

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO/STRICTO SENSU
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA (NUPENSC)**

SLETE FERREIRA DA SILVA

**REAÇÃO HANSÊNICA EM USUÁRIOS
DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA ÁREA
DE PLANEJAMENTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

**Rio de Janeiro
Agosto/2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO/STRICTO SENSU
NÚCLEO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA
(NUPENSC)**

REAÇÃO HANSÊNICA EM USUÁRIOS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA ÁREA DE PLANEJAMENTO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

SLETE FERREIRA DA SILVA

**Estudo para Defesa de Dissertação
de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-
Graduação/Mestrado em Enfermagem
vinculado ao NUPENSC da Escola de
Enfermagem Anna Nery da Universidade
Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ),
como parte dos requisitos necessários à
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. ROSANE HARTE GRIEP

**Rio de Janeiro
Agosto/2006**

**REAÇÃO HANSÊNICA EM USUÁRIOS
DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE UMA ÁREA DE PLANEJAMENTO DO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

Slete Ferreira da Silva

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora da Escola de
Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de Mestre.

Aprovado por:

.....
Profª Drª Rosane Harter Griep
Presidente

.....
Profª Drª. Marilda Andrade
(Examinadora)

.....
Profª Drª. Enirtes Caetano Prates Melo
(Examinadora)

.....
Profª Drª. Elisabete Pimenta Araújo Paz
(Suplente)

.....
Profª Drª. Maria Kátia Gomes
(Suplente)

**Rio de Janeiro
Agosto/2006**

Silva, Slete Ferreira

Reação Hansênica em Usuários de Unidades Básicas de Saúde de uma Área de Planejamento do Município do Rio de Janeiro/Slete Ferreira Silva. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

xv, 92 f.: il.; 31cm.

Orientadora: Rosane Harter Griep

Dissertação (Mestrado) – UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2006.

Referências Bibliográficas: 92 f.

1. Hanseníase. 2. Reações Hansênicas. 3. Complicações. 4. Epidemiologia. 5. Dissertações. I. Griep, Rosane Harter. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Reação hansênica em usuários de unidades básicas de saúde de uma área de planejamento do município do Rio de Janeiro.

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à minha avó Maria Guiomar (*in memoriam*) por ter me ensinado a encontrar a força interior existente em cada ser humano, proveniente da crença em Deus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre presente em todas os milésimos de segundos da minha vida!

Aos meus familiares, principalmente à minha mãe, pelo carinho e paciência durante todo esse período de curso, e à minha irmã, que perdeu horas de sono me ajudando em todas as fases de redação deste estudo.

À minha querida Orientadora Dr^a. Prof^a. Rosane Harter Griep, pela dedicação, amizade e confiança que depositou em mim e neste estudo. E À minha amiga Dr^a. Prof^a. Marilda, por ter perdido horas de almoço conversando comigo sobre este estudo.

À minha grande amiga Nádia que com sua atenção, dedicação e profissionalismo, introduziu-me na prática da hanseníase, e deu-me sugestões para a finalização desta dissertação. Ao amigo Dr. Prof. José Augusto Nery, a quem devoto profunda admiração pelo empenho e dedicação voltados para os estudos e a assistência aos portadores de hanseníase.

À minha amiga Ana Leão, primeira pessoa a me incentivar a fazer mestrado na área de hanseníase, e companheira de trabalho na assistência aos portadores de hanseníase.

À melhor amiga que alguém poderia ter, Genice, que me ajudou em várias horas difíceis da minha vida. E à Andréia, que entendeu este momento da minha vida.

A Dr^a. Rachel Tardin, pelo fornecimento de informações que auxiliaram na confecção deste estudo.

A todos os meus amigos do Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão, sem desejar citar um por um, já que poderia omitir alguém, que sempre me ajudaram na minha vida profissional, meus sinceros agradecimentos.

A todos os amigos que vibraram pela boa conclusão deste estudo, gostaria de dizer: “muito obrigado”.

RESUMO

A reação hansênica é um dos maiores problemas do programa de controle da hanseníase. Alguns usuários, mesmo após o término do tratamento, retornam à unidade de saúde com reações, caracterizadas por processo inflamatório, dor de moderada a grande intensidade, mal-estar e, algumas vezes, piora do grau de incapacidade. Não se conhece a magnitude da reação hansênica no município do Rio de Janeiro, dificultando o planejamento de seu efetivo controle pelo programa da hanseníase. Este estudo identificou a frequência dos estados reacionais de usuários que fizeram o tratamento para hanseníase, no período de 1991 a 2004 nas unidades básicas da Área de Planejamento 3.2 do Município do Rio de Janeiro, e caracterizou os fatores sócios-demográficos e clínicos associados à ocorrência de episódios reacionais. Trata-se de estudo tipo coorte não concorrente, em que se utilizou como fonte de dados os prontuários de 667 usuários. Dos usuários avaliados, 43,5% (290) apresentaram reações no período avaliado e desses 61,4% (178) tiveram alguma complicação. Cerca de 14% (24) dos que apresentaram complicações pioraram o grau de incapacidade. Identificou-se ainda 14,8% usuários com seqüelas e 23,6% com licenças médicas em função das complicações. Os homens apresentaram mais frequentemente reações do que as mulheres (respectivamente, 49,4% e 38,1%; $p=0,0034$). Encontraram-se frequências mais elevadas de reação entre aqueles de forma clínica Dimorfa e Virchowiana; entre aqueles de baciloscopia negativa e grau de incapacidade zero e entre aqueles que utilizaram 24 doses no tratamento. A ocorrência dos vários tipos de reações hansênicas foram semelhantes em ambos os sexos, sendo que as reações de Tipo 1 (57,9%), seguido das neurites (25%) foram as mais frequentes. Identificou-se ainda, que 14,8% das reações ocorreram antes do início do tratamento, 59,3% durante, 14,8% após a alta por cura e 3,8% ocorreram durante e após o tratamento. As características identificadas neste estudo podem subsidiar o reconhecimento de usuários potencialmente com risco de apresentar reações. Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, devem atentar para o início dos sinais e sintomas das reações, através da avaliação do grau de incapacidade, tratando-as adequadamente, e desse modo, favorecendo a minimização das complicações.

Palavras-chave: hanseníase, reação hansênica, complicações, epidemiologia, enfermagem.

ABSTRACT

Leprosy reaction is one of the greatest problems in leprosy control programs. Some users, even after having finished the treatment, return to the healthcare unit with reactions, characterized by the inflammatory process, moderate or intense pain, indisposition and at times a worsening of the incapacity degree. We have been unable to estimate the magnitude of leprosy reaction in the Rio de Janeiro municipality, making it difficult to plan effective control by means of the leprosy control program. This study has identified the frequency of reaction states of users who have undergone leprosy treatment within the 1991 to 2004 period in the basic units within Planning Area 3.2 in the Rio de Janeiro municipality, and has characterized the socio-demographic factors and the medical practitioners associated to the occurrence of reaction episodes. This is a cohort type non-concurrent study using the medical charts of 667 patients as data source. Of those under assessment, 43.5% presented reactions during the period of evaluation and of these, 61.4% (178) suffered some sort of complication. Roughly 14% of bearers of leprosy reaction (24) presented a worsened degree of incapacity. It was also possible to identify 14.8% of users as suffering from after-effects and 23.6% as being on medical leave of absence due to complications. Males presented more frequent reactions than females (49.4% and 38.1%, respectively: $p=0.0034$). There were higher rates among dimorpha than among virchowian Hansen patients; among those with negative baciloscopies and zero degree of incapacity and among those that had made use of 24 doses of the treatment. The occurrence of the various types of leprosy reaction was similar for both genders, the most frequent being Type 1 reaction (57.9%) and neuritis (25%). In addition, it was observed that 14.8% of reactions occurred before the initial treatment, 59.3% during, and 14.8% after discharge due to cure and 3.8% occurred during and after treatment. The characteristics identified in this study can aid in the recognition of users who are potentially at risk of presenting reactions. Healthcare practitioners, especially nurses, should be careful to detect the first signs and symptoms of reactions by means of assessing the degree of incapacity, treat them adequately, and in this way minimize complications.

Key words: leprosy, leprosy reaction, complications, epidemiology, nursing.

Lista de Quadros

Quadro 1	Resumo das Formas de Hanseníase	Pág. 35
Quadro 2	Resumo dos Sinais e Sintomas das Reações Hansênicas	42
Quadro 3	Comprometimento neural e incapacidades físicas, e tratamento não medicamentoso	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Reação Tipo I	Pág. 89
Figura 02 – Reação Tipo II	90
Figura 03 – Indicadores Epidemiológicos	91
Figura 04 – Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações	92
Figura 05 – Formulário Ficha de Notificação: SINAN	94
Figura 06 – Formulário para Coleta de Dados	95

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 01 Características sócios-demográficas dos portadores de hanseníase das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Área de Planejamento (AP) 3.2, Município do Rio de Janeiro	57
Tabela 02 Distribuição dos portadores de hanseníase, segundo características clínicas por sexo, acompanhadas nas USB da AP 3.2, Município do Rio de Janeiro	59
Tabela 03 Distribuição dos portadores de hanseníase, segundo as características sócios-demográficas e a presença de reação hansênica, UBS 3.2, Município do Rio de Janeiro	62
Tabela 04 Distribuição da amostra segundo as características clínicas e a presença de reação hansênica, UBS 3.2, Município do Rio de Janeiro	63
Tabela 05 Distribuição de doentes conforme a forma clínica e o tipo de reação hansênica em primeiro episódio reacional, UBS-AP 3.2, Município do Rio de Janeiro	65
Tabela 06 Momento de tratamento poliquimioterápico em que o usuário apresentou o primeiro episódio de reação hansênica, UBS-AP 3.2, Município do Rio de Janeiro	66
Tabela 07 Tempo de tratamento em meses para o primeiro episódio reacional, conforme o tipo de reação, UBS-AP 3.2, Município do Rio de Janeiro	67
Tabela 08 Número de consultas de enfermagem, segundo o tipo de reação, UBS-AP 3.2, Município do Rio de Janeiro	67
Tabela 09 Tempo utilizado pelos usuários para fazerem tratamento para reação hansênica por número de consultas de enfermagem, UBS-AP 3.2, Município do Rio de Janeiro	68
Tabela 10 Número de Consultas de Enfermagem em média de meses oferecidas aos usuários em primeiro episódio reacional, conforme o tipo de reação, UBS-AP 3.2, mun. Rio Janeiro.	69
Tabela 11 Distribuição dos usuários segundo o tipo de reação e as complicações em presença do primeiro episódio reacional, UBS-AP 3.2, Município do Rio de Janeiro	69

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Série Histórica do Coeficiente de Detecção por AP	Pág. 53
Gráfico 02	Série Histórica de Forma Clínica Detectada, UBS-AP 3.2, Município do Rio de Janeiro	61
Gráfico 03	Distribuição dos usuários segundo tipo de reação hansênica e sexo, UBS-AP 3.2, Município do Rio de Janeiro.	64

ABREVIATURAS

A.P.	Área de Planejamento
C.M.S.	Centro Municipal de Saúde
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
EOSTQ	Em Observação Sem Tratamento Quimioterápico
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HT	Hanseníase Tuberculóide
HD	Hanseníase Dimorfa
HV	Hanseníase Virchowiana
IFN	Interferon
IL	Isoleucina
MB	Multibacilar
PB	Paucibacilar
P.S.	Posto de Saúde
PQT	Poliquimioterapia
R.A.	Região Administrativa
RR	Reação Reversa
S.E.S.	Secretaria Estadual de Saúde
S.M.S	Secretaria Municipal de Saúde
TNF	Fator de Necrose tumoral
WHO/OMS	Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	15
1.1 - Considerações iniciais.....	15
1.2 - Aproximação do Tema.....	17
1.3 – Justificativa.....	19
1.4 – Objetivos.....	22
2 – REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1 – Aspectos Históricos.....	23
2.2 – Epidemiologia da Hanseníase.....	26
2.3 – Organização do Programa da Hanseníase no Município do Rio de Janeiro.....	28
2.4 – A Doença Hanseníase.....	30
2.4.1 – A Resposta imune na presença do <u>Mycobacterium leprae</u>	32
2.5 – Reações Hansênicas.....	37
3 – AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE	43
3.1 – Importância do Enfermeiro no programa de Eliminação da Hanseníase.....	45
4 – METODOLOGIA	48
4.1 – População do Estudo.....	48
4.2 – Local do Estudo.....	49
4.3 – Fontes de obtenção dos dados.....	53
4.4 – Tratamento Estatístico dos Dados.....	55
4.5 – Aspectos Éticos.....	56
5– RESULTADOS	57
6 – DISCUSSÃO	71
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
8 – SUGESTÕES	81
REFERÊNCIAS.....	82
ANEXOS	88
Anexo 1: Figura da Reação Tipo 1.....	89
Anexo 2 : Figura da Reação Tipo 2.....	90
Anexo 3: Indicadores Epidemiológicos.....	91
Anexo 4: Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações.....	92
Anexo 5: Formulário Ficha de Notificação: SINAN.....	94
Anexo 6: Formulário para Coleta de Dados.....	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

Os episódios reacionais constituem um dos maiores problemas relacionados à hanseníase. São fenômenos agudos sobrepostos à evolução crônica e insidiosa da hanseníase. Potencialmente responsáveis por perda funcional de nervos periféricos e agravantes das incapacidades físicas, aumentam o estigma e geram inúmeros sofrimentos aos usuários e seus familiares (Andrade, 1997). As reações hansênicas, como são chamadas, decorrem do processo inflamatório e resposta imunológica, mediada por antígenos do Mycobacterium leprae, e têm relação com a carga bacilar e a resposta imune do hospedeiro (Foss et al, 2003).

Os episódios reacionais da hanseníase podem ocorrer antes, durante ou após a instituição terapêutica de combate ao bacilo (Hastings, 1985; Baccarelli et al., 2003) e são classificadas de acordo com o aparecimento dos sinais e sintomas em reação hansênica do Tipo I e do Tipo II. Os usuários com reação Tipo I (Fig. Anexo 1) em geral apresentam novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites). A reação do Tipo II (Fig. Anexo 2) é caracterizada pelo Eritema Nodoso Hansênico (ENH), descrito através do aparecimento de nódulos vermelhos e dolorosos, com febre, dores articulares, dor e espessamento nos nervos e mal estar generalizado (Hastings, 1985). Alguns portadores de hanseníase podem ainda apresentar a neurite isolada (neurite sem a presença de lesões de pele provocadas pelas reações) ou reações mistas, que combinam características das reações Tipos I e II simultaneamente (BRASIL, 2002).

Os eventos reacionais agudos, recorrentes ou crônicos, são desafios atuais para os estudiosos neste tema. Em um dos estudos realizados no Brasil, Miranda (2005) caracterizou maior proporção de reação em homens do que em mulheres (2,3:1), predominantemente na faixa etária entre 20 a 39 anos e acima dos 50 anos. Em relação à forma clínica, a maior

freqüência de reação tipo I ocorreu na forma Dimorfa, já a reação tipo II, a maior freqüência foi na forma Virchowiana. Quanto à incapacidade física, o percentual encontrado no diagnóstico e na pós-alta ao tratamento foi de 4,1%.

Em outro estudo sobre reação hansênica, ainda no Brasil, Oliveira (2004) relata que dos 33% usuários que apresentaram reações: 30% eram da forma paucibacilar, desses 29% aumentaram o grau de incapacidade; e 70% eram da forma multibacilar, desses 22% tiveram também piora do grau de incapacidade. Pimentel (1998) relata que 69,9% dos usuários multibacilares, que fizeram tratamento com poliquimioterapia com 24 doses, tiveram reação hansênica, e, desses, 8,7% aumentaram o grau de incapacidade, ou seja, ocorreu piora das incapacidades físicas.

Katoch, Ramanathan e Natrajan (1989), ao realizarem um estudo na Índia com 278 doentes paucibacilares sobre a eficiência de três esquemas de tratamento com poliquimioterapia (PQT), identificaram 9% de reação reversa ou tipo I durante os primeiros 12 meses após o término do tratamento da poliquimioterapia. O estudo demonstrou a importância de orientar os usuários sobre o risco de reações hansênicas e instalação de incapacidades físicas após a alta e, portanto, a necessidade de retornar às unidades de saúde.

No estudo de Beck-Bleuminck e Berhe (1992) sobre reações que ocorreram durante e após a PQT, os autores acompanharam durante três anos e meio usuários com hanseníase. Nesse período, foram diagnosticadas 405 reações entre os usuários multibacilares; 365 destes (90,1%) foi Reação Reversa (RR) ou tipo I e 40 (9,9%) foi reação tipo Eritema Nodoso Hansênico (ENH) ou tipo II. Nesse estudo, observa-se a grande freqüência de reação tipo I em comparação à reação tipo II.

Em um estudo retrospectivo realizado na Índia sobre a reação hansênica tipo I, verificou-se que, entre os 494 casos de Hanseníase atendidos em um hospital, encontrou-se evidências de reação tipo I em 44 (10,9%) dos usuários (Lockwood et al., 1993). Os autores

desse estudo também observaram que 50% dos usuários tiveram a reação no primeiro mês de tratamento da poliquimioterapia e 31,8% dos usuários apresentaram episódios reacionais de repetição. Nesse trabalho nota-se a grande frequência de recorrência das reações em usuários que já tiveram reação anterior.

Em 1995, foi realizado um estudo sobre os estados reacionais em 169 usuários multibacilares em tratamento polioquimioterápico de 24 doses, acompanhados na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Nesse estudo, 24% apresentou reações hansênicas tipo I. É importante enfatizar que os usuários tratados na FIOCRUZ são encaminhados por várias unidades dos municípios do Estado do Rio de Janeiro, pois é uma unidade de referência para o tratamento da hanseníase. Portanto, na maioria das vezes recebe casos de difícil diagnóstico, ou usuários que já apresentam comprometimento físico. Já as unidades básicas de saúde tratam usuários que procuram espontaneamente o diagnóstico e tratamento da doença (Nery, 1995).

Embora as reações se constituam em problemas de alta frequência, sua prevenção é ainda desconhecida. Portanto, o diagnóstico precoce da hanseníase é ainda a única forma de evitar que suas complicações apareçam. Assim, a ênfase do Programa de Hanseníase do Ministério da Saúde é a interrupção da transmissão do bacilo de Hansen, através da detecção precoce de caso e tratamento para todos os usuários (BRASIL, 2002).

1.2 Aproximação do tema

O meu primeiro contato profissional com hanseníase teve início no ano de 1990, quando comecei a trabalhar no setor de dermatologia e concomitantemente no programa de hanseníase, sem conhecer praticamente nada das atribuições do enfermeiro nesse setor. Solicitei à direção um treinamento, sendo este realizado na FIOCRUZ, no ambulatório Souza Araújo, centro de referência da hanseníase no Município do Rio de Janeiro.

Ao realizar o treinamento, verifiquei que a maioria dos usuários que faziam tratamento e tinham alta não ficavam com seqüelas. O trabalho no ambulatório era intenso e realizado por uma equipe multiprofissional dedicada e entrosada. Além disso, havia uma equipe de suporte com os especialistas para que os profissionais recorressem em caso de dúvidas. Havia também a possibilidade de encaminhamento para o hospital, nos casos mais graves da doença. Durante o treinamento, tomei conhecimento que a infecção poderia ocorrer em certas pessoas, devido a interações entre fatores individuais e ambientais (Araújo, 2003), ou seja, algumas estavam propensas a adoecerem se inspirasse certa quantidade de bacilos e esses se multiplicassem.

Ao retornar à unidade, comecei a estabelecer empatia com os usuários portadores de hanseníase, compartilhando com os mesmos as suas angústias e ansiedades, principalmente no que diz respeito à reação hansênica. Observei que existiam muitos usuários que há anos faziam tratamento medicamentoso ou estavam em observação sem tratamento químico – EOSTQ (BRASIL, 1990), sem alta. Como o tratamento com a poliquimioterapia estava sendo introduzido, voltei para a unidade de saúde, Centro Municipal de Saúde Milton Fontes Magarão, localizado no Engenho de Dentro, com a esperança de reverter esse quadro.

Nesse mesmo período, a Gerência da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro orientou para dar alta a todos que não apresentassem sinais clínicos da doença. Neste grupo estavam incluídos usuários que fizeram tratamento desde criança, mas apresentavam seqüelas irreversíveis, tais como: garras, atrofia, cegueira e outras. Tais pessoas não entendiam como poderia ter alta, já que ainda se sentiam doentes e eram dependentes do INSS. Algumas foram aposentadas, e outras, que não tinham seqüelas, tiveram seus benefícios suspensos. Certas pessoas que ainda apresentavam sintomatologia passaram a fazer a PQT (poliquimioterapia) ou MDT (multidrogaterapia). Nessa época, comecei a fazer a avaliação do grau de incapacidade, juntamente com a consulta de enfermagem.

Já trabalhando nesse programa há cerca de quinze anos, verifico que a maioria dos usuários termina o tratamento sem seqüelas, mas alguns que fazem o tratamento, mesmo de forma regular, ou seja, dentro do período esperado, sem faltar às doses, têm reação inflamatória durante o tratamento e após a alta medicamentosa. Alguns só apresentam reação após o término do tratamento e por isso têm que fazer uso de corticóides. Os usuários sempre perguntam por que somente eles apresentam reação e os outros não, já que o tratamento é feito de forma correta. Isso me inquieta desde que entrei para o programa, até mesmo porque a Coordenação do Programa de Hanseníase, no Brasil, não dispõe de indicadores de usuários em reação ou da evolução das incapacidades físicas durante os processos reacionais, após a alta por cura. Embora sejam oferecidos acompanhamento e medicamentos nos casos reacionais, não há nenhum controle estatístico da magnitude dessas reações entre os casos de hanseníase.

Esses aspectos motivaram-me a estudar as reações hansênicas e seus fatores de risco, a partir da introdução da poliquimioterapia na Área de Planejamento em que atuo, AP. 3.2.

1.3 Justificativa/Relevância

As reações hansênicas levam às incapacidades físicas ou a piora delas. Essas incapacidades geram um dos grandes desafios para os programas de controle da hanseníase em países endêmicos, como o Brasil. Embora existam muitos estudos sobre os aspectos clínicos dos estados reacionais e sua relação com a lesão neural (Azulay, 1997; Sarno, 1994), persistem ainda dúvidas quanto aos aspectos epidemiológicos destas reações. Segundo Oliveira (2004), a ausência do controle epidemiológico dificulta o planejamento de estratégias para a operacionalização e efetivo controle dos episódios reacionais. Os aspectos epidemiológicos da reação hansênica, portanto, devem ser identificados e discutidos pelos

profissionais de saúde, uma vez que a influência desses aspectos pode sugerir os prováveis portadores de hanseníase que terão reações e que merecem maior atenção da equipe.

Na literatura estudada (Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2005; Oliveira, 2004; Moreira, 2003), identificou-se frequências de reações hansênicas variando de 25% a 30% entre usuários portadores de hanseníase. Além disso, o risco de aparecimento de novos danos neurais em casos novos de hanseníase ocorre em 16% dos usuários paucibacilares e 65% dos multibacilares, que apresentam função alterada do nervo no diagnóstico. Os usuários com função normal do nervo no diagnóstico têm o risco de aparecimento de danos neurais menor: 1% nos paucibacilares e 16% nos multibacilares (Croft, 2000). Outros autores descrevem porcentagens maiores de reação entre 30 a 50% de todos os usuários com hanseníase (Ridley e Jopling, 1996). No município do Rio de Janeiro, no entanto, não há informações acerca da magnitude das reações, já que não existe indicador epidemiológico sobre reação hansênica, no âmbito do Estado ou Município.

Apesar de não haver indicadores sobre a magnitude das reações nas unidades municipais de saúde, muitos usuários retornam à unidade de saúde para tratamento da reação. Alguns necessitam de longo período de acompanhamento, angustiando os profissionais que os acompanham e os usuários, colocando em dúvida a alta por cura (Cunha et al., 1997; Gallo et al., 1997).

A identificação da magnitude das reações e de fatores associados pode contribuir para a sensibilização da problemática entre os gestores e profissionais de saúde envolvidos, para a atenção no diagnóstico precoce e tratamento adequado, melhorando a assistência prestada e a efetiva recuperação dos portadores das reações. O atual modelo do programa de controle da hanseníase privilegia a identificação de casos novos e tratamento poliquimioterápico, baseado na notificação do caso e a informação da alta por cura.

Este estudo contribui com conhecimentos acerca da problemática das reações, enfatizando a importância do monitoramento deste problema entre os usuários com hanseníase. Espera-se que subsidie discussões e estratégias que aprimorem a qualidade do trabalho da equipe multidisciplinar no processo de cuidado aos usuários portadores da doença, através do planejamento baseado na realidade da assistência, favorecendo desse modo a melhoria da qualidade de vida desses usuários.

O tema reação hansênica vem, ultimamente, tendo destaque nas Jornadas (I JORNADA BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, 2003) e Congressos de Hanseníase no Brasil e no mundo, provocando o surgimento de novas pesquisas (Oliveira et al., 2004), seminários e publicações (Nery et al., 1998) relacionadas a ela.

Para a sociedade brasileira, este estudo é importante: as reações hansênicas e incapacidades tiram os usuários do mundo do trabalho, através das licenças médicas e em alguns casos, pelas aposentadorias, contribuindo para a exclusão social e dificuldades de ajustes das contas públicas. O reconhecimento precoce e o devido tratamento das reações hansênicas podem reduzir e, em alguns casos, evitar as incapacidades físicas.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo Geral

Caracterizar o evento reação hansênica entre usuários de unidades básicas de saúde de uma Área de Planejamento do Município do Rio de Janeiro, que realizaram tratamento poliquimioterápico para hanseníase no período de 1991 a 2004.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar os usuários portadores de hanseníase no período especificado;
- Identificar a frequência e o tipo dos estados reacionais nos usuários;
- Avaliar a associação de fatores sócios-demográficos (sexo, faixa etária, nível de instrução, profissão) e fatores clínicos (forma clínica, grau de incapacidade e tratamento) com as reações hansênicas identificadas;
- Identificar a ocorrência de seqüelas e licenças médicas durante os episódios reacionais;

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos históricos

As manifestações externas visíveis, principalmente as presentes nos episódios reacionais, podem causar deformidades e incapacidades. O estigma, até hoje, é alimentado pela evolução crônica da doença, pelo prolongado período de incubação e pela associação com a pobreza e miséria (Queiroz e Puntel, 1997). No Brasil, apenas em 1925, as reações hansênicas foram reconhecidas como processos agudos superpondo-se ao curso crônico da enfermidade, desencadeadas por diversas condições (Gomes, abud Oliveira 1995). Souza e Schujman (1936) observaram a influência da reação hansênica na “lepra cutânea”.

No início do século XX, o tratamento era feito somente com o óleo de chaulmoogra. Além de causar efeitos adversos como gastralgia, vômitos e diarreia, não há nenhum indício de que esse óleo fosse eficaz, apesar de ter sido largamente aceito, na época, como eficaz ao tratamento (BRASIL, 1989).

Após a segunda metade do século XX, deu-se o início ao tratamento ambulatorial, com o surgimento da sulfona, um antibiótico que não produz muitos efeitos colaterais, ao mesmo tempo em que permite a cura da doença, associada ao controle dos comunicantes destes usuários em dispensários construídos em algumas unidades sanitárias. Todas essas mudanças aconteceram com a criação da Campanha Nacional do Controle da Lepra. Nessa mesma época, surgiu a especialidade de Dermatologia Sanitária, e, por conseguinte, uma forte Escola de Lepra, que deu início a pesquisas nessa área (BRASIL, 1989).

Em 1953, o Congresso Internacional de Lepra, realizado em Madri, classificou os episódios de agudização da enfermidade como “reação leprótica” e “eritema nodoso”. Em 1955, Wade descreveu pela primeira vez a reação reversa. No entanto, as deformidades causadas pela hanseníase começaram a despertar preocupação somente em 1960, quando a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) propôs um formulário para anotações de

cinco graus de incapacidades em ordem crescente, segundo o acometimento de mãos, pés e olhos. Os graus quatro e cinco, nas mãos e pés, eram sobre as reabsorções ósseas, parciais ou avançadas. Nordeen e Srinivasan (1966) fizeram um estudo epidemiológico verificando a influência da idade, tempo de evolução e forma clínica de hanseníase no desenvolvimento de incapacidades.

A talidomida foi introduzida no tratamento da reação hansênica na década de 60 (Magora, Sheskin e Sagher, 1969), com ótimos resultados, apesar de seu mecanismo de ação ter sido elucidado somente nos anos 90 (Sampaio et al., 1993).

Pearson e Ross (1975) relataram as reações reversas como sendo do “tipo I” e as reações de eritema nodoso como “tipo II”. Nesse ano, cria-se a coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária, que estende o seu programa a todos os centros de saúde do Brasil, começando a ocorrer os prenúncios da descentralização do tratamento. Também nesse período, o Brasil resolveu substituir a palavra lepra por hanseníase para diminuir o preconceito e o estigma, facilitar a educação sanitária, o comparecimento dos doentes e comunicantes aos serviços de saúde do país (Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, 1998).

Em 1986, foi introduzida, no país, mas somente em alguns estados, a poliquimioterapia (PQT). Esse esquema de tratamento, proposto pela Organização Mundial de Saúde, desde 1980, deu início a uma nova fase de combate à doença, reduzindo o tempo de tratamento para dois anos, e garantindo cientificamente a sua cura. Mesmo assim os usuários ficavam até cinco anos “em observação sem tratamento quimioterápico” (EOSTQ), e poderiam retornar ao tratamento caso apresentassem qualquer sintoma que indicasse a recidiva da doença.

Somente em 1991, o Ministério da Saúde adotou a poliquimioterapia como esquema padrão para todo o Brasil (BRASIL, 1990). Essa forma de tratamento trouxe uma

grande mudança na maneira de se classificar a doença. A partir de então os usuários foram classificados em paucibacilares (poucos bacilos, com baciloscopia negativa), ou seja, usuário com a presença de uma a cinco lesões na pele; com tempo de tratamento menor (tratamento com seis doses de poliquimioterapia, ou seja, seis doses supervisionadas da medicação) e menos medicações; e multibacilares (muitos bacilos, com baciloscopia positiva), ou seja, usuário apresenta acima de cinco lesões na pele, com tempo de tratamento maior (doze doses supervisionadas ou um ano de tratamento). Além disso, foi introduzido um blister com multidrogas para se evitar a resistência medicamentosa, e facilitar o fornecimento da medicação pelas unidades de saúde. Preconizou-se que os usuários fossem mensalmente às unidades de saúde para receberem a medicação e serem examinados para se verificar a evolução da doença, e a presença de reações hansênicas, grande causa das incapacidades físicas. Nessa época, o estudo das incapacidades na hanseníase assume maior importância e o controle desses eventos é colocado como medida do sucesso dos programas de controle da endemia. (Smith e Parkhe, 1986)

Em 1992, o Ministério da Saúde, tendo verificado a eficácia da poliquimioterapia, adotou 24 doses fixas de medicação para as formas multibacilares e 6 doses para paucibacilares sem EOSTQ. Em 1998, houve redução de 24 para 12 doses nos casos dos multibacilares, e a adoção da dose única supervisionada, para os casos de hanseníase indeterminada com lesão única, sendo então dada alta por cura. É considerado curado todo indivíduo que receber as doses pré-estabelecidas para o tratamento da hanseníase, independente do índice baciloscópico (WHO, 2006).

2.2 Epidemiologia da Hanseníase

A Organização Mundial de Saúde considerará a doença hanseníase eliminada de um país, quando se detectar menos de um caso da doença em cada 10.000 habitantes (WHO, 1991).

Em todo o mundo, no ano de 2002, foram detectados 620.000 casos novos de hanseníase. Países desenvolvidos como os Estados Unidos o coeficiente de detecção já é menos de 1 caso para 10.000 habitantes. Na América Latina, no mesmo período, foram detectados 85.000 casos novos, com um coeficiente de detecção de 1,69 em cada 10.000 habitantes.

No Brasil, o coeficiente de detecção é de 2,2 e o coeficiente de prevalência é de 4,1 para cada 10.000 habitantes (Anexo 3). Estas taxas são consideradas as segundas mais elevadas do mundo, sendo que dos casos detectados, 37% são doentes multibacilares, 6% são crianças e 4% são doentes com grau de incapacidade 2 (I JORNADA BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, 2003).

No entanto, quando se analisam as taxas de detecção e de prevalência no País, diferenças regionais são evidenciadas. A Região Sul, principalmente Santa Catarina, já conseguiu o coeficiente de prevalência e detecção almejado pela OMS, já outros estados, como Mato Grosso do Sul, têm um coeficiente de prevalência chegando a 20/10.000 habitantes (I JORNADA BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA, 2003). O Rio de Janeiro teve, até agosto de 2003 (BRASIL, DATASUS, 2003), 4.156 casos novos detectados. Em dezembro de 2002, 6.259 pessoas estavam em tratamentos para a doença, apresentando coeficiente de prevalência de aproximadamente 1,5 para cada 10.000 habitantes.

De acordo com esses dados, nota-se as dificuldades do Brasil em eliminar a hanseníase, já que a sua incidência é alta, principalmente em alguns estados da região Norte e Centro-Oeste. Apesar de não se conhecer a frequência da reação hansênica no Brasil, não se

pode ignorar a sua existência e a possibilidade de ocorrer incapacidades físicas. Nesse aspecto, torna-se imprescindível tratar adequadamente os estados reacionais, para promover redução das incapacidades físicas, através do tratamento medicamentoso, acompanhamento do grau de incapacidade, e educação em saúde. A determinação do grau de incapacidade e educação em saúde está intimamente relacionado ao tratamento medicamentoso, pois, na maioria das vezes, o aparecimento, aumento ou redução da incapacidade de um usuário em reação servirá de parâmetro para aumentar ou reduzir a medicação utilizada para debelá-la (BRASIL, 2002).

Na 44ª Assembléia Mundial de Saúde (SMS, 1986), a Organização Mundial de Saúde (OMS), após o sucesso da PQT como estratégia de controle da hanseníase, propôs a eliminação da doença no mundo até o ano 2000, ou seja, detectando todos os casos remanescentes da doença, tratando-os e curando-os. No entanto, a meta brasileira nesse prazo era reduzir a incidência da doença para menos de um caso por 10.000 habitantes.

O Brasil, apesar de ser signatário das propostas da OMS, não conseguiu a meta estabelecida. Então, em 1999, assumiu o compromisso de eliminar a hanseníase até 2005, durante a Terceira Conferência Internacional sobre a Eliminação da Hanseníase (BRASIL, 2002). Embora o coeficiente de detecção venha diminuindo paulatinamente, o País ainda não conseguiu a meta pretendida. Em 2005, novas metas foram pactuadas, agora objetivando reduzir a menos de um caso por 10.000 habitantes até o ano de 2010 (WHO, 2006). Estratégias tais como a capacitação de recursos humanos, principalmente da rede básica de saúde e Programa Saúde da Família, facilitando desse modo a descentralização do diagnóstico e tratamentos têm sido adotados (MOREIRA, 2003).

2.3 Organização do Programa de Hanseníase no Município do Rio de Janeiro

A freqüente rotatividade dos funcionários e as especificidades inerentes ao cuidado dos usuários portadores de hanseníase exigem treinamento continuado dos recursos humanos em saúde. Em 2002, o Ministério da Saúde adotou a política de treinamento continuado através da estratégia de preparar instrutores para cada município, nos aspectos mais simples da clínica, e estes profissionais de saúde treinariam as equipes de saúde dos municípios. Os estados e os municípios trabalhariam em parcerias com as universidades e centro de referências na realização de treinamentos específico para todos os níveis do setor saúde que executam atividades de controle da hanseníase (BRASIL, 2000).

Outra estratégia dotada foi trabalhar também junto à população, divulgando uma nova imagem da doença, enfatizando que se trata de uma doença tratável e curável, não mais falando nos seus aspectos negativos e depreciativos.

O Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) assumiu a proposta de eliminação e a responsabilidade sobre a hanseníase (Moreira, 2003). Portanto, é de responsabilidade do gestor municipal e de seu secretário municipal de saúde executar com o objetivo de eliminar a hanseníase.

Os recursos financeiros para a assistência à hanseníase são fornecidos pela Programação Pactuada Integrada de Vigilância em Saúde (PPI-VS), através do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde (TFVS), do VIGISUS (Sistema de Vigilância em Saúde: financiado pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD – e pela Secretaria de Vigilância em Saúde), do repasse Fundo a Fundo (repasse de valores regular e automático, diretamente do FNS, Fundo Nacional de Saúde, para os Estados e Municípios, estabelecidas pelas NOB - Normas de Operações Básicas e NOAS – Normas de Operações de Assistência à Saúde) e do Piso de Atenção Básica (PAB) (BRASIL, 2003). A intensificação

das ações de controle da hanseníase para as metas recentemente estabelecidas foram levadas em conta nos cálculos dos recursos financeiros (Moreira, 2003).

A Gestão Plena do Sistema Municipal do Sistema Único de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro é responsável pelo gerenciamento dos recursos financeiros fornecidos pelo estado e governo federal. Diante da necessidade de operacionalizar a distribuição desses recursos, e da complexa rede de serviços do município (90 hospitais, 200 ambulatórios e laboratórios e 3,5 milhões de procedimentos mensais), houve a necessidade de organizar a distribuição da rede pública de saúde por Áreas de Planejamento (formadas por um conjunto de bairros vizinhos). Essa organização em APs., também, tem a finalidade de facilitar o acesso do usuário ao serviço na Unidade de Saúde, mais próximo à sua residência. Desse modo, a Coordenação de Doenças Transmissíveis junto a Gerência de Dermatologia Sanitária resolveram oferecer o diagnóstico e tratamento da hanseníase em todos os centros e postos municipais de saúde, para atender os portadores de hanseníase e seus familiares (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 1999).

Com essa reestruturação a Gerência de Dermatologia passou a conhecer a prevalência e números de casos novos detectados, pois a cada caso diagnosticado é preenchida uma ficha de notificação com a identificação e sinais e sintomas apresentados pelo usuário. Portanto, a quantidade de medicação poliquimioterática (PQT) fornecida às unidades básicas de saúde, depende do número de casos novos detectados. No entanto, não existe o controle do número de usuários com reação hansênica. A quantidade de medicação fornecida para o tratamento da reação é estabelecida através de um cálculo aritmético.

Cálculo das Medicções para Reações Hansênicas:

A Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, baseando-se na memória de cálculo de medicações fornecidas pelo Ministério da Saúde, propôs uma fórmula aritmética para a medicação a ser fornecida para as unidades básicas de saúde, para reação

hansênica . Por essa proposta, supõe-se que cerca de 11% dos usuários em tratamento poli-quimioterápico, tanto paucibacilares como multibacilares, vão necessitar de prednisona (medicação específica para o tratamento da reação), sendo 5% para a prednisona de 5 mg (prednisona 5mg = nº de doentes multibacilares e paucibacilares inscritos para tratamento x 5 + 25%) e 6% para a prednisona de 20 mg (prednisona de 20 mg = . nº de doentes multibacilares e paucibacilares inscritos para tratamento x 6 + 25%).E cerca de 32% dos usuários em tratamento com PQT vão utilizar talidomida de 100mg/dia (talidomida 100 mg = nº de doentes multibacilares e paucibacilares inscritos para tratamento x 3 + 25%), numa estimativa de 150 dias (SMS, 1991).

2.4 A doença Hanseníase

O bacilo é um parasito intracelular obrigatório, com tempo de multiplicação de 12 dias, encontrado nos macrófagos e nas células de Schwann dos nervos, células musculares, células endoteliais dos vasos sanguíneos, sendo o único bacilo capaz de penetrar no nervo. Tem a forma de bastonete e é álcool-ácido-resistente, tendo de 6 a 8 µm de comprimento por 0,3 µm de diâmetro. Ele é viável até 36 horas no meio ambiente ou aproximadamente 9 dias à temperatura de 36,7 e 77,6% de umidade média (Araújo, 2003). Nos exames baciloscópicos e histológicos, os bacilos podem ser encontrados isolados ou agrupados em globias, formando uma massa compacta (Azulay, 1997).

Dependendo do número de bacilos no corpo, o indivíduo pode ter a doença da forma contagante ou não. O bacilo se multiplicará ou não, dependendo da relação antígeno-anticorpo (Maeda et al., 2003). Esta relação resultará ou não no desenvolvimento da resposta imune celular e humoral. Nos usuários com a forma tuberculóide, o desenvolvimento dessa resposta causa a morte do Mycobacterium leprae e o *clearance* baciloscópico, em consequência, raramente é encontrado nos tecidos afetados. Os usuários da forma

virchowiana têm uma ausência da resposta imune celular a esse bacilo, ocorrendo a multiplicação do Mycobacterium leprae em vários tecidos. Já os usuários da forma dimorfa, por terem essa forma intermediária da doença, podem migrar dessa para outra dependendo de modificações do estado imune do usuário (Sarno, 1994).

Portanto, o homem, com as formas contagiantes: hanseníase virchowiana (HV) ou hanseníase dimorfa (HD), que não esteja fazendo o tratamento medicamentoso específico, elimina bacilos no meio ambiente, por possuírem grande carga bacilar na derme e mucosas; esses, penetrando no indivíduo próximo, através das vias aéreas superiores, principalmente, ou por via cutânea com solução de continuidade, percorrem a via linfática e atingem os linfonodos proximais e regionais (Hastings, 1985).

Nos gânglios ou linfonodos, realiza-se então, umas das etapas iniciais da defesa orgânica contra o microrganismo invasor, ocorrendo uma das três seguintes situações: 1) a ação dos linfócitos T e dos macrófagos é eficaz na destruição dos microorganismos, e a pessoa não desenvolve a doença; é a chamada resistência absoluta: alguns indivíduos, apesar de viverem em áreas endêmicas ou em contato com doentes bacilíferos, não desenvolvem a doença; 2) a ação dos elementos celulares de defesa imunitária não é completa, e o microrganismo permanece latente durante longo tempo (meses e até anos), e a pessoa poderá vir a adoecer; o teste soro imunológico mais moderno vem cada vez mais confirmando a infecção subclínica (assintomática) em grande número de contatos de usuários bacilíferos; 3) o sistema imunitário não funciona adequadamente contra o agente agressor, a barreira ganglionar é vencida. Pode ocorrer manifestação localizada: manifesta-se com infiltração local e edema em torno do local onde se concentram bacilos mortos, podendo provocar dano local. Tanto as conseqüências imediatas como tardias, dependem mais da reação celular do que da intensidade da infecção. É o indivíduo com a forma tuberculóide. Quando verdadeiros êmbolos de bacilos vencem a barreira ganglionar e atingem a circulação, ocorre a

doença com manifestação disseminada, atingindo pele, mucosas, nervos, vísceras etc, ou seja, apresenta acometimento sistêmico, devido á grande profusão de bacilos e baixa defesa do organismo. É a forma Virchowiana (Azulay, 1997).

Portanto, a resistência à infecção depende da capacidade do macrófago lisar ou não o Mycobacterium leprae. Azulay (1997) afirma que duvida que a capacidade de lisar o bacilo seja inata. Após a lise, ocorre o processamento intracitoplasmático do bacilo, e há liberação de antígenos específicos capazes de sensibilizar o linfócito T, que passaria a comandar, desse ponto em diante, a resistência pela ativação específica do macrófago. A incapacidade do macrófago lisar o bacilo e a falência do linfócito T em sensibilizar macrófagos específicos levam à doença.

A ação conjunta de defesa dos linfócitos T e macrófagos varia em função da herança genética. Essa concepção faz supor que existe uma gradação imunológica condizente com a exteriorização clínica da doença nas suas diferentes formas. A apresentação do antígeno (Complexo MHC) e do antígeno de histocompatibilidade HLA, ambos determinados geneticamente, estão envolvidos na multiplicação ou destruição do bacilo no interior dos macrófagos. Os fenótipos HLA-DR2 e HLA-DR3 predominam na forma tuberculóide e têm o padrão de não suscetibilidade à doença. Relacionado à suscetibilidade, nas formas virchowiana e dimorfa da hanseníase predominam o fenótipo HLA-DQ1 (Araújo, 2003). A representação do fenótipo faz-se sobre a resposta imune.

2.4.1 – A resposta imune na presença do Mycobacterium leprae

O Mycobacterium leprae é de alta infecciosidade, ou seja, ele é capaz de penetrar num grande número de pessoas e de nelas se alojar e multiplicar. No entanto, somente um pequeno número de pessoas adoece, pois o bacilo é de baixa patogenicidade, devido a suas características intrínsecas e de sua relação com o hospedeiro (fenótipo). Os indivíduos

infectados apresentam dois tipos de resposta imune: humoral e celular. Sabe-se que apesar da produção de anticorpos específicos contra esse bacilo, em grande quantidade nas formas multibacilares, ela é ineficaz para eliminá-los. Devido o bacilo ser um parasita intracelular, a principal defesa do organismo humano passa a ser realizada pela resposta imunológica celular, que é capaz de fagocitar e destruir os bacilos, mediadas por citocinas (TNF-alfa e IFN-gama) e mediadores de oxidação, como os reativos intermediários do oxigênio, e do nitrogênio, fundamentais na destruição bacilar no interior dos macrófagos. Nas lesões da forma tuberculóide, há predomínio de células T auxiliares CD4+, e citocinas T-helper-1 (Th1), que são responsáveis pela produção de IL-2 e IFN-gama, enquanto nas lesões virchowianas há o predomínio do subtipo das células CD4+, ou seja, células T supressoras CD8+ e citocinas Th2, que são responsáveis pela produção de IL-4, IL-5 e IL-10. Portanto, as células CD4+ se encontram em menor quantidade, além disso, sua ação antigênica é suprimida pelas células CD8+.

Na hanseníase tuberculóide, a exacerbação da imunidade celular e a produção de citocinas pró-inflamatórias (IL-1 e TNF-alfa) impedem a proliferação bacilar, mas pode se tornar lesiva ao organismo, causando lesões cutâneas e neurais, pela ausência de fatores reguladores. Na hanseníase virchowiana e dimorfa os doentes exibem resposta de imunidade humoral com altos títulos de anticorpos contra os antígenos PGL-1(antígeno glicolípido fenólico I) específico do *M. leprae*, no interior do macrófago, evita que haja a oxidação deles, pois esses antígenos possuem função supressora da atividade do macrófago, favorecendo a disseminação bacilar (Araújo, 2003). Portanto, nos portadores de hanseníase Virchowiana, há diminuição da resposta celular e não há exaltação de hipersensibilidade humoral específica e inespecífica (Azulay, 1997). Além disso, adicionalmente ocorre produção de anticorpos específicos contra outros antígenos bacilares, podendo ocorrer, também geração de auto-anticorpos. No entanto, esta resposta humoral não se associa com ativação macrofágica,

portanto não é protetora, e pode causar dano tecidual, como acontece na reação tipo II (Talhari, 2006).

A hanseníase em todas as suas formas clínicas, mesmo naquelas em que há grande resistência do hospedeiro, possui um alto potencial incapacitante; portanto, pode-se afirmar que o bacilo é de alta virulência (Hastings, 1985). Por ser uma doença infecto-contagiosa granulomatosa de evolução lenta e de grande potencial incapacitante, o diagnóstico precoce deve ser o primeiro objetivo das ações de controle da hanseníase, que, nas unidades de saúde, só é possível a partir das manifestações clínicas da doença (Quadro1). Estabelecido o diagnóstico de hanseníase, deve-se proceder à classificação do caso, que se baseia principalmente no exame clínico.

Num país endêmico como o Brasil, onde a endemia hanseníase se distribui por todas as unidades federadas, houve a necessidade de simplificar a classificação da doença para fins operacionais. Em 1987, o Ministério da Saúde adotou a recomendação da OMS que propôs o agrupamento dos usuários em paucibacilares (PB): formas HT e HI e multibacilares (MB): formas HV e HD.

Quadro 1 - Resumo das Formas de Hanseníase

Forma	Classificação	Baciloscopia	Clínica
HI	PB	Negativa	Área de hipo ou anestesia, parestesia, manchas hipocrômicas, e/ou eritemato hipocrômica com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos. Não há comprometimento de troncos nervosos, apenas pequenos ramos cutâneos são afetados. Após um período de tempo, que varia de meses a anos, pode ocorrer evolução para cura ou para outra forma clínica.
HT	PB	Negativa	Placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, bem delimitadas, hipo ou anestésicas, com comprometimento de nervo, localizado unilateralmente.
HD	MB	Positiva ou Negativa	Lesões pré-faveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões faveolares (eritematosas infiltradas com centro deprimido). Lesões eritemato pigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta. Apresentando alterações de sensibilidade. Pode apresentar manifestações neurológicas bilateralmente. Quando essas lesões são numerosas, são chamadas de lesões em renda ou em queijo suíço.
HV	MB	Positiva	Eritema e infiltração difusas, placas eritematosas infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade. Aparecem alterações neurológica e motoras de forma simétrica e insidiosa. Ocorrem lesões viscerais.

Fonte: Araújo, M. G. (2003). Hanseníase no Brasil

Tratamento poliquimioterápico

No esquema de tratamento para paucibacilar (PB) - é utilizada uma combinação da rifampicina e dapsona, acondicionados numa cartela, que contém:

- rifampicina: uma dose mensal de 600 mg com administração supervisionada;

- dapsona: uma dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada;

A administração supervisionada da poliquimioterapia corresponde aquela em que o usuário ingere a medicação por via oral, diante de um profissional de saúde, na unidade básica.

A duração do tratamento é de 6 doses mensais supervisionadas.

No esquema de tratamento para Multibacilar (MB) – é utilizada uma combinação de rifampicina, dapsona e de clofazimina, acondicionados numa cartela, que contém:

- rifampicina: uma dose mensal de 600 mg com administração supervisionada;
- clofazimina: uma dose mensal de 300 mg com administração supervisionada e uma dose diária de 50 mg auto-administrada;
- dapsona: uma dose mensal de 100 mg supervisionada e uma dose diária auto-administrada.

A duração do tratamento é de 12 doses mensais supervisionadas.

O esquema ROM (Rifampicina, Ofloxacina, Minociclina) era feito para o doente com lesão única sem envolvimento de tronco nervoso. Esse esquema foi introduzido nas unidades básicas de saúde no ano 2000, mas foi retirado devido ao grande número de recidivas da doença.

Os esquemas alternativos de medicação são utilizados em razão do doente estar impossibilitado de tomar alguma medicação da cartela. Por exemplo, na impossibilidade de tomar dapsona, ou seja, ser alérgico a essa medicação, pode se fazer a substituição por clofazimina (BRASIL, 2002).

2.5 - Reações hansênicas

São episódios inflamatórios que ocorrem nos nervos, pele e alguns órgãos do corpo, como rins, olhos, bolsa escrotal e fígado. As reações podem surgir após alguns fatores desencadeantes, tais como: vacinação, gravidez e puerpério, infecções intercorrentes, estresse físico e emocional. As reações podem ser do Tipo I, Tipo II ou neurites isoladas. A grande maioria das reações Tipo I ocorre dentro dos seis primeiros meses de tratamento poliquimioterápico. Essa reação é mediada pela imunidade celular e se caracteriza por aumento das lesões pré-existentes, que se apresentam edemaciadas, eritematosas, brilhantes, podendo algumas chegar a ulcerar. As neurites são freqüentes. As reações Tipo II geralmente ocorrem durante os 3 primeiros anos após o início da PQT, mas pode ocorrer até antes da PQT ser iniciada. Essa reação é mediada por imunocomplexos e citocinas séricas, e provoca o aparecimento de eritema nodoso, que são lesões eritematosas dolorosas, pápulas e nódulos na pele. Pode ocorrer também edema de membros inferiores e febre alta (HASTINGS, 1985).

A lesão cutânea de eritema nodoso apresenta denso infiltrado inflamatório que pode alcançar tecido subcutâneo, podendo ocorrer vasculite. O infiltrado é composto, principalmente, de polimorfonucleares e linfócitos, com predominância de células CD4+(Talhari, 2006).

A maior expressão de citocinas Th2, como IL-4, IL-5 e IL-10, aumenta a produção de anticorpos contra o bacilo em usuários que apresentam uma grande quantidade de antígenos de *M.leprae* levando a formação de imunocomplexos com ativação de complemento, atração de granulócitos e inflamação com injúria tecidual. A formação de anticorpos contra antígenos cutâneos e neurais pode ocorrer, sugerindo que o fenômeno de autoimunidade possa estar envolvido na reação tipo II (Talhari, 2006).

As manifestações neurológicas são comuns a todas as formas clínicas, com exceção da indeterminada (HI) (Azulay, 1997). As lesões nervosas podem ocorrer junto com

as alterações da pele ou independentemente. Os principais sinais e sintomas de neurite são: espessamento do nervo, dor a palpação e dor espontânea em seu trajeto (Foss, 2003).

As paralisias são mais precoces e intensas na hanseníase tuberculóide (HT); nessa forma clínica, as lesões são em pequeno número. Na hanseníase dimorfa (HD), o acometimento nervoso é significativo: maior número de nervos é lesado e há possibilidade de graves neurites. Na hanseníase virchowiana (HV), a possibilidade de paralisias é menor. As lesões nervosas estão relacionadas com o comportamento imunológico do usuário; quanto melhor este for, menor será o número de nervos envolvidos e maior será a possibilidade de destruição dos filetes nervosos (Azulay, 1997). Portanto, as neurites são responsáveis pela maioria das incapacidades e deformidades, pois comprometem os nervos periféricos e lesionam troncos e terminações nervosas.

As reações baseiam-se nas mudanças imunológicas, mediadas por células ou imunocomplexos, mesmo tendo manifestações clínicas diferentes, elas mostram uma similaridade imunológica. *In vitro*, tanto nas reações tipo I como no tipo II, a resposta imune caracteriza-se por uma grande transformação da estrutura antigênica do Mycobacterium leprae pelos linfócitos. Essas mudanças indicam também a presença de células T reativas aos antígenos (Hastings, 1985).

Nas reações, ocorre aumento de citocinas séricas, como o fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e o interferon gama (IFN- γ) (Araújo, 2003). Qualquer que seja o mecanismo imunológico que desencadeie os quadros reacionais, eles são responsáveis pelo aumento dos danos tissulares, incrementando as lesões imunopatológicas da hanseníase e provavelmente determinando as lesões irreversíveis nos nervos e outros tecidos (Sarno, 1994).

Níveis elevados de Fator de Necrose Tumoral Alfa (TNF- α), citocina fabricada pelos linfócitos T, é encontrado na resposta imune ao Mycobacterium leprae em níveis capazes de contribuir com a formação do granuloma e na atividade microbicida dos

macrófagos. Durante os episódios reacionais é secretada em excesso, provocando o quadro agudo de comprometimento sistêmico (Sarno, 1994).

O TNF- α e as citocinas IL-1 beta e IL-6 e IL-12 estão envolvidos nas apresentações dos episódios reacionais e na piora do grau de incapacidade (ZHU J.,et al,1997.).

Segundo Talhari (2006), a reação tipo I ocorre devido ao mecanismo de hipersensibilidade tardia a antígenos do *M.leprae*, sendo mais comum em usuários portadores da forma dimorfa, durante o tratamento com a poliquimioterapia. Durante a reação tipo I, a imunidade celular contra o bacilo está fortemente aumentada, havendo mecanismos de destruição bacteriana. Entretanto, o processo tecidual desencadeado pode produzir vários danos irreversíveis, principalmente nos nervos periféricos. Ainda segundo Talhari, na derme das lesões reacionais, encontra-se um denso infiltrado celular, composto, principalmente, por monócitos e células CD4+, com edema associado ao granuloma. O aumento de resposta de imunidade celular nos usuários com reação tipo I está associado a uma mudança no perfil de produção de citocinas, que passa de Th2 para Th1 nos usuários multibacilares.

A análise das lesões de reação tipo I mostra uma maior expressão de RNA mensageiro para IL-1 β , IL-2, IL-6, TNF- α e IFN- γ , com diminuição de IL-4, IL-5, e IL-10. Numa região cheia de citocinas inflamatórias como IFN- γ e TNF- α , existe infiltração de granuloma por células CD4+ são , também, CD45RO+, indicando a presença de células de memória. Algumas dessas células apresentam atividade citotóxica e promovem lise de macrófagos ou células de Schwann, com eliminação do bacilo, mas também, com destruição tecidual, em nervos periféricos. Além disso, as células de Schwann podem ter capacidade de apresentar antígenos micobacterianos via MHC classe I ou II, para células CD8+ e CD4+ respectivamente, amplificando a resposta citotóxica dessas células.

A ocorrência de reações após o término da poliquimioterapia é explicada pela persistência de antígenos de bacilos mortos, podendo ocorrer até 5 anos em hanseníase paucibacilar e durante vários anos em hanseníase multibacilar, devido à dificuldade na eliminação dos antígenos bacilares pelo organismo. Desse modo, dissocia-se a ocorrência de reações pós-alta terapêutica de atividade da doença (Pannikar, et al., 1989).

As lesões que ocorrem nas reações hansênicas são semelhantes aquelas que aparecem no início da doença. Lesões que desaparecem no início do tratamento tornam a reaparecer, algumas vezes em maior quantidade durante os episódios reacionais (Quadro 2).

Segundo Talhari (2006), a reação tipo I ou reação reversa ocorre por mecanismo de hipersensibilidade tardia a antígenos de *M. leprae*, estando mais presente em usuários com a forma dimorfa durante o PQT. Na reação reversa, a imunidade celular contra o bacilo está muito aumentada, havendo destruição bacteriana. No entanto, o processo inflamatório tecidual desencadeado pode produzir danos irreversíveis aos nervos periféricos.

Apesar dos avanços imunopatogênicos das reações, a produção das várias citocinas e as contribuições patogênicas ainda necessitam de esclarecimento.

O manuseio dos estados reacionais, com a utilização de drogas específicas, em nosso país, segue protocolos determinados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

Dentre essas drogas, destacam-se a prednisona e talidomida. O uso da prednisona é indicado para reação Tipo I, para reação Tipo II (mulheres em idade fértil não podem fazer uso da talidomida, devido ao efeito teratogênico) e neurites isoladas, na dose de 1 a 2 mg por peso (SMS, 1991).

O esquema proposto é:

60 mg /dia até a regressão clínica

50 mg/dia.....15 dias

40 mg/dia.....15 dias

30 mg/dia.....	15 dias
25 mg/dia.....	15 dias
20 mg/dia.....	15 dias
15 mg/dia.....	15 dias
10 mg/dia.	15 dias
5 mg/dia.	15 dias

A dose recomendada para talidomida é de 100-400 mg/dia, conforme avaliação clínica, e manter a dose inicial ou reduzir a medicação, de acordo com a regressão ou não do quadro reacional (SMS, 1991).

Quadro 2 – Resumo dos sinais e sintomas das Reações Hansênicas

Tipo de Reação	Formas clínicas	Imunidade do usuário	Sinais e sintomas
Reação Tipo I ou Reação Reversa	Geralmente nas formas tuberculóides e dimorfas	Essa reação é mediada por células	Aparecimento de eritema e edema nas lesões pré-existentes e aparecimento de lesões novas. Raramente pode surgir febre baixa e mal estar. Um ou mais nervos podem se espessar, provocando dor e sensibilidade na área, principalmente, onde seu trajeto é mais superficial. A causa da dor e da pressão intraneural é resultante da reação celular e do edema. O comprometimento neurológico irá paralisar as fibras sensitivas, autonômicas e motoras, provocando desse modo as incapacidades físicas.
Reação Tipo II ou Eritema nodoso hansênico	Geralmente nas formas virchowianas e dimorfas	Imunidade celular está ausente ou deprimida, e os surtos agudos são mediados por anticorpos.	Ocorre após os seis primeiros meses de tratamento, quando a maioria dos bacilos da pele está granulomatoso. Aparecem nódulos ou placas eritematosas sensíveis na pele com distribuição simétrica na face, nos braços e nas coxas. Estas lesões geralmente são dolorosas e mais quentes que a pele vizinha, desaparecendo a pressão digital. Quando ocorre de forma severa, as lesões podem ficar bolhosas ou vesiculosas, podendo haver ulceração associada a edema de face, mãos e pés. Quando o número de nódulos é grande, podem ocorrer mal-estar generalizado, febre, enfartamentos ganglionares, dores articulares, neural e oscila, irites, epidídimo-orquite aguda, glomerulonefrite aguda e proteinúria.
Neurites isoladas	As neurites podem ocorrer nas formas tuberculóide, dimorfa, e virchowiana. Raramente ocorre na forma indeterminada.	É resultante da reação celular e edema. Ocorre nas reações tipos I e tipo II, ou de forma isolada.	Um ou mais nervos se espessam, provocando dor e sensibilidade, na área, principalmente, onde seu trajeto é mais superficial. Os principais nervos acometidos são: auricular, ulnar, mediano e radial nos membros superiores; já nos membros inferiores são: ciático, poplíteo externo e tibial posterior. O comprometimento neurológico irá paralisar as fibras sensitivas, autonômicas e motoras, provocando desse modo às incapacidades físicas.

Fonte: Araújo, M. G. (2003). Hanseníase no Brasil

3 AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE

As neurites são consideradas as principais responsáveis pelos diferentes graus de incapacidades ocasionados na hanseníase. Desde 1985, a Organização Mundial de Saúde recomenda a avaliação do grau de incapacidade como uma das etapas mais importantes para o tratamento da hanseníase (SMITH, W.C.S; PARKHE, S.M.,1986). Assim, através da detecção precoce de sinais e sintomas da neurite e do tratamento oportuno e adequado é possível minimizar seqüelas. A neurite pode se apresentar de forma evidente, aguda, com dor intensa, hipersensibilidade demonstrada quando o usuário passa a mão sobre a superfície da pele, perda de sensibilidade e paralisia dos músculos. No entanto, a inflação dos nervos pode ser silenciosa, ou seja, sem o desenvolvimento de sinais e sintomas, levando também a seqüelas.

Quando os nervos estão inflamados, eles ficam espessados, e a sua condução elétrica fica prejudicada, dificultando a contração e relaxamento da musculatura, principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores, originando as incapacidades físicas e deformidades (BRASIL, 2002).

Portanto, a avaliação do grau de incapacidade deve ser realizada durante todo o tratamento poliquimioterápico e em qualquer período em que ocorram queixas dos usuários, para que se possa detectar precocemente a existência da reação hansênica, e poder intervir através de medicação específica e orientações simples ao usuário (BRASIL, 2002).

A avaliação das incapacidades, com a respectiva determinação de grau, foi padronizada pela OMS, sendo que seus resultados são registrados em formulário padrão, elaborado pela Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde (Brasil, 1990). Até 1995, considerou-se o grau de incapacidade física variando do grau 0 a 3. Em 1996, em reunião do Comitê de Expertos da OMS, realizado em Genebra, na Suíça, decidiu-se por simplificar consideravelmente a graduação de incapacidades físicas, estabelecendo um

sistema de classificação em 3 graus (0, 1 e 2). Todos aqueles que apresentavam alterações grau 3 passaram a ser classificados como grau 2. Grau zero no início do tratamento, significa que o doente não apresenta nenhum comprometimento ocasionado pela hanseníase, esse é portanto, um dos indicadores de diagnóstico precoce da hanseníase. A manutenção da capacidade ao final do tratamento demonstra a qualidade do atendimento ao usuário na prevenção de incapacidades. Além disso, a verificação do grau de incapacidade no final do tratamento poliquimioterápico serve como parâmetro de comparação, para verificação da evolução do grau de incapacidade, durante os episódios reacionais após o tratamento, ou seja: se um usuário termina o tratamento com grau de incapacidade zero e após alguns meses retorna a unidade com queixas de parestesia em pés, e ao se realizar a verificação do grau de incapacidade, obtém-se grau 1, sabe-se que a mudança do grau deu-se devido a reação hansênica (WHO, 1998).

O grau de incapacidade pode ser realizado por qualquer profissional de saúde treinado e habilitado, para realizar essa atividade. Na maioria das vezes é realizado pelo enfermeiro e se constitui de: avaliação neurológica, com inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés, palpação dos troncos nervosos periféricos, avaliação da força muscular e avaliação de sensibilidade nos olhos, membros superiores e membros inferiores (BRASIL, 2002). Os enfermeiros são treinados em hospital de referência, geralmente no Hospital de Curupaiti, para realizar esta avaliação. No Anexo 4, encontra-se uma planilha de avaliação do grau de incapacidades.

O Quadro 3, a seguir, mostra os sinais e sintomas de comprometimento neural, ou de incapacidades, e as condutas apropriadas para tratá-los.

Quadro 3 – Comprometimento neural e incapacidades físicas, e tratamento não medicamentoso

Sinal e Sintomas	Condutas
Dor neural aguda	Imobilização do membro até a remissão do sintoma. Encaminhamento imediato para consulta médica. Orientação quanto à redução da sobrecarga do nervo durante a realização das atividades. Orientação quanto a autos cuidados.
Dor à palpação do nervo ou ao fazer esforço	Orientação quanto à redução de sobrecarga no nervo durante a realização das atividades. Orientação quanto a autos cuidados. Encaminhamento para consulta médica caso a dor persista.
Diminuição da sensibilidade dos olhos, mãos e pés	Acompanhamento da alteração de sensibilidade. Orientação quanto a autos cuidados.
Diminuição de força muscular dos olhos, mão e pés	Acompanhamento da alteração de força muscular. Exercícios após remissão dos sinais e sintomas agudos. Orientação quanto a autos cuidados.
Iridociclite: olho vermelho, dor, diminuição da acuidade visual, diminuição da mobilidade e tamanho da pupila	Encaminhamento imediato e urgente ao oftalmologista.
Orquiepididimite: Inflamação nos testículos. Nefrite: inflamação nos rins. Vasculite: inflamação dos vasos sanguíneos.	Encaminhamento imediato para consulta médica.

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, Guia para Controle da Hanseníase, 2002.

3.1 Importância do Enfermeiro no programa de Eliminação da Hanseníase

Numa Reunião patrocinada pela Organização Pan-Americana de Saúde, realizada em 1989, no Rio de Janeiro, com enfermeiros do Brasil, Argentina e da própria Organização, enfatizou-se a participação do enfermeiro em sete áreas básicas no âmbito da hanseníase: prevenção, busca e diagnóstico de casos novos, tratamentos e acompanhamentos dos usuários, prevenção e tratamento de incapacidade, gerência das atividades de controle, sistema de registro e vigilância epidemiológica e pesquisas (Pedrazzani, 1990).

A prevenção da hanseníase visa à promoção da saúde e prevenção da doença através da participação social. Essa participação é realizada, dentre outras atividades, com a

capacitação do pessoal de enfermagem e a sensibilização da população como uma forma de desenvolver a auto-responsabilidade e o auto-cuidado do usuário, família e comunidade (Pedrazzani, 1990).

Ao ser diagnosticado um caso novo, o enfermeiro estabelece uma relação efetiva com os usuários ao desempenhar tarefas relevantes, dentro dos princípios de integralidade (Andrade, 1993). O enfermeiro, ao fazer as consultas de enfermagem, durante os tratamentos e acompanhamentos dos usuários, deverá desenvolver uma atitude crítica que permita o aprimoramento de seu conhecimento técnico-científico, que vem sendo adotado nessa área. Nos usuários com reação hansênica, os enfermeiros deverão fazer a prevenção e o tratamento das incapacidades, atuando nos casos que necessitam de intervenção com a execução de técnicas simples, como por exemplo, em caso de neurite em membro superior, mantê-lo em repouso numa tipóia. (Pedrazzani, 1990).

Num estudo realizado com enfermeiros e docentes em enfermagem sobre “a prática do enfermeiro em hanseníase” (Pedrazzani, 1990), a prevenção de incapacidades aparece como um dos itens mais importante na assistência de enfermagem ao doente com hanseníase. No entanto, o mesmo estudo aponta que o enfermeiro atua pouco na prevenção de incapacidade, atuando mais em atividades administrativas. Segundo esse estudo, isso decorre da falta de tempo do profissional em realizar a sua prática. O enfermeiro tem que atuar em outros setores devido ao número reduzido de profissionais, em detrimento do setor de hanseníase, ficando os doentes com o número de avaliações do grau de incapacidade reduzido.

Na prática, observa-se que o médico depende da avaliação do grau de incapacidade, geralmente realizada pelo enfermeiro, para que possa prescrever (aumentar ou diminuir a dose) a medicação para reação. O enfermeiro, devido a sua formação, em geral, tem uma visão mais holística do portador de hanseníase. Portanto, além do exame físico

verifica através da realização de algumas perguntas se está ocorrendo reação hansênica ou efeito colateral de alguma medicação. Além disso, orienta sobre auto-cuidado, prevenção de incapacidades, redução de atividades físicas, e realiza encaminhamentos para profissionais especializados, tais como dermatologista e terapeuta ocupacional. Devido a sua formação generalista, o enfermeiro verifica a necessidade de encaminhar o doente para outras clínicas quando necessário, por exemplo, se apresentar hipertensão ou diabetes encaminha-o para que faça tratamento nos respectivos programas existentes nas Unidades Básicas de Saúde. O enfermeiro também realiza atividades com os contatos e comunidade, como por exemplo, fazer exame de suspeição de hanseníase e fazer sala de espera, no entanto, essas atividades não são objeto deste estudo (Chaves, 1997).

Na área administrativa, o enfermeiro atua na gerência da assistência de enfermagem, em nível local, e na gerência e coordenação do programa de controle da hanseníase. Além desta, deve atuar contribuindo para a vigilância epidemiológica realizada através das atividades de controle do programa da hanseníase, e é feita desde a unidade básica até o nível central.

Quando realizam pesquisas, enfermeiro tem produzido novos conhecimentos e desenvolvido a análise crítica quanto aos problemas relacionados à profissão e à doença (DUQUE et al., 2006; CHAVES, 1997; LOBATO, 1989).

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo epidemiológico observacional, do tipo coorte não concorrente. Este método foi escolhido, pois se trata de uma situação em que os participantes (usuários com hanseníase) foram selecionados quanto à exposição de interesse (reação hansênica) de maneira não-concorrente, através de fontes secundárias. (Coeli e Faerstein, 2002).

Este estudo é chamado de coorte não concorrente, retrospectivo ou histórico, em função da relação temporal entre o início do estudo (coleta das informações) e a ocorrência do desfecho. Neste estudo, tanto a exposição como o desfecho já ocorreram antes do início do estudo (Coeli e Faerstein, 2002), ou seja, a doença, a reação hansênica e o tratamento já ocorreram antes do início deste estudo.

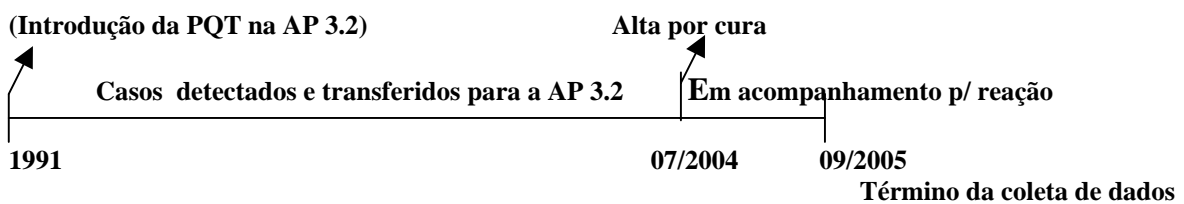
4.1 População de estudo

A população do estudo foi constituída por todos os 880 usuários inscritos no Programa de Controle da Hanseníase, nas unidades básicas de saúde da Área de Planejamento (AP) 3.2 do Município do Rio de Janeiro, que iniciaram tratamento em janeiro de 1991 e receberam alta até julho de 2004. Essa coorte foi escolhida (1991 – 2004), pois a introdução da poliquimioterapia, em 1991, foi um marco no tratamento da hanseníase no município do Rio de Janeiro. A partir de então, ocorreram várias mudanças no Programa de Controle da Hanseníase, tanto na estrutura e organização do programa, como também na postura dos profissionais frente à doença. Esses tiveram que passar a acreditar, a partir de evidências científicas, que uma doença crônica que praticamente deixava as pessoas mutiladas, passou a ter cura, com um tratamento em tempo reduzido se comparado com o período de tratamento anterior.

Os prontuários utilizados para coleta de dados foram dos usuários que terminaram o tratamento até o mês de julho de 2004, para dar a possibilidade de coleta de informações até setembro de 2005, de usuários com reação hansênica após o término da poliquimioterapia .

Como critérios de inclusão, estabeleceram-se os inscritos como caso detectado de hanseníase e os usuários portadores de hanseníase transferidos para essa AP a partir de janeiro de 1991.

Prontuários utilizados na coleta de dados



Foram excluídos do estudo: os usuários que foram a óbito, e àqueles que abandonaram o tratamento ou foram transferidos para outros locais de tratamento, pois não houve como acompanhá-los durante e após o tratamento. Foram também excluídos os casos antigos, que fizeram monoterapia, pois, quando ocorreu a passagem do esquema de tratamento antigo para a poliquimioterapia, em 1991, muitos usuários já apresentavam seqüelas físicas, sendo difícil avaliar o aparecimento de novas incapacidades com o novo tratamento. No total foram excluídos 213 prontuários. Portanto, este estudo considerou para fins de análise dados de 667 usuários portadores de hanseníase no período especificado.

4.2 Local de Estudo

A Área de Planejamento (AP.) 3.2, tem aproximadamente 500.000 habitantes, 11 favelas, e a renda média do chefe de família por bairro é de aproximadamente R\$ 290,00 na favela e de R\$ 2000,00 de chefe de família morador no asfalto (IBGE, 2002). Essa área foi escolhida, pois apesar de se localizar na Zona suburbana, possui algumas características

semelhantes a Zona Sul e outras semelhantes a Zona Suburbana, como pode-se verificar na tabela abaixo:

Tabela - Comparação entre Três Áreas de Planejamento do Município do Rio de Janeiro

Características	AP 2.1 (Zona Sul)	AP 3.2 (Subúrbio)	AP 5.1 (Subúrbio)
População	634.843	541.892	632.566
Área	43 Km ²	44 Km ²	323 Km ²
Unidades Hospitalares	11	4	1
PAM	1	2	1
Unidades Básicas	4	5	7
Renda Familiar do Asfalto	R\$ 5.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 828,75
Renda Familiar da Favela	R\$ 358,94	R\$ 290,80	R\$ 358,91

Fonte: IBGE – Censo do ano 2000

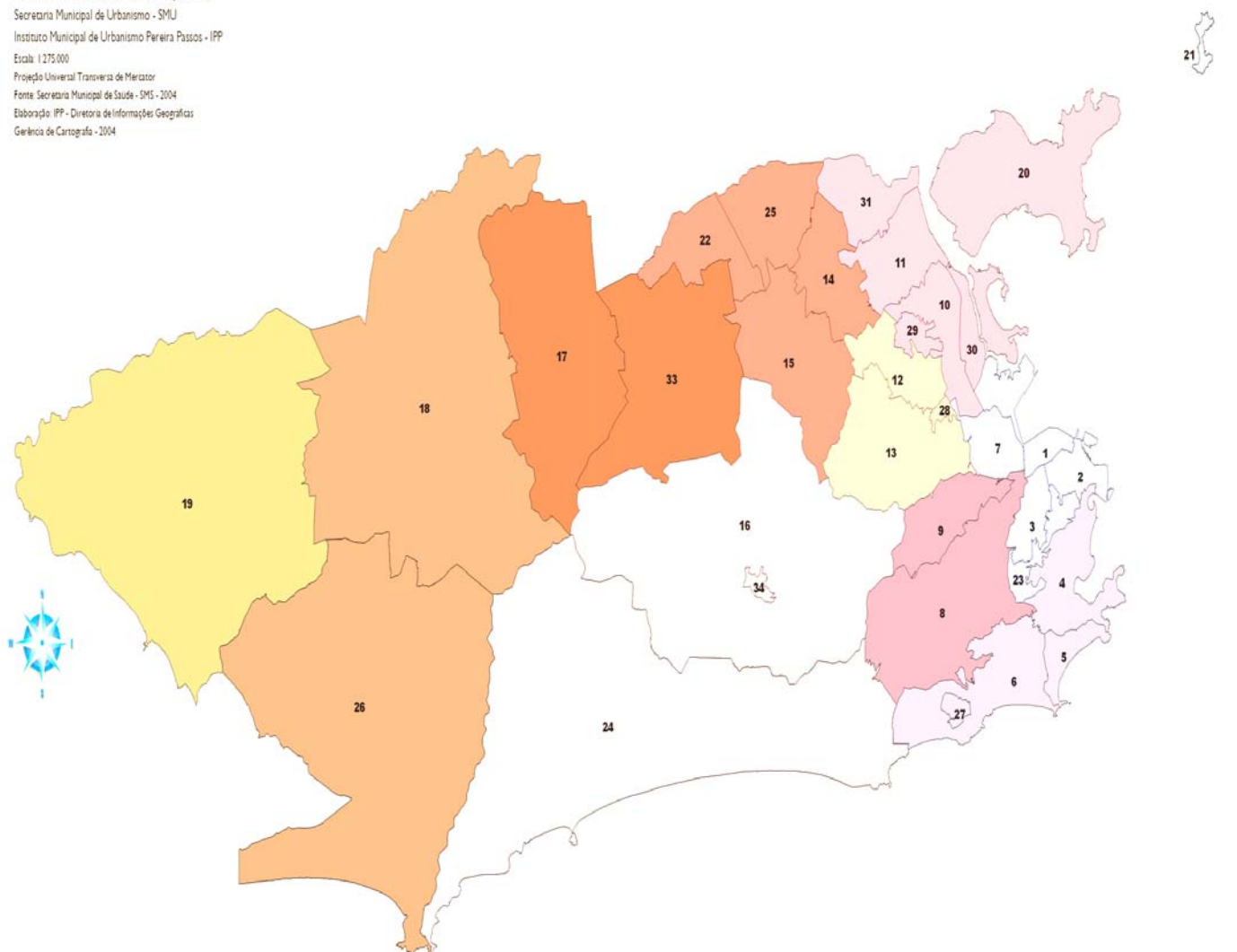
Como se pode observar na tabela 1 (acima), a área tanto da AP 2.1 como da AP 3.2 é respectivamente de 43 Km² e de 44 Km². O número de habitantes é semelhante nas três áreas. A renda família da AP 3.2 é aproximadamente a metade da AP 2.1 e o dobro da AP 5.1. O número de unidade de saúde são diferenciadas a AP 2.1 possui 16, a AP 3.2 possui 11 e AP 5.1, 9. Por todas essa características apresentadas acredito que a AP 3.2 possa representar o município do Rio de Janeiro, neste estudo.

Em termos da organização da saúde, é composta pela XII e XIII Regiões Administrativas (RA). A XII RA possui os seguintes bairros: Engenho da Rainha, Inhaúma, Del Castilho, Higienópolis, Maria da Graça, Tomás Coelho e Jacarezinho. Nessa RA, está localizado o Centro Municipal de Saúde (CMS) Ariadne Lopes de Menezes, no Engenho da Rainha, e o Posto de Saúde Dr. Renato Rocco, localizado no Jacaré. A XIII RA abrange os seguintes bairros: Engenho de Dentro, Méier, Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho Novo, Lins, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier e

Todos os Santos. Essa RA possui as seguintes unidades básicas de saúde: o Centro Municipal de Saúde (CMS) Milton Fontes Magarão, localizado no Engenho de Dentro; o Posto de Saúde (PS) Eduardo Vilhena Leite, localizado em Pilares, e o PS Carlos Gentile de Melo, no bairro Lins de Vasconcelos.

Áreas de Planejamento de Saúde (AP's) e Regiões Administrativas - 2004

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Urbanismo - SMU
Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos - IPP
Escala: 1:275.000
Projeção Universal Transversa de Mercator
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SMS - 2004
Elaboração: IPP - Diretoria de Informações Geográficas
Gerência de Cartografia - 2004



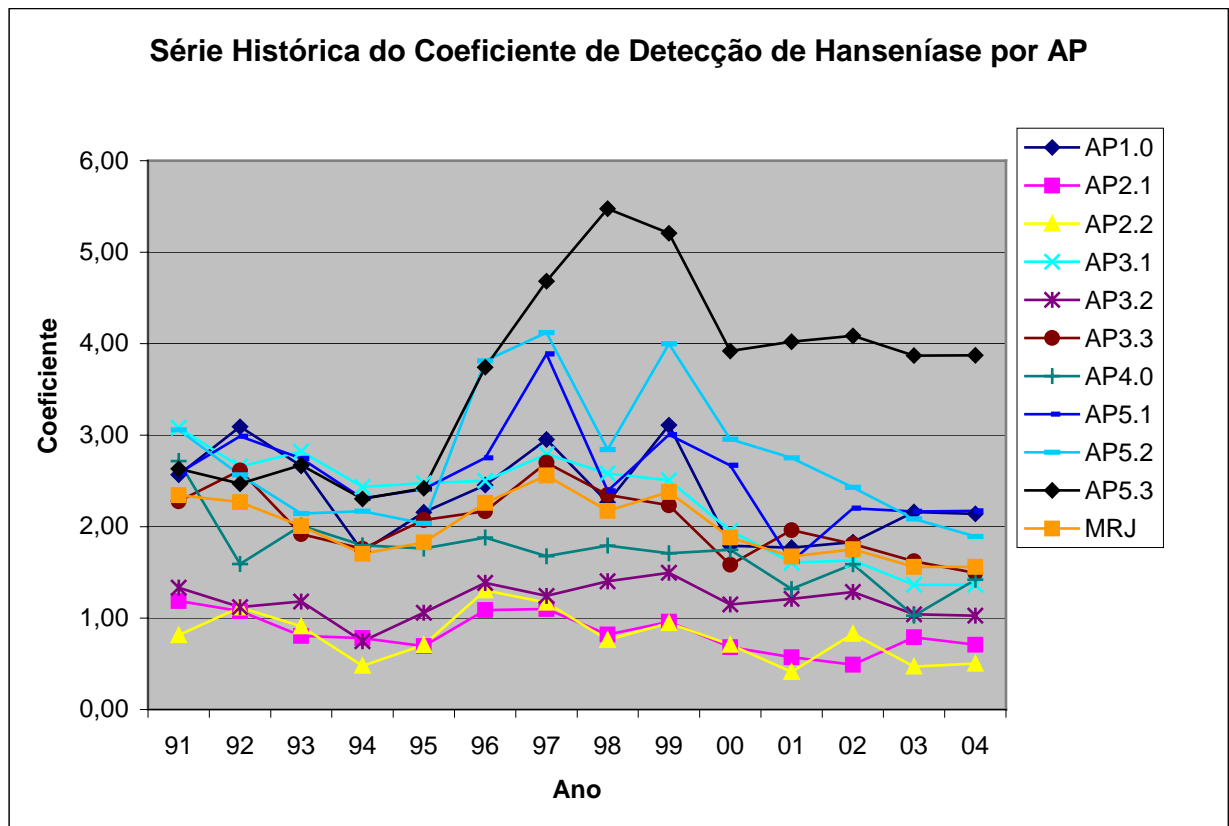
- | | | |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. I - Portuária | 12. XII - Inhaúma | 23. XXIII - Santa Teresa |
| 2. II - Centro | 13. XIII - Méier | 24. XXIV - Barra da Tijuca |
| 3. III - Rio Comprido | 14. XIV - Irajá | 25. XXV - Pavuna |
| 4. IV - Botafogo | 15. XV - Madureira | 26. XXVI - Guaratiba |
| 5. V - Copacabana | 16. XVI - Jicarepaguá | 27. XXVII - Rocinha |
| 6. VI - Lagaos | 17. XVII - Bangu | 28. XXVIII - Jacarezinho |
| 7. VII - São Cristóvão | 18. XVIII - Campo Grande | 29. XXIX - Complexo do Alemão |
| 8. VIII - Tijuca | 19. XIX - Santa Cruz | 30. XXX - Maré |
| 9. IX - Vila Isabel | 20. XX - Ilha do Governador | 31. XXXI - Vigário Geral |



A AP.3.2, além dos dois CMS e dos três postos de saúde, dispõe de três hospitais: o Hospital de Reabilitação (local de referência para terapia ocupacional), para onde são encaminhados usuários em reação hansênica, que necessitam de tratamento especializado como: confecção de calha gessada ou palmilhas, além de exercícios específicos para recuperar alguma incapacidade, que não tenha sido recuperado na unidade básica; o Hospital Piedade referência para internação de usuários que necessitam do setor de D.I.P. (Doenças Infecto-parasitárias) e o Hospital Municipal Salgado Filho, responsável pelo atendimento de grandes emergências. Além disso, na mesma área existem dois Postos de Atendimento Médico (PAM): Rodolpho Rocco e César Pernetá, aos quais são encaminhados usuários que necessitam de atendimento em clínicas que não têm na unidade como ortopedia e endocrinologia.

A Área de Planejamento 3.2 apresenta coeficiente de detecção de hanseníase em torno de 1 caso por 10.000 habitantes. Junto com as APs 2.1. e 2.2, compõem as áreas de menor taxa de detecção, apresentando taxas abaixo da média global do Município do Rio de Janeiro, que se manteve em torno de dois ao longo do período de 1991 a 2004. No entanto, embora as taxas de detecção tenham apresentado decréscimo ao longo dos anos no Município, este fato não pode ser observado na AP 3.2 (gráfico 1).

Gráfico 1



4.3– Fontes de obtenção dos dados

Os dados foram coletados nos 667 prontuários dos usuários que começaram o tratamento para hanseníase desde 1991. Os prontuários contêm: ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)- anexo 5, ficha de Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações (Anexo 4), e folha de evolução. Apesar de o SINAN ter sido implementado apenas a partir de 1997, já havia as fichas de notificação antes dessa época, que eram preenchidas pelos funcionários do setor, pois assim era exigido pela gerência do programa de controle da hanseníase. Entretanto, algumas fichas do SINAN estavam incompletas, principalmente no campo destinado ao resultado da baciloscopia. Além disso, a ficha do SINAN não dispõe de informação sobre profissão, prejudicando a obtenção dessa informação; algumas vezes conseguiu-se resgatar essa informação através da leitura do prontuário. Como a ficha do SINAN contém somente dados iniciais sobre a doença, as informações sobre as reações hansênicas tiveram que ser colhidas através da leitura dos

prontuários. Alguns prontuários só tinham informações sobre as medicações utilizadas para as reações, ou seja, não tinham a descrição dos sinais e sintomas das reações apresentadas pelos usuários, e em outros as informações estavam incompletas, prejudicando a coleta de dados. Por isso, as tabelas que contêm dados sobre as reações, a população (n) é diferente.

Para a realização deste estudo, foi elaborado um instrumento para a coleta de dados (Anexo 6), com as variáveis de interesse obtidas dos prontuários. O instrumento constou de: características sócio-demográficas dos usuários: idade, sexo, profissão, escolaridade, estado civil; características clínicas: forma clínica, grau de incapacidade inicial, baciloscopia inicial e tratamento; características da reação hansênica: tipo de reação, início da reação, período de aparecimento da reação, número de reações, tratamento instituído, quantidade de consultas de enfermagem realizadas durante a reação, alteração do grau de incapacidade, existência de licença médica e aposentadoria pela reação hansênica.

Os dados foram coletados no período de junho a setembro de 2005 pela autora da pesquisa e por duas auxiliares treinadas para realizar a coleta. Este treinamento foi feito no local de cada coleta, através da leitura e anotações das informações em formulários amplamente discutidos item por item.

4.4 Tratamento das variáveis do estudo

As profissões foram agrupadas segundo a Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIO-88):**

- Grupo da Administração Pública Direta: funcionário público, militar, guarda municipal.
- Grupo Profissionais das Ciências Biológicas, Físicas, Químicas e de Engenharia: analista de sistema, contador, engenheiro, odontólogo.

- Grupo de Profissionais de Ensino: professor.
- Grupo de Especialistas em Organização e Administração de Empresas e afins: administrador, advogado, arquivista, empresário.
- Grupo de Técnicos e Profissionais de Nível Médio das Ciências Biológica, Físicas e Química; e de Engenharia e afins: aeroviário, auxiliar de procuradoria, técnico de informática, segurança, técnico postal, auxiliar de tesouraria, digitador, eletricitista, desenhista, metalúrgico, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, protético, técnico de contabilidade, supervisor, soldador, técnico de Raio X, técnico de eletrônica, artífice de manutenção, auxiliar de manutenção.
- Grupo de Trabalhadores de Escritório de nível médio: assistente administrativo, auxiliar de escritório.
- Grupo de Trabalhadores de Serviços Pessoais e de Serviço de Proteção: vendedores de comércio e mercado, balconista, cabeleireiro, carpinteiro, cobrador, comerciário, confeitiro, costureira, cozinheiro, diarista, doméstica, doceira, entregador, faxineira, garçom, jornaleiro, servente, serviços gerais, lavadeira, lavrador, manicure, marceneiro, mecânico, merendeira, montador, motorista, operadora de caixa, passadeira, pedreiro, pintor, porteiro, serralheiro, vigilante, zelador.

4.5. Tratamento estatístico dos dados

Os dados obtidos nos prontuários foram digitados através do software Epi-Info (versão 2002). Foram realizadas análises descritivas de variáveis clínicas e epidemiológicas com as suas respectivas frequências. Diferenças de frequências foram avaliadas pelo teste qui-quadrado e comparação entre média pelo teste t-Student considerando-se o $p < 0,05$ como significância estatística.

4.6. Aspectos Éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro e aprovado (Parecer N° 038/05) em 05 de julho de 2005. No estudo, os usuários não foram identificados no instrumento, somente foi utilizado o número dos prontuários, para simples conferência de dados.

5 RESULTADOS

Foram estudados 667 casos de portadores de hanseníase em Unidades Básicas de Saúde da Área de Planejamento 3.2 do Município do Rio de Janeiro, sobre os aspectos: sócios demográficos e clínicos, no período de janeiro de 1991 a julho de 2004.

Tabela 1 – Características sócio-demográficas dos portadores de hanseníase das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Área de Planejamento(AP) 3.2., Município do Rio de Janeiro, 1991 a 2004 (n=667).

Características sócio-demográficas	n	%
Sexo		
Masculino	318	47,7
Feminino	349	52,3
Faixa etária (anos)		
05 – 14	24	3,6
15 – 24	60	9,0
25 – 34	90	13,6
35– 44	139	21,0
45 – 54	110	16,6
55 – 64	98	14,8
65 - 74	94	14,1
75 e mais	52	7,8
Escolaridade		
Analfabeto	52	7,8
De 1 a 3 anos	281	42,1
De 4 a 7 anos	250	37,4
De 8 a 11anos	41	6,1
Acima de 11 anos	2	0,3
Não informado	38	5,7
Não se aplica (fora da idade Escolar)	3	0,4
Situação conjugal		
Casado união livre	357	53,7
Solteiro	158	23,8
Viúvo, divorciado ou desquitado	78	11,8
Não informado	61	9,2
Não se aplica (crianças)	11	1,7
Profissão		
Aposentado	74	11,1
Desempregado	2	0,3
Do Lar	93	13,9
Estudante	44	6,5
Profissional da Administração Pública Direta	18	2,7
Profissional C. Biológicas, Físicas, Químicas e de Engenharia	6	0,8
Profissional de Ensino Superior	3	0,4
Especialista em Organ. e Administr.de Empresas e afins	6	0,8
Téc.n e Prof. Nível Médio C.Biol., Fís e Quím.,Eng e afins	91	13,6
Trabalhador de Escritório	2	0,3
Trabalhador de Serviços Pessoais e de Serviço de Proteção	236	35,4
Não informado	184	27,5

A avaliação do perfil dos usuários portadores de hanseníase, acompanhados nas unidades básicas de saúde da AP 3.2, mostrou que 52% eram do sexo feminino; 37,6% tinham entre 35 e 54 anos de idade; 75,8% tinham menos de oito anos de escolaridade; 53,7% eram casados; e 35,4% pertenciam ao grupo de Trabalhadores de Serviços Pessoais e de Serviço de Proteção. Destaca-se, ainda, nos dados apresentados, a ausência de informações nas variáveis da escolaridade: 5,7%; situação conjugal: 9,2%; e profissão: 27,5%.

É importante observar que 3,6% dos portadores de hanseníase estão na faixa etária entre 05 e 14 anos de idade. Este dado é preocupante, já que existe a possibilidade da ocorrência de incapacidade física, se este grupo não tiver um bom acompanhamento de um profissional de saúde habilitado.

Tabela 2 – Distribuição dos portadores de hanseníase, segundo características clínicas por sexo, acompanhados nas UBS da AP 3.2, Município do Rio de Janeiro, 1991 a 2004.

Características clínicas	Masculino n = 318		Feminino n = 349		Total n = 667	
	n	%	n	%	n	%
Forma clínica						
Indeterminada	49	15,4	67	19,2	116	17,1
Tuberculóide	82	25,8	138	39,5	220	33,1
Dimorfa	99	31,1	101	28,9	200	30,1
Virchowiana	88	27,7	43	12,4	131	19,7
						p < 0,0001
Baciloscopia*						
Positiva	101	31,7	53	15,2	154	23,2
Negativa	160	50,3	224	65,2	384	57,9
Não informada	57	18,0	72	19,6	129	18,3
						p < 0,0001
Grau de incapacidade*						
Zero	213	67,4	264	75,9	480	71,9
Um	66	20,9	55	15,8	121	18,2
Dois	16	5,1	7	2,0	23	3,5
Não informado	21	6,6	22	6,3	43	6,5
						p = 0,0029
Número de doses						
Seis	56	21,8	77	32,9	133	27,1
Doze	78	30,4	78	33,4	156	31,8
Dezoito	7	2,7	5	2,1	12	2,4
Vinte e quatro	116	45,1	74	31,6	190	38,7
						p = 0,0167
Forma de tratamento						
Paucibacilar	120	38,0	177	50,7	298	44,6
Multibacilar	181	57,0	142	40,6	323	48,4
Paucibacilar alternativo	3	0,9	14	4,0	17	2,6
Multibacilar alternativo	12	3,5	13	3,7	24	3,6
ROM	1	0,3	2	0,6	3	0,5
Não informada	1	0,3	1	0,3	2	0,3
						p = 0,0006
Apresentou reação						
Sim	157	49,4	133	38,1	290	43,5
Não	161	50,6	216	61,9	377	56,5
						p = 0,0034

*no início do tratamento

- Excluiu-se as categorias *não informado*

A Tabela 2 apresenta características clínicas dos usuários segundo o sexo. Dos usuários do sexo masculino, 41,2% eram paucibacilares (forma indeterminada e tuberculóide)

e 58,8%) eram multibacilares (formas dimorfa e virchowiana). Entre as mulheres, os percentuais respectivos foram 58,7% e 41,3% ($p < 0,0001$).

Cerca de 58% dos usuários apresentaram baciloscopias negativas e 23% positivas, antes do início do tratamento. Nota-se ainda, uma proporção de 18,3% de exames não realizados/não informados. Em relação à distribuição por gênero, encontrou-se mais freqüentemente baciloscopias positivas entre os homens e negativas entre as mulheres ($p < 0,0001$).

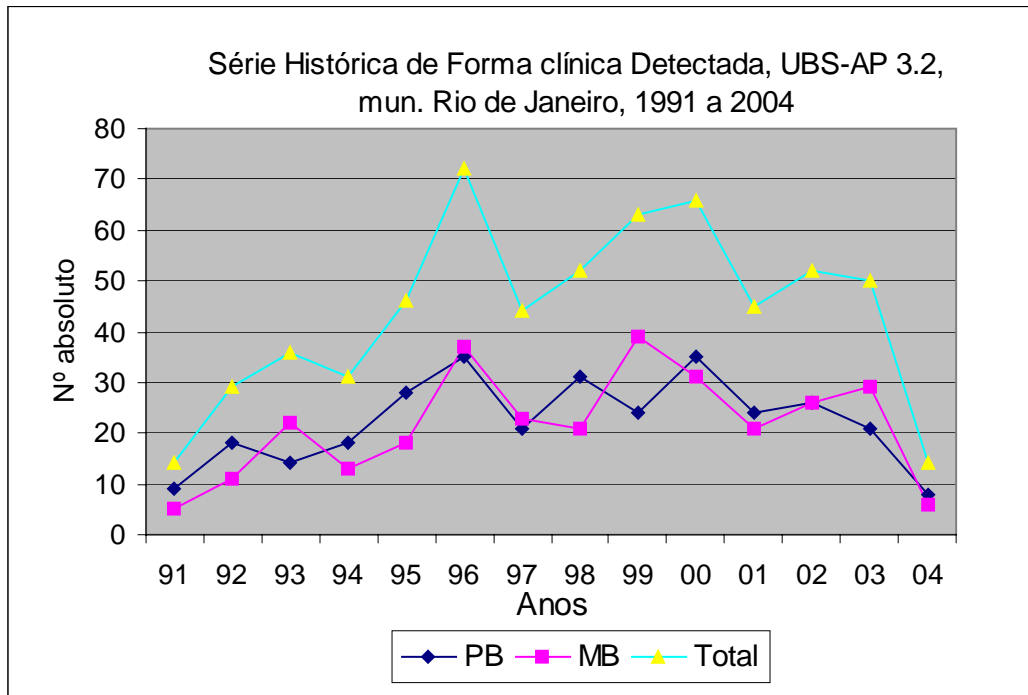
A maioria (71,9%) dos usuários iniciou o tratamento com grau de incapacidade zero, ou seja, sem seqüelas. Entretanto, 18,2% apresentavam grau um e 3,5% já apresentavam grau dois de incapacidade. Entre os homens, comparados às mulheres, identificou-se proporção mais elevada de graus um e dois de incapacidade ($p = 0,0029$).

A maioria dos usuários fez 24 doses (38,7%), seguida de 12 doses (31,8%) e seis doses (27,1%). Entre os homens, foi mais freqüente o tratamento de 24 doses e entre as mulheres seis e doze doses ($p = 0,0167$).

A grande maioria dos usuários fez tratamento paucibacilar ou multibacilar. Identificou-se entre os homens, comparados às mulheres, freqüências mais elevadas de tratamento multibacilar ($p = 0,0006$).

Dos portadores de hanseníase, 43,5% apresentaram reações durante o período de estudo. Manifestaram reações hansênicas ($p = 0,0034$): 49,4% dos homens, e 38,1% das mulheres.

Gráfico - 2



Observa-se no gráfico 2 que o número de casos novos detectados oscilou ao longo dos anos. Os anos nos quais houve o aumento do número de casos novos detectados, ocorreram simultaneamente às campanhas de veiculação dos sinais e sintoma pela mídia.

Na Tabela 3, observa-se que as variáveis: faixa etária, escolaridade, situação conjugal e profissão não estiveram associadas com a ocorrência da reação hansênica na população avaliada.

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo as características clínicas e a presença de reação hansênica, UBS-AP 3.2, Mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004.

Características clínicas	Apresentou reação					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Forma clínica						
Indeterminada	27	9,3	87	23,1	114	17,1
Tuberculoide	43	14,8	178	47,2	221	33,1
Dimorfa	120	41,4	81	21,5	201	30,1
Virchowiana	100	34,5	31	8,2	131	19,6
						p < 0,0001
Baciloscopia*						
Positiva	108	37,2	46	12,3	154	23,2
Negativa	140	48,3	244	65,4	384	57,9
Não informada	42	14,5	87	22,0	128	18,3
						p < 0,0001
Grau de incapacidade*						
Zero	180	62,2	297	79,2	477	71,9
Um	77	26,6	44	11,7	121	18,2
Dois	12	4,2	11	2,9	23	3,5
Não informado	20	6,9	26	6,1	46	6,5
						p < 0,0001
Número de doses						
Seis	70	24,1	250	65,4	320	47,9
Doze	96	33,4	55	14,4	151	22,6
Dezoito	4	1,4	2	0,5	6	1,0
Vinte e quatro	120	41,3	70	20,3	190	28,4
						p < 0,0001

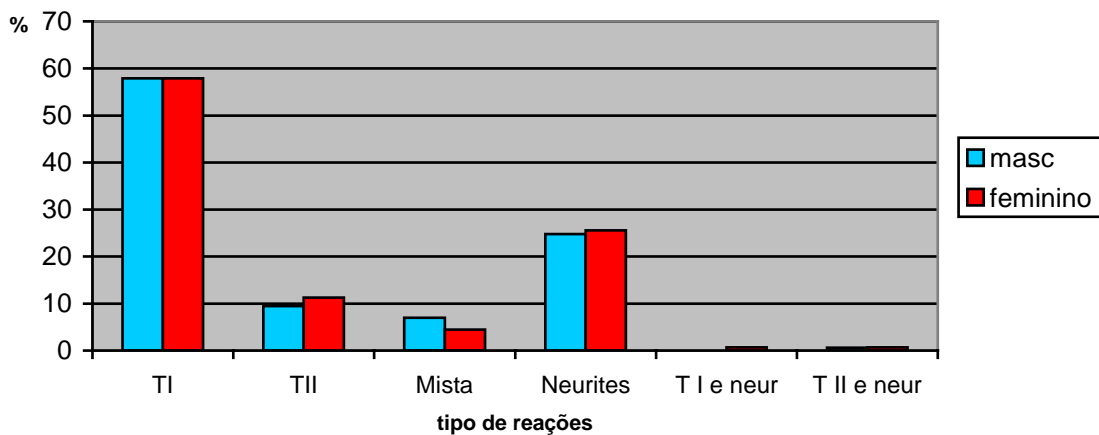
Legenda: * = no início do tratamento

Na tabela 4 observa-se que foram encontrados 114 prontuários em que a forma clínica caracterizada tratava-se da forma Indeterminada. Dos que portadores de hanseníase que apresentaram reações, 27 (9,3%) eram classificados como portadores da forma Indeterminada.

Identificou-se associação entre a forma clínica e a presença de reação, sendo as formas dimorfa e virchowiana mais freqüentes entre os que apresentaram reações do que entre os que não apresentaram ($p < 0,0001$). Além disso, entre os que apresentaram reação identificou-se mais freqüentemente a baciloscopia positiva ($p < 0,0001$), graus de incapacidade mais elevados ($p < 0,0001$) e tratamentos com 12, 18 e 24 doses do que entre os que não apresentaram reações ($p < 0,0001$).

Entre os usuários com diagnóstico de formas multibacilares (dimorfa e virchowiana), 66,3% apresentaram reações durante o período de estudo; entre os paucibacilares (forma tuberculoide), a proporção foi de 20,9%, ou seja, uma razão de 3 : 1.

Gráfico 3 – Distribuição dos usuários segundo tipo de reação hansênica e sexo, UBS-AP 3.2, Mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004



Os tipos de reações foram semelhantes em ambos os sexos, sendo que 57,9% apresentaram a reação tipo I. Os outros tipos de reações foram, respectivamente, para homens e mulheres: tipo 2: 9,5 e 11,3%; mista: 7,0% e 4,5%; neurites: 24,8% e 25,6%; tipo I associado à neurite: 0 e 0,7%; tipo 2 associado à neurite: 0,6% e 0,7% – gráfico 2.

Tabela 5 – Distribuição de doentes conforme a forma clínica e o tipo de reação hansênica em primeiro episódio reacional, UBS-AP 3.2, mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004. (n = 288)

Forma clínica	Tipo de reação								Total	
	I		II		Mista		Neurite			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Indeterminada (erro diagnóstico)	11	40,7	1	3,7	1	3,7	14	51,8	27	9,4
Tuberculóide	24	55,8	0	0,0	0	0,0	19	44,2	43	14,9
Total paucibacilar	35	50,0	1	1,4	1	1,4	33	47,1	70	24,3
Dimorfa	81	68,6	8	4,2	4	2,1	25	21,2	118	41,0
virchowiana	52	52,0	21	21,0	12	12,0	15	15,0	100	34,7
Total multibacilar	133	61,0	29	13,0	16	7,4	40	18,3	218	75,7
Total	168	58,3	30	5,9	17	5,9	73	25,3	288	100,0

p < 0,001

Dos 290 doentes que apresentaram reações, 2 não tinham descrição do tipo de reação, por isso considerou-se n = 288. Assim, dos 288 hansenianos que apresentaram reação 58,3% foram do tipo 1, 5,9% do tipo 2 e mista e 25,3% foram reações do tipo neurite. Das reações, 24,3% eram de doentes paucibacilares e 75,7% multibacilares. Nas formas paucibacilares predominaram a reação tipo 1 (50%), seguido de neurites (47,1%). De forma semelhante, porém com proporções mais elevadas, identificou-se predomínio da reação tipo 1 nos pacientes multibacilares (61%). No entanto, identificou-se frequências mais elevadas de reações tipo 2 e mistas entre multibacilares do que entre as formas paucibacilares. Enquanto 13% dos multibacilares apresentaram reação tipo 2 e 7,4% apresentaram mista, entre os paucibacilares as proporções foram, respectivamente 1,4%. Outro aspecto que merece destaque foi a maior frequência de neurites nas formas paucibacilares (47,1%) comparada às multibacilares (18,3%) – tabela 5.

Tabela 6- Momento do tratamento poliquimioterápico em que o usuário apresentou o primeiro episódio de reação hansênica., UBS-AP 3.2, Mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004

Tipo de reação	Momento do tratamento				Dado não Informado	Total
	Antes	Durante	Após	Durante/ Após		
Tipo I	24	104	20	5	16	169
%	14,3	61,3	11,9	3,0	9,5	100,0
Tipo II	3	19	5	4	0	31
%	10,0	60,0	16,7	13,3	0,0	100,0
Mista	4	11	2	0	0	17
%	23,5	64,7	11,8	0,0	0,0	100,0
Neurite	12	38	16	2	5	73
%	16,4	52,1	21,9	2,7	6,8	100,0
Total	43	172	43	11	21	290
	14,8	59,3	14,8	3,8	7,0	100,0

$p < 0,001$

A tabela 6 informa o momento em que ocorreu a reação hansênica, em relação ao tratamento poliquimioterápico. A reação ocorreu antes, durante, após e durante e após o tratamento.

Embora a maioria dos usuários (59,3%) tenha apresentado as reações durante o tratamento, uma proporção considerável (cerca de 15%) apresentou antes ou após o término do mesmo; uma frequência menor de doentes (3,8%), apresentou reação durante o tratamento e continuou com ocorrência de episódio reacional, mesmo após o término do mesmo. No entanto, 23,5% dos que apresentaram reações do tipo Mista tiveram-nas antes do início do tratamento, comparados a 16,4% dos com neurite, 14,3% dos que tinham reação do tipo 1 e 10% dos que tinham reação do tipo 2. Quando se avalia as frequências de reações após o tratamento, neurite foi mais comum (21,9%), seguido de Tipo 2 (16,7%), Tipo 1 (11,9%) e mista (11,8%) ($p < 0,0001$).

Tabela 7 – Tempo de tratamento em média de meses para o primeiro episódio reacional, conforme o tipo de reação, UBS-AP 3.2, Mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004 (n = 253).

Tipo de reação	Tempo de tratamento (meses)			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Tipo 1	9,9	11,1	1	54
Tipo 2	17,4	18,8	1	72
mista	14,6	13,3	2	50
neurite	10,7	13,1	1	59
Total	13,2	3,3		

p = 0,0214

A média de tratamento para reação hansênica foi de 13,2 meses, sendo que identificou-se diferenças estatisticamente significantes entre o tempo médio de tratamento das reações (p=0,0214). A reação Tipo II teve o maior tempo médio de tratamento (17,4 meses), seguida da reação mista (14,6 meses). Na neurite isolada, a média foi de 10,7 meses e na reação Tipo I, a média foi de 9,9 meses em tratamento.

Tabela 8 – Número de consultas de enfermagem, segundo o tipo de reação (1º episódio reacional), UBS-AP 3.2, Mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004.

Tipos de Reações	Frequência	Número de Consultas				Dado não Informado
		1 a 3	4 a 10	11 a 20	Acima de 20	
I	N=163	55	59	29	8	12
	58,0%	33,7%	36,2%	17,8%	4,9%	7,3%
II	n=28	5	6	7	2	8
	10,0%	17,8%	21,4%	25,0%	7,1%	28,6%
mista	n=17	3	9	5	0	0
	6,0%	17,6%	52,9%	29,4%	0,0%	0,0%
neurite	n=73	26	20	10	3	14
	26,0%	35,6%	27,4%	13,7%	4,1%	19,2%
Total	N=281	89	94	51	13	34
	100,0%	31,6%	33,5%	18,2%	4,7%	12,0%

p<0,001

Na Tabela 8, observa-se que 31,6% dos usuários que apresentaram reação foram acompanhados por até 3 consultas de enfermagem, 33,5% fizeram de 4 a 10, 18,2% de 11 a 20 e apenas 4,7% fizeram mais de 20 consultas de enfermagem. Alguns tipos de reações tiveram acompanhamento mais freqüente por parte dos profissionais de saúde. Por exemplo, foram acompanhados com mais de 20 consultas: 4,9% do tipo 1; 7,1% dos tipo 2, e 4,1% dos usuários com neurites ($p < 0,001$).

Tabela 9 – Tempo de tratamento para reação hansênica e número de consultas de enfermagem, UBS-AP 3.2, Mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004 (n=259).

Tempo de Tratamento (meses)	Número de Consultas											
	Total		1 a 3		4 a 10		11 a 20		20		Não teve consulta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1 a 4	110	100,0	50	45,5	46	41,8	3	2,7	0	0,0	11	10,0
5 a 8	49	100,0	20	40,8	19	38,8	8	16,3	0	0,0	2	4,1
9 a 20	55	100,0	14	25,5	18	32,7	13	23,6	2	3,6	8	14,5
21 a 60	45	100,0	7	15,6	16	35,6	8	17,8	4	8,6	10	22,2
Total	259	100,0	91	35,1	99	38,2	32	12,4	6	2,3%	31	11,9

Na tabela 9 observa-se a relação entre o tempo de tratamento e o número de consultas de enfermagem registradas nos prontuários. Dos 290 usuários que apresentaram reação hansênica, 31 tiveram atendimento, mas não foi possível identificar o profissional de saúde que forneceu a consulta; então para esta tabela consideramos $n = 259$.

Entre usuários em reação que fizeram tratamento por até 4 meses ou de 5 a 8 meses, a maior parte realizou de 1 a 3 consultas, seguido de 4 a 10 consultas. No entanto, identificou-se freqüências mais elevadas de 11 a 20 consultas de enfermagem entre aqueles de 5 a 8 meses de tratamento. Entre aqueles que fizeram tratamento de 9 a 20 ou de 21 a 60 meses encontrou-se proporção mais elevada de 4 a 10 consultas e de mais de 20 consultas. Nota-se, no entanto, proporções consideráveis de prontuários em que não havia registro do

número de consultas, respectivamente, 10%, 4,08%, 14,5% e 22,2% para aqueles que realizaram tratamento de 1 a 4, 5 a 8, 9 a 20 meses e 21 a 60 meses.

Tabela 10 – Número de Consultas de Enfermagem em média de meses oferecidas aos usuários em primeiro episódio reacional, conforme o tipo de reação, UBS-AP 3.2, Mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004.

Tipo de reação	Consultas de Enfermagem			
	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Tipo I	7,3	5,4	1	36
Tipo II	10,4	6,9	1	24
Mista	6,4	4,4	1	25
Neurite	9,6	5,7	3	20

p = 0,002

A maior média de consultas de enfermagem registradas referem-se aos usuários com reação Tipo II (10,4), seguido de das neurites (9,6), das reações Tipo I (7,3) e mistas (6,4) – p=0,002.

Tabela 11 – Distribuição dos usuários segundo o tipo de reação e as complicações em presença do primeiro episódio reacional, UBS-AP 3.2, mun. Rio Janeiro, 1991 a 2004 (n=178).

Tipo de Reação	Frequência	Complicações das Reações			
		Licença médica (aposentadoria)	Seqüelas	Infecção Concomitante	Alteação do grau de incapacidade
I	n=92	21(3)	6	52	13
	51,7%	50,0%	21,4%	61,9%	54,2%
II	n=27	7	6	12	2
	15,2%	16,7%	21,4%	14,3%	8,3%
Mista	n=14	3(1)	3	7	1
	7,9%	7,1%	10,7%	8,3%	4,2%
Neurite	n=36	9(1)	10	9	8
	20,2%	21,4%	35,7%	10,7%	33,3%
Outras	n=9	2	3	4	0
	5,1%	4,8%	10,7%	4,8%	0,0%
Total	n=178	42	28	84	24

Legenda: 3ª coluna () – Representam os usuários que estavam de licença pelo INSS e se aposentaram.

Dos 178 usuários que apresentaram complicações nos episódios reacionais, 42 (24%) necessitaram de licenças médicas em decorrência da doença, 28 (16%) apresentaram seqüelas; 84 (47%) tinham infecção concomitante e 24 (14%) tiveram alteração do grau de incapacidade (Tabela 10).

Dos 42 usuários que tiveram licenças médicas, 50% foram devido às reações do Tipo I, seguido das neurites (21%) e Tipo II (16,7%). Dos 28 usuários que apresentaram seqüelas, 21% foram com reação Tipo I e Tipo II, 36% foram devido à neurite isolada e 11% devido à reação mista.

Dos 84 que apresentaram infecção, 62% foi com reação tipo I, 14% com reação tipo II, 11% com neurite isolada e 8% com reação mista.

A maior parte dos usuários em reação, que tiveram alteração do grau de incapacidade, foi devido a reação Tipo I (54%), seguido dos usuários com neurite isolada (33%) No entanto, essa informação deve ser avaliada com restrições, já que estava ausente em 50,7% dos prontuários.

6 DISCUSSÃO

Verificou-se no estudo, que os usuários classificados em todas as formas de hanseníase podem apresentar episódios reacionais, no entanto, as formas multibacilares (dimorfa e virchowiana) têm maiores riscos de reações.

É importante destacar que dificuldades foram identificadas na classificação dos doentes dentro de uma das formas clínicas da doença, já que se identificaram reações hansênicas entre aqueles portadores da forma Indeterminada. Entretanto, na literatura não existe relato que essa forma clínica possa provocar reação hansênica (Talhari et al, 2006). Nesse caso, o que pode estar ocorrendo são erros na classificação clínica, ou seja, os usuários estariam pertencendo às outras forma clínicas (Tuberculóide, Dimorfa ou Virchowiana). Esse resultado demonstra dificuldades inerentes ao processo de avaliação diagnóstica por parte dos profissionais de saúde.

Identificou-se a reação Tipo I, como aquela que mais frequentemente conduziu usuários ao afastamento por licença médica; entretanto, são as neurites isoladas que mais levam os usuários as seqüelas. Além disso, as reações levaram a longos períodos de tratamento para as reações hansênicas. Embora seja reconhecido o papel do enfermeiro no acompanhamento destas reações, identificou-se percentual considerável de usuários em que não havia nenhum registro deste profissional nos prontuários avaliados.

Embora tenhamos identificado mais usuárias do sexo feminino entre os portadores de hanseníase, foi no sexo masculino que se observou maior proporção de reações hansênicas. Achados semelhantes foram identificados em outro estudo realizado no Brasil (Miranda, 2005). Embora alguns autores não considerem que o sexo seja fator de risco para reação (Becx-Bleumink e Berhe, 1992; Nery, 1998; Manandhar, 1999), nossos achados podem ser explicados pelo fato da maior parte dos usuários do sexo masculino apresentarem as formas clínicas Virchowiana e Dimorfa, ou seja, as formas mais contagiantes e graves da doença. A

razão masculino/feminino para a forma virchowiana foi de 2,3:1, um pouco menor que a encontrada por Miranda (2005) de 2,8:1 e por Gallo et al (1997) que encontraram uma relação de 3,4:1. O sexo masculino apresentou uma relação semelhante ao feminino na forma dimorfa : 1,1:1, um pouco menor do encontrado por Miranda (2005): 1,4:1. Soares et al. (2000) levantou a hipótese do sexo masculino ser mais vulnerável à hanseníase. Este aspecto demonstra diagnóstico e tratamento tardio da doença, já que nessas formas mais avançadas há grande quantidade de bacilos (I Jornada Brasileira De Hansenologia, 2003). De acordo com estudo realizado por Ustianowski e Lockwood (2003) em um hospital de doenças tropicais em Londres, com idosos com reação hanseniana, a ocorrência da reação hanseniana está diretamente relacionada ao diagnóstico tardio.

A concentração de casos nas faixas etárias adultas, identificado em nosso estudo, também já foi apontado em outros estudos (Nery, 1995; Gallo, 2000; Miranda, 2005). Segundo Nery (1995), os adultos têm uma vida mais ativa, estando mais expostos ao bacilo (Soares et al., 2000). Em nosso estudo, semelhante ao encontrado por Miranda (2005), identificou-se percentual relativamente baixo de hanseníase entre crianças (3,6%), indicando que está havendo a detecção de casos de hanseníase e um certo controle epidemiológico da doença. No entanto, a presença da doença entre crianças indica endemia presente, pois a criança, por estar mais restrita ao lar, irá adquirir o bacilo de um adulto com a forma contagiante, sem tratamento, dentro da sua residência (Queiroz e Puntel, 1997).

A grande maioria dos portadores de hanseníase apresentavam baixo nível de escolaridade e profissões que exigem baixo nível de qualificação; variáveis que indicam baixo nível socioeconômico dessa população. A hanseníase é reconhecidamente uma doença típica da pobreza e de países não desenvolvidos (Queiroz & Puntel, 1997). Aspectos ligados às más condições de vida, tais como aglomeração, diagnóstico tardio, falta de acesso aos serviços de saúde podem favorecer a disseminação da doença.

Nosso estudo evidenciou 66,3% de reação entre usuários com a forma multibacilar da hanseníase, proporção bastante semelhante a apresentada por Miranda (2005), de 61,6%. No entanto, essa proporção foi menor do que a apresentada por Nery (1995), que identificou 80,7% de reações hansênicas em usuários multibacilares em tratamento poliquimioterápico. Esta diferença pode ser explicada pelo local onde foi realizado esse último estudo, ou seja, em um ambulatório de referência para atendimento de hanseníase, para todo estado do Rio de Janeiro; ele recebe maior número de pessoas em estágio mais avançado da doença, geralmente com história de diagnóstico tardio (Nery, 1995).

A reação tipo I foi a mais freqüentemente relatada (61%) entre os doentes multibacilares que apresentaram reação, seguido das reações tipo II (13%). No Brasil, Nery (1998) encontrou 31% de episódios reacionais do tipo II entre os MB. Mas em outros países a freqüência de reações foi semelhante ou inferior ao encontrado em nosso estudo. Por exemplo, no Nepal, 19% (Manandhar, 1999), na Tailândia, 12% (Schereuder, 1998), na Etiópia, 5% (Becx-Bleumink, 1992) e 5,3% (Saunderson, 2000).

Entre os doentes classificados como paucibacilares, 20,9% apresentaram reações. Neste grupo a reação Tipo I também foi a mais freqüentemente relatada (50%), seguido pelas neurites isoladas (47%). Estas reações preocupam em especial por apresentarem grande risco de seqüelas, se não obtiverem uma assistência adequada.

Nosso estudo identificou que a reação tipo I foi a mais freqüente entre os usuários avaliados, ou seja, 25% de todos os portadores de hanseníase apresentaram este tipo de reação, sendo que a mesma correspondeu a 58% das reações identificadas. Um estudo desenvolvido na Etiópia, onde foram acompanhados por cinco anos 594 usuários, observou que 16,5% apresentaram reação do Tipo I (Saunderson, 2000). Na Índia, Lockwood et al., (1993) encontraram 10,9% de reações do Tipo I. No Congo Belga, Liendhardt (1994) observou 47,5% de freqüência de reações do Tipo I; em 1995, (Nery) ao avaliar 169 usuários

MB, encontrou 42% de usuários que apresentaram reação Tipo I. Neste estudo, semelhante a Nery, dos 332 usuários com a forma MB, identificamos 40% de usuários com reação tipo I.

Entre os usuários do nosso estudo que apresentaram reação, 37,2% tiveram baciloscopia positiva, entre os que não apresentaram reação, a proporção foi de 12,3%. Resultados semelhantes foram identificados por Miranda (2005) e por Gallo (2000), ratificando a relação entre quantidade de bacilos e reação hansênica. Esses resultados confirmam as análises multivariadas realizadas por Sauderson (2000) e Manandhar (1999), ao considerarem a presença de índices baciloscópicos elevados como fator de risco para reações.

Dos 169 usuários que tiveram complicações devido às reações hansênicas, 24 (14,2%) tiveram piora do grau de incapacidade, entretanto esta análise e discussão ficaram prejudicadas pela quantidade de dado não informado (50,7%) os prontuários avaliados. No entanto, no estudo de Pimentel (1998), dos 69,9% dos usuários que tiveram reação hansênica, 8,7% pioraram o grau de incapacidade, confirmando com certa reserva os dados apresentados.

Dos 68 usuários que apresentaram neurites isoladas, 52% estavam em tratamento poliquimioterápico (PQT) e 22% apresentaram neurites somente após o término da PQT. Estes resultados são diferentes de outro estudo realizado, no Brasil, em uma área endêmica, com 103 usuários MB, com período de seguimento de 65 meses (Pimentel, M.I., et al., 2005), quando foi encontrado 34% dos usuários com neurite durante tratamento PQT e 45% de usuários com este mesmo tipo de reação após a PQT. Esses estudos, apesar de apresentarem resultados diferentes, demonstram a importância que se deve dar ao exame neurológico através de seguimento após a alta por cura, principalmente nos usuários da forma multibacilar (MB), (Pimentel, M.I., et al., 2005).

A média de meses para o tratamento da reação hansênica foi de 13,2 meses e, no caso das reações Tipo II, a média identificada foi de 17 meses em tratamento. É importante destacar que para o cálculo do fornecimento da talidomida, se utiliza nos serviços da saúde a

média de 5 meses de tratamento. Este cálculo subestima o tempo de tratamento identificado em nosso estudo, mostrando que poderis haver falta da medicação nas unidades de saúde avaliadas.

O usuário com reação Tipo II recebe em média maior número de consultas de enfermagem (10,2), já que fica em média maior tempo em tratamento para reação hansênica (17,4 meses). Os usuários com neurite isolada recebem em média 9,6 consultas de enfermagem, para um tempo de tratamento em média de 10,7 meses, ou seja, aproximadamente uma consulta por mês; provavelmente devido a neurite favorecer o aparecimento de seqüelas, o profissional de enfermagem fique mais atento para as consultas.

Conforme demonstrou o estudo, uma grande parte dos doentes com reação hansênica receberam somente de uma a três consultas de enfermagem, facilitando o advento da não percepção da instalação da incapacidade física. Além disso, há uma incoerência no número de consultas de enfermagem oferecidas aos usuários em tratamento para reação hansênica. Enquanto muitos usuários recebem até duas consultas por mês, outros com tempo de tratamento maior para reação, não recebem nenhuma consulta. Isso demonstra uma falta de planejamento no serviço, embora já tenha sido relatado a ênfase que as enfermeiras dão à importância da consulta de enfermagem no acompanhamento dos portadores de hanseníase (Pedrazzani,1990).

Neste estudo, verificamos que a reação Tipo I é a que mais leva os doentes a necessitar de licença médica, pois pioram com o uso da força muscular, e como a maioria dos usuários é prestador de serviço, se não entrasse de licença, não melhoraria da reação; contudo tanto a reação Tipo I como a reação Tipo II, deixam os doentes com seqüelas, demonstrando a importância do diagnóstico e tratamento precoce dessas reações.

Limitações do estudo

Uma das principais limitações do estudo se relaciona ao fato de termos utilizado coleta e análise baseadas em dados secundários. A ausência de informações e às anotações feitas de forma incorreta ou incompleta, que geralmente ocorrem em fontes secundárias, também foram identificadas em nosso estudo. Algumas fichas do SINAN estavam incompletas, principalmente na informação sobre a baciloscopia e acerca de informações sócio-demográficas. Para minimizar esta ausência de informações, recorreu-se aos diversos documentos componentes do prontuário dos usuários.

Outro fator limitante foi à realização do estudo pelo método de coorte retrospectivo, que não permite o acompanhamento direto do doente, o que obrigou a pesquisadora a utilizar dados já informados, sem a possibilidade de recuperar informações, por exemplo, de pessoas tratando por vários meses com prednisona, sem a descrição dos sinais e sintomas da reação, nesse caso, considerou-se a pessoa ainda com o processo reacional. Além disso, não existem fichas de acompanhamento, específicas para reações, nos prontuários, dificultando o acompanhamento do episódio reacional, ou seja, se o usuário apresentar um segundo ou terceiro episódio, o profissional terá que fazer a leitura de todo o prontuário, para saber em que condições ocorreram os episódios reacionais anteriores.

A coleta de dados foi realizada por um longo período de tempo, e durante esse período ocorreram mudanças no programa de controle da hanseníase, como por exemplo, a redução do tempo de tratamento para os multibacilares de 24 para 12 doses e a introdução da ficha do SINAN. Este fato nos fez ainda encontrar usuários em tratamento diferenciados dos utilizados atualmente.

Os dados foram coletados até o segundo semestre de 2004. Os doentes que terminaram o tratamento até julho desse ano, não tiveram tempo de serem observados como aqueles da data inicial do estudo. Por exemplo, enquanto os doentes que se trataram em

1991 puderam retornar com reação até o ano de 2004; os que se trataram no segundo semestre de 2004, só tiveram oportunidade de retornarem até meados de 2005, quando ocorreu a coleta de dados. É provável que, após a coleta de dados, algumas dessas pessoas que terminaram a poliquimioterapia em 2004, retornem à unidade com reação hansênica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação corroborou achados de outros estudos que demonstraram a magnitude da reação hansênica entre portadores de hanseníase. Demonstrou que a reação pode ocorrer nas formas clínicas tuberculóide, dimorfa e virchowiana: antes, durante ou após a alta do tratamento poliquimioterápico. No entanto, nas formas mais avançadas da doença, ou seja, multibacilar e com baciloscopia positiva, a frequência é mais alta e produz mais seqüelas e incapacidades.

Ainda ocorre erro na classificação da forma clínica da hanseníase, que pode dificultar a identificação do usuário de risco para reação hansênica. Se o doente é classificado como portador da forma indeterminada, não terá reação hansênica.

O reconhecimento clínico precoce dos episódios reacionais traz grandes benefícios para os usuários que tiveram alta por cura ou que estão em tratamento para hanseníase, devido à possibilidade de intervenção terapêutica imediata e adequada, evitando o desenvolvimento de incapacidades físicas e instalação de seqüelas que tanto estigmatizam e complicam a vida do usuário com hanseníase. No entanto, o usuário do serviço de saúde, que terminou o tratamento para hanseníase e tem alta por cura, retorna a unidade quando acredita estar em reação, pois não existe um seguimento para acompanhar esse usuário pós-alta.

Este estudo ainda evidenciou que o sexo masculino tem realizado o tratamento para hanseníase tardiamente, pois tem apresentado às formas mais graves da doença e, conseqüentemente, às reações hansênicas. Estes achados podem auxiliar o Programa de Hanseníase no planejamento de ações mais efetivas para o acolhimento mais precoce dos homens nos serviços de saúde, visando diagnóstico e tratamento oportuno.

A maior parte dos doentes apresentou a reação Tipo I e neurites. Essas reações levam a incapacidades físicas e mesmo assim houve poucas avaliações do grau de incapacidade. Essa função deveria ser priorizada pelo enfermeiro do programa, como

ênfatisado por Pedrazzani (1990), apesar de qualquer membro treinado da equipe poder fazer essa avaliação. No entanto, a formação do enfermeiro, fundamentada no cuidado de saúde no aspecto mais holístico, pode ser mais efetiva no controle das reações e prevenção das incapacidades. Embora tenhamos encontrado, através dos dados obtidos, poucos usuários com seqüelas, esta avaliação ficou prejudicada pelas poucas avaliações de incapacidades identificadas.   necessário, também, que o enfermeiro valorize a realização do grau de incapacidade, reconhecendo a sua importância no controle da reação hansênica. A retirada do enfermeiro do programa para atender outras prioridades da unidade de saúde prejudica o acompanhamento dos usuários em reação hansênica. Os dirigentes das unidades básicas teriam que estar imbuídos da prioridade também que o programa de hanseníase deve ter. Para que isso ocorra, a gerência de dermatologia deveria fazer reuniões com os dirigentes para informar a importância da eliminação da hanseníase no município do Rio de Janeiro.

A maioria dos enfermeiros que entram para o programa de hanseníase apresentam uma deficiência muito grande na teoria e prática da assistência ao portador de hanseníase,. geralmente o enfermeiro faz um treinamento fornecido pela gerência de dermatologia, é portanto, necessário que as faculdades de enfermagem abordem com maior conteúdo teórico e prático sobre hanseníase,. por isso, os enfermeiros já treinados, deveriam fazer atualizações de rotina, pois isso motiva o profissional a prestar melhor assistência.

Nas consultas, adotam-se técnicas simples e condutas de prevenção e tratamento de incapacidades adequadas aos sinais e sintomas do usuário. Os dados apresentados demonstram como é importante conhecer a freq ncia e os fatores que contribuem para o aparecimento da reação hansênica.

O diagnóstico tardio continua sendo um problema para o Programa de Controle da Hanseníase. As campanhas que o Ministério da Saúde realiza junto à média, principalmente na televisão, surtem um grande efeito na população e quando essas campanhas ocorrem, há uma

grande demanda de pessoas com manchas procurando atendimento nas unidades básicas de saúde. Portanto, todos os funcionários das unidades básicas deveriam ter treinamentos para identificarem lesões suspeitas de hanseníase nos usuários para encaminhamento. Seria interessante que as unidades de saúde fossem avaliadas pelo número de usuários examinados dermatologicamente, desse modo o número de prevalência oculta, ou seja, de casos não diagnosticados, diminuiria.

Outros estudos deverão ser realizados em outras áreas de planejamento do município do Rio de Janeiro, para que se possa fazer um diagnóstico da situação da reação hansênica, para planejar e implantar medidas efetivas, adequadas à realidade das unidades básicas. Essas medidas deverão ser avaliadas periodicamente através da vigilância epidemiológica da reação hansênica.

8. SUGESTÕES

Há necessidade que se faça supervisões sistemáticas nas unidades de saúde para orientar os funcionários da importância de completar a ficha do SINAN, pois essa é uma grande fonte de informação. É importante que se tenha uma cópia dessa ficha em cada prontuário para que haja um acompanhamento desse usuário caso ele retorne com reação ou recidiva.

É notável a necessidade de treinamento dos profissionais médicos na área de classificação clínica da hanseníase, para dificultar a realização de classificações errôneas da doença.

É importante que a ocorrência das reações hansênicas sejam notificadas para que o controle mais efetivo possa ser realizado. A alta incidência identificada demonstra a grande possibilidade de incapacidade física permanente. Esse controle pode levar ao planejamento de ações mais efetivas no controle das reações. Estratégias, tais como a inclusão da notificação da reação hansênica como um dos itens de avaliação de produtividade poderiam incentivar os profissionais a ficarem mais atentos ao advento da reação e ter maior responsabilidade no atendimento desses usuários.

Informações adequadas aos usuários também se fazem necessárias. É importante, que o portador de hanseníase conheça exatamente o risco da reação e que aprenda a reconhecer seus sinais e sintomas. Estratégias que estimulem o autocuidado e a avaliação da própria situação de saúde se fazem necessárias. Além disso, que não sejam perdidas oportunidades de avaliação por parte dos profissionais enfermeiros da condição clínica e de incapacidades nas visitas mensais dos usuários às unidades de saúde, é necessário planejar e fazer o seguimento dos usuários em alta por cura, com maior possibilidade de ocorrência de reação hansênica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. **O ser-enfermeiro assistindo ao portador de hanseníase incursão na vivência fenomenológica.** Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.

_____. **A cura como conceito vivido: o ex-sistir das pessoas que se submeteram à poliquimioterapia para tratamento da hanseníase.** Tese de doutorado. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1997

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** Vol. 36. nº. 3. Uberaba. Maio/Junho 2003. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artix&ped=s0037-86822003000300010&t... Acesso em: 17/04/2005.

AZULAY, R. D. **Dermatologia. Micobacterioses.** Cap. 19, p. 174-184, 2 ed., Guanabara Koogan, 1997.

BACCARELLI, R., GARBINO, J.A., JUNIOR, P.R.N, NERY, J.A., STUMP, P., VIRMOND, M. **Diagnóstico e tratamento da neuropatia em hanseníase. Projeto Diretrizes.** Sociedade Brasileira de Hansenologia, 2003.

BECK-BLEUMINCK, M. & BERHE, D. **Occurrence of reactions their diagnosis and management in leprosy patients treated with multidrug therapy experience in the leprosy control program of the All Africa leprosy and Rehabilitation Training Centre (ALERT) in Ethiopia.** Inter. J. Lepr. 60: 173-184. (1992).

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS.** Epidemiologia da Hanseníase. UF: RJ. Modo de Entrada: Caso Novo. Período: Agosto/2003. Disponível em: <http://hansenia.se.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hans/hansw.def>. Acessado em: 24/02/04.

_____, Ministério da Saúde. **SISTEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE** Portal da Saúde Gestão Descentralizada. Brasília, 2003. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=443. Acesso em: 02/07/2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da Hanseníase.** 1ª edição. Brasília. 2002. Série Cadernos de Atenção Básica, nº. 10.

_____, Ministério da Saúde. Portaria n. 817. Dispõe sobre o controle da Hanseníase no Brasil. **Diário Oficial da União,** Brasília, 27 julho 2000.

_____, Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dermatologia Sanitária. Normas Técnicas e Procedimentos para utilização de Poliquimioterapia no Tratamento da Hanseníase.** Brasília, p 1-11, 1990.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro, DNDS/NUTES, p. 16-17, 1989.

CHAVES, A.E.P. **Participação do enfermeiro no programa de controle de hanseníase em centros de saúde : análise de depoimentos.** Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, 1997.

COELI, C. M. & FAERSTEIN, E. Estudos de Coorte. (In: **Medonho et al., Epidemiologia**, Ed. Atheneu), São Paulo, p: 161-173, Atheneu, 2002.

CROFT, R. P., et al. A clinical prediction rule for nerve function impairment in leprosy patients. **Lancet**, n. 355, p. 1603-1606, 2000.

CUNHA, M.G.S., REBELLO, P.B., PENNINI, S.I., SADAHIRO, M. & SCHETTINI, P.M. – **Estados reacionais na hanseníase multibacilar após tratamento poliquimioterápico.** In: IX Congresso da Associação Brasileira de Hansenologia e IV Congresso do Colégio de Hansenologia dos Países Endêmicos, Foz do Iguaçu. Anais... Foz do Iguaçu, 1997. P. 77 – T 171.

DUQUE, P. Ma. C. O. et al.. **Entendendo a Hanseníase como problema de Saúde Pública.** In: BRANDÃO, E. S. et al.. *Enfermagem em Dermatologia - Cuidados Técnico, Dialógico e Solidário.* Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2006. Cap. 8, p. 145.

FOSS, N.T., GOULART, I.M.B., GONÇALVES, H.S.,VIRMOND, M. **Hanseníase: Episódios Reacionais.** Sociedade Brasileira de Hansenologia e Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2003.

GALLO, M.E.N., NERY, J. A. C., ALBUQUERQUE, E.C.A., SIGMORELLI, M. , FILHO,V.F.S. Hanseníase multibacilar: índices baciloscópicos e viabilidade do M. leprae após 24doses da PQT/OMS . **Anais Brasileiro de Dermatologia**, Rio de Janeiro, n.75,v.3, p. 291-297, maio/ jun., 2000.

GALLO, M.E.N., ALVIM, NERY, J. A. C., ALBUQUERQUE, E. C. , Estudo comparativo com dois esquemas poliquimioterápicos (duração fixa) em hanseníase multibacilar. **Hansen. Int.**, n.22, v. 1, p. 5-14, 1997

GOMES, J.M. **O choque na lepra latente.** Citado por: OLIVEIRA, M. L. W., em: A Hanseníase nos Anais Brasileiros de Dermatologia e Syphilografia: 1925-1935. Anais Brasileiros de Dermatologia e Syphilografia: 1925-1935. Anais Brasileiros de Dermatologia, 1995, 70 (5): 473-474

HASTINGS, R. C., **Leprosy - Medicine in the Tropics** . Churchill Livingstone, New York, p.112-128,1985.

INTERNATIONAL CONGRESS OF LEPROSY, Madri, 1953. Report of the committee on classification. International Journal of Leprosy, 1953, 21: 504-516.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo da população do Brasil, 2000.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Projeção da População Residente , por ano, segundo as Áreas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros. Armazém de Dados. Indicadores Sócios demográficos. 2000-2020.** Disponível em: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/index.htm>Livro. Acesso em: 11/06/2004.

I JORNADA BRASILEIRA DE HANSEOLOGIA. Curso Vigilância Epidemiológica da Hanseníase e SINAN. Poços de Caldas. 28/11/2003, 08 h às 12 h.

KATOCH, K.; RAMANATHAN, U. & NATRAJAN, M. Relapses in paucibacillary patients after treatment with three short-term regimens containing rifampicin. **Int. J. Lepr**, n.57, p. 458-464, 1989.

LOBATO, C.S.. O conhecimento do hanseniano sobre hanseníase e a contribuição social do enfermeiro. Dissertação de mestrado. Universidade da Paraíba, 1989.

LIENHARDT, C.; FINE, P.E.M. Type 1 reaction, neuritis and disability in leprosy. What is the current epidemiological situation? **Leprosy Review**, v. 65, p, 9-33, 1994.

LOCKWOOD, D.J.; VINAYAKUMAR, S.; STANLEY, J.N.A.; MCADAM, K.P.W.J. & COLSTON, M.J. **Clinical features and outcome of reversal (Type 1) reactions in Hyderabad**, India. *Int. J. Lepr*, n.61, p. 8-15, 1993.

MAEDA, S.M., ROTTA, O., MICHALANY, N.S., CAMARGO, Z.P., SUNDDERKÖLTER, C., YAMASHITA, J.T., Comparison between anti-PGL-1 serology and Mitsuda reaction: clinical reading, microscopic findings and immunohistochemical analysis. **Leprosy Review**, v.74, 2003.

MAGORA, A.; SAGHER, F.; SHESKIN, J., Motor conduction velocity studies in patients with leprosy reaction treated with thalidomide and other drugs. **International Journal of Leprosy**, v.37, n.4, p, 359-364. 1969

MANANDHAR, R., LEMaster, J.W., ROCHE, P. Risk factors for erythema nodosum leprosum. **International Journal of Leprosy**, v.67, p. 270-278, 1999.

MIRANDA, M. B.S. **Reações Hansênicas: estudo comparativo com esquemas poli-quimioterápicos no Distrito Federal**. 2005. 100 p. Tese de Mestrado. Universidade de Brasília

MOREIRA, T.A. **Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas. História Ciências e Saúde: Manguinho. Hanseníase: longa história de um estigma**. V. 10. Suplemento 1. FIOCRUZ, 291-307, 2003.

NERY, J.A.C. **Reação na Hanseníase: uma descrição epidemiológica**. 1995. 126 p. Tese de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Niterói.

NERY, José A.C., VIEIRA, Leila M.M., MATOS, Haroldo J. de et al. REACTIONAL STATES IN MULTIBACILLARY HANSEN DISEASE PATIENTS DURING MULTIDRUG THERAPY. **Revista: Instituto de Medicina Tropical**. S. Paulo, Nov./Dez. 1998, vol.40, n.6. ISSN 0036-4665.

NORDEEN, S. K., SRINIVASAN, H. Epidemiology of disability in leprosy. A general study of disability among male leprosy patients above fifteen years of age. **International Journal of Leprosy**, v.34, n.2, p.159-169, 1966.

OLIVEIRA, C. R., ALENCAR, M. J. F., SANTANA, S. C., NASCIMENTO, G. F., NETO, S. A. S. **Estudo dos fatores que influenciaram a inadequação do diagnóstico e acompanhamento dos estados reacionais nos usuários com hanseníase no estado de**

Rondônia. Ministério da Saúde. 3ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, 18 a 21 de novembro de 2003: anais /Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

OLIVEIRA, M.L.W., em: A Hanseníase nos Anais Brasileiros de Dermatologia e Syphilografia: 1925-1935 cita Gomes, J. M. O choque na lepra latente . **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.70, n.5, p.473-474, 1995.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIO-88)**. Disponível em: <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/stat/class/isco.htm>. Acessado em 15/ 01/2006.

PANNIKAR, V.; JESUDASAN, K.; VIJAYAKUMARAN, P. e CHRISTIAN, M. Relapse or late reversal reaction? **International Journal of Leprosy**, v.57, n.2, p. 526-528,1989.

PEARSON, J.M.H.E ROSS, W.F.. Nerve involvement in leprosy – pathology, differential and principles of management. **Leprosy Review**, n.46, p.199-212, 1975.

PEDRAZZANI, E.S. **O Ensino e a Prática do Enfermeiro em Hanseníase**. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 1990.

PIMENTEL, M^a.I.F. **Neurites na Hanseníase: significado de parâmetros clínicos e epidemiológicos na indução e agravamento das incapacidades físicas em usuários multibacilares**. Rio de Janeiro, UFRJ, Faculdade de Medicina, 1998.

PIMENTEL, M^a. I. F.; NERY, J. A.C.,BORGES, E. Et al., Neurite silenciosa na hanseníase multibacilar avaliada através da evolução das incapacidades antes, durante e após a poliquimioterapia . **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.79, n.2, p.169-179, 1995 [on line] citado em 05 de julho de 2005. Disponível na World Wade Web: [http:// www.scielo.br/scielo,php? Script=sci_arttext&ped](http://www.scielo.br/scielo,php?Script=sci_arttext&ped).

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Guia de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, 1999.

QUEIROZ, M. de S., PUNTEL, M.A. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1997.

RIDLEY,D.S.; JOPLING, W. H. Classification of Leprosy According to Immunity – A five Group System. **International Journal of Leprosy**, v.54, p.255-273, 1996.

SAMPAIO, E. P., SARNO, E. N., GALILLY, R. COHN, Z. A. E. e KAPLAN, G. Thalidomide selectively innhibits tumor necrosis factor alfa production by stimulated human monocytes. **Journal of Experimental Medicine**, n.177, p.1675-1680, 1993.

SARNO, E.N. **Imunologia da lepra: Mecanismos imunológicos envolvidos na determinação do espectro clínico**. FIOCRUZ. Setor de Hanseníase Rio de Janeiro. 1994, 18 p.

SAUNDERSON, P., GEBRE, S.,BYASS, P..ENL reactions and impairments in the multibaccillary cases of the AMFES cohort in central Ethiopia: incidence and risk factors. **Leprosy Review**, v. 71, p. 318-324, 2000.

SCHREUDER, P. The occurrence of reactions and impairments in leprosy: experience in the leprosy control program of three provinces in northeastern Thailand, 1978-1995. II Reactions. **International Journal of Leprosy**, v. 66, p. 159-169, 1998.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Como reconhecer e tratar reações [adaptado por um grupo de trabalho da Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. Baseado na obra: "How to Recognise and Manage Leprosy Reaction de Paul Sanderson.] Editores: Ana Regina Coelho de Andrade; Linda Faye Lehman; Pieter Aloysius; Maria Schruder; Priscila Leiko Fuzikawa. Belo Horizonte, 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Superintendência de Saúde Coletiva. Coordenação de Programa de Saúde. Programa de Dermatologia Sanitária. Material fornecido para treinamento do pessoal de Nível Médio de Enfermagem na Área de Controle da Hanseníase. **Texto número 3: Imunopatogenia**. Elaborado por: MOREIRA, T. M. A., GARCIA, I. G., NUNES, S. D. N., DORNAS, R., BITTAR, S. F. G., OLIVEIRA, S. C., ANDRADE, M., MALVEIRA, E. A.P.. Rio de Janeiro, Março de 1998.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO . Coordenação de Doenças Transmissíveis . Gerência de Dermatologia Sanitária. Série Histórica do Coeficiente de detecção de hanseníase segundo Área de Planejamento. Município do Rio de Janeiro, 1991 a 2005.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Coordenação de Doenças Transmissíveis . Gerência de Dermatologia Sanitária. Controle de Medicamentos Hansenostáticos, 1991.

SMITH, W.C.S. e PARKHE, S.M. Disability assessment as a measure of progress in leprosy control. **Leprosy Review**, n.57, p.251-259, 1986.

SOARES, L.S.; MOREIRA, R.O.; VILELA, V.V.; ALVES, M.J.M.; PIMENTEL, A.F.M.; FERREIRA, A.P.; TEIXEIRA, H. C.. The impact of multidrug therapy on the epidemiological pattern of leprosy in Juiz de Fora, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, nº 2, p. 343-350, 2000.

SOUZA, L.L., BARROS, M., SCHUJMAN, S. Influência da reação leprótica na evolução da lepra cutânea. **Revista Brasileira de Leprologia**, 4 (nº especial), p.129-131, 1936.

TALHARI, S.; NEVES, R. G.; PENNA, G. O.; OLIVEIRA, M.L. W.. **Hanseníase – Dermatologia Tropical**. 4ª edição, Manaus, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Centro de Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina. Disciplina de Epidemiologia. Indicadores de Saúde 2005. Disponível em: [http://www.nesc.ufrj.Br/cursos/fono/d\)at4indicadores.pdf](http://www.nesc.ufrj.Br/cursos/fono/d)at4indicadores.pdf). Acessado em 26/02/2006.

USTIANOWSKI, A. P. & LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy current diagnostic and treatment approaches. **Curr. Opin. Infect. Dis.**, n.16, v.5, p.421-427, oct.2003.

WADE, H.W. A tuberculoid-like reaction in lepromatous leprosy. **International Journal of Leprosy**, n.23, p.443-446, 1955.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of Leprosy as a Public Health Problem. MDT Frequently Asked Questions. What is the recommended duration of**

treatment? , 2006 . Disponível em: [http:// www.who.int/leprosy/mdtfaq/duration /duration .htm](http://www.who.int/leprosy/mdtfaq/duration/duration.htm). Acessado em 20/06/2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on Leprosy. Sixth Report. WHO Technical report Series. Nº 768. Geneva, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **RESOLUTION WHA 44.9**. Geneva: WHO, 1991

WORLD HEALTH ORGANIZATION EXPERT COMMITTEE ON LEPROSY. **World Health Organization Technical Report Series**, nº 189, 1960.

ZHU, J.; BAI, X. F.; MIX, E. E.; LINK, H.. Cytokine dichotomy in peripheral nervous system influences the outcome of experimental allergic neuritis: dynamics of mRNA expression for IL-1, IL-6, IL-12, TNF- α and cytolisin. **Clinical Immunology and Immunopathology**, v.84,n.1, p.85-94, 1997.

ANEXOS

Reação Tipo I

ATLAS DE DERMATOPATOLOGIA TROPICAL

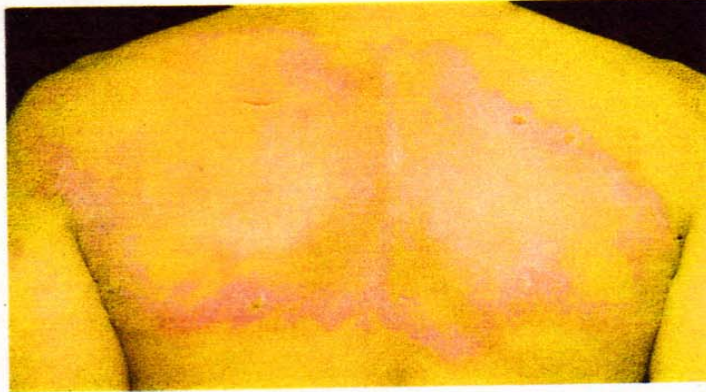


Figura 101. Hanseníase borderline tuberculóide reacional. Colaboração do Prof. Sinésio Talhari.

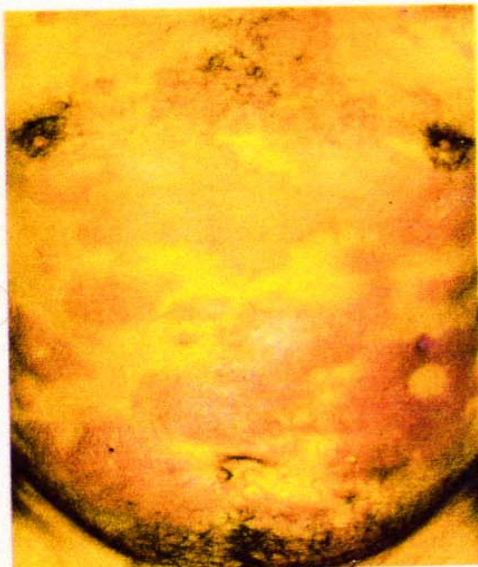


Figura 102. Hanseníase dimorfa reacional - lesões infiltradas, extensas em tronco.



Figura 103. Hanseníase dimorfa reacional - lesões eritemato-infiltradas, em membros inferiores.

ANEXO 2

Reação Tipo I I**28. LEPROMATOUS LEPROSY, LL**

Diffuse thickening of the skin. Multiple nodules of variable size. Loss of eyebrows and eyelashes. BI - 5.

Fonte: Atlas de Dermatologia Tropical
Autor: Sinésio Talhari, 2001

ANEXO 3

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS	CONSTRUÇÃO (*)	UTILIDADE	PARÂMETROS
1. Coeficiente de detecção anual de casos novos, por 10.000 hab.	$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano}}{\text{População total residente em 01/07/ano}} \times 10.000$	Determinar a tendência secular da endemia e medir a intensidade das atividades de detecção dos casos	Hiperendêmico $\geq 4,0/10.000$ hab. Muito Alto 4,0 \rightarrow 1,0/10.000 hab. Alto 2,0 \rightarrow 1,0/10.000 hab. Médio 1,0 \rightarrow 0,2/10.000 hab. Baixo $< 0,2/10.000$ hab.
2. Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos, por 10.000 hab.	$\frac{\text{Casos novos residentes com 0 a 14 anos de idade diagnosticados no ano}}{\text{População residente com idade entre 0 e 14 anos em 01/07/ano}} \times 10.000$	Determinar a tendência secular da endemia	Hiperendêmico $\geq 1,0/10.000$ hab. Muito Alto 1,0 \rightarrow 0,5/10.000 hab. Alto 0,5 \rightarrow 0,25/10.000 hab. Médio 0,25 \rightarrow 0,05/10.000 hab. Baixo $< 0,05/10.000$ hab.
3. Coeficiente de prevalência por 10.000 hab.	$\frac{\text{Casos existentes residentes (em registro ativo) em 31/12/ano}}{\text{População total residente em 31/12/ano}} \times 10.000$	Medir a magnitude da doença	Hiperendêmico $\geq 20,0/10.000$ hab. Muito Alto 20,0 \rightarrow 10,0/10.000 hab. Alto 10,0 \rightarrow 5,0/10.000 hab. Médio 5,0 \rightarrow 1,0/10.000 hab. Baixo $< 1,0/10.000$ hab.
4. Proporção de casos com incapacidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano (**)	$\frac{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física II}}{\text{Casos novos residentes diagnosticados no ano com grau de incapacidade física avaliado}} \times 100$	Estimar a efetividade das atividades para a detecção precoce de casos; estimar a endemia oculta	Alto $> 10\%$ Médio 5 \rightarrow 10% Baixo $< 5\%$
5. Proporção de curados no ano com incapacidades físicas (***)	$\frac{\text{Casos paucibacilares/multibacilares curados no ano com grau de incapacidade II}}{\text{Casos paucibacilares/multibacilares curados no ano com grau de incapacidade avaliado por ocasião da cura}} \times 100$	Avaliar a transcendência da doença. Subsidiar a política de ação para seqüelas. Programar insumos para a prevenção e tratamento das incapacidades pós-alta	Alto $> 10\%$ Médio 10 \rightarrow 5% Baixo $< 5\%$

Fonte: SINAN, SES

* Todos os indicadores devem ser calculados utilizando-se dados de casos residentes, independentemente do local de detecção e tratamento.

** Indicador utilizado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade avaliado (ver indicadores operacionais) for maior ou igual a 75%.

*** Esse indicador deve ser construído separadamente para casos paucibacilares e multibacilares. Deve ser utilizado somente quando o percentual de casos com grau de incapacidade avaliado for maior ou igual a 75%.

ANEXO 4







AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES

Unidade: _____ Município: _____ UF: _____
 Nome: _____ Data Nasc.: _____
 Classificação Operacional: _____ Nº Registro: _____ Ocupação: _____

Face	1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópico (S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade visual						







Membros Superiores	1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
Palpação de Nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						



Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo 						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar 						
Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho 						
Extensão do punho (nervo radial) 						

Legenda: F=forte; D=diminuída; P=paralisado ou 5=forte; 4=Resistência parcial; 3=Movimento completo; 2=Movimento parcial; 1=Contração; 0=Paralisado.


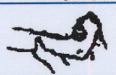
INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
 Garra Móvel: M Garra Rígida: R Reabsorção:  Ferida: 







Membros Inferiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação de Nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						



Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 						

Legenda: F=forte; D=diminuída; P=paralisado ou 5=forte; 4=Resistência parcial; 3=Movimento completo; 2=Movimento parcial; 1=Contração; 0=Paralisado.

INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Garra Móvel: M Garra Rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

Data da Avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	Assinatura
	D	E	D	E	D	E		
Aval. diagnóstico / /								
Aval. de alta / /								

MONOFILAMENTOS

Cor	Gramas
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Vermelho Fechado	4,0
Vermelho Cruzado	10,0
Vermelho Aberto	300,0
Preto	s/resposta

ANEXO 5

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGUARDOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENIASE		
Dados Gerais	1) Tipo de Notificação	2- Individual		2) Data da Notificação		
	3) Município de Notificação			Código (IBGE)		
	4) Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código		
Dados do Caso	5) Agente	HANSENIASE		Código (CID10)	6) Data do Diagnóstico	
	7) Nome do Paciente			A 3 0 9	8) Data de Nascimento	
	9) (ou) Idade	<input type="checkbox"/> D. - dias <input type="checkbox"/> M. - meses <input type="checkbox"/> A. - anos		10) Sexo <input type="checkbox"/> M. - Masculino <input type="checkbox"/> F. - Feminino <input type="checkbox"/> I. - Ignorado	11) Raça/Cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	12) Escolaridade (em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - De 12 ou mais <input type="checkbox"/> 6 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado
	13) Número do Cartão SUS			14) Nome da mãe		
Dados de Residência	15) Logradouro (rua, avenida...)			Código	16) Número	
	17) Complemento (apto., casa...)			18) Ponto de Referência	19) UF	
	20) Município de Residência			Código (IBGE)	Distrito	
	21) Bairro			Código (IBGE)	22) CEP	
	23) DDD/ Telefone	24) Zona <input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Urbana Rural <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		25) País (se residente fora do Brasil)	Código	
Dados Complementares do Caso						
Dados Clínicos	26) Ocupação / Ramo de Atividade Econômica					
	27) Nº de Lesões Cutâneas	28) Nº de Troncos Nervosos Acometidos	29) Forma Clínica		<input type="checkbox"/>	
Acompanhamento	30) Avaliação da Incapacidade no Diagnóstico	1 - Grau Zero 2 - Grau I 3 - Grau II 4 - Grau III 5 - Não Avaliado 9 - Ignorado		31) Classificação Operacional	<input type="checkbox"/>	
	32) Modo de Entrada	1 - Caso Novo 2 - Transferência do Mesmo Município 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Residência 7 - Outros Reagressos 9 - Ignorado				
Dados Lab.	33) Modo de Detecção do Caso Novo	1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado				
	34) Escleroscopia	1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não Realizada 9 - Ignorado				
Tratamento	35) Data do Início do Tratamento	36) Esquema Terapêutico Inicial		1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - PQT/MB/24 doses 4 - ROM 5 - Outros Esq. Alternativos 9 - Ignorado		
	37) Número de Contatos Registrados	38) Doença Relacionada ao Trabalho		<input type="checkbox"/>		
39) Observações:						
Investigador	40) Município/Unidade de Saúde			41) Código da Unit. de Saúde		
	42) Nome	43) Função		44) Assinatura		

Hanseniose CENEPI 03.3 09/11/00

ANEXO 6

Nº do formulário:

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Identificação do prontuário (nº de registro na hanseníase): _____

Bairro: _____

1) Idade: _____ anos

2) Sexo: 1 - masculino () 2 - feminino () 8 - não informado ()

3) Escolaridade (em anos): 1 - analfabeto () 2 - De 1 a 3 ()
 3 - De 4 a 7 () 4 - De 8 a 11 ()
 5 - De 12 a mais () 8 - não informado ()
 9 - não se aplica ()

4) Profissão/ ocupação: _____

5) Estado civil: 1 - casado ou união consensual () 2 - solteiro ()
 3 - desquitado, divorciado ou viúvo () 8 - não informado ()

6) Baciloscopia no início do tratamento:

1 - positiva () 2 - negativa () 8 - não informada ()

6 a) Índice baciloscópico: _____

6 b) Baciloscopia no fim do tratamento:

1 - positiva () 2 - negativa () 8 - não informada ()

6 c) Índice baciloscópico: _____

7) Forma clínica:

1 - Indeterminada () 2 -Tuberculóide () 3 -Dimorfa () 4 - Virchowiana ()
 8 - não informada()

7 a) Houve mudança da classificação da forma clínica durante o tratamento:

1 - Sim () 2 - Não ()

7 aa) Para que forma clínica: 1 - Indeterminada () 2 -Tuberculóide () 3
 -Dimorfa () 4 - Virchowiana () 9 - Não se aplica ()

8)Esquema de tratamento:

1- Paucibacilar() 2 - Multibacilar () 3 - Paucibacilar alternativo()
 4 - Multibacilar alternativo () 5 - ROM 8 - Não informado()

8 a) Houve mudança de esquema de tratamento: 1 - Sim 2 - Não ()

8 b) Mudança de esquema: 1 – Paucibacilar () 2 – Multibacilar ()
 3 – Paucibacilar alternativo () 4 – Multibacilar alternativo () 9 – Não se aplica ()

8 c) Número de doses do tratamento poliquimioterápico:

1 – Seis () 2- Doze () 3 – Vinte e quatro () 4 – Outras ()
 8 – Dado não informado ()

9) Data do início da poliquimioterapia: ___/___/___

9) Data do término da poliquimioterapia: ___/___/___

10) Foi avaliado o grau de incapacidade? 1 () Sim 2 () Não 8 () Não informado

10 a) Categoria profissional que realizou a avaliação: _____

10 b) Grau de incapacidade no início do tratamento:

1 - zero () 2 - um () 3 - dois () 8 – não informado ()

11) Apresentou reação: 1 - Sim () 2 - Não () 8 - Não informado ()

11 a) Em caso positivo, tipo de reação, colocar na lacuna:

1- Tipo 1 2 - Tipo 2 3 - Reações mistas 4 - Neurites puras 8 – Dado não informado()

Tipo:___ 1 Reação: Data do início: Data do término:

Tipo:___ 2 Reação Data do início: Data do término:

Tipo:___ 3 Reação Data do início: Data do término:

Tipo:___ 4 Reação Data do início: Data do término:

Tipo:___ 5 Reação Data do início: Data do término:

11b) A reação ocorreu:

1 - Antes do tratamento poliquimioterápico () 2 - Durante o tratamento ()

3 - Após o tratamento () 4 - Durante e após o tratamento ()

11c) Quanto tempo após o início do tratamento poliquimioterápico iniciou a reação?

___(dias)

11d) Tipo de medicação utilizada na reação:

1- Prednisona () 2 -Talidomida () 3 - Prednisona e talidomida()

4 - Anti inflamatório e ansiolíticos() 5 – Prednisona, anti-inflamatório e ansiolíticos ()

6 – Prednisona, talidomida, anti-inflamatório e ansiolíticos ()

7 - Outras medicações associadas () 8 - não informado()

11e) Tempo que utilizou a medicação para reação de forma contínua:

- 1) _____ meses
- 12) Quantidade de episódios reacionais do mesmo tipo: _____ episódios
- 12 a) Quantidade de episódios reacionais de outros tipos: _____ episódios
- 12 b) Quantidade de episódios reacionais mistos: _____ episódios
- 13) Frequência de grau de incapacidade verificado durante a reação:
- 1 - Uma vez () 2 - Duas vezes () 3 - De três a 5 vezes ()
- 4 – Mais de 5 vezes () 8 – Dado não verificado ()
- 13 a) Profissional que realizou a avaliação do grau de incapacidade durante a reação:
- 1 – Médico () 2 – Enfermeiro () 3 – Terapeuta Ocupacional ()
- 4 – Auxiliar de enfermagem () 5 – Outro
- 14) Alteração do grau de incapacidade:
- 1 - Sim () 2 - Não () 8 () Não informado
- 14 a) Se sim, qual a alteração: 1 – Zero para 1 () 2- Um para dois ()
- 15) Teve consulta/anotações de enfermagem durante a reação:
- 1 – Sim () 2 – Não ()
- 15 a) Número de consultas/anotações realizadas: _____
- 15 b) Recebeu orientações sobre prevenção de incapacidades:
- 1 – Sim () 2 – Não ()
- 15 c) Recebeu orientações sobre o auto-cuidado durante a reação:
- 1 – Sim 2 – Não ()
- 16) Seqüela devido a reação: 1- Sim () 2- Não () 8 - Não informado ()
- 16 a) Foi encaminhado para o Centro de Reabilitação: 1 – Sim () 2 - Não ()
- 17) Apresentou infecção concomitante a reação: 1- Sim () 2 – Não ()
- 17 a) Evoluiu com alguma doença crônica: 1 – Sim () 2 – Não ()
- 17 b) Doença que apresentou: 1 – Hipertensão () 2 – Diabetes ()
- 3 – Doenças renais () 4 – Infertilidade () 5 – Catarata ()
- 6 – Glaucoma () 7 – Outras _____
- 17 c) Ao apresentar alguma doença foi encaminhado para outra clínica:
- 1 – Sim () 2 – Não () 8 – Não informado ()
- 18) Teve licença médica devido a reação hansênica: 1 – sim () 2 – não ()
- 18 a) Quantos períodos de licença: _____

18 b) Duração de cada período de licença: _____(dias)

19) Aposentadoria devido a reação hansênica e suas seqüelas:

1 - Sim()

2 - Não ()

8 - Não informado()

20) Foi a óbito durante a reação: 1 - Sim()

2 - Não ()

20 a) Se sim, motivo do óbito: _____

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)