntivas.</p>
CLOFAZIMINA	<p><b>Cutâneos:</b> 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. Esses efeitos ocorrem mais acentuadamente nas lesões hansênicas e regridem, muito lentamente, após a suspensão do medicamento. Pode ocorrer, também, descoloração das conjuntivas, bem como de fluidos corporais e fezes.</p> <p><b>Gastrointestinais:</b> 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. Esses efeitos poderão ser encontrados com maior frequência na utilização de doses de 300mg/dia por períodos prolongados, superiores a 90 dias.</p>
DAPSONA	<p><b>Cutâneos:</b> síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia.</p> <p><b>Gastrointestinais:</b> náuseas, vômitos, dor abdominal, pancreatite.</p> <p><b>Hepáticos:</b> hepatite, icterícias.</p> <p><b>Hematológicos:</b> agranulocitose, anemia aplástica, meta-hemoglobinemia, outras discrasias sanguíneas.</p> <p><b>Outros efeitos:</b> tremores, febre, náuseas, cefaleia, às vezes, choque, podendo também ocorrer cianose, dispneia, taquicardia, fadiga, desmaios, anorexia e vômitos. Raramente ocorrem insônia e neuropatia motora periférica.</p>

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2002)

## 5.2.1 Condutas nas reações adversas

O diagnóstico das RAM relacionadas aos medicamentos utilizados na PQT é fundamentalmente baseado nos sinais e sintomas por eles provocados (BRASIL, 2002).

Sugestões de condutas frente às principais RAM relacionadas à PQT, podem ser consultadas no quadro 6:

QUADRO 6 - Principais reações adversas à PQT e sugestões de condutas

RAM	CONDUTA	OBSERVAÇÃO
Náuseas e vômitos incontroláveis	Encaminhar o usuário para o médico de referência, na ausência do mesmo, encaminhar para serviço de urgência.	Verificar e informar à equipe de saúde se a ocorrência desse efeito está relacionada com a dose supervisionada de Rifampicina ou com as doses autoadministradas de Dapsona.
Icterícia	Encaminhar o usuário para o médico de referência, na ausência do mesmo, encaminhar para serviço de urgência.	Avaliar a história progressiva de alcoolismo, hepatite e outras doenças hepáticas. Verificar e informar à equipe de saúde se a ocorrência desse efeito está relacionada com a dose supervisionada de Rifampicina ou com as doses autoadministradas de Dapsona.
Síndrome pseudogripal (febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaleia, dores ósseas)	Encaminhar o usuário para o médico de referência, na ausência do mesmo, encaminhar para serviço de urgência.	Rara, acontece geralmente na 2ª e 4ª doses. Ocorre devido à hipersensibilidade por formação de anticorpos antirrifampicina, quando o medicamento é utilizado em dose intermitente.
Efeitos cutâneos provocados pela clofazimina (ressecamento da pele, ictiose, alteração na coloração da pele e suor)	Prescrever a aplicação diária de óleo mineral ou creme de ureia, após o banho. Orientar evitar a exposição solar com a utilização de chapéu, roupas para proteger a pele e protetor solar. Alertar sobre a possibilidade da alteração de coloração da pele e suor. Não suspender tratamento. *Monitorar aparecimento de quadro depressivo frequentemente associado ao aparecimento de alterações de cor da pele.	Deve-se evitar a suspensão do medicamento por queixa de pigmentação cutânea.
Farmacodermia leve até síndrome de Stevens-Johnson provocada pela Dapsona	Encaminhar o usuário para o médico de referência, na ausência do mesmo, encaminhar para serviço de urgência.	Necessária interrupção do tratamento com a Dapsona, pelo médico.
Coloração avermelhada (urina, suor, escarro, saliva, fezes e lágrimas)	Alertar o paciente sobre a possibilidade dessa reação adversa. Não suspender tratamento.	Efeito relacionado à Rifampicina. Lentes de contato gelatinosas podem se manchar em caráter definitivo.

As principais RAM para as quais estão indicados esquemas substitutivos são: anemia hemolítica, hepatite medicamentosa, meta-hemoglobinemia, agranulocitose, síndrome pseudogripal, eritrodermia, dermatite esfoliativa e trombocitopenia. Esses casos deverão ser encaminhados para as referências (BRASIL, 2010 a).

## 5.3 Resistência, contraindicação e intolerância à poliquimioterapia

A resistência medicamentosa com o uso da poliquimioterapia é rara. Suspeita-se mais em casos de falência terapêutica, que são aqueles casos que mesmo com o uso regular e correto da medicação não apresentam melhora. Esses casos devem ser encaminhados para as referências terciárias: Hospital das Clínicas, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e Hospital Eduardo de Menezes.

Em relação aos casos de intolerância grave ou contraindicação às drogas do esquema padrão PQT (a serem encaminhados para serviços especializados), esquemas terapêuticos substitutivos podem ser consultados nas “Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública” (BRASIL, 2016).

## 5.4 Tratamento das reações hansênicas

O tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por médico. Para iniciar o tratamento é imprescindível diferenciar o tipo de reação; avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas; investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais e conhecer as contraindicações, interações e efeitos adversos dos medicamentos usados no tratamento da hanseníase e de seus estados reacionais (BRASIL, 2016).

- a) **Reação Tipo 1:** são utilizados corticoides como a prednisona na dose de 1 mg/kg/dia ou dexametasona 0,15 mg/kg/dia em casos de doentes hipertensos ou cardiopatas, conforme avaliação clínica. A dose de corticoide deve ser reduzida gradualmente conforme a resposta terapêutica (BRASIL, 2016). Na utilização da corticoterapia, devem ser tomadas as seguintes precauções:

FIGURA 2 - Precauções na corticoterapia

PRECAUÇÕES NA CORTICOTERAPIA
1. Registro do peso, da pressão arterial e da glicemia de jejum, para controle.
2. Tratamento antiparasitário com medicamento específico para <i>Strongiloides stercoralis</i> , prevenindo a disseminação sistêmica deste parasita (Tiabendazol 50 mg/kg/dia, em 3 tomadas por 2 dias ou 1,5 g em dose única; ou Albendazol na dose de 400 mg/dia durante 3 a 5 dias consecutivos). Verificar antes se não há gestação.
3. Profilaxia da osteoporose: cálcio 1.000 mg/dia associado à vitamina D 400-800 UI/dia e/ou Bifosfonatos (alendronato 70 mg/semana, administrado com água, pela manhã, em jejum). Recomenda-se que o desjejum ou outra alimentação matinal seja realizado (a), no mínimo 30 minutos após a ingestão do comprimido do alendronato).

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2016)

### 5.4.1 Reações adversas na corticoterapia

No quadro 7 estão descritas as principais reações adversas relacionadas ao uso de corticoides.

QUADRO 7 - Principais reações adversas à corticoterapia

CLASSE DE SISTEMA ORGÂNICO	REAÇÃO ADVERSA
Distúrbios cardíacos	Hipertensão arterial
Distúrbios do sistema Imunológico	Disseminação de infestação por <i>Strongiloides stercoralis</i> ; disseminação de tuberculose pulmonar
Distúrbios metabólicos	Redução de sódio e depleção de potássio, aumento das taxas de glicose no sangue, alteração no metabolismo do cálcio, levando à osteoporose e à síndrome de Cushing
Desordens gastrointestinais	Gastrite e úlcera péptica
Outros	Agravamento de infecções latentes, acne cortisônica e psicoses

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2002)

## 5.4.2 Interações medicamentosas na corticoterapia

No quadro 8 estão descritas as principais interações medicamentosas dos corticoides.

QUADRO 8 - Interações medicamentosas entre corticoides e outros medicamentos

FÁRMACO	INTERAÇÃO	CONSEQUÊNCIA
Fenitoína, barbitúricos, carbamazepina, rifampicina	Aceleram o metabolismo hepático dos glicocorticoides	Podem reduzir o efeito farmacológico dos glicocorticoides
Antiácidos	Reduzem a biodisponibilidade dos glicocorticoides	Efeito farmacológico reduzido
Insulina, hipoglicemiantes orais, medicações para glaucoma, hipnóticos, antidepressivos	Têm suas necessidades aumentadas pelos glicocorticoides	Alterações relacionadas ao nível glicêmico, pressão intraocular, entre outras
Digitálicos (na hipocalemia)	Glicocorticoides podem facilitar toxicidade associada à hipocalemia	Pode haver aumento da toxicidade do digitálico devido à alteração eletrolítica
Estrogênios e anticoncepcionais orais	Aumentam a meia vida dos glicocorticoides	Efeito farmacológico realçado
Anti-inflamatórios não hormonais	Aumento da incidência de alterações gastrintestinais	Aumento da incidência de úlcera gástrica
Vacinas e toxoides	Glicocorticoides atenuam a resposta vacinal	Potencialização da replicação dos microrganismos em vacina de vírus vivos, infecções generalizadas
Diuréticos depletadores de potássio e anfotericina B	Acentuação da hipocalemia	Repercussão clínica devido à hipocalemia
Anticoagulantes orais	Redução do efeito	Pode reduzir o efeito do anticoagulante
Salicilatos	Redução dos níveis plasmáticos pelos glicocorticoides	Diminuição da eficácia do salicilato. A redução da dose do esteroide pode produzir níveis tóxicos de salicilatos

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2010 c)

- b) **Reação Tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico (ENH):** A talidomida é o medicamento de escolha na dose de 100 a 400 mg/dia, conforme a gravidade do quadro. Em casos de: comprometimento de nervos; presença de lesões oculares reacionais com manifestações de hiperemia conjuntival (com ou sem dor); embaçamento visual,

acompanhadas ou não de manifestações cutâneas; edema inflamatório de mãos e pés (mãos e pés reacionais); glomerulonefrite; orquiepididimite; artrite; vasculites e eritema nodoso necrotizante, recomenda-se a associação de corticoterapia. A dose da talidomida e/ou do corticoide deve ser reduzida gradualmente conforme resposta terapêutica. Na associação de talidomida e corticoide, orienta-se usar ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/dia como profilaxia para tromboembolismo. Na impossibilidade do uso da talidomida, recomenda-se prednisona na dose de 1 mg/kg peso/dia, ou dexametasona na dose equivalente. (BRASIL, 2016).

**Contraindicações da talidomida:** Devido aos graves efeitos teratogênicos, a talidomida somente pode ser prescrita para mulheres em idade fértil após avaliação médica. A possibilidade de gravidez deverá ser excluída por meio de método sensível e mediante a comprovação de utilização de, no mínimo, dois métodos efetivos de contracepção, sendo pelo menos um método de barreira (BRASIL, 2003; 2011). A pentoxifilina na dose de 1.200 mg/dia, dividida em doses de 400 mg de 8/8 horas, após alimentação, associada ou não à corticoterapia pode ser uma opção para os casos em que a talidomida for contraindicada. Sugere-se iniciar com a dose de 400 mg/dia, com aumento de 400 mg a cada semana, no total de três semanas, para alcançar a dose máxima e minimizar os efeitos gastrointestinais. Após 30 dias, a dose deverá ser reduzida conforme resposta terapêutica, observando a regressão dos sinais e sintomas gerais e dermatoneurológicos (BRASIL, 2016).

Nota: Os casos que não respondem ao tratamento proposto para os estados reacionais deverão ser encaminhados aos serviços de referência (BRASIL, 2016).

### 5.4.3 Reações adversas à talidomida

Seguem abaixo as principais reações adversas relacionadas ao uso da talidomida.

- Sistema reprodutor: teratogenicidade.
- Gastrointestinais: constipação intestinal.
- Hematológicos: linfopenia (rara).
- Outros efeitos: secura de mucosas, sonolência, edema unilateral de membros inferiores, neuropatia periférica (incomum, pode ocorrer em doses acumuladas acima de 40 g, sendo mais frequente em pacientes acima de 65 anos de idade).

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

### 5.4.4 Interações medicamentosas da talidomida

Dentre as principais interações medicamentosas observadas no uso da talidomida, citam-se:

- Alimentos gordurosos: demora da absorção da talidomida.
- Barbitúricos: a talidomida aumenta os efeitos sedativos dos barbitúricos.
- Clorpromazina: a talidomida aumenta os efeitos sedativos da clorpromazina.
- Etanol: a talidomida pode potencializar os efeitos sedativos do álcool.
- Reserpina: aumento de seus efeitos sedativos.



- Drogas capazes de provocar neuropatia periférica, como isoniazida, lítio, metronidazol, fenitoina, didanosina, zalcitabina, certos agentes antineoplásicos (paclitaxel, cisplatina, alcaloides da vinca) devem ser usadas com cuidado em pacientes recebendo talidomida: risco de agravamento da neuropatia.

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b).

## 5.5 Orientações em situações especiais

### 5.5.1 Hanseníase e gestação

O tratamento padrão para hanseníase não é contraindicado na gravidez. Contudo, mulheres com diagnóstico de hanseníase e não grávidas devem ser aconselhadas a planejar a gestação após a finalização do tratamento. A gestação tende à ocorrência de complicações em pacientes com hanseníase. Há maior risco de prematuridade, baixo peso e reações hansênicas, sobretudo no último trimestre de gestação. Os recém-nascidos podem apresentar a pele hiperpigmentada pela clofazimina, ocorrendo, posteriormente, a regressão gradual da pigmentação.

### 5.5.2 Hanseníase e tuberculose

O esquema terapêutico indicado para o quadro de tuberculose não deve ser alterado. Deve-se utilizar o esquema para tratamento da tuberculose (com a rifampicina) associado ao esquema de tratamento para a hanseníase **sem a rifampicina**. Quando o tratamento da tuberculose terminar, retornar o uso da rifampicina do esquema padrão da hanseníase.

Para os casos em que há contraindicação da rifampicina no tratamento da tuberculose, utilizar esquema substitutivo próprio no tratamento da hanseníase, conforme detalhado nas “Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública” (BRASIL, 2016). Se a rifampicina não é utilizada no tratamento da tuberculose devido à resistência ao *Mycobacterium tuberculosis*, adota-se o esquema padrão de PQT da hanseníase.

### 5.5.3 Hanseníase e infecção pelo HIV e/ou aids

Deve ser mantido o esquema de PQT, de acordo com a classificação do caso. Especial atenção deve ser dada às reações hansênicas que podem ocorrer com maior gravidade.

## 5.6 Interações medicamentosas

Durante o atendimento, o farmacêutico deverá investigar o uso de outros medicamentos (como anticoncepcionais orais) e, caso necessário, orientar o paciente sobre possíveis sinais de interações.

As interações relacionadas à PQT foram consultadas, em abril de 2019, na base MICRO-

MEDEX®. As informações foram agrupadas no documento “INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS IMPORTANTE NO TRATAMENTO DA HANSENÍASE”, acessível na “Relação de Notas Técnicas, Informes Técnicos, Manuais e POPs da Assistência Farmacêutica”, disponível no GERAFA. Outras fontes, tais como o UP to Date, ou o acesso direto à base de dados MICROMEDEX, podem também ser utilizados na avaliação das interações.

## **6** Cuidado farmacêutico à pessoa com hanseníase

O acompanhamento farmacêutico ao paciente com hanseníase tem sido cada vez mais demandado pela eSF. O profissional farmacêutico, capacitado e inserido na assistência à pessoa com hanseníase, pode contribuir para o diagnóstico precoce, adesão ao tratamento, redução do abandono, orientação e acompanhamento das reações adversas e demais problemas relacionados a medicamentos e assistência à saúde do paciente.

Somado a isso, pode atuar na realização de atividades educativas junto ao usuário e familiares, orientando sobre a doença e o tratamento, incentivando o autocuidado e oferecendo uma melhor compreensão sobre a importância do seguimento do plano de cuidado, da proposta terapêutica e de praticar o uso correto dos medicamentos. Deve também estimular o comparecimento à unidade de saúde dos contatos domiciliares para avaliação dermatoneurológica pela eSF.

Enquanto apoiador matricial, além da oferta de assistência direta aos usuários, o farmacêutico integrante das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - eNASF-AB pode contribuir na ampliação do saber das eSF, através de suporte técnico-pedagógico, realizando discussões de casos nas reuniões de matriciamento, atendimentos compartilhados com as equipes de referência, participando da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares - PTS em casos complexos e ofertando educação permanente no que se refere à especificidade da assistência farmacêutica para as eSF.

Dessa forma, o farmacêutico tem muito a contribuir para o aumento da resolutividade do serviço, cooperando com as eSF, inclusive reduzindo o número de agendamentos com outros profissionais e otimizando o tempo do próprio paciente (ANJOS, 2005; SOUZA, 2014).

Apresentamos a seguir aspectos importantes a serem considerados pelo farmacêutico durante o atendimento à pessoa com hanseníase. Vale ressaltar que, além das atividades direcionadas ao cuidado farmacêutico em hanseníase, outras comorbidades, porventura presentes, devem ser sempre avaliadas e monitoradas, de acordo com as suas especificidades. O detalhamento desse guia não exclui o raciocínio clínico e decisões terapêuticas que abranjam outras necessidades assistenciais e farmacoterapêuticas do indivíduo.

### **6.1** Avaliação da indicação do tratamento

O farmacêutico deverá auxiliar na identificação de casos novos nos seus atendimentos de rotina, seja de pacientes já em acompanhamento por outras comorbidades, seja por aten-

dimento à demanda espontânea. Para isso, deverá atentar para os sinais e sintomas mais comuns nas queixas de pacientes com hanseníase:

- Presença de manchas com perda de sensibilidade térmica ou dolorosa, esbranquiçadas avermelhadas ou amarronzadas, secas em função da falta de sudorese, com queda de pelos.
- Relato de dor e/ou sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas; inchaço de mãos e pés; diminuição da força dos músculos das mãos, pés e face.
- Úlceras de pernas e pés; nódulos no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos; febre; edemas e artralgias; entupimento, sangramento, ferida e ressecamento do nariz; ressecamento nos olhos.

Ao identificar sinais e sintomas da hanseníase, o farmacêutico deverá encaminhar o paciente para avaliação da eSF e oferecer suporte no acompanhamento do caso.

## 6.2 Avaliação da efetividade do tratamento

Ao acompanhar os casos de hanseníase paucibacilares e multibacilares, o farmacêutico deverá realizar o monitoramento da efetividade do tratamento prescrito. Para isso, deverá:

- Casos paucibacilares: realizar, no mínimo, 3 (três) atendimentos, preferencialmente no 1º, 2º e 5º mês de tratamento, e uma consulta pós-alta.
- Casos multibacilares: realizar, no mínimo, 4 (quatro) atendimentos, preferencialmente no 1º, 2º, 6º e 9º mês de tratamento, e uma consulta pós-alta.
- Avaliar, em todos os atendimentos, se o paciente está em uso do esquema terapêutico adequado à sua situação clínica.
- Monitorar a efetividade do tratamento a partir da avaliação da redução de artralgia, leucocitose, neurites e lesões cutâneas. Caso seja observada alguma alteração clínica, encaminhar para avaliação médica.

## 6.3 Avaliação da segurança do tratamento

O farmacêutico tem um papel fundamental como investigador e educador no que se refere aos possíveis efeitos indesejados relacionados ao uso de medicamentos. No acompanhamento da adesão e segurança do tratamento da pessoa com hanseníase, o farmacêutico deverá:

- Monitorar e orientar pacientes e equipes de saúde sobre as RAM relacionadas à PQT (Quadro 5) e outros medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase (itens 5.4.1 e 5.4.3).
- Frente à suspeita ou identificação de RAM, adotar condutas para prevenção e redução de danos ao paciente (vide item 5.2.1).
- Em caso de intolerância gastrointestinal, recomendar a ingestão dos medicamentos após a refeição.
- Recomendar à eSF que solicite periodicamente exames laboratoriais de monitora-

mento das funções hepática e renal, assim como o hemograma, que podem ser alterados durante o uso da PQT.

- Acompanhar os resultados dos exames laboratoriais, solicitando intervenção médica sempre que necessário (variações em enzimas hepáticas acima de 3 vezes do valor de referência e discrasias sanguíneas, como anemia e/ou alterações em leucócitos e plaquetas).
- Avaliar possíveis interações medicamentosas, monitorando sinais e sintomas e, se necessário, discutir o manejo com o médico responsável pelo acompanhamento do paciente ou referências técnicas.
- Orientar utilização de métodos contraceptivos de barreira para mulheres em idade fértil em tratamento com a PQT, devido à possibilidade de interação medicamentosa entre rifampicina e anticoncepcionais orais, acarretando diminuição do efeito do contraceptivo.
- Recomendar a combinação de métodos contraceptivos de barreira e hormonais, quando não houver contraindicações, para mulheres em idade fértil em tratamento com talidomida, devido ao potencial teratogênico desse medicamento.

O farmacêutico deve contribuir também verificando se a avaliação do grau de incapacidade física e da função neural foi realizada. Essa avaliação é obrigatória no diagnóstico e na alta do tratamento poliquimioterápico\* (SMSA-BH, 2018). Se verificada a não realização ou frente a queixas de dores nos trajetos dos nervos periféricos e/ou piora da função sensitiva e/ou motora, o farmacêutico deverá encaminhar o paciente para que a avaliação seja realizada pela eSF ou pela eNASF-AB (fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional).

A prevenção de incapacidades é ponto fundamental para a garantia da segurança do paciente. O farmacêutico deverá atuar como colaborador junto à equipe de saúde, fornecendo em seus atendimentos orientações para a prevenção de incapacidades físicas e comprometimento neural (Quadro 9).

QUADRO 9 - Orientações para prevenção de incapacidades

ALTERAÇÃO	CONDUTA
Ressecamento ou dificuldade para fechar os olhos	Usar soro fisiológico/colírios para umedecê-los e fazer exercícios de abrir e fechar as pálpebras, com força.
Lesões no nariz	Lavar com soro fisiológico ou água, inspirando e expirando o líquido. Não tirar a "casquinha" para não provocar aumento da lesão.
Diferença na movimentação das mãos e dedos (neurites)	Fazer exercícios, abrindo e fechando, lentamente, os dedos da mão. Esticar as mãos, levantando os dedos e movimentando-os. Se necessário, usar luvas para proteger a pele de queimaduras ou cortes.
Ressecamento da pele	Hidratar e lubrificar a pele com óleo mineral.
Falta de sensibilidade nas pernas e pés; pés fracos ou sem força	Fazer repouso, usar calçados confortáveis. Avaliar frequentemente os pés e dedos para identificação precoce de lesões.

O atendimento compartilhado ou o encaminhamento para fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional da eNASF-AB poderá contribuir para o planejamento e oferta do cuidado no que diz respeito às alterações de força muscular, sensibilidade, amplitude de movimento

\* O Ministério da Saúde orienta que a avaliação de incapacidade deva ser realizada no diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta do tratamento poliquimioterápico (BRASIL, 2016).

articular e limitações funcionais, assim como para adaptações ambientais e prescrições de órteses ou calçados adaptados.

A ocorrência de reações hansênicas também coloca em risco a segurança do paciente. Sendo assim, é importante que o farmacêutico ofereça apoio e suporte ao paciente e equipe, devendo, para isso:

- Colaborar na identificação de reações hansênicas e neurites, atentando para os sinais de ocorrência das mesmas antes, durante ou após o tratamento com a PQT.
- Na suspeita de reação hansênicas, comunicar imediatamente à eSF, tendo em vista a necessidade de encaminhamento do paciente às unidades de saúde do nível secundário e terciário para tratamento nas primeiras 24 horas. Atentar na consulta pós-alta que os pacientes poderão apresentar reações hansênicas que podem ocorrer logo após o término do tratamento (reações precoces) ou tardiamente.
- Reforçar junto à eSF que a PQT não deve ser interrompida na ocorrência de reações hansênicas.
- Ao acompanhar pacientes em uso de corticoides para o tratamento de reações hansênicas, avaliar sinais e sintomas de reações adversas e interações medicamentosas relacionadas à corticoterapia, e comunicar à eSF, quando identificados.

## 6.4 Administração da dose mensal supervisionada

Como estratégia para garantia da efetividade e segurança do tratamento, o farmacêutico deverá, sempre que possível, acompanhar a dose mensal supervisionada, atentando para as seguintes recomendações:

- A dose mensal supervisionada deve ser sempre precedida de consulta médica.
- A dose supervisionada deve ser administrada sempre ao final do atendimento, após avaliação da segurança do tratamento. Esse procedimento evita que o paciente tome a dose em casos que apresente reações adversas graves.
- O paciente não deve tomar a dose autoadministrada no dia da dose supervisionada.  
**Perguntar antes de administrar qual a data em que o paciente tomou a última dose.**

## 6.5 Abordagem transversal/Educação em saúde

O farmacêutico, exercendo seu papel de cuidador e educador em saúde, deverá realizar as seguintes atividades de acompanhamento e orientação aos pacientes e equipes de saúde no cuidado em hanseníase:

- Orientar o paciente sobre a doença, transmissão, formas de contágio, sinais e sintomas da hanseníase.
- Orientar uso adequado dos medicamentos, de acordo com o esquema terapêutico indicado.
- Orientar importância do tratamento e acompanhar adesão.
- Orientar paciente a reportar sinais/sintomas de reações adversas aos medicamentos aos profissionais da equipe de saúde.

- Explicar a importância de comparecer às consultas mensais médicas ou de enfermagem e realizar os exames solicitados.
- Ressaltar importância do agendamento para consulta odontológica e fornecer orientações quanto à higiene dental, uma vez que a boa condição de saúde bucal reduz o risco de reações hansênicas (BRASIL, 2016).
- Verificar se os contatos foram examinados e reforçar a importância do exame de contatos como estratégia de diagnóstico precoce, prevenção de incapacidades e diminuição da cadeia de transmissão.
- Orientar a eSF a avaliar a situação vacinal (BCG) dos contatos domiciliares.
- Caso necessário, orientar sobre possibilidade de encaminhamento para outros profissionais, como psicólogo e assistente social.
- Auxiliar na orientação dos locais de tratamento especializado para reabilitação, quando indicado.
- Incentivar o autocuidado dos pacientes para a realização da autoinspeção diária e, se necessário, orientar uso de material de proteção, especialmente voltada para os olhos, nariz, mãos e pés.
- Orientar pacientes e equipes da unidade de saúde sobre o correto armazenamento dos medicamentos.
- Garantir que na unidade de saúde o armazenamento dos medicamentos ocorra em local arejado, sem umidade, calor ou luminosidade excessiva.
- Realizar discussões sob abordagem multiprofissional do caso em acompanhamento, nas reuniões de equipe e de matriciamento.
- Na consulta pós-alta orientar o paciente sobre a necessidade do acompanhamento anual pelos próximos 5 anos com a equipe de saúde.
- Apoiar ações educativas junto à comunidade com o objetivo de aumentar a autossuspeição, a detecção de casos e a divulgação nos serviços de saúde, visando o controle efetivo da doença.
- Realizar ações de educação junto às equipes de saúde a fim de contribuir para a circulação multidisciplinar dos conhecimentos sobre o tratamento da hanseníase.

## **7** Monitoramento do acompanhamento farmacêutico na hanseníase

A hanseníase é uma doença complexa e a atualização das informações de diagnóstico, acompanhamento do tratamento, reconhecimento de intercorrências e manejo de incapacidades é de suma importância para o cuidado efetivo ao paciente.

As seguintes orientações deverão ser observadas pelo profissional farmacêutico da rede SUS-BH no processo de monitoramento dos casos:

- Garantir o acesso aos hansenostáticos através do controle, junto à Farmácia Regional, da solicitação dos medicamentos.
- Garantir que a primeira dispensação dos medicamentos ocorra a partir da apresentação

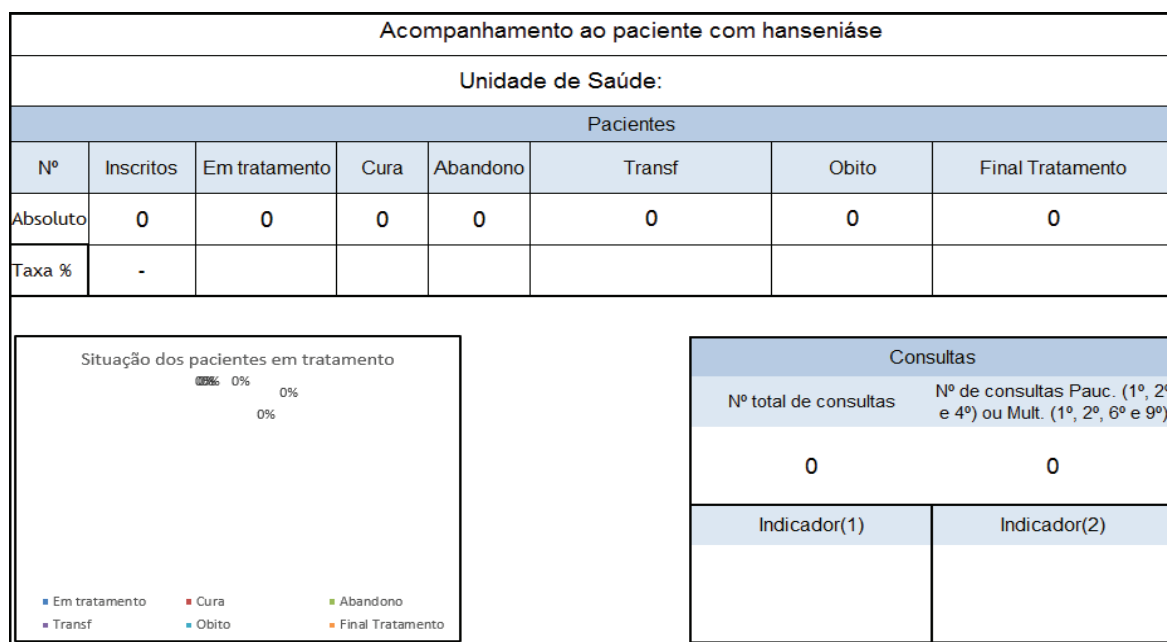
- de prescrição médica em 2 (duas) vias e original ou cópia da ficha de notificação SINAN.
- Reforçar, junto às equipes de saúde e pacientes da rede privada, a importância do preenchimento do Boletim de Acompanhamento Mensal.
- Acompanhar mensalmente as dispensações dos medicamentos no Sistema de Gestão em Rede - SISREDE e, caso não haja registro de dispensação prevista do hanse-nostático para os pacientes em tratamento, realizar ou providenciar a busca ativa, seja através de contato telefônico ou via ACS.
- Registrar os atendimentos nos prontuários dos pacientes e preencher **mensalmente** o GERAF com os dados do acompanhamento na planilha de consultas farmacêuticas ao paciente com hanseníase (Figura 3).

FIGURA 3 - Planilha do GERAF de acompanhamento das consultas farmacêuticas ao paciente com hanseníase

CONSULTA FARMACÊUTICA AO PACIENTE COM HANSENIASE																												
Paciente	Equipe	Diagnóstico	Tratamento		Consulta do Farmacêutico Referente ao Mês de Tratamento												Local de Tratamento	Dose Supervisionada Foi Administrada?		Neurite		Reação Hansênica		RAM		Situação Atual	Número de Contatos	Boletim/ Notificação
			Início	Fim	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		Sim/N°	Quantas Doses	Sim/N°	Mês de Tratam	Sim/N°	Mês de Tratam	Descrição	Conduta			

- Em relação ao preenchimento no GERAF, ressalta-se:
  - Caso o paciente não compareça à consulta agendada, selecionar a letra “F” no campo referente ao mês em que deveria ter sido realizada.
  - Informar sempre datas de início e fim do tratamento nos campos pertinentes.
  - Caso o atendimento tenha ocorrido dentro do período preconizado (ex: 1º, 2º e 5º mês de tratamento da forma paucibacilar), porém em mês subsequente ao sinalizado pelo GERAF, redatar o campo “Data de entrada no serviço” com a data indicada no campo “Início do tratamento”. Exemplo: Paciente com início de tratamento em 20/01/2018 foi atendido pelo farmacêutico em 02/02/2018. Nesse caso, deve-se sinalizar a primeira consulta em janeiro (mês que aparecerá em AZUL) mesmo que o atendimento tenha ocorrido em fevereiro, a fim de não haver prejuízo dos indicadores do cuidado. **IMPORTANTE:** Sempre que essa situação ocorrer, a data real do atendimento deve ser explicitada no campo “OBSERVAÇÃO”.
  - Se houver alteração da data de previsão do término do tratamento, redefini-la também no GERAF.
- Registrar a apresentação da notificação SINAN no momento da 1ª dispensação no campo pertinente no GERAF.
- Preencher o Boletim de Acompanhamento Mensal ao realizar o atendimento e indicar a quantidade preenchida ao longo do acompanhamento no campo pertinente no GERAF.
- Verificar junto às equipes os fechamentos dos casos e registrar as altas no GERAF.
- Acompanhar os indicadores do cuidado farmacêutico ao paciente com hanseníase no GERAF (Figura 4) e se comprometer com a qualidade dos mesmos.

FIGURA 4 - Resumo dos dados do acompanhamento farmacêutico à pessoa com hanseníase e indicadores do cuidado no GERAf



## 8 Considerações finais

O controle da hanseníase no município de Belo Horizonte necessita avançar. Espera-se que este Guia contribua para a uniformização do atendimento farmacêutico ao paciente acometido pelo agravo, tendo por finalidade primordial a suspeição diagnóstica objetivando o diagnóstico precoce, a redução da carga de doença e diminuição das incapacidades físicas.



## Referências Bibliográficas

ANJOS, Maria Otacília da Silva. Expectativas e potencialidades da farmácia como espaço de comunicação para pacientes portadores de hanseníase. 2005. 38f. Projeto de pesquisa (Especialização em Comunicação em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Informação Científica e Tecnológica, Manaus, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2658/1/Maria%20Otacilia%20-.pdf>. Acesso em maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.651, de 16 de abril de 2003. Controle do uso da talidomida. Brasília, DF. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.651.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.651.htm). Acessado em 11 mar. 2019.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 197 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21)

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 3125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. Brasília; 2010 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de procedimentos técnicos: Baciloscopia em hanseníase. Série A: Normas e manuais técnicos. Brasília; 2010 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Orientações para uso: corticosteroides em hanseníase / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 11, DE 22 de Março de 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0011\\_21\\_03\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0011_21_03_2011.html). Acessado em 11 mar. 2019.

BRASIL. Boletim de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil – análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação. Boletim Epidemiológico, Volume 44, Nº11 – 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hanseníase. Medidas de prevenção e controle para hanseníase. Brasília; 2014a.

Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniase/medidas-de-prevencao-e-controle>. Acessado em março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Talidomida: orientação para o uso controlado/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional, Brasília, p.58, 2016.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. EAD - Hanseníase na Atenção Básica. Curso on-line. Secretaria Executiva da UNA-SUS. Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS). Brasília; 2018.

Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125\\_07\\_10\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html). Acessado em maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Brasília. Secretaria de Vigilância e Saúde – ISSN 2358 – 9450. Volume 49, número 4 – 2018.

CID R.D.S *et al.* Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. Rev. Rene, 13 (5): 1004-14, Fortaleza, 2012.

FRANCO, L. A. Adverse Effects of Multidrug therapy in Leprosy. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), 127 f., Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2014.

GODINHO V.P.B *et al.* Hanseníase: revisão de literatura. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, Vol.9, n.1, pp.49-53, 2015.

LYON, S. *et al.* Dermatologia Tropical. Rio de Janeiro, Medbook, 520p.,2013.

PIMENTEL, M. I. F. *et al.* Neurite silenciosa na hanseníase multibacilar avaliada através da evolução das incapacidades antes, durante e após a poliquimioterapia. An. Bras. Dermatol. vol.79 no.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2004

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Boletim da Vigilância em Saúde Gerência de Vigilância em Saúde e Informação. Belo Horizonte: SMSA-BH. Maio/2015. Ano V - Nº 02. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/publicacoes-da-vigilancia-em-saude/boletim-meningite-fevereiro-2015.pdf>. Acessado em maio de 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Hanseníase. SMSA-BH. Março/2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/vigilancia/vigilancia-epidemiologica/doencas-transmissiveis/hanseniaze>. Acessado em outubro de 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. Vigilância Epidemiológica. Doenças Transmissíveis. Guia rápido hanseníase para profissionais de saúde. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/hanseniaze/guia-rapido-hanseniaze-9-1-2018.pdf>. Acessado em maio de 2018.

SCHREUDER P.A.M. *et al.* Epidemiologic trends for the 21st century. Clinics in Dermatology, (2016), 34, 24–31

SOUZA, L. H. R. Farmacoterapia de pacientes com Hanseníase. Trabalho de Conclusão de curso (Bacharelado em Farmácia) Universidade Estadual de Goiás, Anápolis, 2014.

