



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

PROTOCOLO PARA PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE LEPRA



Maputo – Outubro de 2025

FICHA TÉCNICA

Protocolo para Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de Lepra - 2025

COORDENAÇÃO-GERAL

Doutor Quinhas Fernandes (Director Nacional de Saúde Pública)

Dra. Aleny Couto (Directora Nacional Adjunta de Saúde Pública)

DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Programa Nacional de Controlo de Lepra

- Dr. Francisco Guilengue
- Dr. Henis Mior
- Dra. Tânia Macaringue

Hospital Central de Maputo

- Dra. Gilda Luciano
- Dra. Rolanda Manuel
- Dra. Isabel Monteiro

Programa Nacional de Controlo de Tuberculose

- Dra. Benedita José

Hospital Central de Nampula

- Dr. Marcelo Banquimane

Departamento de Saúde Mental

- Dra. Wilza Fumo
- dra. Ana Jumbe

Hospital Central da Beira

- Dra. Serema Gaspar

Departamento de Cuidados de Saúde Primários

- Dr. Eusébio Chaquisse
- dra. Hélia Catine

Hospital Psiquiátrico de Nampula

- Dra. Helena Daniel

Organização Mundial de Saúde

- Dra. Eva de Carvalho

Direcções Provinciais de Saúde

- Domingos Dreva
- Joaquim Nogueira
- Taurai Sarama
- Lizette Azarias

Maquetização

- DEPROS
- ANLR Moçambique
- Ornélio Mahingue

PREFÁCIO

A lepra permanece como um desafio relevante de saúde pública no Mundo, pois apesar dos Progressos consideráveis alcançados na luta contra lepra, cerca de 116 países continuam a notificar anualmente mais de 200 mil casos novos da doença, deste cerca de 5% apresentam deformidades físicas visíveis no momento do diagnóstico.

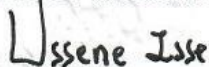
Apesar dos avanços alcançados na luta contra esta doença, o país continua entre os mais afetados em África, com o registo de mais de 2500 casos novos por ano, cuja distribuição cinge-se maioritariamente às províncias de Zambézia e Nampula, o que exige uma resposta firme, coordenada e sustentada.

Este protocolo de prevenção, diagnóstico e tratamento da Lepra em Moçambique, foi elaborado para servir como guia prático e técnico aos profissionais de saúde, gestores e parceiros comunitários. Nele estão reunidos protocolos actualizados de diagnóstico, tratamento, seguimento e prevenção, alinhados as recomendações internacionais e às metas nacionais de eliminação da lepra até 2030.

Mais do que um documento normativo, este manual reflete o compromisso do Governo em fortalecer os serviços, reduzir o estigma e assegurar que cada pessoa afectada receba cuidados dignos e oportunos. A sua implementação eficaz contribuirá para melhorar a qualidade da resposta nacional, proteger as populações mais vulneráveis e avançar rumo a um Moçambique livre da lepra.

Maputo, 12 de Dezembro de 2025

O Ministro da Saúde



Ussene Hilário Isse

Conteúdo	Página
1. Introdução.....	7
2. Conceitos gerais.....	9
3. Justificativa.....	10
4. Objectivos.....	11
4.1. Objectivo geral.....	11
4.2. Objectivos específicos	11
5. Principais beneficiários destes Protocolos.....	11
6. Metodologia.....	11
7. Protocolo para prevenção da Lepra	12
7.1. Rastreo dos contactos	12
7.2. Profilaxia Pós-Exposição (PPE) com Dose Única de Rifampicina (DUR).....	12
7.2.1. Critérios de elegibilidade para administração da DUR	12
7.2.2. Dose Única de Rifampicina (DUR).....	12
7.2.3. Seguimento dos beneficiários da DUR	13
8. Protocolo para diagnóstico e tratamento da Lepra	13
8.1. Diagnóstico da Lepra sensível	13
8.2. Diagnóstico de Lepra resistente.....	15
8.2.1. Critérios para definição da Lepra resistente	15
8.3. Diagnóstico das reacções lepróticas	16
9. Protocolo para tratamento da Lepra.....	18
9.1. Tratamento da Lepra sensível.....	18
9.2. Tratamento da Lepra resistente.....	20
9.3. Tratamento da reacção leprótica.....	21
9.3.1. Reacção leprótica tipo I ou reversa.....	22
9.3.2. Reacção leprótica tipo II ou eritema nodoso leprótico	22

10. Reabilitação e cirurgias correctivas	23
11. Apoio psicossocial e integração das pessoas afectadas pela Lepra nas comunidades.....	24
11.1. Principais acções de assistência psicossocial	24
11.2. Avaliação inicial psicossocial e de Saúde Mental	25
12. Referências bibliográficas	28

FIGURAS

Figura 1: Gráfico de casos novos de lepra notificados por ano em Moçambique.	8
Figura 2: Mapas de distritos endémicas de lepra em Moçambique, 2018, 2021 e 2024	8
Figura 3: Algoritmo para o diagnóstico da Lepra sensível	14
Figura 4: Algoritmo para o diagnóstico de Lepra resistente	16
Figura 5: Algoritmo para o diagnóstico das reacções lepróticas	17
Figura 6: Algoritmo para tratamento da lepra sensível	18
Figura 7: Algoritmo para tratamento da Lepra resistente	21

TABELAS

Tabela 1: Esquema de administração da DUR	13
Tabela 2: Esquema de tratamento da Lepra Paucibacilar (PB)	19
Tabela 3: Esquema de tratamento de Lepra Multibacilar (MB)	19

ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

AIFO	Associação Italiana Amigos de Raoul Follereau
APS	Agente Polivalente de Saúde
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPCD	Departamento de Prevenção e Controlo de Doenças
DTNs	Doenças Tropicais Negligenciadas
ELAL	Estratégia de Luta Anti-Lepra
ELAT	Estratégia de Luta Anti-Tuberculose
GAC	Grupo de Adesão e apoio Comunitário
HCB	Hospital Central da Beira
HCM	Hospital Central de Maputo
HCN	Hospital Central de Nampula
HPN	Hospital Psiquiátrico de Nampula
IEC	Informação Educação e Comunicação
MB	Lepra Multibacilar
MISAU	Ministério de Saúde
OCS	Órgãos de Comunicação Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMT	Praticante de Medicina Tradicional
PNCL	Programa Nacional de Controlo de Lepra
PNCT	Programa Nacional de Controlo de Tuberculose
PB	Lepra Paucibacilar
PRID	Prevenção e Reabilitação de Incapacidades e Deformidades
SDL	Supervisor Provincial de Lepra
SPL	Supervisor Distrital de Lepra
TMA	Tratamento com Medicamentos Associados
RAR	Revisão e Actualização dos Registos
US	Unidade Sanitária

1. Introdução

A Lepra é uma doença infecciosa crónica que é transmitida de uma pessoa doente para outra sã, através de inalação pelas vias aéreas superiores. Tem um longo período de incubação e os sintomas normalmente aparecem entre 2 a 10 anos (por vezes mais), podendo afectar todas as faixas etárias. Manifesta-se caracteristicamente por aparecimento de lesões na pele, com alteração da sensibilidade com ou sem afecção dos troncos nervosos e, se não tratado pode resultar em sequelas permanentes nos órgãos afectados e consequências associadas incluindo deformidades e incapacidades a longo prazo (Price, 2017).

A Lepra faz parte das Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs), que constituem um grupo de doenças crónicas, incapacitantes que estão intimamente associadas a baixas condições socioeconómicas, ocorrendo sobretudo nas populações que vivem em extrema pobreza principalmente em África, Ásia e América do Sul (WHO, 2020). Nos últimos anos, regista-se um aumento significativo de casos novos de Lepra em alguns Países, aliado ao fraco conhecimento sobre esta doença por parte de alguns profissionais de saúde levando ao atraso no diagnóstico e deficiente seguimento dos casos em tratamento e, consequentemente desenvolvimento de complicações graves que muitas vezes resultam em deformidades e incapacidades permanentes, o que pode levar à discriminação, estigma e isolamento dos afectados.

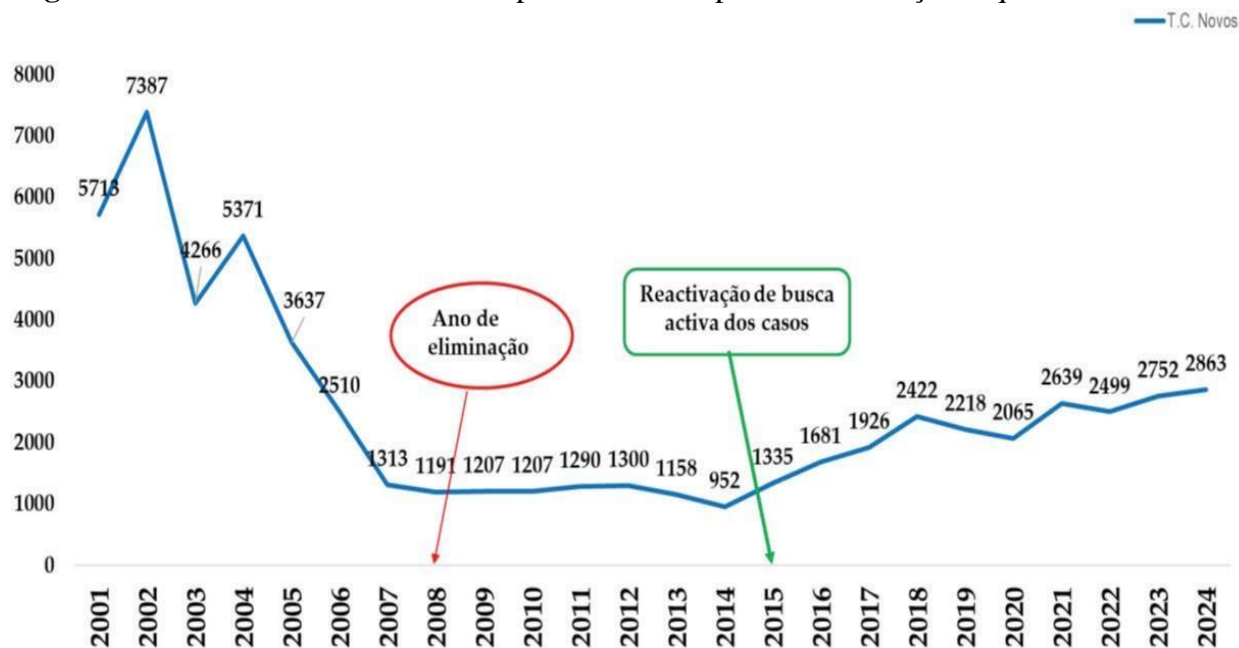
Em 2023, a nível mundial foram notificados 182.815 novos casos, dos quais 21.043 (11,5%) no continente africano. Globalmente, ainda se regista uma taxa de detecção de 7,9 a 10,1 por milhão em crianças, sinal da contínua transmissão nas comunidades e circulação de casos sem tratamento. O número de novos casos detectados em África aumentou em 26% entre 2020 a 2023, reflectindo uma melhoria na busca activa e notificação na região africana (Leprosy report WHO, 2023).

Moçambique é actualmente um dos 23 Países com maior peso de Lepra no Mundo e um dos cinco mais afectados em África, com registo de mais de dois mil e quinhentos (2.500) casos novos por ano. As províncias das regiões norte e centro contribuem com mais de 80% dos casos novos anualmente, destacando-se a província de Nampula que notifica cerca de 45% do total dos casos novos por ano, seguida pelas províncias da Zambézia e de Cabo Delgado, com cerca de 28 e 29% respectivamente.

A região sul do País apesar de ser a menos endémica, nos últimos anos verifica-se uma tendência de aumento significativo de casos novos reportados anualmente, principalmente nas províncias de Gaza e Inhambane onde um (1) e cinco (5) distritos respectivamente apresentaram em 2024, prevalência demais de um caso por dez mil habitantes (>1/10.000 hab.), havendo um aumento

significativo em quase todo o País de casos novos de lepra diagnosticados por ano, segundo ilustra a figura a baixo

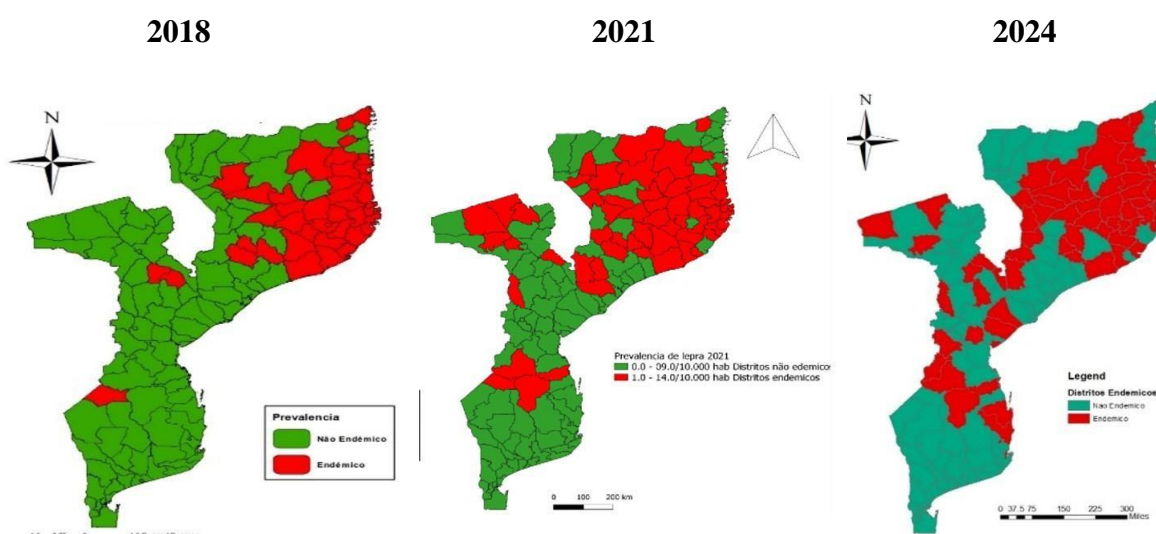
Figura 1: Gráfico de casos novos de lepra notificados por ano em Moçambique.



Fonte: Relatório anual, PNCL/DNSP/MISAU, 2025

Entretanto, com a intensificação das actividades de busca activa e envolvimento comunitária, especificamente das pessoas afectadas pela lepra, o número de distritos endémicos identificados, tem vindo a aumentar significativamente, como ilustra, os mapas a baixo.

Figura 2: Mapas de distritos endémicas de lepra em Moçambique, 2018, 2021 e 2024.



49 Distritos endémicos

62 Distritos endémicos

64 Distritos endémicos

Fonte: Relatório anual, PNCL/DNSP/MISAU, 2024.

2. Conceitos gerais

Caso de lepra, é uma pessoa que foi diagnosticada com um ou mais sinais cardinais, ou uma pessoa que não tenha completado o tratamento, com um ou mais dos seguintes três sinais cardinais:

- Lesões cutâneas hipopigmentadas ou eritematosas com perda ou alteração da sensibilidade;
- Engrossamento de nervos periféricos com perda da sensibilidade; □ Esfregaço positivo para bacilos.

Caso novo de lepra, refere-se a um paciente com a doença pela primeira vez e que ainda não iniciou tratamento com Poliquimioterapia (PQT). Os sinais clínicos típicos são lesões cutâneas com diminuição ou perda de sensibilidade ou com espessamento (engrossamento) dos nervos.

Classificação de Lepra: De acordo com a OMS a lepra é classificada em função do número de lesões na pele, sendo Paucibacilar (PB) quando apresenta uma a cinco manchas com alteração da sensibilidade e multibacilar (MB) quando apresenta mais de 5 manchas, afecção dos nervos e também se o exame laboratorial for positivo (IB+).

Abandono (perda de seguimento): É um doente diagnosticado de Lepra e que interrompeu o tratamento antes de completar o ciclo terapêutico recomendado, isto é, 6 a 9 meses para PB e 12 a 18 meses para MB.

Insuficiência terapêutica: Paciente que não recebeu o tratamento adequado de acordo com a classificação (PB ou MB).

Recaída: Doente que já fez tratamento regular e completo com o esquema combinado e padronizado da OMS com medicamentos tratamento de Lepra, e que apresenta sintomas e sinais de actividade clínica não decorrentes das reacções lepróticas e/ou baciloscopia positiva, no mínimo 3 anos após alta por cura.

Falência terapêutica: Paciente que não apresenta melhoria durante o tratamento adequado e regular, mantém sinais de actividade da doença com ou sem baciloscopia positiva. Isto pode resultar de erros de diagnóstico inicial, adesão inadequada ao tratamento, imunossupressão e resistência aos medicamentos. Esta caracteriza-se pela persistência ou agravamento das manifestações clínicas durante o tratamento.

Recidiva: Quando o paciente apresenta o reaparecimento de sinais e sintomas clínicos da Lepra, como novas lesões cutâneas, infiltrações, ou espessamento de nervos periféricos, após ter completado o tratamento e sido considerado curado. A recidiva pode ser causada pela reactivação de bacilos viáveis ou pela resistência aos medicamentos.

Cura: Doente que fez tratamento completo recomendado e com baciloscopia negativa. O conceito da cura é baseado na adesão e conclusão do tratamento medicamentoso e não necessariamente na resolução total das alterações físicas e estéticas.

Retratamento: Ocorre quando um paciente que já foi tratado previamente com o esquema de TMA apresenta sinais de actividade da doença novamente e necessita iniciar um novo ciclo de tratamento. O retratamento pode ser indicado por diferentes razões, que devem ser confirmadas com base em critérios clínicos, bacteriológicos e, quando possível, moleculares.

3. Justificativa

Dados dos últimos dois anos 2023 e 2024, indicam uma tendência crescente de casos novos diagnosticados, tendo sido notificados 2.752 e 2863, respectivamente representando um aumento de 4%. Em 2024, 25% dos casos notificados tinham deformidades e 10% dos casos novos eram crianças, indicador claro da transmissão activa da lepra nas comunidades e fraco acesso ao diagnóstico e tratamento precoce.

De acordo com resultados de alguns estudos realizados em África, alguns factores como o fraco conhecimento sobre a lepra por parte de alguns profissionais de saúde, mitos relacionados com a origem da doença em algumas comunidades, assim como a redução no apoio técnico e financeiro para as intervenções comunitárias são apontadas como principais factores que influenciam negativamente nas acções a eliminação da Lepra.

Em Africa, a lepra é ainda influenciada pelo contexto social em que os doentes estão inseridos. As hipóteses de exposição à doença são o resultado de um conjunto não só de aspectos individuais, assim como de contextos ou condições colectivas (Abeje et al., 2016).

Em Moçambique, factores sócio económicos e culturais, podem estar ainda influenciando e contribuem para a contínua transmissão de lepra nas comunidades.

Os resultados do estudo de Marega et al., (2019)., indicam que na província de Nampula as crenças ou interpretações locais sobre a Lepra, influenciam para a ocorrência de casos novos e ao isolamento dos pacientes, pois, de modo geral prevalece crença de que a doença é “castigo de Deus”.

A melhoria do diagnóstico e tratamento precoce dos casos, o seguimento correcto e rastreio dos contactos, assim como o acompanhamento psicossocial dos afectados e suas famílias e a introdução de novas linhas de tratamento para casos com reacções lepróticas, são intervenções importantes que podem influenciar e concorrer para o corte da transmissão da lepra nas comunidades e a redução do peso da lepra em Moçambique.

Com estes novos Protocolos, pretende-se melhorar a abordagem clínica da Lepra, o seguimento rigoroso de pacientes, rastreio e início da profilaxia pós exposição aos contactos, assim como introdução do pacote de apoio psicossocial e tratamento das complicações da lepra a todos os níveis do serviço nacional de saúde em Moçambique, com vista ao alcance da meta de eliminação até 2030.

4. Objectivos

4.1. Objectivo geral

Actualizar a abordagem de gestão de casos da Lepra e rastreio de contactos, para o alcance da meta de eliminação da doença em Moçambique.

4.2. Objectivos específicos

- Rever e harmonizar os protocolos de prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento de casos de lepra incluindo as suas complicações seguindo as novas directrizes da OMS;
- Introduzir a profilaxia pós-exposição para os contactos dos pacientes de lepra com dose única de Rifampicina;
- Fortalecer a assistência Psicossocial aos pacientes de lepra e seus contactos nas US e nas comunidades.

5. Principais beneficiários destes Protocolos

- Os principais grupos-alvo incluem:
- Fazedores de políticas de saúde pública
- Gestores de programas de saúde pública em diferentes níveis
- Provedores de saúde a todos os níveis
- Docentes e estudantes de diferentes níveis de formação
- Activistas comunitários de saúde
- Membros das organizações parceiras de saúde na luta contra a Lepra.

6. Metodologia

Para a elaboração e actualização destes Protocolos, foi criada uma equipa de profissionais de saúde composta por técnicos da Direcção Nacional de Saúde Pública, Especialistas de Dermatologia representando as três regiões do País, Especialistas de Psiquiatria, Psicólogos,

gestores provinciais do PNCL e representantes dos Parceiros. Este grupo, fez a revisão tanto das directrizes da OMS assim como de alguns artigos científicos com evidências que serviram como base na elaboração dos protocolos em função da realidade nacional para que sejam de fácil interpretação ou percepção e sua aplicabilidade a todos níveis de atenção a saúde.

7. Protocolo para prevenção da Lepra

7.1. Rastreio dos contactos

- Refere-se a avaliação clínica das pessoas que tiveram contacto com o paciente da Lepra;
- O rastreio dos contactos (domiciliares e comunitários) deve ser realizado a todos contactos do caso index (paciente com lepra) e, os contactos que não apresentarem a doença devem ser seguidos anualmente durante 3 anos para PB e 5 anos para MB.

7.2. Profilaxia Pós-Exposição (PPE) com Dose Única de Rifampicina (DUR)

A Dose Única de Rifampicina (DUR), adoptou-se como o esquema para profilaxia da Lepra em Moçambique, para pessoas que tenham tido contacto permanente durante pelo menos 6 meses com paciente da Lepra (na comunidade ou no domicílio).

7.2.1. Critérios de elegibilidade para administração da DUR

- Idade superior a 2 anos e/ou mais de 10 kg de peso
- Não ter tomado Rifampicina nos últimos dois anos
- Não ter Lepra
- Não ter Tuberculose
- Não estar grávida
- Não ter história de alergia a Rifampicina ou medicamentos da mesma classe.

7.2.2. Dose Única de Rifampicina (DUR)

A administração da DUR é de acordo com o peso ou idade da pessoa elegível, de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1: Esquema de administração da DUR

Idade/ Peso	Dose Única de Rifampicina (DUR)
≥15 anos ou mais	600 mg
10 – 14 anos	450 mg
Crianças dos 6 – 9 anos/ > 20 kg de peso	300 mg
Crianças > 2anos/ 10 – 20 kg de peso	10 -15 mg/kg de peso

7.2.3. Seguimento dos beneficiários da DUR

- Toma directa observada na US ou na comunidade;
- Avaliação clínica trimestral dos casos nas US's e nas comunidades durante o período de tratamento (2 a 3 vezes para PB e 4 a 6 vezes para MB);
- Registo e preenchimento correcto das fichas de seguimento e do cartão do doente.

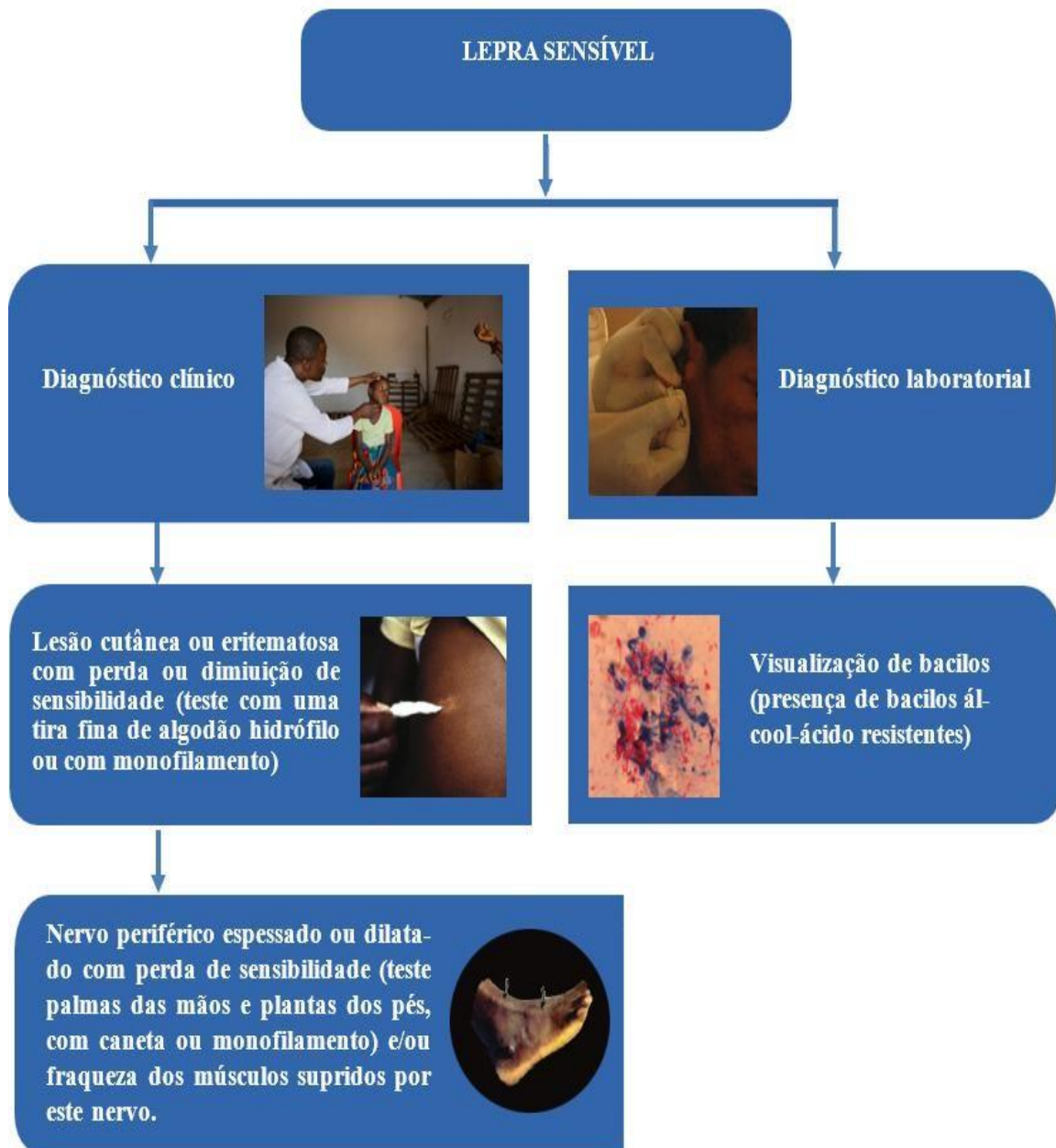
8. Protocolo para diagnóstico e tratamento da Lepra

A última actualização do protocolo para diagnóstico e tratamento da Lepra em Moçambique, foi feita em 2012 junto com o manual lançado no mesmo ano. Recentemente, foram aprovadas novas directrizes pela OMS, visando fazer face aos novos desafios da prevenção com a introdução da dose única de Rifampicina para os contactos dos pacientes de lepra, assim como ajuste da triterapia para o tratamento de ambos tipos de Lepra (PB e MB).

8.1. Diagnóstico da Lepra sensível

A lepra é diagnosticada pela presença de pelo menos um dos seguintes sinais cardinais: (i) perda definitiva de sensibilidade numa mancha cutânea pálida (hipopigmentada) ou avermelhada; (ii) nervo periférico espessado ou dilatado, associado a perda de sensibilidade e/ou fraqueza dos músculos inervados por esse nervo; (iii) detecção microscópica de bacilos num esfregaço cutâneo.

Figura 3: Algoritmo para o diagnóstico da Lepra sensível



NB:

- O diagnóstico da Lepra sensível deve ser feito clinicamente e com exame laboratorial (baciloscopia). A baciloscopia negativa não exclui a presença da doença; doentes com esfregaços positivos representam apenas 10-50% dos casos. Os esfregaços positivos identificam aqueles com doença MB que são mais infectantes;
- Depois de confirmar a alteração ou perda de sensibilidade de uma ou mais lesões, o passo a seguir é fazer a contagem das mesmas e fazer exame dos nervos de modo a classificar (em Lepra Paucibacilar (PB), se tiver <5 manchas e Multibacilar (MB) se tiver > 5 lesões ou nervo engrossado);
- Deve-se fazer a avaliação do grau de incapacidade física: olhos, mãos e pés usando a ficha clínica seguida de reavaliação trimestral até ao fim de tratamento.

- a) **Grau 0** : sem anestesia (dormência), sem deformações visíveis danos;
- b) **Grau 1**: anestesia presente, mas sem deformações ou danos visíveis e/ou problemas oculares por causa da lepra, mas capaz de contar os dedos a 6 metros de distância;
- c) **Grau 2**: deformação ou dano visível presente e/ou deficiência visual grave devido à lepra (não é possível contar os dedos a 6 metros de distância).

Caso surjam novos danos nervosos, estes devem ser tratados o mais rapidamente possível, no prazo de 6 meses no máximo, para possibilitar a reversão da função nervosa.

8.2. Diagnóstico de Lepra resistente

A lepra resistente refere-se a casos em que a *Mycobacterium leprae* não responde adequadamente ao tratamento padrão com a Poliquimioterapia (PQT), especialmente aos antibióticos como a Rifampicina. A resistência pode ser primária (transmitida) ou secundária (adquirida durante o tratamento).

8.2.1. Critérios para definição da Lepra resistente

☐ Persistência de lesões clínicas após tratamento completo com PQT:

- a) Presença de lesões cutâneas activas (eritematosas, infiltradas, com perda de sensibilidade) mesmo após a conclusão do esquema terapêutico completo, especialmente em casos multibacilares (MB);
- b) Sintomas neurais activos persistentes ou agravamento neurológico progressivo.

☐ Recidiva precoce

- a) Reaparecimento de sinais e sintomas da doença em menos de 5 anos após o término do tratamento, especialmente se há falha no regime ou suspeita de resistência.

☐ Baciloscopia com Índice Bacilar (IB) persistente ou crescente

- a) IB que não decresce com o tempo ou que aumenta após o término da PQT.
- b) Presença de bacilos viáveis em biópsia cutânea (técnicas de viabilidade, como PCR com RNA mensageiro ou testes de viabilidade em animais/laboratório especializado).

☐ Confirmação laboratorial por testes moleculares

Identificação de mutações nos genes associados à resistência:

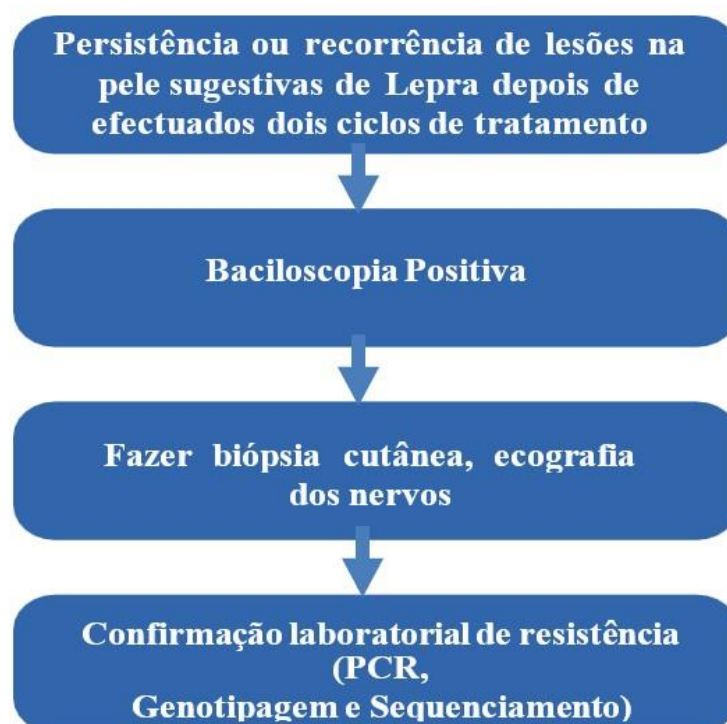
- a) Resistência à Rifampicina
- b) Resistência à Dapsona
- c) Resistência à Ofloxacina

A confirmação geralmente é feita por PCR e sequenciamento genético em laboratórios de referência.

d) História de abandono de tratamento ou uso irregular de medicamentos:

- a) Uso intermitente ou inadequado dos antibióticos pode seleccionar cepas resistentes.

Figura 4: Algoritmo para o diagnóstico de Lepra resistente



NB: O diagnóstico da lepra resistente normalmente deve ser feito pelo Especialista em Dermatologia numa US de referência.

8.3. Diagnóstico das reacções lepróticas

A Lepra pode evoluir com complicações (reacções lepróticas) que podem surgir **antes, durante ou após o (TMA) tratamento**. Reacções lepróticas são respostas inflamatórias agudas ou subagudas que ocorrem pela interacção entre o sistema imunológico do paciente e o antígeno da micobactéria, sendo mais frequentes durante o tratamento. Causas subjacentes, como infecções, stress e alterações hormonais, podem desencadear reacções da lepra.

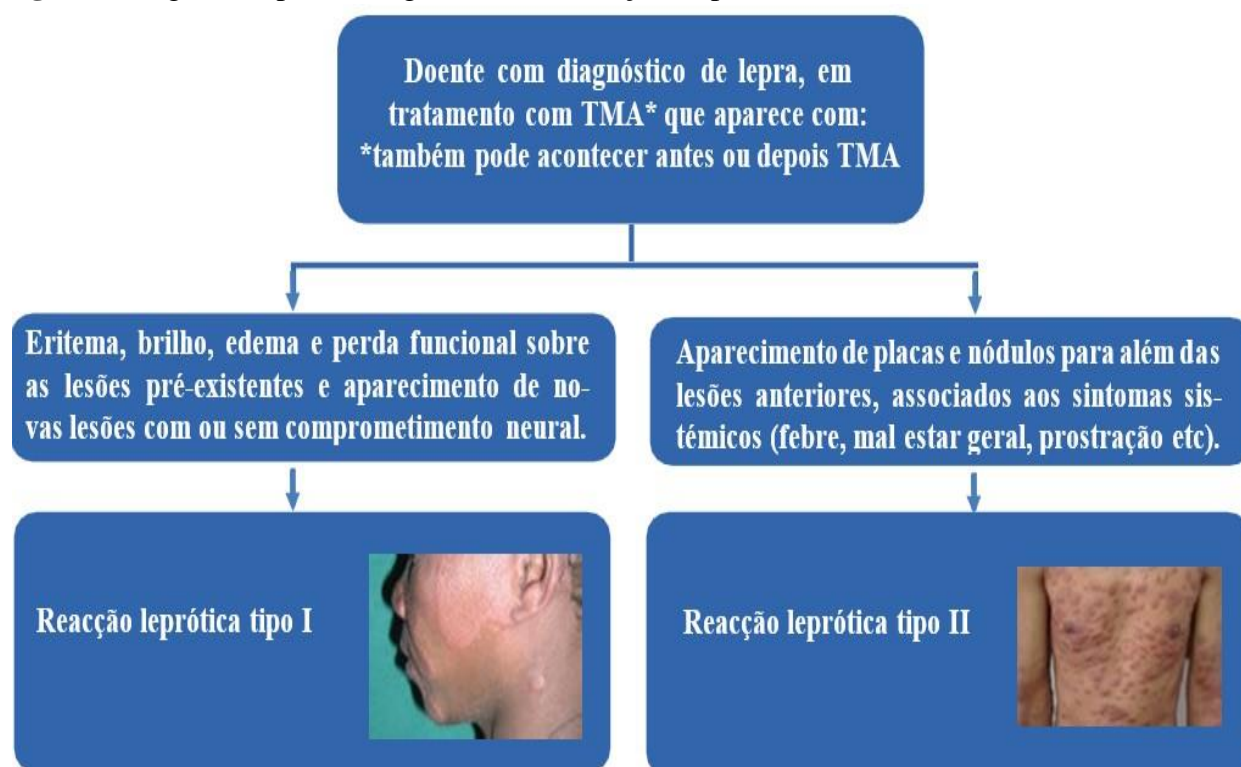
Estas reacções são frequentes, recorrentes e se não reconhecidas ou tratadas de forma adequada, geralmente progridem para danos nos nervos, levando à perda da sensibilidade e perda da força muscular, com **ulceração e deformidades como consequência**.

Os doentes devem ser aconselhados, no momento do diagnóstico de lepra, a procurar imediatamente um centro de saúde se começarem a sentir sinais de reacção à lepra e/ou perda da função nervosa. É importante realizar verificações regulares dos nervos da face/olhos, braços/mãos e pernas/pés para identificar sinais de envolvimento. O exame deve incluir avaliação da sensibilidade (testar a sensação das palmas das mãos e das solas dos pés com uma caneta ou monofilamento), função motora (movimentos passivos e activos) e visão. A lesão nos nervos só pode melhorar se o tratamento (incluindo a Prednisolona) começar até 6 meses depois. As **reacções lepróticas são uma urgência e exigem tratamento imediato**.

Elas classificam-se em:

- Reacção leprótica tipo I ou reacção reversa: Resulta de alterações súbitas da imunidade celular, que pode ser por aumento ou diminuição.
- Reacção leprótica tipo II ou Eritema nodoso leprótico: resulta do depósito de imunocomplexos sobre a pele que culmina com o surgimento de nódulos subcutâneos dolorosos, principalmente nas extremidades).

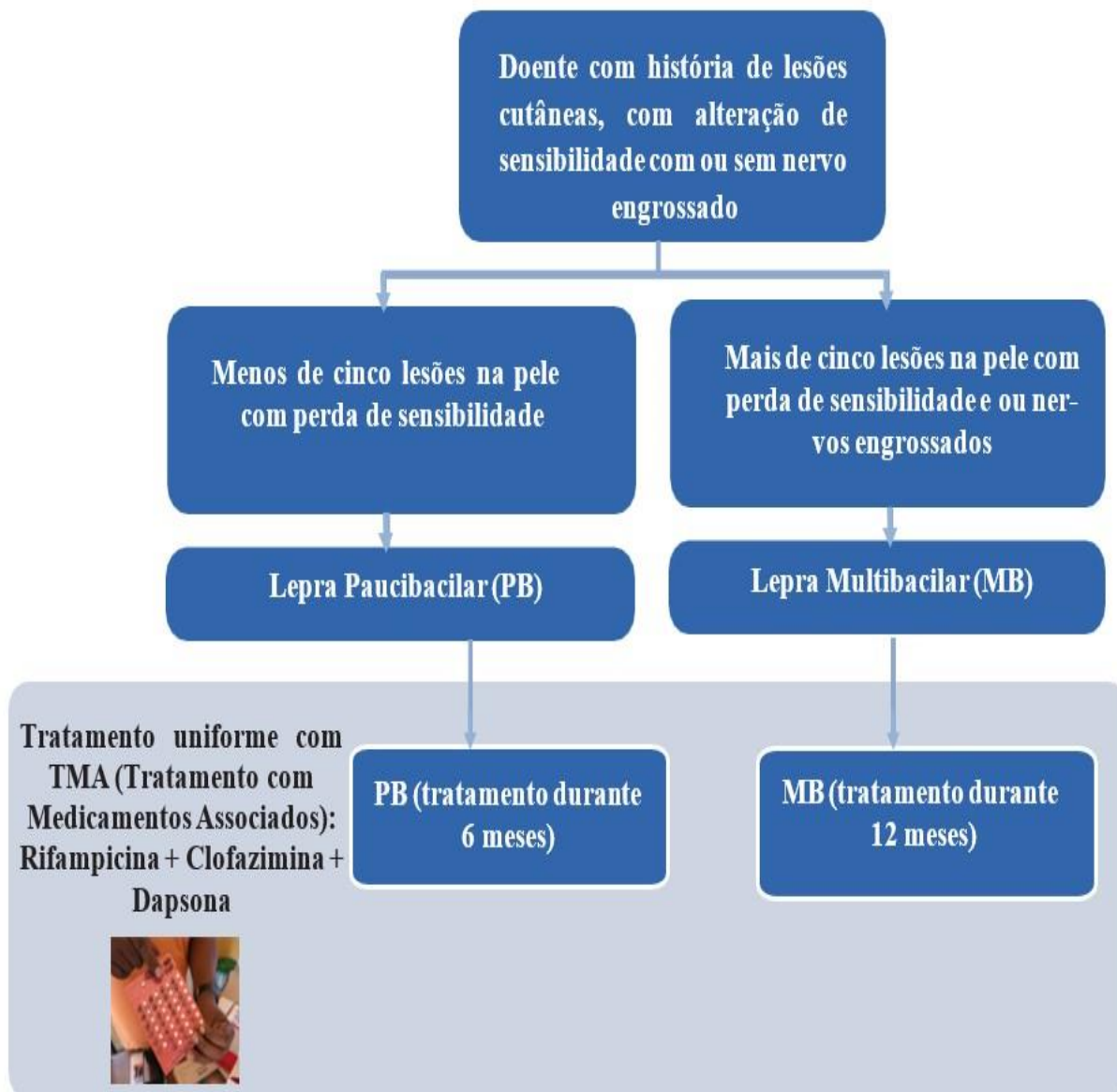
Figura 5: Algoritmo para o diagnóstico das reacções lepróticas



9. Protocolo para tratamento da Lepra

9.1. Tratamento da Lepra sensível

Figura 6: Algoritmo para tratamento da lepra sensível



Esquema de tratamento da lepra sensível (PB e MB)

De acordo com as directrizes da OMS, o novo esquema terapêutico para Lepra sensível tanto para PB e MB deve se fazer com regime de **3 medicamentos**, nomeadamente Rifampicina, Dapsona e Clofazimina em **6 e 12** meses respectivamente.

Tabela 2: Esquema de tratamento da Lepra Paucibacilar (PB)

Grupo etário	Fármaco	Dosagem e Posologia	Duração
Adulto	Rifampicina	600 mg mensal	6 meses
	Clofazimina	300 mg mensal e 50 mg diário	
	Dapsona	100 mg diário	
Criança (10 – 14 anos)	Rifampicina	450 mg mensal	6 meses
	Clofazimina	150 mg mensal e 50 mg em dias alternados	
	Dapsona	50 mg diário	
Criança (< 10 anos ou < 40 kg de peso)	Rifampicina	10 mg/ kg de peso mensal	6 meses
	Clofazimina	100 mg mensal e 50 mg duas vezes por semana	
	Dapsona	2 mg/kg de peso diário	

NB: Este tratamento, só pode ser prolongado por mais 3 meses (totalizando 9 meses) se o paciente cometer faltas ou atrasos de levantamento de carteira mensal. Caso não termine neste período é considerado abandono e deve fazer retratamento.

Tabela 3: Esquema de tratamento de Lepra Multibacilar (MB)

Grupo etário	Fármaco	Dosagem e Posologia	Duração
Adulto	Rifampicina	600 mg mensal	12 meses
	Clofazimina	300 mg mensal e 50 mg diário	
	Dapsona	100 mg diário	
Criança (10 – 14 anos)	Rifampicina	450 mg mensal	12 meses
	Clofazimina	150 mg mensal e 50 mg em dias alternados	
	Dapsona	50 mg diário	
Criança (< 10 anos ou < 40 kg de peso)	Rifampicina	10 mg/ kg de peso mensal 100 mg mensal e 50 mg duas vezes por semana 2 mg/kg de peso diário	12 meses
	Clofazimina		
	Dapsona		

NB:

- Em casos de faltas pode o tratamento ser prolongado por mais 06 meses. Se não completou o tratamento da lepra MB em 12 meses, deve terminá-lo aos 18 meses.
- Caso o paciente ultrapasse o período máximo de prorrogação (9 meses para PB e 18 meses para MB) do tratamento sem que tenha terminado, deve ser considerado abandono.

Entretanto, o seguimento e o apoio psicossocial integrado durante o tratamento, pode reduzir casos de faltosos e abandonos.

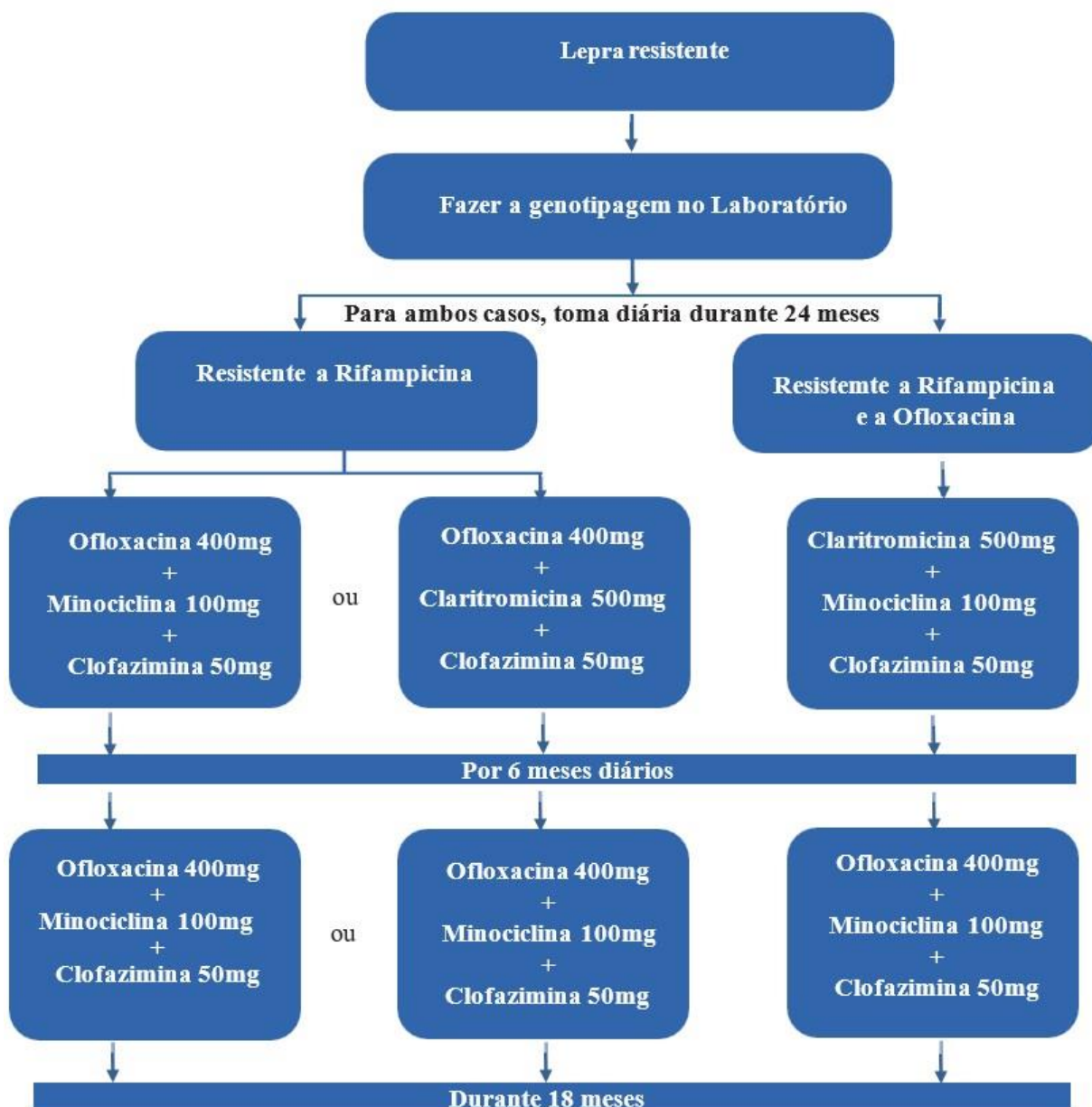
TMA para a lepra – fornecida gratuitamente pela OMS – é geralmente segura e eficaz, mas alguns efeitos adversos podem ocorrer. A Rifampicina pode causar uma descoloração vermelha-alaranjada temporária e inofensiva dos fluidos corporais. A Dapsona pode provocar anemia e, em casos muito raros, a síndrome de hipersensibilidade à Dapsona (SHD), uma reacção potencialmente fatal que costuma surgir entre 4 - 6 semanas após o início do tratamento, apresenta-se geralmente com febre, erupção cutânea, linfadenopatia e/ou hepatite. Por isso, é essencial uma consulta de seguimento após 4 - 6 semanas. A Clofazimina pode causar descoloração temporária da pele, secura e desconforto gastrointestinal.

9.2. Tratamento da Lepra resistente

Conduta em casos suspeitos de resistência

- e) Encaminhar para o Hospital de referência para seguimento.
- f) Colecta de material para baciloscopia, biópsia e PCR.
- g) Início de esquema alternativo (como quinolonas, Claritromicina, minociclina, etc.) após avaliação especializada.

Figura 7: Algoritmo para tratamento da Lepra resistente



NB: O tratamento de resistências deverá ser feito por um especialista em Dermatologia ou por um médico generalista sob orientação ou acompanhamento de um Dermatologista ou Internista, devendo-se fazer o encaminhamento do paciente para uma US com especialista sempre que as condições o permitirem de modo a se fazer melhor avaliação antes do início do tratamento.

9.3. Tratamento da reacção leprótica

Verifique as causas subjacentes às reacções da lepra, como infecções tratáveis (por exemplo, infecções por vermes, infecções dentárias ou tuberculose), bem como factores como o estresse ou as alterações hormonais.

9.3.1. Reacção leprótica tipo I ou reversa

Monitorizar os efeitos secundários relacionados com a Prednisolona, tais como aumento de peso, hipertensão arterial, hiperglicemia, sintomas gastrointestinais, alterações de humor, maior risco de infecções e, em caso de utilização prolongada, osteoporose, cataratas e atraso do crescimento em crianças.

1ª Linha

- Prednisolona 0.5 – 1 mg/ kg de peso (40 a 60 mg/ dia) até o controlo da reacção (dor, eritema, edema, nódulos e placas) e fazer o desmame reduzindo 5 mg a cada 2 semanas de acordo com a evolução do paciente.

2ª Linha

- Metotrexato (referenciar ou discutir com o comité técnico da Lepra).

9.3.2. Reacção leprótica tipo II ou eritema nodoso leprótico

- Para os casos de reacções tipo II, os pacientes devem ser discutidos ou referenciados ao comité técnico de lepra para melhor conduta.

1ª Linha

- Prednisolona 2-3 mg/kg de peso, reduzindo 5 mg a cada 2 - 4 semanas até o controlo da reacção (febre, dor, eritema, edema, nódulos, placas e prostração), e fazer o desmame reduzindo 5 mg a cada 2 semanas de acordo com a evolução do paciente.
- Prednisolona 2-3 mg/kg de peso até o controle da reacção (↓febre, dor, eritema, edema, nódulos e placas, e prostração); fazer o desmame reduzindo 5 mg a cada 2 semanas de acordo com a evolução do paciente.

E

- Clofazimina 300mg/dia de acordo com a evolução do paciente.

2ª Linha/Alternativa

Referenciar ao comité técnico da Lepra.

- Talidomida 100 - 400 mg e uma redução gradual de acordo com a evolução do paciente (medicamento de uso exclusivo pelos especialistas).

- A Talidomida começou a ser utilizada em 1957 como antiemético, mas o seu uso foi suspenso e retirada de circulação em 1961 pelos seus efeitos teratogénicos em mulheres grávidas. No entanto, foi reconhecida a sua eficácia no tratamento do Eritema nodoso leprótico. Por essa razão a sua disponibilidade é limitada pelas restrições no seu fornecimento e importação. A OMS recomenda seu uso só sob estrita supervisão médica especializada, incluindo evitar a gravidez durante o uso da talidomida em todos os momentos.

No nosso contexto, os pacientes deverão ser referenciados para um comité técnico de especialistas regional e/ou nacional.

As indicações para o uso da Talidomida e/ou Clofazimina como fármacos de 2ª linha são:

- Pacientes que não respondem aos corticoides ou que requerem altas doses de corticoides em cada episódio de ENL.
- Pacientes com dependência aos corticoides e em que o desmame resulta em surtos de reagudização.
- Pacientes com sérias co-morbidades.

10. Reabilitação e cirurgias correctivas

As deficiências causadas pela lepra incluem perda de sensibilidade nas mãos, pés e olhos, bem como fraqueza muscular ou paralisia. Estes problemas podem resultar em deformidades em flexão dos dedos e pé caído. Complicações oculares também podem ocorrer, como lagoftalmo (incapacidade de fechar a pálpebra) e hipoestesia corneana, que pode evoluir para condições como iridociclite e, em última instância, cegueira. Úlceras crónicas podem desenvolver-se quando as lesões passam despercebidas (devido à perda de sensibilidade) ou ficam infectadas ou sem tratamento. O nariz também pode ser afectado e, em casos graves, os dedos das mãos e dos pés, as próprias mãos ou os pés podem sofrer alterações irreversíveis ou até absorção da cartilagem ou a úlceras complicadas, relacionadas com danos nos nervos e dormência. A prevenção da deficiência é, portanto, essencial: evitar o agravamento das incapacidades e tratar precocemente as complicações ajuda a preservar a qualidade de vida e a independência das pessoas afectadas pela lepra:

- O autocuidado dos olhos, mãos e pés é essencial para pessoas afectadas pela lepra, pois estas áreas apresentam maior risco de danos nervosos e lesões. Deve incluir inspecções regulares, hidratação da pele (várias vezes por dia com óleo/creme/Vaselina®), imersão, remoção cuidadosa de calos e uso de protecção (sapatos, luvas). Estas medidas ajudam

a prevenir secura, feridas e infecções, reduzindo o risco de incapacidades e mantendo a independência na vida diária. O autocuidado pode ser realizado pelas próprias pessoas afetadas, com apoio da família ou em grupos de doentes.

- Bolhas, feridas e úlceras das mãos e dos pés devem ser tratadas adequadamente, pois podem passar despercebidas devido à perda de sensibilidade. O tratamento adequado destas lesões é essencial para prevenir infecções e incapacidades secundárias.
- Deve-se incluir o pacote de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) para doentes da Lepra nas actividades de medicina física e reabilitação (fisioterapia de adaptação à condição do paciente, adaptação à próteses e ou uso de canadianas e uso de instrumentos de produção e utensílios domésticos).
- Realizar cirurgias correctivas para garantir a melhoria da condição física dos afectados com complicações.

11. Apoio psicossocial e integração das pessoas afectadas pela Lepra nas comunidades

O apoio psicossocial tem um papel essencial nos cuidados integrais dos pacientes com lepra, focando na saúde mental, no bem-estar emocional e na reintegração social e económica. Além das consequências físicas da doença, a lepra frequentemente leva ao estigma social, ao isolamento e ao desenvolvimento de transtornos mentais como ansiedade, depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

O objectivo central do apoio psicossocial é oferecer suporte psicológico, emocional e social para pacientes com lepra, abordando questões de estigma, isolamento social e transtornos mentais comuns, como ansiedade, depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). A abordagem visa melhorar a qualidade de vida, auto-estima e promover a reintegração social e económica dos afectados para além da recuperação física.

11.1. Principais acções de assistência psicossocial

- Fornecer intervenções adaptadas às necessidades individuais ou em grupo dos pacientes, utilizando técnicas de aconselhamento psicoterapêutico comprovadas como o Aconselhamento Interpessoal (AIP) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O objectivo é aliviar sintomas de ansiedade, depressão, TEPT e reduzir o risco de comportamentos suicidários, bem como fortalecer a resiliência emocional e habilidades de enfrentamento.
- Organizar encontros de grupos de apoio para promover e conscientizar pacientes e suas famílias sobre a Lepra e o estigma, associado a práticas de autocuidado e estratégias de

enfrentamento. Estas actividades também visam promover a adesão ao tratamento e aumentar a compreensão sobre a natureza da doença. Além disso, essas actividades também promovem a integração social e a solidariedade entre os participantes, criando um ambiente de apoio mútuo.

- Facilitar o acesso aos serviços de protecção social (como apoio do Instituto Nacional de Acção Social – INAS), assistência jurídica para garantir os direitos dos pacientes, e participação em programas de reabilitação social que promovam a reintegração nas actividades sociais e económicas locais.
- Criar oportunidades para que os pacientes afectados pela Lepra se integrem nas actividades económicas e sociais de suas comunidades, por meio de programas de geração de renda e capacitação profissional, proporcionando-lhes a oportunidade de recomeçar suas vidas de forma mais plena e autossuficiente.

11.2. Avaliação inicial psicossocial e de Saúde Mental

A avaliação psicossocial e de saúde mental é uma etapa essencial no cuidado integral dos pacientes com lepra. Ela garante que as necessidades emocionais, psicológicas e sociais dos pacientes sejam identificadas logo no início do tratamento. Isso permite que qualquer necessidade de apoio seja reconhecida precocemente e abordada de maneira eficaz. A avaliação inicial também ajuda a ajustar as intervenções de acordo com as particularidades de cada paciente, promovendo uma abordagem personalizada.

11.2.1. Objectivo avaliação inicial psicossocial e de Saúde Mental

Identificar as necessidades emocionais, psicológicas e sociais dos pacientes com lepra para assegurar um tratamento holístico, abrangente e eficaz.

11.2.2. Instrumentos

□ FICA BEM “Ferramenta de Identificação e Classificação de Ansiedade e Bem-estar Emocional”

O “Fica Bem” foi desenvolvido como uma ferramenta de rastreio breve que poder ser usada em cuidados de rotina prestados por todos os prestadores de cuidados de saúde, incluindo não especialistas. Ao usar o “Fica Bem”, você notará que faz apenas 3 perguntas. Essas 3 perguntas serão capazes de determinar se um paciente mostra algum sinal de perturbação mental. Se o

paciente responder “Não” a todas as 3 perguntas, nenhuma outra pergunta será feita. No entanto, se o paciente mostrar alguns sinais de perturbação mental com base nas 3 perguntas, o “Fica Bem” exigirá que ele responda a 10 perguntas adicionais. Essas 10 perguntas adicionais colhem mais informações que ajudarão a identificar a categoria exacta de perturbação mental da qual o paciente poderá estar a sofrer. Os quatro tipos de categorias de transtornos mentais que o “Fica Bem” fará o rastreio são:

- a) Perturbações Mentais Comuns (PMC) (depressão, ansiedade, PTSD)
- b) Doença mental grave (Psicoses ou Perturbação Afectiva Bipolar)
- c) Perturbações do uso de álcool e outras drogas; e/ou
- d) Risco de suicídio.

Com base nos resultados do rastreio “Fica Bem”, os pacientes são classificados em uma ou mais das seguintes categorias de saúde mental:

- a) Perturbações mentais comuns
- b) Perturbações mentais gravem
- c) 3Perturbação por uso de substâncias e
- d) Risco agudo de suicídio.

O resultado do rastreio irá indicar em qual categoria de tratamento cada paciente se enquadra. Associada a cada categoria de saúde mental está uma abordagem de tratamento:

- a) Pacientes com Perturbações Mentais Comuns e com Perturbações por uso de substâncias iniciam a Psicoterapia específica para cada caso.
- b) Pacientes com Perturbações Mentais graves recebem tratamento psicofarmacológico de acordo com diagnósticos psiquiátricos específicos.
- c) Pacientes com risco agudo de suicídio devem ser referidos para avaliação pelos profissionais de saúde mental.

□ Escala de Depressão PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

É um instrumento complementar ao FICA-BEM usado para rastrear e quantificar sintomas de depressão. O PHQ-9 é eficaz na medição da intensidade da depressão e é um indicador importante para monitorar a evolução do paciente, ajustando o tratamento conforme necessário.

O PHQ-9 é um questionário de saúde para pacientes, composto por nove (9) itens em uma escala de sintomas depressivos, e uma ferramenta diagnóstica introduzida em 2001. Os critérios de diagnóstico são baseados no manual de diagnóstico e estatístico de transtorno mental (DSM-IV).

Essas perguntas abordam uma variedade de sintomas associados à depressão, como tristeza, perda de interesse ou prazer, alterações no sono e apetite, baixa energia, sentimento de culpa, dificuldades de concentração, e pensamentos suicidas.

Cada pergunta é avaliada em uma escala de 0 a 3, correspondendo a " não ocorre", " ocorre vários dias", " ocorre mais da metade dos dias", e " ocorre todos os dias". A pontuação total varia de 0 a 27, sendo que uma pontuação máxima indica uma maior gravidade de sintomas depressivos.

□ Escalas de Ansiedade-GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder)

O questionário GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) é uma ferramenta prática complementar ao FICA BEM que permite avaliar a gravidade dos sintomas de ansiedade com base na pontuação total obtida. Dessa forma, ele facilita a interpretação dos sintomas, contribuindo para uma tomada de decisão mais assertiva e um cuidado direcionado. Foi desenvolvido por Spitzer e colaboradores em 2006, baseado nos critérios do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quarta edição).

O questionário GAD-7 é composto por sete perguntas relacionadas aos principais sintomas de ansiedade generalizada. Cada uma delas aborda experiências vivenciadas pelo paciente nas últimas duas semanas. As respostas seguem uma escala de Likert de 4 pontos, permitindo ao paciente avaliar a frequência dos sintomas:

- a) 0 = "De jeito nenhum"
- b) 1 = "Em alguns dias"
- c) 2 = "Mais da metade dos dias"
- d) 3 = "Quase todos os dias".

O **GAD-7** é uma ferramenta valiosa tanto para triagem quanto para acompanhar mudanças no quadro de ansiedade ao longo do tempo.

12. Referências bibliográficas

- Abeje, T., Negera, E., Kebede, E., Hailu, T., Hassen, I., Lema, T., ... Aseffa, A. (2016). Performance of general health workers in leprosy control activities at public health facilities in Amhara and Oromia States, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913016-1329-2>
- Leano, H. A. de M., Araújo, K. M. da F. A., Bueno, I. de C., Niitsuma, E. N. A., & Lana, F. C. F. (2019a). Socioeconomic factors related to leprosy: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1405–1415. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0651>
- Marega, A., Das Neves Pires, P., Mucufu, J., & Muloliwa, A. (2019). Hansen's disease deformities in a high-risk area in Mozambique: A case study. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 52 (March 2018), 0–2. <https://doi.org/10.1590/0037-86822-0103-2018>
- Pandey, A., & Galvani, A. P. (2019, September 1). Quantifying risk factors to guide progress towards leprosy elimination. *The Lancet Global Health*, Vol. 7, pp. e1154–e1155. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30330-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30330-4)
- Price, V. G. (2017). Factors preventing early case detection for women affected by leprosy: a review of the literature. *Global Health Action*, 10(2), 1360550. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1360550>
- DNSP-PNCL, Relatório Anual, DNSP-PNCL, 2023. (n.d.).
- WHO. (2016). Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020. In *Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020*. Obtido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>
- WHO. (2018). WHO, Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy. Obtido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789290226383>, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274127/9789290227076-por.pdf>
- WHO. (2023). World Health Organization. Global leprosy (Hansen disease) update, 2023: time to step-up prevention initiatives. *Weekly Epidemiological Record*, 95(36), 417–440. Obtido de <http://www.who.int/wer>
- Zamparoni, V. (2017). Lepra: Doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 24(1), 13–39. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000028>