

**PROCOLOS DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL AMBULATORIAL
SES/SC**

CONSULTA EM DERMATOLOGIA - HANSENÍASE

**Florianópolis-SC
Dezembro de 2016**

PROTOCOLO DE ACESSO DA REGULAÇÃO ESTADUAL

1. INTRODUÇÃO

Os serviços especializados ambulatoriais, sobretudo as consultas especializadas, compreendem a maior porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o acesso a este espaço ambulatorial é marcado por diferentes gargalos, decorrentes de elementos como: o modelo de gestão adotado entre Estado e Municípios, o dimensionamento e organização das ofertas de serviços especializados e também pelo grau de resolutividade da Atenção Básica (AB).

Os protocolos de regulação do acesso da Atenção Básica para Atenção Especializada (AE) constituem estratégias que impactam na qualificação do atendimento ao paciente, pois interferem em três pontos do sistema: Atenção Básica, Regulação e Atenção Especializada.

O emprego de protocolos de regulação de acesso aos serviços de saúde é uma necessidade e constitui um importante caminho de muita utilidade na gestão do conhecimento e na organização das ações de saúde. Os protocolos requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que o seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades dos serviços, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implantação de ações.

O Projeto de elaboração dos protocolos de acesso ambulatorial da Regulação Estadual visa estabelecer a gestão das especialidades, por meio de critérios de prioridade de atendimento e fluxos estabelecidos, orientando os profissionais que atuam na Atenção Básica, dando qualificação às ações do médico regulador e, conseqüentemente, otimizando a oferta especializada dos serviços.

Cabe a Regulação Médica o gerenciamento da fila de solicitações por meio da Classificação de Prioridade, ordenando desta forma os encaminhamentos. Bem como, cabe à gestão desta Central o monitoramento da oferta de serviços por meio da Programação Pactuada Integrada – PPI.

Essa ação realizada pela Central de Regulação deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, otimizando recursos em saúde, reduzindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O objetivo final desta estratégia de ação é a diminuição do tempo de espera ao atendimento especializado, bem como a garantia do acompanhamento, tanto pela Atenção Básica como Especializada, dando qualificação e resolutividade ao cuidado. Para tal, é fundamental o envolvimento dos três pontos do sistema, cada qual atuando dentro de suas competências.

2. ESTRUTURA DO PROJETO

Os Protocolos Clínicos foram elaborados em parceria entre os médicos reguladores da Central Estadual de Regulação Ambulatorial e os médicos atuantes nas diversas especialidades médicas nos Hospitais da SES.

Foram utilizados como base os protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, os protocolos clínicos emitidos pelas Sociedades Brasileiras das Especialidades Médicas ou na forma de medicina baseada em evidências e estarão igualmente disponíveis no Portal da SES em dois locais: menu Regulação e menu Atenção Básica, acesso aberto.

Após a aprovação dos mesmos será realizada capacitação da Atenção Básica para seguimento dos mesmos e implantação nas Centrais de Regulação e a busca ativa dos pacientes atualmente em espera na central de Regulação.

3. FLUXOS DO PROJETO

3.1. Da Regulação do Acesso e Gestão da Clínica

- a) A necessidade de consulta com o especialista deverá ser estabelecida por um profissional médico (pediatra, médico de família ou clínico geral) que constatará a necessidade da consulta e fará o consequente encaminhamento.
- b) O paciente que preenche os critérios do Protocolo de Acesso, seja por atendimento na Atenção Básica ou por outra Unidade de Atendimento Especializada, recebe o encaminhamento da consulta com a indicação clínica.
- c) Neste caso, o paciente ou seu responsável legal, procura a Unidade Básica de Saúde para inserção da solicitação da consulta/exame na Central Estadual de Regulação, via SISREG, seguindo a PPI pactuada do seu Município.
- d) O médico regulador identifica a solicitação e a justificativa do encaminhamento, classificando a prioridade de atendimento de acordo com o protocolo estabelecido e pactuado.
 - Somente estarão aptas para agendamento as solicitações de pacientes encaminhados que contenham no campo de observações do Sisreg todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento, corretamente preenchidos e com a indicação do médico solicitante, nome e CRM.
- e) O paciente será agendado de acordo com a Classificação de Prioridade e conforme as vagas disponíveis na central de regulação.
- f) As solicitações que não estão devidamente preenchidas serão devolvidas para correto preenchimento. A ausência ou parcialidade nas informações compromete a eficácia da gestão das filas e, conseqüentemente da prioridade do agendamento.
- g) As unidades hospitalares da SES atenderão pela oferta de serviços de referência no Estado.
- h) O paciente, após o atendimento terá o retorno agendado na própria Unidade Hospitalar ou receberá o Relatório de contra referência para acompanhamento pela Atenção Básica do seu Município.
- i) Ao município de origem do paciente caberá a garantia das consultas de seguimento pela Atenção Básica e a priorização da realização de exames complementares para que estejam disponíveis na consulta de retorno.



4. DOS FLUXOS DE ENCAMINHAMENTO

a. Fluxo de Encaminhamento pelo Médico Assistente/Solicitante:

Este fluxo será utilizado pelo médico solicitante (da Atenção Básica ou de outras Unidades de Saúde) para orientar a via de acesso que será utilizada no sistema de regulação (urgência ou ambulatorial), de acordo com os protocolos vigentes:

URGÊNCIA – são os encaminhamentos que não podem, em hipótese alguma, ser inseridos e aguardar em lista de espera, sob pena de graves comprometimentos clínicos e/ou físicos ao usuário.

Os Centros de Saúde devem inserir todos os encaminhamentos de urgência na Regulação, na cor azul, com justificativa clínica e hipótese diagnóstica, fornecidas pelo médico assistente, conforme o **Protocolo de Acesso para Atenção Especializada**, e posteriormente a solicitação será classificada por cor conforme o **Protocolo de Regulação** utilizado pelo médico regulador na Central Estadual de Regulação Ambulatorial.

PRIORIDADE – são aqueles encaminhamentos:

- I. Em que a demora na marcação altere sobremaneira a conduta a ser seguida.
- II. Cujas demoras implique em quebra do acesso a outros procedimentos como, por exemplo: a realização de cirurgias.
- III. Todas as gestantes.

ROTINA – estas solicitações serão encaminhadas para Atenção Especializada, entretanto não apresentam indicação de prioridade pelo médico assistente devendo ser inseridos na Fila da Central de Regulação Ambulatorial ou na fila de espera, quando houver. Estes casos podem ser acompanhados pelos médicos da atenção básica e estas solicitações seguem a ordem cronológica de inserção para agendamento.

5. CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

No SISREG


A descrição da Classificação de Risco no Módulo Ambulatorial do SISREG segue o seguinte desenho:

Classificação de Risco

Classificação - Descrição

- Prioridade Zero - Emergência, necessidade de atendimento imediato**
- Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível**
- Prioridade 2 - Prioridade não urgente**
- Prioridade 3 - atendimento eletivo.**

Entretanto, como os agendamentos para consultas ambulatoriais são realizados com pelo menos 30 dias de antecedência, os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:



CLASSIFICAÇÃO DE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO			
Grau de Prioridade	Encaminhamento	Motivos	Exemplos
Prioridade 1 (P1)	Urgência	Pacientes que necessitam atendimento médico especializado prioritário por possíveis prováveis complicações.	Hemorragias sem repercussão hemodinâmica, dor importante, emagrecimento, anemia.
Prioridade 2 (P2)	Eletivo prioritário	Pacientes que necessitam atendimento médico num curto período de tempo.	Investigação de dor crônica.
Prioridade 3 (P3)	Prioridade não urgente	São situações clínicas sem gravidade que necessitam um agendamento eletivo.	Esteatose hepática.
Prioridade 4 (P4)	Eletivo	Pacientes que necessitam atendimento médico eletivo não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica.	Constipação, diabetes compensado.

6. ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Contamos com a colaboração dos especialistas que atuam nas Unidades de Saúde da SES para a elaboração dos mesmos.

Cada ressaltar que o Ministério da Saúde já disponibiliza uma lista de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que estão disponíveis no Portal do Ministério da Saúde e/ou no Portal da SES, no menu Regulação > Protocolos e Diretrizes Terapêuticas para serem utilizados como base.

Portanto, para que o fluxo de encaminhamentos e regulação seja adequado às necessidades do seu Serviço solicitamos a gentileza de nos encaminhar as seguintes informações:

- INDICAÇÕES – principais motivos de encaminhamentos aos especialistas para cada área, mas não são limitadas a estes.

- NOME DA PATOLOGIA OU SINAL OU SINTOMA Critérios de encaminhamento: são os critérios definidos para encaminhamento para a especialidade dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma. Em geral, devem ser encaminhados casos refratários ao tratamento na UBS, em uso de polifármacos, sem diagnóstico na investigação inicial ou em dúvida diagnóstica.

- Evidências clínicas e complementares: Informações relevantes: neste item constam as principais informações necessárias ao encaminhamento dentro de cada patologia ou sinal ou sintoma para possibilitar a regulação do procedimento. Quanto mais detalhadas, melhor será a regulação do mesmo. História clínica com sintomas, tempo de evolução, agudização, sinais de gravidade, medicações em uso, resposta ao tratamento, hipótese (s) diagnóstica (s), exame físico, resultados de exames complementares com informação de valores laboratoriais e laudos, efeitos colaterais das medicações em uso, são importantes. Observações dos principais achados patológicos e sugestões de condutas antes de encaminhamento ao especialista também constam nesse item.

- Exames complementares necessários: são exames sugeridos como triagem inicial antes do encaminhamento à especialidade. Não são obrigatórios, porém são fundamentais que sejam considerados antes de encaminhar o paciente visando a resolutividade dos casos na Unidade Básica de Saúde. As solicitações sem esses exames estão sujeitas a devolução com questionamento de seus resultados por parte do médico regulador para possibilitar a classificação de risco adequada do paciente.



7. PROTOCOLO DA DERMATOLOGIA - HANSENÍASE

7.1. HANSENÍASE – CID 10 A30

7.2. O QUE É HANSENÍASE

É uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para saúde pública devido a sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa. O alto potencial incapacitante da Hanseníase está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium Leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico.

7.3. COMO SUSPEITAR DE UM CASO DE HANSENÍASE

A suspeita de hanseníase se baseia na presença de um ou mais sinais ou sintomas relacionados abaixo:

- Manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas em qualquer parte do corpo;
- Área de pele seca e com falta de suor;
- Área da pele com queda de pêlos, mais especificamente nas sobrancelhas;
- Área da pele com perda ou ausência de sensibilidade;
- Sensação de formigamento ou diminuição da sensibilidade ao calor, à dor e ao tato. A pessoa se queima ou se machuca sem perceber;
- Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas ao longo dos nervos dos braços e das pernas e inchaços de mãos e pés;
- Nódulos (caroços) no corpo, em alguns casos avermelhados e dolorosos.

7.4. FORMA CLÍNICA

- **Hanseníase Indeterminada:** forma inicial, evolui espontaneamente para a cura na maioria dos casos ou evolui para as chamadas formas polarizadas em cerca de 25% dos casos, o que pode ocorrer em 3 a 5 anos. Geralmente, encontra-se apenas uma lesão, de cor mais clara que a pele normal, com distúrbio da sensibilidade, ou áreas circunscritas de pele com aspecto normal e com distúrbio de sensibilidade, podendo ser acompanhadas de alopecia e/ou anidrose. Mais comum em crianças.
- **Hanseníase Tuberculóide:** forma mais benigna e localizada, ocorre em pessoas com alta resistência ao bacilo. As lesões são poucas (ou única), de limites bem definidos e um pouco elevados e com ausência de sensibilidade (dormência). Ocorre comprometimento simétrico de troncos nervosos, podendo causar dor, fraqueza e atrofia muscular. Próximo às lesões em placa podem ser encontrados filetes nervosos espessados. Nas lesões e/ou trajetos de nervos pode haver perda total da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, ausência de sudorese e/ou alopecia. Pode ocorrer a forma nodular infantil, que acomete crianças em 1 a 4 anos, quando há um foco multibacilar no domicílio. A clínica é caracterizada por lesões papulosas ou nodulares, únicas ou em pequeno número, principalmente na face.
- **Hanseníase virchowiana:** nestes casos a imunidade celular é nula e o bacilo se multiplica muito, levando a um quadro mais grave, com anestesia dos pés e mãos que favorecem os traumatismos e feridas que podem causar deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele (nódulos). As lesões cutâneas caracterizam-se por placas infiltradas e nódulos (hansenomas), de coloração eritemato acastanhada ou ferruginosa que podem se instalar também na mucosa oral. Pode ocorrer infiltração facial com madarose superciliar e ciliar, hansenomas nos pavilhões auriculares, espessamento e acentuação dos sulcos cutâneos. Pode ainda ocorrer acometimento da laringe, com quadro de rouquidão e de órgãos internos (fígado, baço, suprarrenais e testículos), bem como, a hanseníase históide, com predominância de hansenomas com

aspecto de quelóides ou fibromas, com grande número de bacilos. Ocorre comprometimento de maior número de troncos nervosos de forma simétrica.

- **Hanseníase Dimorfa (ou Borderline):** forma intermediária que é resultado de uma imunidade também intermediária, com características clínicas e laboratoriais que podem se aproximar do polo tuberculoide ou virchowiano. O número de lesões cutâneas é maior e apresentam-se como placas, nódulos eritemato acastanhadas, em grande número, com tendência a simetria. As lesões mais características nesta forma clínica são denominadas lesões pré faveolares ou faveolares, sobre elevadas ou não, com áreas centrais deprimidas e aspecto de pele normal, com limites internos nítidos e externos difusos. O acometimento dos nervos é mais extenso podendo ocorrer neurites agudas de grave prognóstico. A hanseníase pode apresentar períodos de alterações imunes, os estados reacionais. Na hanseníase dimorfa as lesões tornam-se avermelhadas e os nervos inflamados e doloridos. Na forma virchowiana surge o eritema nodoso hansênico: lesões nodulares, endurecidas e dolorosas nas pernas, braços e face, que se acompanham de febre, mal-estar, queda do estado geral e inflamação de órgãos internos. Estas reações podem ocorrer mesmo em pacientes que já terminaram o tratamento, o que não significa que a doença não foi curada.

7.5. CLASSIFICAÇÃO

A Hanseníase pode ser classificada tomando-se como base as manifestações clínicas e o resultado da baciloscopia.

a) Baseada no n.º de lesões de pele,

- até 5 lesões de pele classificar como Paucibacilar (PB)

- Mais de 5 lesões de pele classificar como Multibacilar (MB)

b) Baseada em nervos comprometidos:

- Apenas um tronco nervoso afetado classificar como Paucibacilar (PB)

-Vários troncos nervosos afetados classificar como Multibacilar (MB)

c) Baseado no resultado da baciloscopia.

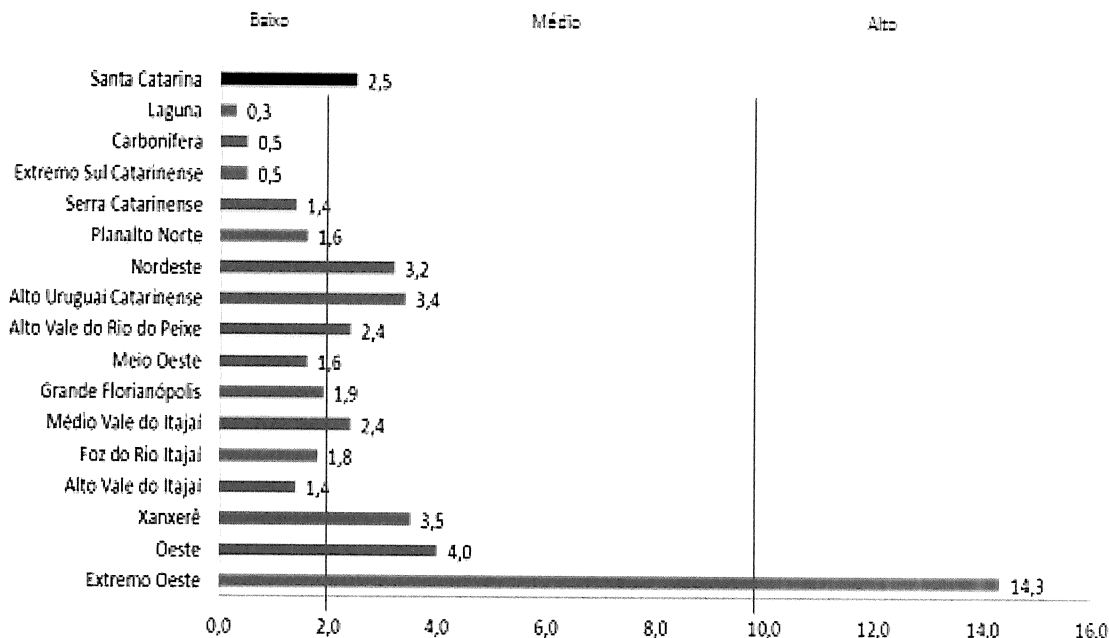
O exame consiste na retirada de linfa nos seguintes sítios de coleta: esfregaço dos dois lóbulos auriculares (LOD, LOE) e esfregaço de cotovelo (dois lados) esfregaço de uma lesão ativa ou área com alteração de sensibilidade. O resultado da baciloscopia é dado em índice baciloscópico (IB), podendo variar de 0 a 6 cruces. Utilizando-se a baciloscopia, classificam-se os casos, pacientes que apresentam baciloscopia negativa (IB = 0) em todos os locais da coleta são classificados como paucibacilares (PB); pacientes que apresentam baciloscopia positiva (IB = 1 a 6) em qualquer local de coleta são classificados como Multibacilares (MB).

7.6. TRATAMENTO

O tratamento para hanseníase é gratuito e oferecido na rede básica de saúde do SUS, através da Poliquimioterapia (PQT), que é o tratamento oficial indicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Deve ser administrada na Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima a residência do paciente. O esquema de tratamento depende da forma clínica da doença (paucibacilar ou multibacilar), da idade da pessoa com hanseníase e da sua tolerância ao medicamento (Portaria nº 149, de três de fevereiro de 2016, Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública).

7.7. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE EM SANTA CATARINA
Regiões de Saúde com a taxa de detecção entre valores de médio a alto, segundo parâmetro do Ministério da Saúde, são as que têm mais possibilidade de encontrar caso de Hanseníase, observar encaminhamento de caso suspeito dessas regiões.

Coefficiente de detecção geral de Hanseníase (por 100.000 habitantes) em 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2015.



Fonte: SINAN/DIVE/SUV/SES/SC; IBGE.

7.8. MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS

Anchieta, Botuverá, Romelândia, São Cristóvão do Sul, Florianópolis, Princesa, Caibi, São José, Flor do Sertão, Três Barras, Blumenau, São Miguel da Boa Vista, Ouro, Brusque, Maravilha, Palma Sola, Itajaí, Sul Brasil, São José do Cerrito, Chapecó, Belmonte, São Domingos, Lauro Muller, União do Oeste, Saudades, Romelândia, Atalanta, Joinville, Navegantes, Água Doce, Criciúma, Paraíso, Modelo, Canelinha, Xavantina, Gaspar, Riqueza, Papanduva, São Bento do Sul, Palhoça, Biguaçu, Garopaba, Porto União, Balneário Camboriú, Imbituba e Tijucas.

7.9. SERVIÇOS DE ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HANSENÍASE

A Hanseníase está inserida entre as prioridades do Pacto pela Vida, a porta de entrada dos casos é pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e sua grande maioria é tratada e curada na Atenção Básica.

7.10. UNIDADES DE REFERÊNCIAS (MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE)

Quando houver intercorrências clínicas ou cirúrgicas com os casos de hanseníase e estes necessitem de um maior nível de complexidade, o agendamento segue o protocolo da tele dermatologia via SISREG.

8. PROTOCOLO DE ACESSO – DERMATOLOGIA - HANSENÍASE

CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA CLÍNICA

- Dúvida diagnóstica;
- Reação hansênica;
- Suspeita de recidiva;
- Esquemas substitutivos (intolerância ao esquema padrão, falência terapêutica, insuficiência terapêutica);
- Dor neural não controlada por ocorrência da reação hansênica;
- Complicação de úlcera plantar e ferida crônica.

*** As consultas só serão agendadas mediante protocolo da teledermatologia indicando a consulta.**

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E COMPLEMENTARES

- É importante considerar na abordagem inicial do paciente a idade, tipo e número de lesões, grau de incapacidade, duração e tipo de tratamentos já realizados, a presença ou não de doenças associadas, medicações em uso.

- Descrever o laudo de exames já realizados (com data do exame): baciloscopia.

- Dúvidas: <http://www.dive.sc.gov.br/index.php/d-a/item/hanseniasiase>

PROFISSIONAIS SOLICITANTES

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ PROTOCOLO DE REGULAÇÃO

VERMELHO	Reação hansênica
AMARELO	Dúvida diagnóstica Suspeita de recidiva Esquemas substitutivos (intolerância ao esquema padrão, falência terapêutica, insuficiência terapêutica) Dor neural não controlada por ocorrência da reação hansênica
VERDE	Complicação de úlcera plantar e ferida crônica
AZUL	

PARTICULARIDADES PARA O REGULADOR:





- A maioria dos casos de Hanseníase deve ser tratado na Atenção Básica.
- Hospital Universitário:
Atende:
 - Dúvida diagnóstica;
 - Casos em que médico da atenção básica tem dúvidas sobre o diagnóstico ou tratamento.
- Hospital Santa Tereza: Unidade de tratamento tipo III.
Atende:
 - Reação hansênica;
 - Suspeita de recidiva;
 - Esquemas substitutivos (intolerância ao esquema padrão, falência terapêutica, insuficiência terapêutica);
 - Dor neural não controlada por ocorrência da reação hansênica;
 - Complicação de úlcera plantar e ferida crônica.
- Em caso de indisponibilidade de vagas no HU o HST também atende dúvida diagnóstica.
- Em caso de dúvidas antes do encaminhamento o sistema de telemedicina irá disponibilizar um sistema de teleconsulta não compulsória.



• FORMULÁRIO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES:

O médico assistente deverá preencher o “**FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE**”, para que o paciente apresente no dia da consulta com o especialista **no HU ou HST**.

O referido formulário está disponível da página da SES (www.saude.sc.gov.br), menu Regulação, submenu Formulários ou na página da DIVE (www.dive.sc.gov.br), menu Doenças e Agravos, submenu H - Hanseníase, Notas Técnicas.

	GOVERNO DE SANTA CATARINA Secretaria de Estado da Saúde Sistema Único de Saúde Superintendência de Vigilância em Saúde Diretoria de Vigilância Epidemiológica
	FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE
	DE: UNIDADE DE SAÚDE: _____ PARÁ: 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 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	
_____ _____ _____	
_____ (Local e data)	
_____ (Assinatura e carimbo)	
	Rua Esteves Júnior, 550 – 1º andar, Centro – Florianópolis / SC – 88.012-100 Telefone: (48) 3664-7400 e-mail: dive@saude.sc.gov.br
	

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 149, de 03 de fevereiro de 2016, define as diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública no Brasil.
2. Hanseníase: avanços e desafios. Elioenai Dornelles Alves, Telma Leonel Ferreira, Isafas Nery, organizadores; Alberto Novaes Ramos Júnior... [et al.]— Brasília: NESPROM, 2014. 492 p. ; 23 cm. – (Coleção PROEXT; 1). Acessado em 29/11/2016 <http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniaaseavancoes.pdf>.



10. COLABORADORES:



Dra. Telma E. da Silva
Médica Reguladora Gecor

CRM/SC 8316



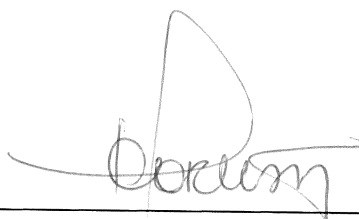
Dra. Inara Pinto Saavedra
Assessora DIVE para o Programa de
Controle da Hanseníase

CRM/SC 3207

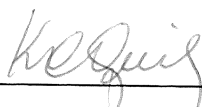


Dra. Norma T. Castro
Médica Reguladora Gecor

CRM/SC 2283



Marilvan Cortese
Gerente de Complexos Reguladores SES



Karin Cristine Geller Leopoldo
Diretora de Planejamento, Controle e
Avaliação do SUS



Drª Lúcia Regina Gomes Mattos Schultz
Superintendente de Serviços Especializados
e Regulação