

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS
GERÊNCIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR MICOBACTÉRIAS
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Nota Técnica Nº 006 /2011

Recife, 16 de Dezembro de 2011

Assunto: Estruturação da Rede Secundária para Atenção à Saúde da Pessoa atingida pela hanseníase no estado de Pernambuco.

Informações Gerais:

A Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde através da Diretoria Geral de Controle de Doenças e Agravos, Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias e a Coordenação do Programa de Controle da Hanseníase ratifica a necessidade de estruturação da rede secundária para atendimento as pessoas atingidas pela hanseníase e têm se empenhado nesse sentido.

A Hanseníase é um grave problema de saúde pública, considerando o seu caráter infeccioso e crônico e com alto poder incapacitante, que pode cursar com episódios agudos de reação, intolerância medicamentosa, entre outros, demandando acompanhamento por longo prazo com assistência clínica, psicológica, social, reabilitação e por vezes, cirúrgica neuro-ortopédica, oftalmológica e plástica.

As necessidades das pessoas atingidas pela doença demandam a estruturação uma rede de atenção secundária para quem está em curso de tratamento, pós-alta e/ou com seqüelas ou complicações decorrentes da doença, através de uma linha de cuidado integral e especializado, em conformidade com tais necessidades e com as legislações vigentes do SUS e as portarias específicas do Ministério da Saúde.

Em Pernambuco, aproximadamente 28% dos casos novos de hanseníase registrados, anualmente, apresentam graus de incapacidade física I e II, isto é, pessoas com perda de sensibilidade protetora, incapacidades e/ou deformidades físicas em membros, pés, mãos e olhos.

É imprescindível que os profissionais de saúde estejam capacitados para identificarem tais situações, assim como, a rede de serviço oferecer condições para o tratamento e redução desses danos, estabelecendo mecanismos para organização e implantação das Redes de Atenção à pessoa atingida pela Hanseníase, no nível estadual e municipal, para estruturação de serviços que atuem de modo integrado e articulado, com fluxo de referência e contra-referência definidos e que possibilitem a continuidade e a qualidade do atendimento em todos os níveis da atenção.

Recomendações:

Face ao exposto, se faz necessário organizar a rede de saúde para acompanhamento dessas pessoas, com vistas à redução das conseqüências causadas pelo dano neural, minimizando, dessa forma, os problemas associados à doença, e em conformidade com as portarias ministeriais, **nº 586 e 587/04 e a nº 3.125/10, 594/10, 06 de abril de 2004, de 07 de outubro de 2010 e 29 de outubro de 2010**, respectivamente. Estas, dizem respeito às diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase e do Serviço de Atenção Integral em Hanseníase, por nível I, II e III, junto ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, bem como aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), que atribui à esfera estadual garantir esta política.

SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS
GERÊNCIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR MICOBACTÉRIAS
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

Ressaltamos que as propostas sugeridas no quadro do quantitativo necessário de exames mensal e de leitos, para implantação de serviço de média complexidade em hanseníase são provisórias, uma vez que não dispomos de fontes de informações e rede oficial secundária para atendimento a pessoa com hanseníase, no estado, que nos sinalizem esses parâmetros.

Considerando que a rede de serviço não dispõe de unidade organizada para o atendimento de média complexidade em todas as regiões de saúde, faz-se necessário a organização da mesma, na perspectiva do atendimento integral as pessoas atingidas pela hanseníase no estado de Pernambuco e o cumprimento das legislações vigentes.

Partindo-se desse pressuposto foi lançada, oficialmente, a referência secundária para atendimento a pessoa atingida pela hanseníase no Hospital Otávio de Freitas no dia 18 de outubro de 2011, com a presença do Secretário Estadual de Saúde, Dr. Antonio Figueira; do Secretário Executivo de Vigilância em Saúde, Dr. Eronildo Felisberto; da Secretária Executiva de Atenção à Saúde, Dr^a Tereza Campos; do Diretor do Hospital, Dr. Antonio Barreto, além de demais gestores e profissionais de saúde e o atendimento se iniciará no dia 01 de novembro de 2011.

A equipe assistencial conta com 08 médicos dermatologistas com capacidade de atendimento de até 100 pacientes/mês de casos de hanseníase, dentre eles: dúvidas diagnósticas; episódios reacionais; recidiva; menores de 15 anos de idade; esquemas substitutivos (intolerância ao esquema padrão) e interações medicamentosas. A instituição possui, também, serviço de reabilitação, farmácia, laboratório, exames de imagem, para auxiliar na definição das condutas.

Para atendimento ambulatorial - marcação de consultas - ficou instituído o seguinte fluxo: A unidade de saúde deverá encaminhar a solicitação em formulário específico, em anexo, à Secretaria Municipal de Saúde que providenciará a marcação da consulta diretamente com o hospital, através do Fone/Fax: (81) 3182.8618, em atenção à gerente do Serviço de Assistência Médica - SAME, senhora Inês Azevedo.

Recife, 16 de dezembro de 2011

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS
GERÊNCIA DE CONTROLE DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR MICOBACTÉRIAS
COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO DE REFERÊNCIA

DE: UNIDADE DE SAÚDE:

PARA: UNIDADE DE REFERÊNCIA:

Encaminhamos o Sr(a). _____,
SINAN nº _____, residente à Rua _____,
nº _____, aptº _____, Bairro _____, Município _____, para ser
avaliado(a), conforme dados abaixo, pelo profissional desse Serviço.

DESCRIÇÃO DO CASO

- Situação Atual: Suspeição de: () Hanseníase () Recidiva () Reação () Intolerância medicamentosa () Situação especial (transtornos mentais, uso de álcool e de outras drogas) () Outros. Especificar:
- Forma Clínica: () I () T () D () V () Neural () Não se aplica
- Nº de lesões: () 01 a 05 () Mais de 05 - Nº de nervos afetados () 01 () Mais de 01
- Classificação Operacional: () PB () MB () Não se aplica
- Grau de Incapacidade no Diagnóstico: () 0 () I () II () Não avaliado
- Grau de Incapacidade na Cura: () 0 () I () II () Não avaliado () Não se aplica
- Baciloscopia: () Positiva () Negativa () Não realizada () Aguardando Resultado
- Esquema Terapêutico: () PQT/PB () PQT/MB () Esquema Substitutivo () Não se aplica
- Nº Doses Ingeridas (atualmente ou quando realizou o tratamento):
- Episódio Reacional: () Sim () Não Tipo () I () II () Mista
- Tratamento Reacional: () Talidomida: _____ mg/dia () Prednisona: _____ mg/dia
- Tempo de uso:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

OBSERVAÇÃO: O Serviço de Referência deverá NOTIFICAR os casos encaminhados para confirmação diagnóstica quando CASO NOVO E RÉCIDIVA e, depois, informar no Sinan, através do Boletim de Acompanhamento, a sua transferência. O município de origem do paciente, no seu retorno, deverá notificá-lo novamente como modo de entrada TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL (dentro do mesmo município) OU INTRAMUNICIPAL (entre municípios diferentes), com novo número de Sinan.

*A notificação foi realizada no dia ____ / ____ / ____, sob o SINAN nº: _____

(Local e data)

(Assinatura e carimbo)

FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA A CONTRARREFERÊNCIA

DE: UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____
PARA: UNIDADE DE SAÚDE: _____

Conforme solicitado, avaliamos o caso do(a) Sr(a) _____,
SINAN nº _____, residente à Rua _____,
nº _____, aptº _____, Bairro _____, Município _____
e sugerimos a conduta abaixo descrita:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO

- Diagnóstico: Confirmação de: () Hanseníase () Recidiva () Reação () Intolerância medicamentosa () Caso Descartado () Outros. Especificar: _____

- Forma Clínica: () I () T () D () V () Neural () Não se aplica

- Nº de lesões: () 01 a 05 () Mais de 05 - Nº de nervos afetados () 01 () Mais de 01

- Classificação Operacional: () PB () MB () Não se aplica

- Grau de Incapacidade Atual: () 0 () I () II () Não se aplica

- Baciloscopia: () Positiva () Negativa () Não realizada () Aguardando Resultado () Não se aplica

- Esquema Terapêutico: () PQT/PB () PQT/MB () Esquema Substitutivo () Situação especial (transtornos mentais, uso de álcool e de outras drogas) () Não se aplica () Outros. Especificar: _____

- Episódio Reacional: () Sim () Não Tipo () I () II () Mista

- Tratamento Reacional: () Talidomida: _____ mg/dia () Prednisona: _____ mg/dia

- Tempo de uso: _____

RECOMENDAÇÕES:

NOTIFICAÇÃO DO CASO CONFIRMADO: A notificação foi realizada no dia ____ / ____ / ____ . SINAN nº: _____

OBSERVAÇÃO: O Serviço de Referência deverá NOTIFICAR os casos encaminhados para confirmação diagnóstica quando CASO NOVO E RECIDIVA e, depois, informar no Sinan, através do Boletim de Acompanhamento, a sua transferência. O município de origem do paciente, no seu retorno, deverá notificá-lo novamente como modo de entrada TRANSFERÊNCIA INTERMUNICIPAL (dentro do mesmo município) OU INTRAMUNICIPAL (entre municípios diferentes), com novo número de Sinan.

_____, ____ / ____ / ____
(Local e data)

(Assinatura e carimbo)