

**LABORO-EXCELÊNCIA EM PÓS GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**CELENE SANTOS DE CARVALHO
LEYNA MELO LIMA
MARYANNE ALGARVES CARDOSO
SILVANA DO E. S. DE CASTRO MENDES**

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E CLÍNICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BACABAL - MARANHÃO**

São Luís
2006

**CELENE SANTOS DE CARVALHO
LEYNA MELO LIMA
MARYANNE ALGARVES CARDOSO
SILVANA DO E. S. DE CASTRO MENDES**

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO E CLÍNICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BACABAL - MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família – LABORO, Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Mônica E. A. Gama

São Luís
2006

**CELENE SANTOS DE CARVALHO
LEYNA MELO LIMA
MARYANNE ALGARVES CARDOSO
SILVANA DO E. S. DE CASTRO MENDES**

**PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DOS PACIENTES PORTADORES DE
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE BACABAL - MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde da Família – LABORO, Universidade Estácio de Sá, como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Mônica E. A. Gama
Doutora em Medicina Tropical
Universidade de São Paulo

Prof^ª. Mestre Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Mestre em Saúde e Ambiente
Universidade Federal do Maranhão

Primeiramente a Deus, que permite que possamos galgar nossos sonhos passo a passo. A nossos pais, familiares e amigos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais esta conquista e por muitas ainda por vir!

Aos nossos pais, que sempre nos apoiaram nas nossas decisões e nos ensinaram a seguir em busca dos nossos objetivos. Obrigada!

Aos nossos companheiros, esposos ou namorados, pelo apoio, pelo estímulo nos momentos difíceis e por permanecerem sempre ao nosso lado. Muito obrigada!

Aos nossos familiares, irmãos e irmãs, primos e primas que sempre torceram por nós e incentivam a continuarmos essa jornada de conquistas!

Aos nossos amigos, que cumprem seu papel de ajudar no que for preciso, e pelo companheirismo e solidariedade!

A todos nossos professores do curso, que participaram diretamente da nossa formação como especialistas. Muito Obrigada!

A nossa orientadora pelo acompanhamento e orientação para o desenvolvimento desta pesquisa!

*“Se plantares para dias plantará
flores, se plantares para anos
plantará árvores, e se plantares
para a eternidade plantará
idéias”.*

Og Mandino

LISTA DE SIGLAS

- ENH – Eritema Nodoso Hansênico
- ESF – Equipe de Saúde da Família
- HD – Hanseníase Dimorfa
- HI – Hanseníase Indeterminada
- HT – Hanseníase Tuberculóide
- HV – Hanseníase Virchowiana
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- MB – Multibacilar
- MS – Ministério da Saúde
- ONG – Organização Não Governamental
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PAT – Plano Anual de Trabalho
- PB – Paucibacilar
- PNEH – Plano Nacional de Eliminação de Hanseníase
- PQT – Poliquimioterapia
- PSF – Programa de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hanseníase Indeterminada (HI).....	20
Figura 2 – HI mancha hipocrômica).....	20
Figura 3 – HT, mancha hiperemiada com superfície irregular.....	21
Figura 4 – mancha hipocrômica com bordas bem definidas.....	21
Figura 5 – HD, lesões com centro claro).....	21
Figura 6 – HD, lesão em placa com bordas mal definidas e centro aparentemente poupado).....	21
Figura 7 – HV, tubérculos e nódulos).....	22
Figura 8 – HV, observar os hansenomas típicos da HV.....	22
Figura 9 – Espessamento do nervo auricular.....	34
Figura 10 – Espessamento do nervo auricular.....	34
Figura 11 – Observar ENH com áreas ulceradas.....	35

LISTA DE GRÁFICOS

Figura 1 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Faixa Etária, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	39
Figura 2 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Sexo, município Bacabal –MA, 2005-2006.....	40
Figura 3 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Situação Conjugal, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	40
Figura 4 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Escolaridade, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	41
Figura 5 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Renda, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	41
Figura 6 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Ocupação, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	42
Figura 7 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Forma Clínica Prevalente, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	42
Figura 8 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Grau de Incapacidade no momento do diagnóstico, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	43
Figura 9 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Grau de Incapacidade Avaliado ao Final do Tratamento, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	43
Figura 10 –	Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Uso medicação específica para estados reacionais, município Bacabal – MA, 2005-2006.....	44

RESUMO

Estudo exploratório, com uma abordagem quantitativa, dos pacientes portadores de hanseníase inscritos no Programa de eliminação da hanseníase do município de Bacabal – MA, cujo objetivo foi conhecer o perfil sócio econômico e clínico desses pacientes. Os dados foram coletados refere-se a todos os 32 pacientes cadastrados no SINAN, no período de 2005 e 2006 em Bacabal. Foram retiradas informações do livro de controle de hanseníase, dos prontuários e fichas de avaliações dermatoneurológico dos respectivos pacientes. A maioria dos pacientes apresentou prevalência das formas multibacilares, sendo a maioria do sexo feminino, estado civil casado e apresentando uma faixa etária superior a 65 anos, não sendo encontrada nenhum caso em crianças. Dentre os pacientes que foram avaliados quanto ao grau de incapacidade no início do tratamento, foi encontrado uma maior prevalência do grau de incapacidade 0. A ocorrência de estados reacionais foi considerada baixa; e com relação a renda o maior acometimento da doença houve predomínio entre aqueles que possuíam renda igual ou inferior a um salário mínimo.

Palavras-chave: hanseníase, multibacilar, paucibacilar, poliquimioterapia, reações, autocuidado.

ABSTRACT

Exploratório study, with a quantitative boarding, of enrolled the carrying patients of hanseníase in the Program of elimination of hanseníase of the city of Bacabal - ME, whose objective was to know the profile economic and clinico partner of these patients. The data had been collected mention all to it the 32 patients registered in cadastre in the SINAN, the period of 2005 and 2006 in Bacabal. Information of the book of control of hanseníase had been removed, of handbooks and fichas of evaluations dermatoneurológico of the respective patients. The majority of the patients presented prevalence of the multibacillary forms. Amongst the patients who had been evaluated how much to the degree of incapacity at the beginning of the treatment, a bigger prevalence of the degree of incapacity 0 was found.

Word-key: hanseníase, multibacilar, paucibacilar, poliquimioterapia, reactions, solemnity care.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	6
LISTA DE FIGURAS.....	7
LISTA DE GRÁFICOS.....	8
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	36
2.1 Objetivo Geral.....	36
2.2 Objetivos Específicos.....	36
3 METODOLOGIA.....	37
3.1 Tipo de Estudo.....	37
3.2 Local de Estudo.....	37
3.3 Sujeitos do Estudo.....	38
3.4 Instrumentos para Coleta de Informações.....	38
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46
APÊNDICE.....	49
ANEXOS.....	49

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença endêmica e crônica granulomatosa proveniente de infecção causada pelo *Micobacterium leprae*. Este bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, mas poucos adoecem pela sua baixa patogenicidade, propriedade esta que não é função apenas de suas características intrínsecas, mas que depende, sobretudo, de sua relação com o hospedeiro e grau de endemicidade do meio. O domicílio é apontado como importante espaço de transmissão da doença, embora ainda existam grandes lacunas de conhecimento quanto aos prováveis fatores de risco implicados, especialmente aqueles relacionados ao ambiente social. Apesar de baixa patogenicidade, o poder imunogênico do *Micobacterium leprae* é responsável pelo alto potencial sítio intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e incapacitante da hanseníase, o que permite afirmar que este bacilo é de alta infectividade.

- **Hanseníase: histórico**

A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem. As referências mais remotas datam de 600 a.C e procedem da Índia, que juntamente com a África podem ser consideradas o berço da doença. (JAKOBI, 2006). O termo lepra foi usado por Hipócrates, porém suas descrições indicavam doenças da pele com lesões escamosas (leper=escamas), sem haver menção às manifestações neurológicas da hanseníase (GALVAN, 2003). Segundo Lima (2006) a abordagem bíblica da moléstia tem grande importância, uma vez que as implicações sociais e o impacto negativo passaram a nortear a vida dos portadores da doença, como referido a partir das medidas profiláticas estabelecidas por Moisés no Velho Testamento.

A hanseníase manteve alta prevalência durante a Idade Média, na Europa e no Oriente Médio, e a regra era isolar o doente da população sadia, além de isolados eram obrigados a usar vestimentas características que o identificavam como doentes e fazer soar uma sineta para avisar os sadios de sua aproximação (CAMPOS, 2006). A melhoria das

condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente esse quadro e, hoje, a hanseníase tem tratamento e cura.

De acordo com Opromolla (2000), a hanseníase deve ter chegado nas Américas entre os séculos XVI e XVII com os colonizadores, pois não há evidências da moléstia entre os indígenas do novo mundo. A Hanseníase foi descoberta por um médico norueguês, Gerhard Armauer Hansen, 1868, em Bergen, e embora seja uma doença tratável e com grandes possibilidades de cura, os portadores da mesma ainda hoje são estigmatizados.

Todos os países sul americanos possuem casos de hanseníase. Com exceção do Chile, o Brasil é o país com a maior prevalência, sendo o segundo país do mundo no número de casos. Os primeiros documentos que atestam a existência de hanseníase no Brasil datam do fim do século XVII, tanto que, em 1696, o governador Artur de Sá e Menezes do rio de Janeiro, já prestava assistência aos leprosos (OPROMOLLA, 2000).

Segundo Campos (2006), no início da década de 1930 o Brasil e especialmente São Paulo, adotaram o modelo isolacionista, isto é, a internação compulsória dos doentes em asilos-colônias.

- **Aspectos epidemiológicos**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) nas duas últimas décadas, a carga global de casos diminuiu em quase 90%. No início de 2004, apenas 460.000 pacientes, aproximadamente, estavam registrados para tratamento, sendo que, durante o ano de 2003, aproximadamente 500.000 novos casos foram detectados em nível global. A detecção global relatada alcançou um pico de 804.000 em 1998, permaneceu num patamar em torno de 750.000 antes de cair para aproximadamente 621.000 em 2002 e 515.000 em 2003. O Brasil ocupa o segundo lugar entre os países que ainda não tinham alcançado a meta de eliminação no início de 2004, portanto tendência de detecção de casos não tem apresentado declínio no Brasil nos últimos anos.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2000) a hanseníase tem apresentado redução significativa de sua prevalência - de 16,4 por 10.000 habitantes em 1985 para 1,71 por 10.000 habitantes em 2004, aproximando-se da meta proposta pela OMS de eliminação da doença como problema de saúde pública, com a redução de sua prevalência para 1 caso por 10.000 habitantes no ano de 2005. Segundo a taxa de prevalência de 2004 as regiões Sul e

Sudeste já alcançaram a meta de eliminação. Apesar da importante redução do coeficiente de prevalência da hanseníase no Brasil, em 2004, algumas regiões demandam intensificação das ações para eliminação, justificadas por um padrão de alta endemicidade. Portanto, o Brasil deverá manter os esforços para o alcance da meta de eliminação de hanseníase em nível municipal até o ano 2010. Em março de 2004, o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) foi reestruturado e alçado à condição de prioridade de gestão do Ministério da Saúde. O programa de hanseníase vinha mostrando resultados insatisfatórios nos últimos anos. Reportando-se ao compromisso anteriormente assumido pelo Governo do Brasil de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. A Secretaria de Vigilância em Saúde vem trabalhando para fortalecimento do plano definido para o alcance da meta de eliminação e adotou novas estratégias de aceleração desse processo baseando-se em três pontos fundamentais:

- Que a atualização dos dados é essencial para a interpretação válida e confiável da magnitude e dos níveis endêmicos da hanseníase nas diferentes regiões do Brasil e da distribuição racional de medicamentos;
- Que a redução da taxa de prevalência até a eliminação, através da cura dos pacientes, e da interrupção da cadeia de transmissão, depende da capacidade do SUS de diagnosticar os casos na fase inicial da doença e tratá-los com poliquimioterapia padrão OMS (PQT/ OMS);
- Que a redução da carga social da doença depende da detecção precoce para redução de casos detectados com incapacidades físicas, além do tratamento adequado de incapacidades já instaladas.

As coordenações estaduais de hanseníase, em conjunto com os profissionais do Grupo Tarefa elaboraram um Plano Anual de Trabalho (PAT) a ser desenvolvido em 2005, fundamentado na vigilância epidemiológica, na integração com a atenção básica e assistência integral (acesso a ações de alta e média complexidade); na sustentação política, comunicação e mobilização social e na capacitação de recursos humanos.

Para o planejamento de ações estratégicas do PNEH, desde a sua reestruturação, foram definidos critérios para a identificação de municípios prioritários, que incluem: municípios que registraram no mínimo 50 casos para tratamento em 12/2003, e dentre esses, foram selecionados aqueles que diagnosticaram em média, nos últimos cinco anos, um mínimo

de 10 casos multibacilares (MB) e ainda 2 casos entre menores de 15 anos. Todas as Capitais foram incluídas. Por esses critérios pode-se verificar que mais de 72,4% da prevalência de 2003 estava concentrada em 206 dos 3521 municípios com pelo menos 01 caso registrado em 2003.

Os dados mais recentes sobre a hanseníase, mostram que o estado do Maranhão é o segundo estado do Brasil e o primeiro da região nordeste com maior número de casos confirmados com 5.394 casos, apresentando uma taxa de prevalência de ponto de 5,94 casos/10.000hab, registrados no final de 2005. Dos 217 municípios maranhenses 31 apresentam um coeficiente de prevalência maior que 20 casos para 10.000 habitantes, dentre estes a cidade de Bacabal-MA. Bacabal está na lista dos 109 municípios brasileiros que nos últimos cinco anos registraram mais de 50 novos casos de hanseníase. Em 2005, foram registrados 9,88 pacientes em cada grupo de 10 mil habitantes.

De acordo com a V Carta de Eliminação da hanseníase o estado do Maranhão registrou uma taxa de prevalência de ponto – indicador de eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública, de 5,94/10.000 habitantes. Marcam o ano de 2005, as iniciativas de capacitação em reabilitação coordenada pelo Ministério da Saúde e promovidas pelos Estados em colaboração com as ONG da ILEP, a realização pelo Ministério da Saúde da Campanha de TV e a inclusão do tema hanseníase numa abordagem de direitos humanos promovida pelo MORHAN, destacando-se a qualificação da assistência aos ex-pacientes residentes nos antigos hospitais-colônia. Os compromissos dos gestores resultaram de imediato no aumento importante de Unidades de Saúde que realizam diagnósticos e tratamento de hanseníase. No seu Estado houve um incremento dessa cobertura de 45,42% (491 unidades em dezembro de 2004 para 714 em dezembro de 2005) enquanto a do Brasil foi da ordem de 41,06%.

O indicador - número de lesões, em relação aos casos novos, nos últimos cinco anos, mostra que ocorreu importante aumento no diagnóstico na fase inicial da doença. O percentual de casos, com uma única lesão, alcança mais de 30% a partir de 2003. Uma maior capacidade da rede de saúde em realizar o diagnóstico pode ser vista em crianças, que foi de 10,57% em 2001, para 11,94% em 2005 (ANEXO).

As condições sócio-econômicas tais como: estado nutricional, situação de higiene e principalmente as condições de moradia da população influenciam na transmissão da hanseníase, portanto Bacabal é um município com alta prevalência de hanseníase.

- **Agente etiológico**

O agente etiológico da hanseníase é o bacilo álcool-ácido resistente, *Mycobacterium leprae*. É um parasita intracelular obrigatório que apresenta afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. Embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados - o tatu, o macaco mangabei e o chimpanzé, o homem é o reservatório e a única fonte de infecção. Segundo Jakobi (2006) os doentes multibacilares sem tratamento – hanseníase Virchowiana e hanseníase Dimorfa - são capazes de eliminar grande quantidade de bacilos para o meio exterior (carga bacilar de cerca de 10.000.000 de BAAR presentes na mucosa nasal).

- **Modo de transmissão e Fonte de Infecção**

A única fonte de infecção (reservatório) reconhecida é o homem, embora já tenham sido identificados animais naturalmente infectados (JACOBI, 2006).

A transmissão da doença se dá através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que o elimina para o meio exterior infectando outras pessoas (susceptíveis). Para que essa transmissão ocorra, parece ser necessário um contato direto com o doente não tratado (LEÃO, 1997).

A principal via de eliminação do bacilo e a mais provável via de entrada do bacilo no organismo, passível de ser infectado, são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe). Existe ainda, a possibilidade de eliminação do bacilo através das lesões de pele, e da penetração desses bacilos através da pele, quando esta não se apresenta íntegra (GALVAN, 2003).

Alguns doentes são considerados como fonte de infecção e de transmissão da doença. Isto porque, o grau de resistência ao bacilo varia entre os doentes, determinando o

número de bacilos que passam a abrigar no seu organismo e conseqüentemente a eliminar para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas, se não estiver em tratamento (GALVAN, 2003).

Os doentes que apresentam maior resistência ao bacilo são os casos paucibacilares (PB) que abrigam um pequeno número de bacilos no organismo, insuficiente para infectar outras pessoas; já um número menor de doentes não apresenta resistência ao bacilo que se multiplica em seu organismo: são os casos multibacilares (MB) que abrigam um grande número de bacilos e passam a eliminá-los para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas. Estes pacientes quando não tratados são considerados a principal fonte de infecção da hanseníase (BRASIL, 2003).

Depois de iniciado o tratamento quimioterápico, o doente deixa de transmitir a doença, visto que as primeiras doses da medicação tornam os bacilos incapazes de infectar outras pessoas.

O período de incubação da hanseníase varia de 2 a 7 anos, podendo em alguns casos haver períodos mais ou menos longos. Seu aparecimento na pessoa infectada, assim como suas diferentes manifestações clínicas, dependem dentre outros fatores da resposta imunológica do organismo atingido (LEÃO, 1997).

A hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, no entanto, raramente ocorre em crianças. Porém, o acometimento de menores de 15 anos constitui um indicador de alta endemicidade da doença (BRASIL, 2003).

Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia são as condições sócio-econômicas desfavoráveis, assim como condições precárias de vida e saúde e o alto índice de ocupação das moradias, visto que influem no risco de adoecer.

- **Aspectos Clínicos da Hanseníase**

A hanseníase manifesta-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos que podem levar à suspeição e ao diagnóstico clínico da doença. As manifestações evoluem de acordo com o sistema imunológico do doente (LEÃO, 1997).

Essa doença acomete o sistema nervoso periférico (ramos sensitivos cutâneos) provocando dormência nas lesões de pele, e os troncos nervosos periféricos provocando incapacidades e deformidades (VERONESI, 1996).

Sinais e Sintomas Dermatológicos:

A hanseníase manifesta-se através de lesões de pele com diminuição ou ausência de sensibilidade.

As lesões mais comuns são:

- Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas – alteração na cor da pele, sem relevo;
- Placas – lesão que se estende em superfície por vários centímetros, com elevação superficial e circunscrita;
- Infiltrações – alteração na espessura da pele, de forma difusa, com menor evidencia dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes de eritema discreto. Resulta da presença na derme de infiltrado celular, às vezes com edema e vasodilatação;
- Tubérculos – lesão sólidos, elevados (“caroços” externos);
- Nódulos – lesão sólida mais palpável que visível (“caroços” internos). É um processo patológico que se localiza na epiderme, derme e/ou hipoderme (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

Essas lesões podem estar localizadas em qualquer região do corpo e podem também, acometer a mucosa nasal e a cavidade oral. Ocorrem com maior frequência na face, orelha, nádegas, braços, pernas e costas (BRASIL, 2002).

As lesões de pele da hanseníase sempre apresentam alteração de sensibilidade, causada pelo acometimento dos ramos sensitivos cutâneos. A sensibilidade nas lesões pode estar diminuída (hipoestesia), ou ausente (anestesia). Na fase inicial pode haver um aumento da sensibilidade (hiperestesia) acompanhada de uma sensação de formigamento que pode ser confundida com prurido (LEÃO, 1997).

Sinais e Sintomas Neurológicos:

A hanseníase manifesta-se, também através de lesões nos troncos periféricos, decorrentes de processos inflamatórios dos nervos periféricos (neurites), causados tanto pela ação direta do bacilo nos nervos, como pela reação do organismo ao bacilo (estados reacionais). Elas se manifestam através de:

- Dor e/ou espessamento dos nervos periféricos;
- Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés;
- Diminuição e/ou perda da força muscular, principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores.

A neurite se manifesta através de um processo inflamatório agudo, acompanhado de dor intensa e edema. Frequentemente, a neurite torna-se crônica e passa a evidenciar comprometimento funcional do nervo através da diminuição ou perda de sensibilidade, causando dormência; e da diminuição ou perda da força muscular, causando fraqueza, paralisia e atrofia dos músculos inervados pelos nervos comprometidos. Podem ocorrer casos de espessamento de nervos periféricos, alterações motoras sem sintomas agudos de dor – neurite silenciosa (BRASIL, 2003).

Quando o acometimento neural não é tratado pode provocar incapacidades e deformidades.

Manifestações Clínicas da Doença:

As pessoas, em geral, têm imunidade para o *Mycobacterium leprae*, e a maioria delas não adoecem, o grau de imunidade varia e determina a manifestação clínica e a evolução da doença (BRASIL, 2002).

Do ponto de vista operacional, visando o tratamento multidroga dos pacientes, a classificação que vem sendo adotada pela OMS (2006) é a seguinte:

- **Hanseníase paucibacilar (pb):** pacientes indeterminados, tuberculóides e a maioria dos dimorfo-tuberculóides-todos com baciloscopia negativa;
- **Hanseníase multibacilar (mb):** dimorfo-dimorfos, dimorfo-virchowianos e virchowianos-todos com baciloscopia positiva, não importando quantas cruces apresentem.

Portanto, na classificação sugerida pela Organização Mundial de Saúde e adotada por todos os programas de controle da hanseníase, o critério básico para a classificação é a baciloscopia.

Segundo Galvan (2003), a resposta imunológica do paciente irá caracterizar 4 formas de manifestação clínica da doença: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana.

A **forma clínica indeterminada** caracteriza-se, clinicamente, por manchas esbranquiçadas na pele (manchas hipocrômicas), únicas ou múltiplas, de limites imprecisos e com alteração de sensibilidade. Pode ocorrer alteração apenas da sensibilidade térmica com preservação das sensibilidades dolorosa e tátil; e não há evidência de lesão trocular. A baciloscopia é negativa e a classificação operacional é paucibacilar (Figuras 1 e 2).

Essa forma clínica pode permanecer inalterada por muito tempo antes de evoluir para a forma tuberculóide ou para a forma virchowiana, dependendo da imunidade do indivíduo. Pode ocorrer cura espontânea da doença, mesmo sem tratamento (MARANGONI & SCHECHTER, 1994).



Figura 1: Hanseníase Indeterminada (HI)



Figura 2: HI mancha hipocrômica

A **forma clínica tuberculóide** caracteriza-se, clinicamente por lesões em placa na pele, com bordas bem delimitadas, eritematosas, ou por manchas hipocrômicas nítidas, bem definidas (Figs. 3 e 4) Apresenta queda de pêlos e alteração das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil. Pode ocorrer cura espontânea. O comprometimento de troncos nervosos é algumas vezes, a única manifestação clínica da doença (forma neural pura). A baciloscopia é negativa e a classificação operacional é paucibacilar (LEÃO, 1997).



Fig. 3: HT, mancha hiperemiada



Fig. 4: Mancha hipocrômica

A **forma clínica dimorfa** tem como principais características a presença de lesões foveolares (eritematosas, planas com centro claro) e lesões pré-foveolares (eritemato-pigmentares, de tonalidade ferruginosa ou pardacenta) (Figs. 5 e 6). O portador multibacilar dimorfa apresenta alterações de sensibilidade. Baciloscopia positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa. O Ministério da Saúde preconiza a classificação operacional vigente para rede básica como MB – Mais que 5 lesões de pele.



Fig. 5: HD, lesões com centro claro
Fonte: Prof. Ivan Figueredo



Fig 6: HD, lesão em placa com bordas mal definidas e centro aparentemente poupado.

A **forma clínica virchowiana (VH)** tem como principais características clínicas a presença de eritema e infiltração difusas, placas eritematosas infiltradas de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, hansenomas (lesões circunscritas semelhantes a tubérculos e nódulos) madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade (Figs 7 e 8). Baciloscopia positiva (bacilos abundantes e globias) (VERONESI, 1996).



Fig. 7: HV, tubérculos e nódulos
Fonte: Prof. Ivan Figueredo



Fig. 8: HV, hansenomas típicos da HV

- **Diagnóstico da Hanseníase**

O diagnóstico de hanseníase baseia-se nos sinais clínicos e nos sintomas característicos da doença: lesões ou áreas da pele, com alterações de sensibilidade, e o comprometimento ou lesões dos nervos periféricos; isto é, através do exame clínico. Quando disponível o exame baciloscópico deve ser realizado. Esse exame fornece informações sobre a presença do bacilo *Mycobacterium leprae* nas lesões suspeitas e deve ser utilizado como um apoio ao diagnóstico e a classificação do doente (MARANGONI & SCHECHTER, 1994).

- **Diagnóstico Clínico**

O diagnóstico clínico é realizado através do exame físico do paciente para verificação do seu estado geral e para identificação dos sinais e sintomas clínicos característicos da doença, bem como outras intercorrências (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

O exame clínico inclui: avaliação dermatológica (para identificar lesões de pele), avaliação neurológica (para identificar neurites, o comprometimento ou lesões dos nervos

periféricos e as incapacidades físicas e deformidades, provocadas por essas lesões), o diagnóstico dos estados reacionais (exacerbação dos sinais e sintomas da hanseníase, bem como manifestações sistêmicas) e o diagnóstico diferencial. Antes de se iniciar o exame físico, deve-se fazer a anamnese do paciente (MARANGONI & SCHECHTER, 1994).

Anamnese

Deve ser feita a anamnese do paciente, para obtenção da sua história clínica e epidemiológica. As perguntas ao paciente devem ser dirigidas à obtenção dessas histórias: sobre sinais e sintomas de hanseníase apresentados por ele, quando tiveram início, como evoluíram, se ele teve contato com pessoas que tiveram hanseníase (BRASIL, 2003).

Em seguida a anamnese deve se iniciar o exame físico do paciente, visando o diagnóstico clínico da doença.

Avaliação Dermatológica

Consiste na identificação das lesões de pele e na pesquisa de sensibilidade dessas lesões.

- Identificação das Lesões de Pele:

Deve ser feita uma inspeção de toda a superfície corporal do paciente, procurando identificar as áreas acometidas por lesões de pele. As áreas onde as lesões ocorrem com maior frequência são: face, orelhas, nádegas, braços, pernas e costas, podendo ocorrer, também, na mucosa nasal e na cavidade oral (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

Após a identificação das lesões de pele, deve ser feita uma pesquisa para verificar se existe alteração da sua sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil).

- Pesquisa de Sensibilidade das Lesões de Pele:

A alteração de sensibilidade nas lesões de pele é uma característica da hanseníase, ela é provocada pelo acometimento dos ramos sensitivos cutâneos, o que faz com que o paciente perca sua capacidade normal de perceber as sensações de pressão, tato, calor, dor e frio (BRASIL, 2002). Geralmente ocorre diminuição de sensibilidade nas lesões de pele

(hipoestesia), podendo apresentar dormência (anestesia). Na fase inicial da lesão, pode haver um aumento de sensibilidade (hiperestesia) (BRASIL, 2003).

Devem ser realizadas as seguintes pesquisas de sensibilidade nas lesões de pele: térmica, dolorosa e tátil, nesta ordem.

1. Pesquisa de Sensibilidade Térmica

A pesquisa de sensibilidade térmica nas lesões e áreas suspeitas pode ser realizada com dois tubos de ensaio: um com água fria e o outro com água quente (a 45°C), devendo-se ter cuidado para a temperatura da água não ser superior a este valor, pois neste caso, poderá despertar sensação de dor, e não de calor; ou com algodão seco e outro embebido em éter (MARANGONI & SCHECHTER, 1994).

Devem ser tocadas as peles sãs e a área suspeita com as extremidades dos tubos frio e quente, alternadamente, solicitando que o paciente identifique as sensações de frio e calor, devendo-se valorizar as respostas como menos frio ou menos quente. E nos casos do teste realizado com algodão deve-se tocar a pele sã e a área suspeita alternadamente, com um pedaço de algodão seco e outro embebido com éter, devendo-se solicitar ao paciente que diga quando tem sensação de frio, comparando os resultados na pele sã e na área suspeita (MARANGONI & SCHECHTER, 1994).

2. Pesquisa de Sensibilidade Dolorosa

A pesquisa de sensibilidade dolorosa pode ser realizada com alfinete ou agulha de injeção esterilizada. Deve-se tocar a pele sã e a lesão, ou área suspeita, com a ponta do alfinete ou da agulha, comparando os resultados do toque na pele sã e na área suspeita. Tendo-se o cuidado para não perfurar a pele ou provocar sangramentos (BRASIL, 2003).

3. Pesquisa de Sensibilidade Tátil

A pesquisa de sensibilidade tátil nas lesões e nas áreas suspeitas é feita com uma mecha fina de algodão seco.

A pele sã e a área suspeita devem ser tocadas alternadamente, com a mecha de algodão, e perguntando ao paciente se ele sente o toque.

Muitas vezes o teste de sensibilidade tátil pode apresentar resultado normal, embora as sensibilidades térmica e dolorosa já estejam alteradas (BRASIL, 2003).

Avaliação Neurológica

A avaliação neurológica é realizada através do exame físico do paciente, procurando-se identificar processos inflamatórios nos troncos nervosos periféricos (neurites) e lesões decorrentes desses processos inflamatórios (BRASIL, 2003).

Essa avaliação é feita através da inspeção dos olhos, do nariz, das mãos e dos pés; da palpação dos troncos nervosos periféricos; da avaliação da força muscular; e da avaliação da sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés (ANEXO A e B). Buscando a identificação de nervos espessados ou doloridos, da diminuição ou ausência de força muscular; e de áreas com diminuição ou ausência de sensibilidade nos olhos, nas mãos e nos pés (BRASIL, 2003).

Clinicamente, a neurite pode ser silenciosa, sem sinais ou sintomas, isto é, sem dor; ou acompanhada de dor intensa, o que geralmente ocorre. A neurite hansênica, quase sempre provoca espessamento do nervo afetado, que pode ser identificado através da palpação, além da alteração de sensibilidade e da força muscular, nas áreas inervadas por esse nervo (MARANGONI & SCHECHTER, 1994).

Os principais troncos nervosos periféricos acometidos na hanseníase são os que passam na face (trigêmio e facial: podem causar alterações na face, nos olhos e no nariz), nos braços (radial, ulnar e mediano: podem causar alterações nas mãos), e nas pernas (fibular comum e tibial posterior: podem causar alterações nos pés).

“O comprometimento neural é a principal característica da hanseníase. Deve, portanto, ser identificado precocemente para se dar início ao tratamento, evitando-se a evolução desse comprometimento, e prevenindo-se as incapacidades e as deformidades físicas provocadas pela doença” (BRASIL, 2003).

- Identificação das Lesões Neurológicas

A identificação das lesões neurológicas é feita através da avaliação neurológica do paciente, que é feita pelas seguintes atividades: inspeção dos olhos, do nariz, das mãos e dos pés; palpação dos troncos nervosos periféricos; avaliação da força muscular dos músculos das pálpebras, das mãos e dos pés; teste de mobilidade articular das mãos e dos pés; e avaliação de sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés (BRASIL, 2003).

a) Inspeção dos Olhos, do Nariz, das Mãos e dos Pés

Tem o objetivo de verificar as alterações decorrentes de processo inflamatório ou o comprometimento dos nervos que passam por eles, visando prevenir incapacidades.

b) Palpação dos troncos nervosos periféricos

Tem por objetivo verificar se há comprometimento dos nervos que inervam as mãos e os pés, visando prevenir lesões neurais e incapacidades.

Os nervos devem ser palpados com as polpas digitais do segundo e terceiro dedos, deslizando-os sobre a superfície óssea, acompanhando o trajeto do nervo, no sentido de cima para baixo. Se os nervos estiverem inflamados poderão estar sensíveis ou doloridos, devendo-se, portanto, palpa-los delicadamente para não causar desconforto ao paciente.

Nervos a serem palpados: auricular; radial (no terço médio do braço e dois dedos abaixo e atrás da inserção do deltóide); ulnar (ao nível do cotovelo na goteira epitrocleona – entre os dois ossinhos); mediano (região próxima ao punho, entre os tendões); fibular comum (região próxima ao joelho, dois dedos atrás e abaixo da cabeça da fíbula); tibial posterior (região próxima ao tornozelo, atrás e abaixo do maléolo medial) (BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

c) Avaliação da Força Muscular

Tem o objetivo de verificar se existe algum comprometimento funcional, isto é, diminuição ou perda da força muscular dos músculos inervados pelos nervos que passam pela face, pelas mãos e pelos pés.

d) Teste de Mobilidade das Mãos e dos Pés

Objetiva verificar limitações na amplitude dos movimentos das articulações dos dedos das mãos e dos pés. Essas limitações indicam comprometimento funcional dos músculos inervados pelos nervos que passam pelas mãos, pés e podem manifestar-se através de garras e de articulações anquilosadas (sem movimento).

e) Avaliação da Sensibilidade dos Olhos, das Mãos e dos Pés

Tem por objetivo verificar se há diminuição ou ausência da sensibilidade protetora desses órgãos.

Avaliação da Acuidade Visual

Objetiva verificar se o paciente apresenta algum comprometimento visual.

Essa avaliação é feita através da tabela de Snelhen (em anexo), que é colocada na parede. O paciente deve ficar a uma distância de 5 a 6m da tabela. O examinador deve apontar com um lápis cada optotipo, começando com o maior. Vale a linha com 2/3 dos optotipos acertados.

Se o paciente não consegue fazer a leitura do optotipo maior (0,05 ou 0,1), deve-se fazer a contagem dos dedos, começando a 6m, aproximando-se passo a passo. Considera-se a distância em que o paciente acerta 2 ou 3 vezes o número de dedos.

Caso o paciente não consiga contar os dedos a ½ metro, deve-se verificar a percepção que ele tem dos movimentos da mão nessa distância.

Se ele não perceber os movimentos da mão, deve-se utilizar um foco luminoso e verificar perto do olho se o paciente percebe a luz.

Encaminhar ao oftalmologista quando necessário:

- Adultos: visão inferior a 0,6;
- Escolar: visão inferior a 0,8 (BRASIL, 2003).

Diagnóstico Laboratorial

Segundo BRASIL (2002), a baciloscopia é o exame microscópico onde se observa o *Micobacterium leprae*, diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coletas selecionados: lóbulos auriculares, e/ou cotovelos e lesão quando houver.

Esse exame é um apoio para o diagnóstico e também um dos critérios de confirmação de recidiva.

Cabe destacar que a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico de hanseníase, visto que nem sempre ela evidencia a presença do *Micobacterium leprae*.

Embora a baciloscopia seja um dos parâmetros da definição de caso, o diagnóstico da hanseníase é clínico, não se deve esperar o resultado da baciloscopia, quando disponível e realizado, para iniciar o tratamento do paciente (BRASIL, 2003).

Diagnóstico Diferencial

O diagnóstico diferencial deve ser feito, visto que a hanseníase pode ser confundida com outras doenças de pele e com outras doenças neurológicas que apresentam sinais e sintomas semelhantes aos seus (VERONESI, 1996). Segundo BRASIL (2002), “a principal diferença entre a hanseníase e outras doenças dermatológicas é que as lesões de pele da hanseníase sempre apresentam alteração de sensibilidade. As demais doenças não apresentam esta alteração”.

A mancha esbranquiçada (máculas hipocrômicas), da hanseníase pode ser confundida com:

- Pitiríase versicolor (“pano branco”);
- Eczemátides (“manchas de vermes”);
- Dermatite seborréica (“seborréia”);
- Vitiligo (“manchas brancas”);
- Hipocromias residuais (“cicatrizes”);
- Nevo acrômico (“sinal de nascença”).

As lesões papulosas, em placas com bordas delimitadas e eritematosas, da hanseníase podem ser confundidas com:

- Dermatofitose (“impigem”);
- Lúpus eritematoso;
- Psoríase;
- Sífilis;
- Esclerodermia em placa;
- Sarcoidose.

Os nódulos e pápulas, da hanseníase podem ser confundidos com:

- Neurofibromatose;
- Linfoma;
- Leishmaniose –LTA;
- Granuloma anular;
- Eritema polimorfo.

As infiltrações difusas, da hanseníase, podem ser confundidas com:

- Leishmaniose cutânea difusa;
- Micose fungóide;
- Linfoma.

As placas e infiltrações, da reação reversa (reação tipo 1) da hanseníase, pode ser confundida:

- Eritema polimorfo (farmacodermias);
- Sífilis.

Os nódulos do eritema nodoso da hanseníase (reação tipo 2) pode ser confundido com:

- Eritema polimorfo (farmacodermias);
- Eritema nodoso (infecções bacterianas, viróticas, micóticas ou outras);
- Xanfomatose (doença metabólica);
- Neurofibromatose (doença genética) (BRASIL, 2003).

As lesões neurológicas da hanseníase pode ser confundidas entre outras, com as de:

- Síndrome do túnel do corpo;
- Neuropatia parestésica;
- Neuropatia alcoólica;
- Neuropatia diabética;
- Lesões por esforços repetitivos (LER) (BRASIL, 2002).

- **Tratamento, duração e critério de alta**

A informação sobre a classificação do doente é fundamental para selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso.

É importante ressaltar que, o tratamento específico da pessoa com hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a poliquimioterapia padronizada pela Organização Mundial de Saúde, conhecida como PQT, devendo ser realizado nas unidades de saúde e no presente trabalho abordaremos o esquema utilizado para adultos, ou seja, 14 anos ou mais.

No esquema Paucibacilar (PB) é utilizada uma combinação de rifampicina e dapsona, que são fornecidas ao paciente em uma cartela no seguinte esquema:

- Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada;

- Dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada;

Duração do tratamento: 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina;

Critério de alta: 6 doses supervisionadas em até 9 meses.

Já no esquema Multibacilar (MB) é utilizada uma combinação da rifampicina, dapsona e de clofazimina, acondicionados numa cartela, no seguinte esquema:

- Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada;

- Clofazimina: uma dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada; e

- Dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada;

Duração do tratamento: 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina;

Critério de alta: 12 doses supervisionadas em até 18 meses.

Segundo o BRASIL (2003), casos multibacilares que iniciam o tratamento com numerosas lesões e/ou extensas áreas de infiltração cutânea poderão apresentar uma regressão mais lenta das lesões de pele. A maioria desses doentes continuará melhorando após a conclusão do tratamento com 12 doses. É possível, no entanto, que alguns desses casos demonstrem pouca melhora e por isso poderão necessitar de 12 doses adicionais de PQT-MB.

Para crianças com hanseníase a dose dos medicamentos do esquema-padrão será ajustada de acordo com a sua idade. Já aqueles com intolerância a um dos medicamentos, serão indicadas doses alternativas (VERONESI, 1996).

Prevenção de Incapacidades Físicas

A adoção de atividades para prevenção e tratamento das incapacidades, irá basear-se nas informações obtidas durante a avaliação neurológica do diagnóstico da hanseníase

(ANEXO C). Estas informações referem-se ao comprometimento neural e às incapacidades físicas identificadas, já que podem trazer conseqüências para a vida do hanseniano, com algum grau de incapacidade, ou com seqüelas para aqueles já curados (SRINIVASAN, 1994).

O profissional de saúde deve estar bastante atento para diagnosticar e tratar precocemente as neurites e reações, comuns da doença, devido ao seu potencial incapacitante, e evitar assim que evoluam para deformidades (BRASIL, 2002).

O acompanhamento do paciente será feito durante as consultas para administração da dose supervisionada do tratamento PQT, com avaliação neurológica e comprometimento dos nervos periféricos, por meio de técnicas simples e condutas de prevenção adequadas ao caso (BRASIL, 2002).

Os pacientes hansenianos também serão alertados quanto aos cuidados que deverão tomar a fim de evitar deformidades.

No caso de identificação de neurites e reações, devem ser tomadas medidas adequadas a cada caso, na própria unidade de saúde, ou quando necessário, encaminha para unidade de referência (BRASIL, 2002).

Ações simples de prevenção e tratamento de incapacidades físicas por técnicas simples devem ser executadas na unidade de saúde, inclusive por pessoal auxiliar devidamente treinado e sob supervisão técnica adequada. Casos que necessitam de cuidados mais complexos devem ser encaminhados às unidades de referência, com fisioterapeutas ou outros profissionais habilitados (BRASIL, 2002).

Para prevenção de incapacidades físicas, e para evitar possíveis complicações causadas pelas incapacidades, o paciente deve ser orientado para exercícios de auto-cuidado diário, apropriados ao seu caso (BRASIL, 2002).

Auto cuidados são procedimentos e exercícios que a própria pessoa pode e deve fazer, após orientação e supervisão adequada, para prevenir incapacidades e deformidades (BRASIL, 2002).

Aqueles que perdem a sensibilidade protetora dos olhos, mãos e pés e possuem algum grau de incapacidades, devem ser orientados quanto ao auto-cuidado e observação diária para prevenir complicações (BRASIL, 2002).

Pacientes que não apresentam comprometimento neural ou incapacidades, também devem ser orientados quanto ao auto-cuidado e prevenção da ocorrência dos mesmos, e para observar-se diariamente e a procurar a unidade de saúde se notar qualquer alteração neurológica, como dor ou espessamento neural (BRASIL, 2002).

- **Recidiva e Estados Reacionais**

Segundo Jacobi (2005), não é considerada recidiva a ocorrência de episódio reacional após a alta por cura. Nos casos multibacilares (MB), considera-se recidivas pacientes com típicas lesões cutâneas virchowianas ou dimorfas, lesões reacionais após 3 anos de alta por cura ou que continuam com reações após o 5º ano de alta. A confirmação baciloscópica deve considerar a presença de bacilos íntegros e globais, com revisão de lâmina por laboratório de referência. Todo caso suspeito de recidiva deve ser investigado e, se confirmado, reintroduzido o tratamento e notificado.

Os estados reacionais são as principais causas de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Portanto, é importante que o diagnóstico dos mesmos seja feito precocemente, para se dar início imediato ao tratamento, visando prevenir essas incapacidades.

Os principais fatores desencadeantes dos estados reacionais são: gravidez, *estress* físico ou psicológico e infecções recorrentes (BRASIL 2002).

O diagnóstico dos estados reacionais é realizado através do exame físico, dermatoneurológico do paciente.

A identificação dos mesmos não contra-indica o início do tratamento (PQT). Se os estados reacionais aparecerem durante o tratamento (PQT), este não deve ser interrompido, mesmo porque o tratamento reduz significativamente a frequência e a gravidade dos mesmos.

Se forem observados após o tratamento (PQT), não é necessário iniciá-lo.

A reação tipo 1 ou reação reversa, ocorre na hanseníase paucibacilar e caracteriza-se por apresentar novas lesões de pele (manchas ou placas), infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas, além de dor e espessamento neural (neurites) (Figs. 9 e 10) (BRASIL 2002).

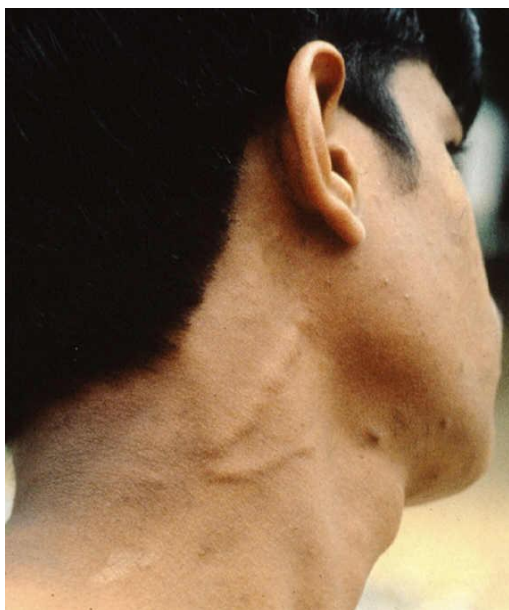


Fig 9. Espessamento do nervo auricular
Fonte: Prof. Ivan Figueredo



Fig. 10 Espessamento do nervo auricular

As medidas adotadas e o tratamento recomendado no caso de reação tipo 1, são preconizadas pelo Ministério da Saúde, são elas:

- Se o paciente estiver em tratamento, mantê-lo, exceto se apresentar efeitos colaterais graves;
- Prescrever corticosteróide: prednisona (1 a 2mg/Kg), de acordo com avaliação clínica;
- Manter a dose inicial de prednisona até a regressão clínica do quadro reacional;
- Reduzir a dose do medicamento em intervalos fixos e doses predeterminadas conforme avaliação clínica (BRASIL, 2002).

Na hanseníase multibacilar ocorre a reação tipo 2, que apresenta um quadro clínico manifestado principalmente como Eritema Nodoso Hansênico (ENH) que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal-estar generalizado (Figura 11). Geralmente as lesões antigas permanecem sem alteração.



Fig. 11: Observar ENH com áreas ulceradas

O Ministério da Saúde orienta as seguintes medidas em relação ao tratamento da reação tipo 2-Eritema nodoso hansênico (ENH):

Se o doente estiver sob tratamento quimioterápico, mantenha-o sem modificação, exceto se estiver apresentando efeitos colaterais graves.

- Prescrever talidomida: de 100 a 400 mg/dia, conforme a intensidade do quadro.
- Manter a dose inicial até a regressão clínica do quadro reacional.

Em casos com comprometimento neural, introduzir corticosteróides, segundo o esquema já referido, imobilizar o segmento afetado, e programar ações de prevenção de incapacidades.

Nos casos de reação Tipo 2 listados abaixo, deverá também ser indicado a utilização da prednisona:

- Mulheres em idade fértil;
- Comprometimento neural;
- Irite ou iridociclite;
- Orquiepididimite;
- Mãos e pés reacionais;

- Nefrite;
- Eritema nodoso necrotizante;
- Vasculite (Fenômeno de Lúcio).

Casos de cronicidade da reação Tipo 2, subintrante ou com complicações graves, devem ser encaminhados para um centro de referência.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Estudar o perfil dos pacientes portadores de hanseníase a partir de variáveis clínicas e sócio-econômicas, no município de Bacabal - MA.

2.2 Específicos

- Traçar o perfil sócio-econômico dos pacientes portadores de hanseníase cadastrados no Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase;
- Verificar a forma clínica mais freqüente;
- Identificar o Grau de Incapacidade dos pacientes no momento do diagnóstico e ao final do tratamento
- Verificar o uso de medicamentos específicos para os estados reacionais.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Foi desenvolvido um estudo do tipo exploratório, descritivo, retrospectivo a partir da coleta de dados no Livro de Registro de Hanseníase, nos prontuários e fichas de avaliação dermatoneurológica de todos os pacientes cadastrados no Programa Nacional de Controle da Hanseníase entre janeiro 2005 e janeiro 2006, no município de Bacabal.

3.2 Local de Estudo

O presente estudo foi realizado no estado do Maranhão, no município de Bacabal localizado no médio Mearim, e segundo dados do IBGE possui uma população estimada de 96.882 habitantes. Segundo informações do DATASUS Bacabal possui um saneamento deficiente:

- Abastecimento de água: 20,9% através de poço ou nascente e 66,2% através da rede geral;
- Instalações sanitárias: rede geral de esgoto 5,7%, fossa séptica 37% e 35,4 não têm instalações sanitárias;
- Apenas 62% do lixo é coletado.

O município conta com 15 unidades de Saúde da família que comportam 26 equipes de saúde da família, e ainda conta com duas equipes do programa de Agentes Comunitários de Saúde. Cada equipe de PSF atende uma população de cerca de 4.485 pessoas, dividido em dez microareas, tendo cobertura de 100% pela Equipe Saúde da Família(ESF). O público atendido pelos profissionais desta ESF,tem baixo poder socioeconômico, considerável número de desempregados ou subempregos, baixa escolaridade. As doenças mais comuns no atendimento são verminoses, deficiências vitamínicas, escabioses, diarreias, infecção respiratória e desnutrição infantil.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a maior parcela da população está em idade economicamente produtiva. As moradias, em sua maioria, são de tijolos/abode ou de taipa revestida e não revestida. O bairro conta ainda com abastecimento de água, entretanto, não tratamento de esgoto, logo sem saneamento básico.

A ESF, da Unidade de Saúde da família Areia, é composta por um médico cardiologista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde. Todos receberam, de acordo com o nível de instrução, a capacitação para detecção e manuseio de casos de hanseníase pela Coordenação da Secretária Estadual de Saúde. A maiorias dos casos novos são detectados através da livre demanda da população que busca o serviço de saúde para avaliação, sendo diagnosticado ou não, casos de hanseníase. A população sempre é orientada pelos agentes comunitários de saúde, através de palestras educativas e propagandas nos veículos de comunicações a procurar atendimento de saúde, caso apareça lesões ou manchas na pele com alteração da sensibilidade.

Se a confirmação do caso de hanseníase for feita em outra UBS que não naquela mais próxima da casa do paciente, os profissionais já são devidamente orientados a encaminhar o cliente para sua unidade (USB) de origem com águia de transferência e o tratamento iniciado assegurando-lhe a continuidade do tratamento e sigilo. Ficando a USB de origem responsável por seu acolhimento e acompanhamento multiprofissional, além da notificação (ANEXO D), busca, exame de contatos e vacinação BCG quando necessária. Caso o paciente precise ser referenciado, ele é encaminhado para o Centro de Saúde Coelho Dias.

3.3 Sujeitos do Estudo

Foram considerados para o presente estudo todos os casos de hanseníase registrados no Programa de Controle da Hanseníase e no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de janeiro de 2005 a janeiro de 2006, totalizando 32 pacientes.

3.4 Instrumentos para coleta de informações

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados, uma ficha constando as seguintes variáveis considerando os registros do Livro de controle do Programa de Hanseníase, os prontuários e fichas de avaliações dermatoneurológicas dos respectivos pacientes com o objetivo de detectar as formas clínicas prevalentes e grau de incapacidade no momento do diagnóstico e ao final do tratamento. A informação relativa ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico foi coletada na ficha de notificação e para o grau de incapacidade ao final do tratamento foi considerado o registro no prontuário do paciente-última consulta registrada. As informações referentes ao perfil sócio-econômico dos pacientes referem-se às variáveis: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação e número de contatos. Coletaram-se também variáveis quanto à classificação da hanseníase, baciloscopia

para hanseníase, tempo de diagnóstico, grau de incapacidade e uso de medicação específica para estados reacionais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa destaca dados socioeconômicos dos portadores de hanseníase no município de Bacabal, no período de 2005 a 2006.

A maior prevalência observada ocorreu em indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos, com percentual de 25%. De acordo com Brasil (2002), a hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, e raramente ocorre em crianças. O aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo e suas diferentes manifestações clínicas dependem entre outros fatores, da relação parasito/hospedeiro. Segundo Serra (2006), o envelhecimento fisiológico normal diminui a imunidade do idoso, tornando-o mais susceptível a doenças. Este resultado aponta uma discordância com os estudos realizados por Silva et al (1994), onde 55,8% dos portadores de hanseníase atendidos em Buriticupu encontrava-se entre 15 e 44 anos. Resultado semelhante foi encontrado por Lima (2006) em São Mateus, com 32% dos portadores de hanseníase na faixa de 40 a 59 anos.

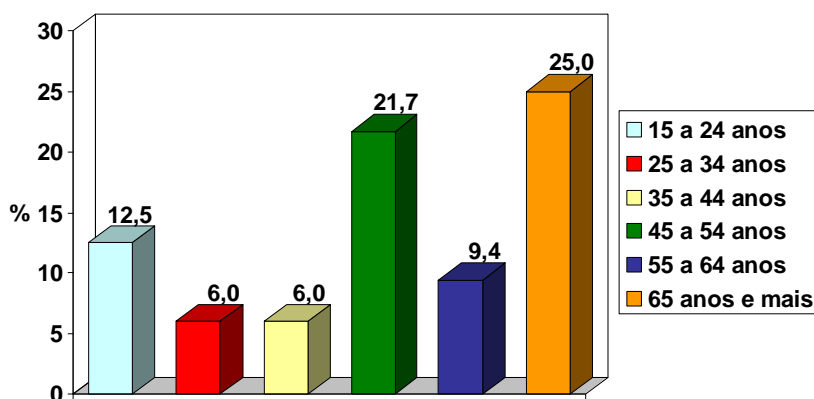
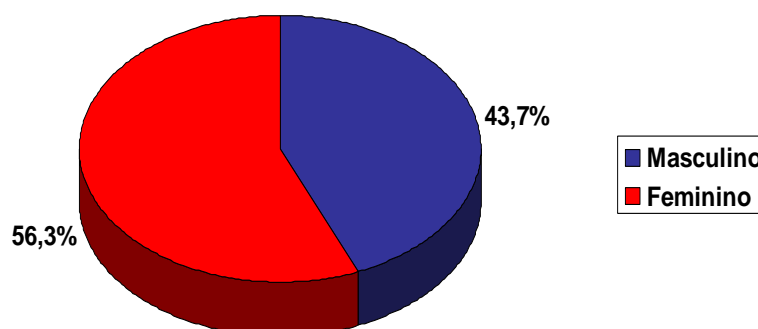


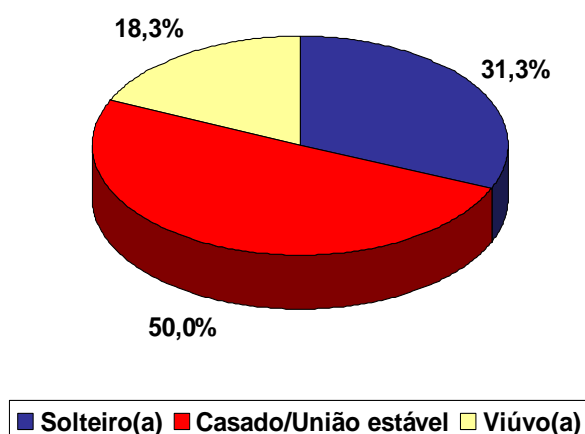
Figura 1 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Faixa Etária, município Bacabal – MA, 2005-2006.

Figura 2 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Sexo, município Bacabal –MA, 2005-2006.



O sexo mais acometido foi o sexo feminino com 56,3% dos casos. Tal resultado assemelha-se apenas ao estudo realizado por Carrmillo et al (2005), no município de Miranda do Norte, não sendo encontrada outra referência nacional à predominância do sexo feminino. De acordo com Brasil (2002), a hanseníase pode ocorrer em ambos os sexos, porém há uma incidência maior da doença nos homens que nas mulheres, na maioria das regiões do mundo. A menor detecção de hanseníase em mulheres na maior parte do mundo, é devido a uma imunidade mais forte e eficaz ao bacilo de Hansen no sexo feminino.

Figura 3 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Situação Conjugal, município Bacabal – MA, 2005-2006.



Ocorreu um maior percentual da doença, entre os casados/união estável com 50% dos casos. Contudo, foi registrado um número considerável de solteiros (31,3%). Estas

observações assemelham-se as de Oliveira (1997), que ao estudar pacientes portadores de hanseníase, constatou que 57,35% e 22,9% eram respectivamente de indivíduos casados e solteiros. A principal via de infecção são as vias aéreas superiores, o trato respiratório. Para que a transmissão do bacilo ocorra é necessário um contato direto com a pessoa doente não tratado, o que justifica a maior prevalência entre os casados/união estável.

Foi observada uma maior ocorrência naqueles com 1º grau incompleto, com um percentual de 28,1%. A escolaridade influencia na maior compreensão por parte do paciente quanto à patologia, ao tratamento e ainda quanto à adesão ao tratamento.

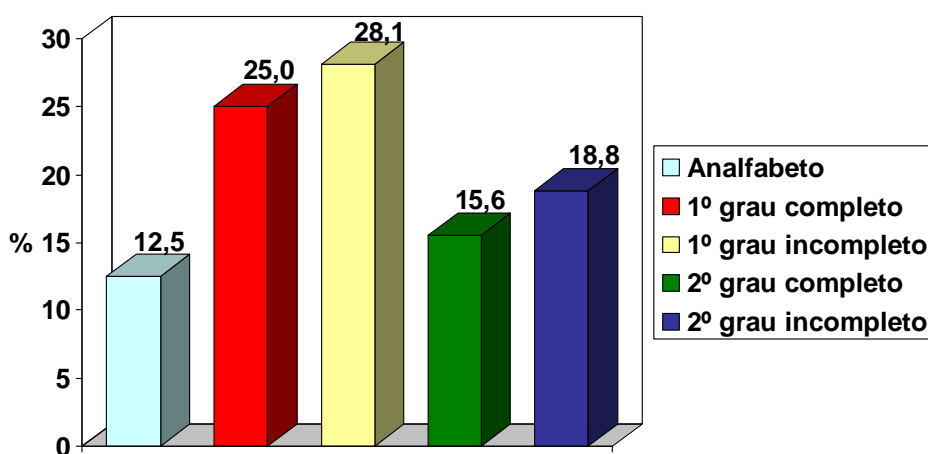
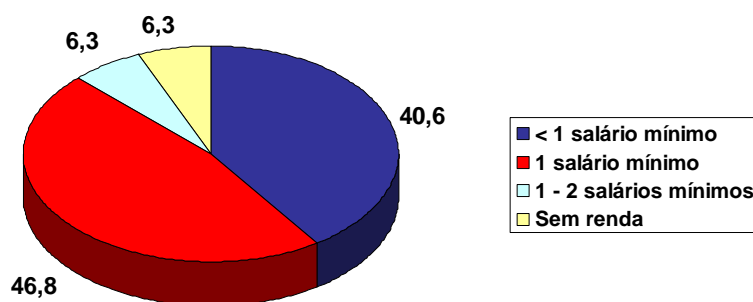


Figura 4 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Escolaridade, município Bacabal – MA, 2005-2006.

Figura 5 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Renda, município Bacabal – MA, 2005-2006.



A maior ocorrência da hanseníase encontrada foi entre aqueles com renda de 1 salário mínimo com 46,8% e entre aqueles com salário inferior a 1 salário mínimo com 40,6% dos casos. Segundo Talhari (1997), a baixa remuneração tem como consequência as precárias

condições de habitação, nutrição e higiene, o que como afirma Brasil (2002), influem no risco de adoecer.

Foi encontrado o maior percentual de doentes entre os aposentados, com 21,9% dos casos. Como foi observado no item anterior, idade (≥ 65 anos, com o maior percentual da doença correspondendo a 25% dos casos, pode-se relacionar esta maior prevalência entre os aposentados com a maior prevalência nos idosos.

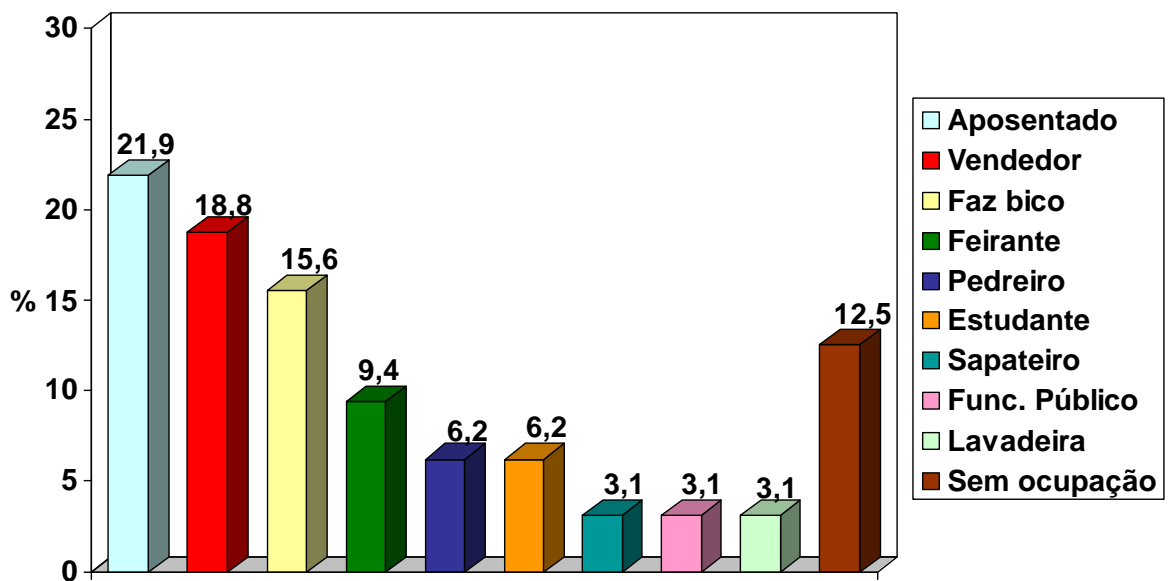
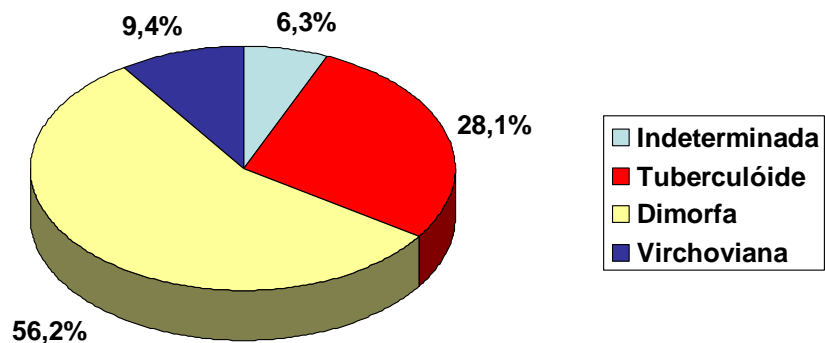


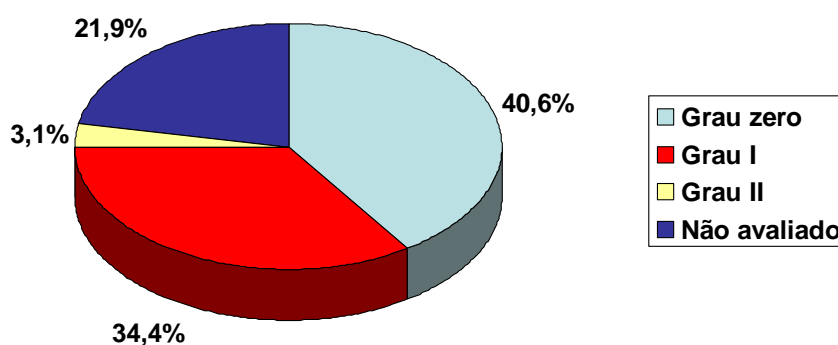
Figura 6 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Ocupação, município, Oio Bacabal – MA, 2005-2006.

Figura 7 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Forma Clínica Prevalente, município Bacabal – MA, 2005-2006.



A forma com maior ocorrência foi a multibacilar dimorfa com 56,2% dos casos. Este resultado aponta concordância com os estudos realizados por Lima (2006), em São Mateus-MA, que apresentou uma ocorrência de 97% da forma dimorfa. Segundo Brasil (2002), a ocorrência dos casos multibacilares é devido a menor resistência do indivíduo ao bacilo. Como foi constatado neste estudo, há uma maior prevalência da doença entre os idosos (idade ≥ 65 anos), tendo em vista a sua menor imunidade.

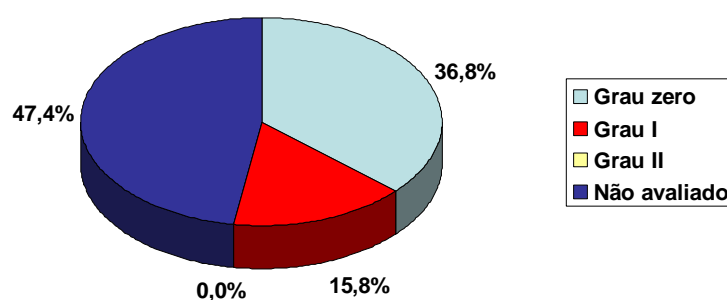
Figura 8 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Grau de Incapacidade no momento do diagnóstico, município Bacabal – MA, 2005-2006.



Foi encontrado entre os pacientes hansenianos a maior prevalência do grau de incapacidade 0, no momento do diagnóstico, com 40,6% dos casos.

A prevalência do grau de incapacidade II (3,1%) encontrada é considerada alta quando comparada ao nível nacional que é de 2,6%. E pode indicar ainda que o diagnóstico não está sendo feito de forma precoce, visto que as maiorias dos casos estudados classificam-se como multibacilar.

Figura 9 – Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Grau de Incapacidade Avaliado ao Final do Tratamento, município Bacabal – MA, 2005-2006.

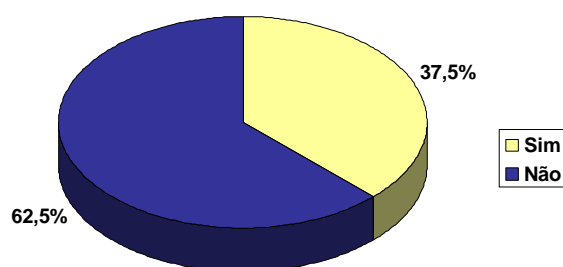


A maioria dos casos não foi avaliada ao final do tratamento, o que corresponde a 47,4%. Dos que foram avaliados, o grau de incapacidade 0, apresentou o maior percentual, com 36,8% dos casos.

De acordo com Brasil (2002), as atividades de prevenção e tratamento de incapacidades físicas não devem ser dissociadas do tratamento PQT. Devendo ser desenvolvidas durante o acompanhamento de cada caso e integradas à rotina dos serviços da unidade de saúde.

Observou-se uma deficiência na avaliação das incapacidades ao final do tratamento. Esta distribuição é semelhante à observada por Lima (2005), que também não encontrou nenhum tipo de comprometimento.

Figura 10– Distribuição percentual dos 32 pacientes cadastrados no Programa de Eliminação da Hanseníase segundo Uso medicação específica para estados reacionais, município Bacabal – MA, 2005-2006.



Foram encontrados na pesquisa 37,5% de pacientes em uso de prednisolona e 62,5% que não fizeram ou fazem uso da medicação.

Não foi encontrado o uso de talidomida entre os pacientes que participaram da pesquisa, o que demonstra que não houve reação tipo 2.

5 CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a maioria dos portadores de hanseníase são do sexo feminino, sendo que, a maior prevalência observada ocorreu em indivíduos com idade maior ou igual a 65 anos . Ocorreu um maior percentual da doença, entre os casados/união estável.

Em relação à escolaridade e a renda, foi observada uma maior ocorrência naqueles com 1º grau incompleto; e entre aqueles com renda de um salário mínimo. Foi encontrado o maior percentual de doentes entre os aposentados.

Entre os casos detectados a classificação operacional de maior prevalência é a multibacilar dimorfa. A maioria dos casos não foi avaliada ao final do tratamento, o que corresponde a 47,4%. Ao final do tratamento também não foram encontrados pacientes com deformidades físicas devido os mesmos não terem sido avaliados. Dos que foram avaliados, o grau de incapacidade 0, apresentou o maior percentual. Foram encontrados na pesquisa 37,5% de pacientes em uso de prednisolona. No estudo não foi encontrado nenhum paciente em uso de talidomida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para Controle de Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para Controle de Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRASIL. Datasus. **Caderno de informações de saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

CARRAMILO, C. ASSIS, C., AZEVEDO, F. **Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Miranda do Norte**. Monografia de pós-graduação. UFMA, São Luís, 2005.

CAMPOS, C. de M. **Perfil histórico**. Instituto Lauro de Souza Lima. Disponível em: www.isls.br/perfil.htm, 2006. Acesso em julho de 2006.

DATASUS. **Dados sobre o coeficiente de prevalência de hanseníase**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 25 ago. 2006.

GALVAN, A. **Hanseníase: lepra, que representações ainda se mantêm?**. Canoas: Ulbra, 2003.

GENEBRA. OMS - Organização Mundial de Saúde. **Organização mundial de saúde Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase (Período do Plano: 2006-2010)**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 10 ago. 2006.

JAKOBI, H. **Hanseníase**. Disponível em: <www.jakobi.com.br/hansenias.htm>. Acesso em: 07 jul. 2006.

LEÃO, R. **Doenças infecciosas e parasitárias: enfoques amazônicos**. Belém: Cejup: UEPA; Instituto Evandro Chagas. 1997.

LIMA, C. A. **Hanseníase no município de São Mateus-MA no período de 2003 a 2005**. Monografia de graduação-UNICEUMA, 2006.

MARANGONI, D; SCHECHTER, M. **Doenças infecciosas: conduta e terapêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde. **Hanseníase hoje**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 04 ago. 2006.

OLIVEIRA, M.L.W. et. al. **Hanseníase: cuidados para evitar complicações**. 2º ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

OPROMOLLA, D.V.A **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

SAÚDE, Ministério da. **Vigilância epidemiológica**. Programa Nacional de eliminação da hanseníase (PNEH). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=979>. Acesso em: 04 ago. 2006.

SERRA, J. N.; LUCAS, M.Z. **Saúde do idoso**. São Luís: LABORO – Centro de Excelência em Consultoria e Pós-Graduação-2006.

SILVA AR, COSTA JML, SILVA MCP, RODRIGUES, KCA, BARBOSA J. SANTOS, VIEIRA, MENDES W. **Projeto Buriticupu**: relatório de 1993. Santa Luzia: UFMA, 1994.

SIRINIVASAN, H. **Prevencion de discapacidades em los enfermos de lepra**. Organização Mundial de Saúde. Genebra, 1994.

TALHARI, Sinésio; NEVES, René Garrido. **Hanseníase**: dermatologia tropical. 3. ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997.

VERONESI, Eduardo. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

APÊNDICE

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

LABORO: EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO

DE BACABAL

FICHA DE COLETA DE DADOS

VARIAVEIS	NUMERO DE CASOS	%
IDADE		
SEXO		
SITUAÇÃO CONJUGAL		
ESCOLARIDADE		
RENDA		
OCUPAÇÃO		
CLASSIFICAÇÃO DA DOENÇA		
GRAU DE INCAPACIDADE AVALIADO NO INÍCIO DO TRATAMENTO		
GRAU DE INCAPACIDADE AVALIADO NO FINAL DO TRATAMENTO		
USO DE PREDNISOLONA		
BACILOSCOPIA		

ANEXOS

ANEXO A - Avaliação do Grau de Incapacidade dos Pés

ANEXO B – Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações

Cont. ANEXO B

ANEXO C – Formulário para Classificação do Grau de Incapacidades físicas

ANEXO D – Ficha de Notificação