

Reações Hansênicas Tipo I Diagnosticados no Período de 2010 a 2014 na Unidade Básica de Saúde da Família Albert Sabin no Município de Rolim de Moura – RO

Marcio Ilario da Silva¹
Quezia da Silva dos Anjos²
Ivonilde Leal³

RESUMO: Esta pesquisa tem como objetivo verificar a prevalência das reações hansênicas tipo I que ocorreram com maior frequência, a partir das informações encontradas nos prontuários dos pacientes atendidos nos anos de 2010 a 2014 na Unidade Básica de Saúde da Família Albert Sabin, no município de Rolim de Moura, Rondônia. Trata-se de estudo epidemiológico observacional, do tipo coorte não concorrente. Os resultados podem indicar que o serviço de saúde no município realiza diagnóstico tardio devido à maioria dos pacientes serem diagnosticados na forma multibacilar Dimorfa. A redução da prevalência dos graus 2 e grau 3 de incapacidade, pode estar relacionada as ações das unidades básicas quanto a realização de avaliações neurológicas. Constatou-se que a prevenção das deficiências e das incapacidades físicas resultantes da doença é realizada por meio do diagnóstico e do tratamento precoce, assim como do monitoramento.

Palavras-Chave: Hanseníase. Reação hansênica. Incapacidade. Corticoide.

Type I Hansenic Reactions Diagnosed in the period from 2010 to 2014 at the Basic Albert Sabin Family Health Unit in the Municipality of Rolim de Moura – RO

ABSTRACT: This research aims to determine the prevalence of reactions leprosy type I that occurred more frequently, based on information found in the medical records of patients seen in the years 2010-2014 in the Albert Family Sabin Basic Health Unit in Rolim municipality of Moura, Rondonia. It is an observational epidemiological study, the non-concurrent cohort type. The results may indicate that the leprosy service in the municipality performs late diagnosis due to most patients being diagnosed in multibacilar Dimorfa way. The reduction of the prevalence of grades 2 and 3 degrees of disability, can the actions of the units are related basic as carrying out neurological assessments performed. It can be seen that the prevention of deficiencies and physical disabilities result of the disease is carried out by means of early diagnosis and treatment, as well as monitoring.

Keywords: Leprosy, leprosy reaction, disability. Corticosteroids.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução prolongada causada pelo *Mycobacterium leprae* que é um bacilo álcool-ácido resistente. É transmitida pelas vias respiratórias e pelo contato direto e prolongado com uma pessoa doente. (BRASIL, 2008)

¹ Bacharel em Farmácia pela Faculdade São Paulo –FSP, e-mail: marcioilario2011@hotmail.com

² Bacharel em Enfermagem, Pós Graduada Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal - FACIMED, Pós Graduada em Docencia do Ensino Superior pela Faculdade São Paulo –FSP, e-mail: queziadosanjos@hotmail.com

³ Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED, Pós Graduada Especialista em Gestão Hospitalar pela Faculdade São Paulo – FSP, e-mail: ivonildeleal@gmail.com

As reações constituem um dos maiores problemas relacionados à hanseníase, pois são responsáveis por perda funcional de nervos periféricos e agravantes de incapacidades físicas, tratando-se de fenômenos agudos sobrepostos à evolução crônica e insidiosa da hanseníase (FOSS *et al*, 2003). Os episódios reacionais são classificados em tipo 1, tipo 2 e mistos e diferenciam-se entre si quanto ao aparecimento dos sinais e sintomas (SILVA; GRIEP, 2007).

O estudo sobre os episódios reacionais é de grande importância para o manejo do paciente com hanseníase, uma vez que o reconhecimento clínico precoce das reações traz grandes benefícios para os pacientes com hanseníase, devido à possibilidade de intervenção terapêutica imediata e adequada, evitando o desenvolvimento de incapacidades que tanto estigmatizam e complicam a doença (ARAÚJO, 2003).

Esta pesquisa teve como objetivo geral verificar a prevalência das reações hansênicas tipo I que ocorreram com maior frequência, nos pacientes atendidos nos anos de 2010 a 2014 na Unidade Básica de Saúde da Família Albert Sabin, no município de Rolim de Moura, Rondônia.

Trata-se de estudo epidemiológico observacional, do tipo coorte não concorrente. Foram analisadas as seguintes variáveis dos prontuários dos pacientes: Fatores sócio demográfico como faixa etária, sexo, escolaridade e situação conjugal, forma clínica da doença, sinais e sintomas, tipo de tratamento e evolução clínica após o diagnóstico da reação.

DESENVOLVIMENTO

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. A predileção pela pele e nervos periféricos confere características peculiares a esta moléstia, tornando o seu diagnóstico fácil na maioria dos casos. Em contrapartida, o dano neurológico responsabiliza-se pelas sequelas que podem surgir. Constitui importante problema de saúde pública no Brasil (CUNHA, 1997). A transmissão se dá através de uma pessoa infectada com o bacilo sem tratamento, para outra pessoa sadia, por meio das vias respiratórias ou pela pele. (FLEURY, 2006).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a hanseníase é classificada pelo Ministério da Saúde para fins operacionais de tratamento quimioterápico. A mesma propôs uma classificação simplificada e operacional na qual se consideram dois grupos autônomos e estáveis. Os casos com até cinco lesões são considerados Paucibacilares (PB) e aqueles com mais de cinco lesões são Multibacilares (MB) (BRASIL, 2009).

A Hanseníase paucibacilar é uma doença menos grave, apresentando duas variantes clínicas, a Hanseníase Tuberculoide (HT) e Hanseníase Indeterminada (HI) que é caracterizada por poucas lesões na pele hipopigmentada e anestésicas (PEREIRA *et al.*, 2008). A Hanseníase Multibacilar é classificada em Hanseníase Virchowiana (HV) e Hanseníase Dimorfa (HD) e é associada a múltiplas lesões de pele (BARBIERI; MARQUES, 2009).

A forma dimorfa ou borderline oscila entre as manifestações da forma tuberculoide e virchowiana. O doente pode apresentar lesões de pele, bem delimitadas, sem ou com raros bacilos ou lesões infiltrativas mal delimitadas, com número elevado de bacilos. Uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa. O comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são frequentes, podendo causar incapacidades e deformidades físicas. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa e o teste de Mitsuda é geralmente negativo (FERREIRA, 2005).

O diagnóstico da hanseníase é feito através do exame físico (AMARAL, 2008). Por meio do achado de pelo menos um dos sinais cardinais: mancha de pele hipocrômica ou eritematosa com perda da sensibilidade, espessamento de nervo periférico com ou sem déficit sensitivo e/ou motor e baciloscopia positiva (ORSINI, 2008). Já a avaliação neurológica consiste na 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 inferiores. A palpação dos nervos periféricos tem o objetivo de verificar se há espessamento dos nervos que inervam os membros superiores e inferiores, visando prevenir lesões neurais e consequentes incapacidades (AMARAL, 2008).

Como método complementar existe a baciloscopia, que é um exame bacteriológico em que se busca identificar o *M. leprae* em esfregaços de raspados intradérmicos (ORSINI, 2008). A sorologia anti PGL-I é altamente específica e a presença de anticorpos séricos se correlaciona com o IB dos pacientes MB. Entretanto, a sorologia anti PGL-I tem limitado valor diagnóstico para hanseníase PB, pois esta categoria de pacientes tem IB baixo ou ausente e é caracterizada por RIC, ao invés de resposta imune humoral (STEFANI, 2008)

Atualmente não existe nenhum teste laboratorial sensível e específico para o diagnóstico da infecção assintomática pelo *M. leprae* ou para prever a progressão da hanseníase entre indivíduos expostos (STEFANI, 2008).

A hanseníase tem como característica marcante a cronicidade da sua evolução, sendo episodicamente interrompida por fenômenos imunológicos e inflamatórios agudos, chamados clinicamente de reações. As reações podem ocorrer em todas as formas clínicas, com exceção

do grupo indeterminado, e geralmente seguem fatores desencadeantes, tais como infecções intercorrentes, vacinação, gravidez, puerpério, uso de medicamentos iodados, estresse físico e emocional, devendo ser prontamente diagnosticadas e tratadas. No entanto, os fatores precipitantes e mecanismos fisiopatológicos envolvidos no desencadeamento de diferentes tipos de episódio reacional permanecem ainda mal definidos (MENDONÇA et al, 2008).

Essas reações são causa frequente de incapacidades, podendo ser acompanhadas de dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. Podem ocorrer ainda neurites silenciosas, em que não se verificam os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, mas há alterações de sensibilidade e de força motora, e, muitas vezes, só podem ser detectadas por exames específicos, o que torna de suma importância as avaliações periódicas, mesmo na ausência de qualquer queixa do paciente (GOMES, 2005).

O primeiro tratamento da hanseníase foi à base de óleo de chaulmoogra usado no século XIX (FERREIRA, 2005). A partir de 1947 passou a ser utilizado o medicamento específico chamado Sulfona, que trouxe esperanças de melhora para o portador do mal de Hansen. Embora esse medicamento tenha dado bons resultados em alguns pacientes, foram notadas também pessoas resistentes ao tratamento (FEITOSA, 2008). As grandes mudanças no tratamento da hanseníase ocorreram com a introdução da Poliquimioterapia (PQT) no início da década de 80.

A PQT permitiu curas definitivas em períodos relativamente curtos e redução significativa da prevalência da doença. Trouxe também redução da incidência das incapacidades físicas (ORSINI, 2008). A PQT-MB prevê na dose supervisionada a tomada da clofazimina, além da rifampicina, e doses diárias auto administradas de dapsona e clofazimina. A duração do tratamento foi inicialmente de 24 doses, sendo posteriormente admitida sua realização com 12 doses em até 18 meses. Existe ainda o terceiro esquema, alternativo, recomendado para formas PB com lesão única de pele, denominado ROM -rifampicina, ofloxacina e minociclina administradas em dose única (ARAÚJO, 2003).

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Concluindo o diagnóstico da doença, o caso deve ser notificado ao órgão de Vigilância Epidemiológica hierarquicamente superior, através de uma ficha de notificação/ investigação do sistema de informações de agravo de Notificação SINAN. (Guia para o Controle de Hanseníase. 2002).

Para prevenir a doença é preciso que a população e os profissionais de saúde conheçam os sinais e sintomas para o diagnóstico precoce, tratamento adequado, visando eliminar rapidamente a fonte de infecção na população, quebrando a cadeia de transmissão da doença e

evitando assim, o aparecimento de novos casos. (GOULART *et. al.*, 2004). Pelas normas atuais do Ministério da Saúde a prevenção consiste no diagnóstico precoce de casos e na utilização do BCG. Para tal recomenda-se o exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares do caso diagnosticado.

MÉTODOS

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 (pacientes tratados de hanseníase) foram selecionados quanto à exposição de interesse (reação hansênica) de maneira não concorrente, através de fontes secundárias (COELI; FAERSTEIN, 2002).

Foi realizada a análise dos prontuários dos pacientes que foram atendidos na Unidade Básica de Saúde da Família Albert Sabin em Rolim de Moura que apresentaram reações hansênicas tipo 1 nos anos de 2010 a 2014. A escolha desta Unidade de Saúde ocorreu de maneira intencional uma vez que o local é referência para o tratamento de hanseníase no município e para os municípios vizinhos.

As análises foram realizadas no mês de Julho de 2015 em datas e horários marcados pela Secretaria Municipal de Saúde de acordo com a disponibilidade do setor. A coleta dos dados foi realizada pelo próprio funcionário do setor, com a finalidade de garantir o sigilo da identidade dos pacientes e logo em seguida repassadas para o pesquisador.

Para a coleta dos dados foi utilizado o programa do banco de dados do estado reacional da hanseníase. As informações foram inseridas diretamente em programa computacional. Após a coleta de todos os dados referentes à pesquisa contidos nos prontuários, os resultados foram processados por meio de recursos de estatística descritiva, mediante a utilização do programa Excel (Microsoft para Windows-2010)

Foram incluídos na pesquisa para análise de prontuário apenas os pacientes que foram diagnosticados com reação hansênica tipo 1 entre os anos de 2010 a 2014. E como critérios de exclusão serão os pacientes que foram diagnosticados com reações hansênicas tipo 1 antes ou depois do período estipulado por esse estudo e/ou foram diagnosticados com reações hansênicas tipo 2 ou mista.

A coleta dos dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Considerando a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

O resultado obtido nesse trabalho corrobora com a pesquisa de Goulart *et al.*, (2002), verificando em sua pesquisa o predomínio de pacientes do sexo masculino. Apesar das pesquisas indicarem maior número de casos no sexo masculino, Lana, *et al.*, (2003) em seu estudo constatou maior incidência em mulheres (55,3%).

O fato pode ser explicado devido as mulheres terem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, além de que as mulheres têm maior preocupação com o corpo e a estética do que os homens. Também há maior variedade de programa destinado ao sexo feminino de prevenção e acompanhamento.

Tabela 1 - Distribuição do sexo masculino e feminino do estado reacional de hanseníase na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014.

Sexo	Número de Pessoas
Masculino	24
Feminino	15
Total	39

Fonte: Silva, 2015.

Quanto à distribuição etária, a maior frequência da reação ocorreu entre 41 a 50 anos, 9 casos (23,07%) (Tabela 2). Em segundo lugar, é preocupante o achado de crianças menores de 15 anos de idade com reação hansênica, principalmente pela consideração de que, nessa faixa etária, devem ter maior convívio com membros familiares, indicando que sua contaminação possa ter sido domiciliar.

Tabela 2 – Distribuição da faixa etária dos pacientes com reação hansênica na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014

Faixa Etária	Número de Pessoas
10 a 20	01
21 a 30	04
31 a 40	04
41 a 50	09
51 a 60	08
61 a 70	05
70 ou mais	01

Total	32
--------------	----

Fonte: Silva, 2015.

Para Oliveira, (2010) “o grande número de casos nas cidades deve-se ao alto contingente populacional como facilitador da transmissão da hanseníase além de maior eficiência dos serviços de saúde para o diagnóstico da doença”.

Apesar da frequência de notificação de pessoas com reações hansênicas residentes na zona rural ser inferior em relação à zona urbana, ainda assim é necessária intervenção quanto às medidas de prevenção, pois os estados reacionais são responsáveis pelo elevado número de incapacidades.

Tabela 3 - Localidade de residência dos pacientes com reação hansênica na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014

Localidade	Número de Pessoas
Rural	18
Urbana	21
Total	39

Fonte: Silva, 2015.

Este resultado pode ser justificado devido à hanseníase acometer principalmente as pessoas com a faixa etária maior de 20 anos, predominando o estado civil casado ou equivalente (KANEKO; ZAMBON; PEDRAZZANI, 1990).

Tabela 4 - Estado Civil dos pacientes com reação hansênica na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014.

Estado Civil	Número de Pessoas
Casado	27
Solteiro	04
Divorciado	06
Separado	02
Viúvo	00
Outros	00
Total	39

Fonte: Silva, 2015.

Neste estudo não foi possível associar a profissão com a hanseníase, já que a categoria “outros” foi a predominante 29 (74,35%) (Tabela 5).

Tabela 5 - profissão dos pacientes em estado reacional de hanseníase na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014.

Profissões	Número de Pessoas
Aposentado	00
Encostado pelo INSS	00
Comerciante	06
Funcionário Público	04
Outros	29
Total	39

Fonte: Silva, 2015.

Outro fator predisponente para a hanseníase é o grau de escolaridade, pois, a proporção dos que não concluíram o ensino fundamental é elevada 11 (28,20%) (Tabela 6). A baixa escolaridade dificulta a compreensão dos fenômenos e fatores de predisposição da doença, podendo comprometer as informações a respeito à diagnóstico e tratamento da doença (SOUZA, et al, 2013).

Tabela 6 - Escolaridade dos pacientes com estado reacional de hanseníase na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014

Escolaridade	Número de Pessoas
Não alfabetizado	05
Ensino Fundamental Completo	06
Ensino Fundamental Incompleto	11
Ensino Médio Completo	07
Ensino Médio Incompleto	09
Ensino Superior Completo	01
Ensino Superior Incompleto	00
Total	39

Fonte: Silva, 2015.

A forma Dimorfa foi a mais frequente 29 (74,35%) seguida da Tuberculóide 6 (15,38%) (Tabela 7). A ocorrência de reações em paciente com hanseníase com a forma clínica Dimorfa pressupõe diagnóstico tardio, ou seja, a rede básica não vem detectando os casos na forma inicial da doença.

Tabela 7 - Forma Clínica dos Pacientes em Estado Reacional na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014.

Forma Clínica	Número de Pessoas
Tuberculóide	06
Indeterminada	01
Dimorfa	29
Wirchoviana	03
Total	39

Fonte: Silva, 2015

A Tabela 8 indica o início da poliquimioterapia para a hanseníase, com o maior número de casos no ano de 2011, 13 (33,33%). Deve-se ressaltar que o acompanhamento durante o tratamento é fundamental, entretanto também é importante que ocorra uma vigilância adequada do paciente no pós-alta.

Tabela 8 - Início de tratamento poliquimioterapia dos pacientes com hanseníase na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014.

Início	Número de Pessoas
2010	09
2011	13
2012	06
2013	05
2014	06
Total	39

Fonte: Silva, 2015.

Neste trabalho, observa-se que no ano de 2011 (Tabela 9) foi o período em que o tratamento foi iniciado para a maioria dos pacientes com reação hansênica 12 (30,76%), os anos de 2010 e 2013 obtiveram a mesma quantidade de pacientes 10 (25,64%) para o início da poliquimioterapia para o estado reacional.

Tabela 9 - Início do Tratamento Reacional dos Pacientes da Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014

Início	Número de Pessoas
2010	10
2011	12
2012	00

2013	10
2014	07
Total	39

Fonte: Silva, 2015

O maior número de diagnósticos de reações hansênicas foi observado no tratamento poliquimioterápico com duração de 18 meses, 17 (43,58%) (Tabela 10). Tal fato pode ser explicado devido este tratamento ser instituído para pacientes com casos multibacilares, o que confere com este trabalho, já que a forma clínica mais encontrada foi a forma multibacilar Dimorfa com 29 casos (74,35%), (Tabela 7).

Tabela 10 - Tempo de tratamento do episódio reacional dos pacientes da Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014.

Tempo de Tratamento	Número de Pessoas
03 meses	00
06 meses	00
12 meses	12
18 meses	17
20 meses ou mais	10
Total	39

Fonte: Silva, 2015

Dos 39 participantes dessa pesquisa, 37 (94,87%) foram submetidos ao tratamento de escolha com corticoide (Tabela 11). Conforma o projeto disponibilizado pela Sociedade Brasileira de Hansenologia e Sociedade Brasileira de Dermatologia (2003) o uso precoce de corticosteroides está recomendado, frente a evidências de: acentuação da inflamação de lesões preexistentes ou surgimento de novas lesões; dor ou intumescimento dos nervos ou perda da função neural com duração menor de seis meses.

Danos neurais permanentes poderão ser prevenidos com a terapia efetiva e precoce. Utilizam-se anti-inflamatórios não hormonais, cloroquina, ou clofazimina na dosagem de 300mg/dia. A retirada deve ser lenta e gradual, nos casos com maior severidade do quadro reacional, ou mais rápida nos casos mais leves. O tratamento com corticoesteroides também ajuda a diferenciar entre reação e recidiva, uma vez que a recidiva não melhora com a utilização desta droga (BARRETO, 2005).

Tabela 11 - Tratamento usado no episódio reacional dos pacientes na Unidade de Saúde

Albert Sabin, 2010 a 2014.

Tratamento Usado	Número de Pessoas
Corticoides	37
Anti-inflamatório	02
Total	39

Fonte: Silva, 2015.

Observa-se então na Tabela 12 que a grande parte dos clientes avaliados 16 (41,02%) não apresentava nenhuma lesão neurológica, se enquadrando na escala de Grau Zero o que representa que embora a forma predominante da doença dentre os clientes atendidos por esse serviço de saúde sejam portadores das formas multibacilares da doença, a busca por tratamento do estado reacional não é tão tardia. Entretanto, ainda foram diagnosticados pacientes com Grau I 21 (53,84%) e com Grau II 2 (5,12%), indicando uma busca tardia pelo diagnóstico e tratamento destes pacientes.

Tabela 12 - Grau de incapacidade física no início do episódio reacional dos pacientes da Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014.

Grau de Incapacidade Física	Número de Pessoas
Grau 0	16
Grau I	21
Grau II	02
Grau III	00
Não Avaliado	00
Total	37

Fonte: Silva, 2015.

Após o término do tratamento, de acordo com a escala de grau de incapacidade, dos pacientes avaliados, 19 (48,71%) apresentaram Grau 0 e 16 (41,02%) apresentaram Grau I (Tabela 13).

Segundo Rodini (2010), a graduação 0 é marcada quando não há presença de nenhum dano nos olhos, nas mãos e nos pés, o grau 1 é demarcado quando há diminuição da sensibilidade, mas não há nenhum dano ou deformidade nas áreas avaliadas; o grau 2 é utilizado quando há deformidades presentes devido à hanseníase, caracterizada por mal-estar geral, surgimento de nódulos eritematosos que podem ulcerar e acometimento de vários órgãos.

A redução da prevalência do grau 2 e grau 3 de incapacidade, pode estar relacionada as ações das unidades básicas quanto a realização de avaliações neurológicas realizada (CUNHA

et al., 2007).

Tabela 13 - Grau de Incapacidade Física no Término do Tratamento do Episódio Reacional dos Pacientes na Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014

Grau de Incapacidade Física	Número de Pessoas
Grau 0	19
Grau I	16
Grau II	02
Grau III	00
Não Avaliado	02
Total	39

Fonte: Silva, 2015.

Neste estudo verificou-se que o episódio reacional está relacionado na maioria dos casos com o monitoramento do grau de incapacidade física 15 (38,46%) (Tabela 14).

Tabela 14 - Causas Clínicas Associadas a Episódios Reacionais dos Pacientes da Unidade de Saúde Albert Sabin, 2010 a 2014

Causas Clínicas	Quantidade
Diagnóstico Tardio	11
Tratamento Incorreto	05
Uso Incorreto do Corticoide	08
Monitoramento do Grau de Incapacidade Física	15
Total	24

Fonte: Silva, 2015.

A monitorização deve incluir o diagnóstico precoce dos casos, utilizando os Graus 1 e 2 como indicadores de gravidade; a detecção precoce e o tratamento de impedimento recente da função neural; manejo adequado dos episódios de neuropatia e reações hansênicas e programas de autocuidado (RODINI, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho foi possível identificar 39 casos de pacientes que apresentaram reações hansênicas. As questões sócio demográficas podem ser consideradas fator predisponente para a hanseníase. Na caracterização geral dos casos de hanseníase pode-se

verificar que incide mais no sexo masculino, casados, de faixa etária superior a 20 anos com predominância entre 41 e 50 anos, com nível de escolaridade mais baixo e residentes na zona urbana

Os resultados podem indicar que o serviço de hanseníase no município realiza diagnóstico tardio devido à maioria dos pacientes serem diagnosticados na forma multibacilar Dimorfa.

A maioria dos pacientes diagnosticados com hanseníase iniciou a poliquimioterapia no ano de 2011. Neste mesmo ano foi o período em que o tratamento foi instituído para a maioria dos pacientes com reação hansênica, sendo o medicamento de escolha para a reação tipo I o corticoide com 94,8%.

O maior número de diagnósticos de reações hansênicas foi observado no tratamento poliquimioterápico com duração de 18 meses. Tal fato pode ser explicado devido este tratamento ser instituído para pacientes com casos multibacilares, já que nesta pesquisa a forma predominante foi a multibacilar Dimorfa.

Através da escala de grau de incapacidade grande parte dos clientes avaliados no início do tratamento não apresentava nenhuma lesão neurológica, se enquadrando na escala de Grau zero. Apesar da forma predominante da doença, as reações hansênicas não são diagnosticadas tardiamente.

Após o término da poliquimioterapia, de acordo com a escala de grau de incapacidade, dos pacientes avaliados, 48,71% apresentaram Grau 0 e 41,02% apresentaram Grau I. A redução da prevalência dos graus 2 e graus 3 de incapacidade, pode estar relacionada as ações das unidades básicas quanto a realização de avaliações neurológicas realizadas.

Neste estudo verificou-se que o episódio reacional está relacionado com o monitoramento do grau de incapacidade física. Constata-se que a prevenção das deficiências e das incapacidades físicas resultantes da doença é realizada por meio do diagnóstico e do tratamento precoce, assim como do monitoramento.

É importante ressaltar que ao realizar as atividades de avaliação do grau de incapacidade, o paciente deve ser informado de cada passo a ser realizado, se possível discutir e esclarecer todas as ações realizadas, assim ele aprenderá a técnicas para a prevenção de incapacidade, podendo realizar diariamente em sua residência, evitando, desse modo, as sequelas. Agindo assim, o paciente passa a adquirir o conhecimento, a habilidade e o apoio profissional adequado, além do estímulo ao autocuidado.

REFERENCIAS

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, 2003.

AMARAL, E. P; LANA, F. C. F. Análise espacial da hanseníase na microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, p. 701-707, Out. 2008.

BARRETO, J. A. Hanseníase dimorfa reacional: estudo comparativo, em biópsias cutâneas, entre reações tipo 1 ocorridas antes e durante a poliquimioterapia. **Dissertação (Mestrado)** – Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de São Paulo, 2005.

BARBIERI, C. L. A.; MARQUES, H. H. S. Hanseníase em crianças e adolescentes: revisão bibliográfica e situação atual no Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 281- 290, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria conjunta nº 125, de 26 de março, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Procedimentos Técnicos para Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília, 2009. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 125**, de 26 de março de 2009.

COELI C. M.; FAERSTEIN, E. Estudos de Coorte. In: MEDONHO *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu; 2002.

CUNHA, A. Z. S. **Hanseníase: a história de um problema de saúde pública**. Santa Cruz do Sul, 1997. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade de Santa Cruz do Sul.

CUNHA, M. et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.5, p.1187-1197, 2007.

FERREIRA, F. X. **Análise da implantação do programa de eliminação da hanseníase em Manaus**. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) –Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Universidade Federal do Amazonas, Manaus,2005.

FEITOSA, A. M. M. **A institucionalização da hanseníase no Ceará: do leprosário de Canafístula ao Centro de Convivência Antônio Diogo**. 2008. Mestrado (Mestrado em Planejamento e Políticas Públicas) –Centro de Estudos, Universidade Estadual de Fortaleza, Ceará, 2008.

FLEURY, R. N. **Recidivas em hanseníase. Hansenologia Internationalis.** v. 31, n. 1, p.5-6, 2006

FOSS, N.T. et al. **Hanseníase: Episódios Reacionais.** Sociedade Brasileira de Hansenologia e Sociedade Brasileira de Dermatologia, 2003.

GOULART, I. M. B; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Immunopathology of leprosy: the complexity of the mechanisms of host immune response to *Mycobacterium leprae*. **Revista da sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2002.

GOULART, I. M. B; ARBEX, G. L; CARNEIRO, M.H. Efeitos adversos da Poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n.35, v.5, p. 453-460, 2002.

GOMES, C. C. D et al. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro da referência na região nordeste do Brasil.** Anais Brasileiros de Dermatologia. v. 80, n. 3, p. 283-288, 2005.

KANEKO, K. A; ZAMBON, V. D; PEDRAZZANI, E. S. Casos novos de hanseníase na região de São Carlos, SP, de 1983 a 1988. **Hansen. Int**, n.15, v.1, p. 05 - 15, 1990.

LANA, F. C. F. et al. Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. **Hansen. Int.**, v. 28, n. 2, p. 131-137, 2003.

OLIVEIRA, T. A. P. et al. Estudo das incapacidades dos casos notificados de Hanseníase em uma Gerencia Regional de Saúde do Vale do Jequitinhonha entre 2001 e 2008. **Hansen Int.**; v. 35, n.1, p. 45-52, 2010.

ORSINI, M. B. P. **Estudo da função dos nervos periféricos de pacientes com hanseníase acompanhados por um período médio de 18 anos após o início da poliquimioterapia.** 2008. Dissertação (Mestrado em ciências da Saúde) –Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PEREIRA, S.V.M. et al. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, p. 774-780, 2008.

RODINI, F. C. B. **Proposta de Avaliação e Intervenção através da prevenção de incapacidade em pacientes com hanseníase.** Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SILVA, S. F.; GRIEP, R. H. **Reação hansênica em pacientes portadores de hanseníase em centros de saúde da Área de Planejamento 3.2 do Município do Rio de Janeiro.** Hansen Int 2007.

STEFANI, M. M. A. Desafios na era pós genômica para o desenvolvimento de testes laboratoriais para o diagnóstico da hanseníase. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v. 41, n. 2, p. 89-94, 2008.

SOUZA, A. A. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz - MA. **S A N A R E**, v.12, n.1, p. 06-12, 2013.

Recebido em: 03/11/2016

Aceito em: 26/11/2016