

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM**

**ANDRESSA FONSECA ALVES
RAFAELA AKEMI TAHARA**

BIBLIOTECA - EMESCAM

**ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE EM PACIENTES
ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA – ESPÍRITO
SANTO**

**VITÓRIA
2016**

ANDRESSA FONSECA ALVES
RAFAELA AKEMI TAHARA

BIBLIOTECA - EMESCAM

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Orientadora: Dra. Karina Demoner de Abreu Sarmenghi.

Coorientadora: Dra. Taciana Gabrielle Pinheiro de Moura Rodrigues.

VITÓRIA
2016

ANDRESSA FONSECA ALVES
RAFAELA AKEMI TAHARA

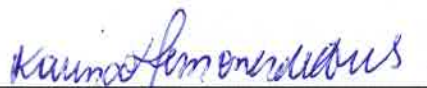
BIBLIOTECA - EMESCAM

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA EM VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de médico.

Aprovado em 27 de abril de 2016.

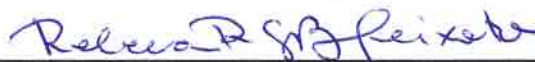
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Karina Demoner de Abreu Sarmenghi
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora



Dra. Lia Quintaes Cardoso
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM



Dra. Rebeca Ruppert Galarda Baptista Peixoto
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

RESUMO

Com aproximadamente 190 mil casos novos por ano no mundo, a hanseníase é doença endêmica nos países tropicais, sendo importante problema de saúde pública. A falta de educação em saúde e o preconceito com a doença contribuem para o subdiagnóstico da mesma. Este trabalho foi realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória por meio de análise de prontuário de 118 pacientes atendidos no Ambulatório de Hanseníase do Serviço de Dermatologia Geral e teve como objetivo analisar o perfil clínico e epidemiológico nesta população, bem como avaliar os quadros reacionais, identificando o período do tratamento mais propenso às reações, o tempo médio decorrido entre diagnóstico e surgimento da reação e a classe operacional e a forma clínica mais acometidas pelas reações, além de comparar o grau de incapacidade presente no início e final do tratamento e relacionar o grau de incapacidade inicial com o surgimento de reações. Observou-se que 13,6% dos pacientes apresentaram grau II de incapacidade inicial e o tempo médio entre o diagnóstico da hanseníase e surgimento de reação foi de 2,1 anos. Os quadros reacionais ocorreram principalmente em pacientes acima de 45 anos (57,6%), acometendo predominantemente multibacilares (95,1%) e virchowianos (56,3%). O tipo reacional mais encontrado foi o 2 (54,3%). A maioria das reações surgiu durante o tratamento da doença (55,1%). Com este trabalho, será possível alertar a população médica e acadêmica quanto à importância do diagnóstico precoce e manejo correto da doença, além de propiciar a possibilidade de adoção de medidas corretivas capazes de produzir impacto positivo na saúde dos pacientes hansenianos.

Palavras-chave: Hanseníase. Reações hansênicas. Epidemiologia. Sinais e sintomas. Incapacidades físicas.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Sexo	25
Figura 2	Faixa etária	25
Figura 3	Classe operacional	26
Figura 4	Forma clínica	26
Figura 5	Terapêutica	27
Figura 6	Recidiva	27
Figura 7	Índice baciloscópio inicial	28
Figura 8	Incapacidade inicial	28
Figura 9	Incapacidade final	29
Figura 10	Reações hansênicas	30
Figura 11	Tempo entre diagnóstico e reação	31
Figura 12	Surgimento da reação	31
Figura 13	Relação entre tempo de tratamento e início da reação	32
Figura 14	Reação hansênica e sexo	32
Figura 15	Reação hansênica e faixa etária	33
Figura 16	Reação hansênica e forma clínica	34
Figura 17	Reação hansênica e classe operacional	34
Figura 18	Reação hansênica e incapacidade inicial	35
Figura 19	Reação hansênica e terapêutica utilizada	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 OBJETIVOS.....	18
1.1.1 Objetivo Geral.....	18
1.1.2 Objetivos Específicos.....	18
1.2 JUSTIFICATIVA.....	19
2 METODOLOGIA.....	21
2.1 Local e época de desenvolvimento do estudo.....	21
2.2 Tipo de estudo.....	21
2.3 Critérios de inclusão.....	21
2.4 Critérios de exclusão.....	21
2.5 Aprovação do comitê de ética.....	22
2.6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	22
2.7 Técnica de coleta de dados.....	22
2.8 Técnica de análise de dados.....	22
3 RESULTADO.....	25
4 DISCUSSÃO.....	37
5 CONCLUSÃO.....	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE 1.....	50
ANEXO A.....	51
ANEXO B.....	52

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma infecção bacteriana granulomatosa crônica, que acomete principalmente a pele e os nervos periféricos, sendo transmitida pelas vias aéreas superiores através do contato de pessoas suscetíveis com doentes bacilíferos. Consiste em uma doença de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), microrganismo intracelular obrigatório. A história natural desse agravo é caracterizada por intensa resposta imune, além da neuropatia periférica, acompanhada por eventos imunológicos, cujas reações frequentemente se estendem por muitos anos após a cura da infecção, podendo levar a grave incapacidade física, social e consequências psicológicas, contribuindo para diminuição da autoestima e segregação.

A hanseníase é conhecida como lepra desde os tempos bíblicos há mais de 3.000 anos. Há dúvidas quanto ao berço da hanseníase, não sendo possível determinar se seria a Ásia ou a África. A denominação hanseníase é uma homenagem ao médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, que identificou, em 1873, o bacilo *M. leprae* como o causador da doença (EDIT, 2004).

Acredita-se que a hanseníase tenha sido introduzida na Europa, trazida da Índia, pelas tropas de Alexandre, o Grande, em 300 a.C., atingindo alta incidência na Europa e no Oriente Médio durante a Idade Média e desaparecendo por volta de 1870 com o desenvolvimento socioeconômico. Na América Latina, foi introduzida no período da colonização; pelos franceses, nos Estados Unidos, e pelos espanhóis e portugueses, na América do Sul, tendo sido o tráfico dos escravos africanos o maior fator de expansão da doença nas Américas. Os primeiros casos brasileiros foram notificados no ano de 1600, no Rio de Janeiro, daí alastrando-se às outras regiões do Brasil (EDIT, 2004).

O isolamento compulsório do doente em leprosários, instituído no Brasil em 1923, foi a principal estratégia adotada para a prevenção da hanseníase no passado. Em 1940, com a introdução da sulfona na terapêutica da hanseníase, o isolamento deixou de ser obrigatório, porém deixou de ser indicado apenas a partir de 1962. Na

década de 1970, com o surgimento de casos de resistência à monoterapia sulfônica, a Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a propor esquemas com múltiplas drogas. A partir de 1981 a doença vem sendo tratada a nível ambulatorial com esses esquemas, recebendo, o paciente, alta por cura quando finaliza o tratamento proposto (CUNHA et al., 2015). Desde 1970, a denominação hanseníase vem sendo preconizada com o objetivo de reduzir o estigma à doença. Tornou-se obrigatória pela lei federal número 9010 de 29 de março de 1995 (OPROMOLLA et al., 2010).

O agravo é endêmico nos países tropicais, especialmente nos subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. No Brasil, até o início da década de 90, os dados registrados de hanseníase mostraram uma alta prevalência da doença e um aumento da sua incidência em todo o território nacional (BRASIL, 2002). Em 2012, foram notificados no mundo 189.018 casos novos, com coeficiente de prevalência de 0,33 caso para cada 10.000 habitantes (CUNHA et al., 2015; WHO, 2012). O Brasil ainda não atingiu a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (definida pela prevalência menor que 1 caso por 10.000 habitantes), ocupando o segundo lugar em número absoluto de casos, atrás apenas da Índia (CUNHA et al., 2015). Em 2011, no Brasil, o coeficiente de prevalência foi de 1,54 caso por 10.000 habitantes; foram notificados 33.955 casos novos, sendo 61% multibacilares. Sua distribuição é irregular nas diferentes regiões do país, sendo os coeficientes de prevalência, por 10.000 habitantes, de 3,75 no Centro-Oeste, 3,49 no Norte, 2,35 no Nordeste, 0,61 no Sudeste e 0,44 no Sul (BRASIL, 2013). Os principais indicadores epidemiológicos adotados no Brasil são o coeficiente de detecção de casos novos, o coeficiente de casos novos em menores de 15 anos e os casos com incapacidade grau II (BRASIL, 2010).

Ao longo das últimas décadas, as taxas de prevalência têm declinado ano a ano, resultado da consolidação do tratamento poliquimioterápico. Apesar disso, a prevalência no continente americano continua elevada e o Brasil é responsável por 38% dos casos (CUNHA et al., 2015).

No Brasil, a partir do ano 2000, a prevalência da hanseníase diminuiu sensivelmente. As taxas de detecção também estão diminuindo, mas gradativamente, refletindo provavelmente o melhor acesso dos doentes aos

serviços de saúde primários (BRASIL, 2008). A redução de casos de hanseníase em menores de 15 anos é prioridade no Brasil, sendo o principal indicador de controle da endemia. A ocorrência de casos nesta faixa etária indica transmissão recente por foco de infecção ativa e alta endemicidade, demonstrando uma deficiência operacional no controle da doença (BARBIERI et al., 2009).

O desconhecimento sobre a doença por parte da população e a dificuldade de acesso ao tratamento específico pelo paciente, ainda existente em algumas regiões, contribuem para o diagnóstico tardio da hanseníase, cujo desfecho pode ser o surgimento de incapacidade física, usada para medir a qualidade dos serviços. Em 2007, foi observada incapacidade física grau II em 2.165 casos apesar da redução progressiva da incapacidade física nos casos de hanseníase devido ao diagnóstico precoce de hanseníase nos últimos anos. Isso pode ser justificado pela prevalência oculta da hanseníase, definida como um reservatório de casos não detectados, influenciado por elementos epidemiológicos e operacionais, que mantém a fonte de infecção (GOULART et al., 2002; CUNHA et al., 2007).

O tratamento e cura para a hanseníase. Porém, se no momento do diagnóstico o paciente já apresentar alguma deformidade física instalada, esta pode ficar como sequelas permanente por ocasião da alta. Este dado reforça a importância do diagnóstico precoce e do início imediato do tratamento adequado para a prevenção das incapacidades físicas e eliminação das fontes de infecção. A poliquimioterapia contra *M. leprae* não viável, porém não recupera nem reverte as deformidades já instaladas. Em paralelo ao tratamento farmacológico, devem ser adotadas medidas de avaliação e prevenção das incapacidades físicas e atividades de promoção em saúde, incluindo o autocuidado.

A prevalência tem declinado no mundo e a meta de eliminação vem sendo alcançada em vários países. O número de casos novos registrados por ano tem se mantido estável. Um aspecto que preocupa é a prevalência oculta da doença, assim como os casos novos esperados que não estão sendo diagnosticados ou subdiagnosticados, pois esses pacientes podem estar transmitindo o *M. leprae* e desenvolvendo graus variados de incapacidade (ARAÚJO, 2003).

No Estado do Espírito Santo, entre 2004 e 2009, a detecção média foi de 3,708 casos por 10.000 habitantes, incidência classificada como muito alta. Entre os municípios do estado, a distribuição foi irregular: 32% foram classificados como hiperendêmicos e 2,6% como de baixa endemicidade (SAMPAIO et al., 2012).

Os distúrbios de sensibilidade causados pela infecção pelo *M. leprae* são caracterizados pela ausência ou diminuição das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil. A infecção pode acometer pele, mucosas e nervos periféricos, causando deformidades (BRASIL, 1999; CUNHA et al., 2015). Incapacidade é definida como toda alteração anatômica ou fisiológica num indivíduo, que impede ou dificulta, total ou parcialmente, de modo permanente ou temporário, uma atividade e/ou convivência social normais, conforme a idade, padrão cultural, renda econômica e grau de instrução. Quando não diagnosticada e tratada precocemente, a hanseníase pode evoluir com diferentes tipos e graus de incapacidades físicas, podendo causar diversas sequelas aos portadores (HELENE et al., 2001; ALVES, 2010; CUNHA et al., 2015).

Entre 2006 e 2011, no Brasil, foi registrado valor médio referente ao grau I de incapacidade de 18%, e ao grau II de 5,8% (ALVES, 2010). O grau de incapacidade está relacionado com o tempo de doença e permite uma avaliação indireta da efetividade das atividades de detecção precoce e tratamento adequado dos casos. Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de saúde devem realizar a avaliação e a determinação do grau de incapacidade dos doentes com hanseníase no momento do diagnóstico, durante o tratamento no mínimo uma vez ao ano e por ocasião da alta (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; CUNHA et al., 2015).

A hanseníase é influenciada por fatores genéticos do hospedeiro, fatores ambientais, estado nutricional, vacinação com Bacilo de Calmette-Guërin (BCG) e taxa de exposição ao *M. leprae* ou outras micobactérias (MORAES et al., 2006; MONTENEGRO et al., 2012; LASTÓRIA, ABREU, 2014; WHITE, FRANCO-PAREDES, 2015). A resposta imune é de fundamental importância para a defesa do organismo frente à exposição ao bacilo. A infecção pelo *M. leprae* é caracterizada pela alta infectividade e baixa patogenicidade; mais de 95% dos seres humanos são

naturalmente imunes (VAN BRAKEL, 2000; MENDONÇA et al., 2008; WHITE, FRANCO-PAREDES, 2015).

O tipo de resposta imune está associado com formas clínicas distintas. Na presença de resposta celular competente, o indivíduo evolui para a forma tuberculoide (MHT) da doença, que é mais branda, e na ausência de resposta celular para a forma virchowiana (MHV), mais grave. Entre estes dois extremos, encontram-se as formas intermediárias da doença.

A forma paucibacilar é menos grave, apresentando duas formas clínicas, a indeterminada e a tuberculoide. (PEREIRA et al., 2008). A forma indeterminada (MHI) é considerada a primeira manifestação clínica da hanseníase, evoluindo para cura ou para outra forma clínica. Caracteriza-se pelo aparecimento de manchas hipocrômicas na pele, podendo ser múltiplas ou lesão única, com limites imprecisos e alteração de sensibilidade. Em alguns casos, a MHI apresenta-se por áreas de hipoestesia na pele, sem manchas visíveis. Nesta forma não há comprometimento de troncos nervosos e, portanto, não ocorrem alterações motoras que causam incapacidade. A baciloscopia geralmente é negativa, caso positiva deve-se considerar evolução da doença (ARAÚJO, 2003; PEREIRA et al., 2008; BRASIL, 2009).

A hanseníase tuberculoide caracteriza-se por poucas lesões, de distribuição assimétrica, bem demarcadas e anestésicas. As lesões são em placas ou anulares de margens papulosas e podem apresentar eritema ou hipocromia. Apresenta crescimento centrífugo com atrofia no interior da lesão. A baciloscopia é negativa (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2009).

As formas virchowiana e dimorfa (MHD) são multibacilares, associadas a múltiplas lesões de pele (PEREIRA et al., 2008; BARBIERI; MARQUES, 2009). Na forma virchowiana há lesões disseminadas, infiltrativas, simétricas e com limites imprecisos, com alteração de sensibilidade. O paciente pode apresentar tubérculos, nódulos e hansenomas nas áreas com grande infiltração. A presença de madarose e infiltração difusa da face e pavilhões auriculares provoca a fácies leonina. Há comprometimento nervoso com acometimento de troncos nervosos. Nesta forma

clínica, outros órgãos podem estar infiltrados, como mucosa das vias aéreas superiores, olhos e testículos. A baciloscopia é fortemente positiva (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2009).

A hanseníase dimorfa caracteriza-se por grande variação das manifestações clínicas, com morfologia semelhante às formas virchowiana e tuberculoide. Compreendem lesões eritematosas, hipocrômicas com bordas ferruginosas, eritematosas ou acastanhadas com limite interno nítido e externo impreciso, violáceas com bordas internas nítidas e limites externos difusos. As lesões podem apresentar alteração de sensibilidade. Há infiltração assimétrica da face e dos pavilhões auriculares. Lesões em pescoço e nuca são sugestivas desta forma clínica. Frequentemente há comprometimento de troncos nervosos, com deformidades físicas e incapacidades. A baciloscopia pode ser positiva ou negativa, com número variável de bacilos (ARAÚJO, 2003; PEREIRA et al., 2008; BRASIL, 2009).

No curso da doença, durante ou após o final do tratamento, alguns pacientes podem apresentar reações hansênicas, definidas como processos inflamatórios agudos secundários à liberação de antígenos e reações de hipersensibilidade. Os tipos de reações mais importantes são a tipo 1 (reação reversa) e a tipo 2 (eritema nodoso hansênico) (MENDONÇA et al., 2008; LASTÓRIA et al., 2014; CUNHA et al., 2015). Os quadros reacionais representam eventos inflamatórios que ocorrem no curso crônico da hanseníase. Devem ser prontamente diagnosticados e tratados. As reações seguem-se a fatores desencadeantes, como infecções intercorrentes, vacinação, gravidez e puerpério, medicamentos iodados, estresse físico e emocional. Vários órgãos podem ser acometidos, como olhos, rins, suprarrenais, testículos, fígado e baço (CUNHA et al., 2015). As reações podem preceder o diagnóstico da hanseníase, surgir durante o tratamento ou após a alta.

A reação do tipo 1, que ocorre caracteristicamente na hanseníase dimorfa, mediada pela imunidade celular, tende a surgir em fase mais precoce do tratamento, entre o 2º e o 6º mês. É caracterizada por exacerbação das lesões pré-existentes, que se tornam edemaciadas, eritematosas, brilhantes, podendo inclusive ulcerar. São variáveis sintomas sistêmicos, podem surgir lesões novas à distância e as neurites

são frequentes, podendo ser a única manifestação clínica. As neurites podem ser silenciosas, ou seja, o dano funcional do nervo se instala sem manifestação de dor e espessamento neural. A reação do tipo 2 é observada nas formas virchowianas e dimorfas; em geral, após seis meses do início do tratamento, mas também podem ocorrer antes e até cinco anos após finalizada a poliquimioterapia. Trata-se de síndrome desencadeada por imunocomplexos. Em contraste, a imunidade celular é importante em etapas iniciais do processo (MINAS GERAIS, 2005; NERY et al., 2006).

A neuropatia periférica é o principal marcador de morbidade na hanseníase, sendo responsável pelas deformidades e deficiências apresentadas por muitos doentes (BURNS et al., 2010; VAN BRAKEL et al., 2000). O dano neural afeta as fibras do sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autônomo. As lesões nervosas estão relacionadas com a resposta imune do indivíduo. A forma tuberculoide apresenta menor número de troncos nervosos afetados, embora possa apresentar lesões mais intensas e precoces, devido à forte resposta. A necrose caseosa observada nos granulomas tuberculoides pode ser responsável pela formação de abscessos e destruição completa dos nervos (VAN BRAKEL et al., 2000; WHO, 2006; CUNHA et al., 2015). Na forma virchowiana, a imunidade celular está diminuída, sendo mais numeroso o número de troncos nervosos lesados, mas o dano neural é lento e progressivo. As células de Schwann, principais células de suporte do sistema nervoso periférico, parecem ser os maiores alvos do *M. leprae* (VAN BRAKEL, 2000; MORAES et al., 2006; LASTÓRIA et al., 2014; CUNHA, 2015).

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Descrever as características clínicas e epidemiológicas da hanseníase em indivíduos paucibacilares e multibacilares acompanhados no Ambulatório de Hanseníase do Serviço de Dermatologia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) no período de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2015.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de hanseníase atendidos no Ambulatório de Hanseníase do HSCMV.
- Identificar o período do tratamento mais propenso a apresentar reações hanseníacas.
- Identificar a classe operacional e forma clínica que mais apresentam reações hanseníacas.
- Avaliar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o surgimento das reações hanseníacas.
- Avaliar o grau de incapacidade presente no início e no final do tratamento.
- Identificar a relação entre grau de incapacidade inicial e presença de reações hanseníacas.

1.2 JUSTIFICATIVA

Existe tratamento e cura para a hanseníase (BURNS et al., 2004; BRASIL, 2002). A falta de orientação e educação em saúde contribui para o crescimento do preconceito e subdiagnóstico da doença. Além disso, a hanseníase interfere significativamente na vida diária e nas relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico (SCOLLARD, 2006).

A eliminação da hanseníase tem sido difícil de ser alcançada em algumas regiões, em face da complexidade da doença (LOCKWOOD, SUNEETHA, 2005). Não se sabe ao certo se, em algum momento entre a exposição ao bacilo e o desenvolvimento da enfermidade, o indivíduo assintomático se torna "bacilífero" e participa da cadeia de transmissão da hanseníase (CUNHA, 2012).

No estado do Espírito Santo, o coeficiente de prevalência deste agravo ainda é considerado alto. Isto pode ser justificado pelo elevado número de pacientes em tratamento de hanseníase, das reações hansênicas e da incapacidade física de graus variáveis causadas pela doença (MONTENEGRO, 2012).

A meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, para menos de um caso por 10 mil habitantes, foi definida pela OMS e seguida pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O diagnóstico precoce confere o menor risco de desenvolvimento de incapacidades físicas e assim como a informação, educação e comunicação sobre a hanseníase torna o indivíduo capaz de se autoprotger, identificando os sinais e sintomas da doença precocemente (BRASIL, 2006; SCOLLARD, 2006).

Os indivíduos com hanseníase podem ser surpreendidos por quadros ou estados reacionais no curso da doença, presentes em cerca de 10 a 50% dos casos,

principalmente nas formas multibacilares. Essas reações representam fatores de risco importantes para retratamento da hanseníase, além de serem responsáveis por abandono de tratamento e por incapacidades (HELENE, 2001; ALVES, 2010). Dessa forma, observa-se a importância do estudo dos quadros reacionais e do grau de incapacidade nos pacientes portadores de hanseníase, de modo a evitar o abandono durante o tratamento e minimizar as sequelas.

2 METODOLOGIA

2.1 Local e época de desenvolvimento do estudo

Estudo realizado no Ambulatório de Hanseníase do Serviço de Dermatologia Geral do HSCMV, localizado na Rua Doutor João dos Santos Neves, 143, Vitória, ES, no período de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2015. O serviço é referência em Hanseníase do estado do Espírito Santo, atende gratuitamente centenas de pacientes portadores de hanseníase e de suas reações e sequelas.

2.2 Tipo de estudo

Estudo quantitativo, descritivo, transversal, com base em dados obtidos na análise de prontuário de atendimento de 118 pacientes.

2.3 Critérios de inclusão

Pacientes portadores de Hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia Geral, mediante consulta ao prontuário e preenchimento de protocolo específico (Anexo 1).

2.4 Critérios de exclusão

- Pacientes que não foram confirmados como portadores de Hanseníase (casos prováveis).
- Indivíduos com a forma neural pura de Hanseníase.

2.5 Aprovação no Comitê de Ética

Para o seu início, o projeto deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM) com número de CAAE 35173714.0.0000.5065, em 27 de outubro de 2014.

2.6 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Foi concedida dispensa do TCLE devido ao estudo ser uma análise de prontuários de pacientes, com significativa relevância social, de clara vantagem para a ciência, para a Instituição e, sobretudo, para os sujeitos da pesquisa. Foi garantida a proteção à privacidade do indivíduo estudado e mantida a confidencialidade.

2.7 Técnica de coleta de dados

Os dados foram obtidos através da coleta e análise de dados dos prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Hanseníase do Serviço de Dermatologia Geral do HSCMV durante a etapa de coleta de dados do presente trabalho.

2.8 Técnica de análise de dados

Toda análise das frequências foi realizada no programa SPSS versão 23.

Variáveis estudadas: sexo, idade, classe operacional, forma clínica, terapêutica utilizada, recidiva, índice baciloscópico inicial, incapacidade inicial e final e espessamento de nervos.

As seguintes características foram analisadas nos pacientes que apresentaram reações hansênicas: tempo entre reação e diagnóstico, tipo de reação, período de surgimento da reação em relação ao tratamento e duração do tratamento da reação.

Para classificação operacional dos pacientes foram adotados os critérios da OMS, que se baseia no número de lesões cutâneas e na pesquisa de BAAR em esfregaço intradérmico (WHO, 2006; BRASIL, 2010). Foram classificados como paucibacilares, os pacientes hansenianos com baciloscopia inicial negativa, menos de cinco lesões e até um tronco nervoso afetado (TEIXEIRA et al., 2010). Os pacientes multibacilares foram selecionados entre os que apresentavam baciloscopia inicial positiva ou mais de cinco lesões cutâneas (BRASIL, 2009).

Para classificação da forma clínica foram utilizadas as classificações de Madri e de Ridley e Jopling. A classificação de Madri (1953), utilizando as características clínicas, bacteriológicas, imunológicas e histológicas da hanseníase, define os grupos polares, tuberculoide (MHT) e virchowiano (MHV); o grupo transitório e inicial da doença, a forma indeterminada (MHI); e a instável e intermediária, a forma dimorfa (MHD). A classificação de Ridley e Jopling (1966) adota subgrupos dentro da forma dimorfa: dimorfa tuberculoide (MHDT), dimorfa dimorfa (MHDD) e dimorfa virchowiana (MHDV) (SOUZA, 1997).

O esquema terapêutico de hanseníase foi considerado padrão, quando foram administradas as drogas preconizadas pela OMS: dapsona, clofazimina (exceto para os paucibacilares) e rifampicina durante seis meses para as formas paucibacilares e um ano para as formas multibacilares (BRASIL, 2010; WHO, 2006).

O índice baciloscópico utilizado é o proposto por Ridley e Jopling (1966), baseado em uma escala logarítmica com variação entre 0 a 6. É o método de avaliação quantitativo mais correto e utilizado na leitura da baciloscopia em hanseníase. A baciloscopia positiva classifica o caso como multibacilar, independentemente do número de lesões.

Ainda foi avaliado o grau de incapacidade presente no momento do diagnóstico e sua relação com a presença de reações.

Foi considerada como reação reversa (tipo 1), a presença de pelo menos uma das seguintes características: infiltração em lesões antigas de hanseníase acompanhadas de edema e dor, surgimento de novas lesões em forma de placas

...infiltradas, tricofitóides com distúrbios de sensibilidade, ou espessamento dos nervos periféricos associado a dor, que poderão estar associadas a outros sintomas, como febre, mal estar, hipersensibilidade palmar e plantar, lesões vesiculobolhosas, ulceração e edema em mãos e pés (MINAS GERAIS, 2005; WHO, 1998). Foi caracterizado como eritema nodoso hansênico (tipo 2), a presença de lesões eritematosas e dolorosas (espontaneamente ou à palpação), isolados ou associados a qualquer um dos seguintes sinais e/ou sintomas: febre, mal estar, vesículas bolhas ou úlceras, espessamento doloroso em um ou mais nervos periféricos, linfadenopatia, irite, artrite ou artralgia e edema ou dor em mãos e pés (MINAS GERAIS, 2005; GUERRA, 2004).

RESULTADO

Das 118 pacientes avaliadas, obtiveram-se os seguintes resultados analisando o sexo: 55 pacientes do sexo feminino (46,6%) e 63 pacientes do sexo masculino (53,4%) (FIGURA 1).

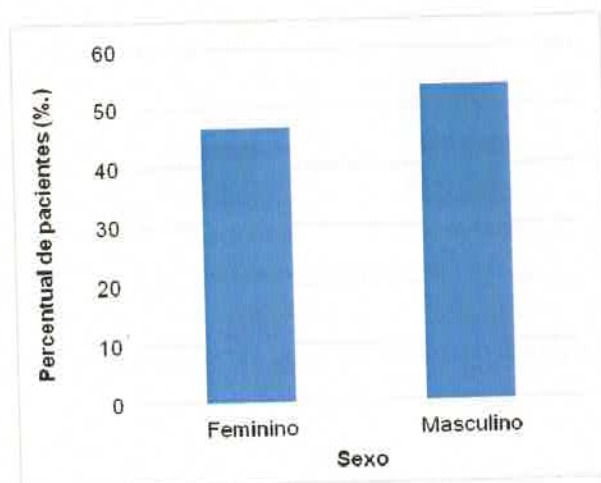


FIGURA 1 – Sexo dos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Analisando a variável faixa etária, obtiveram-se os seguintes resultados: 2 pacientes (1,7%) com menos de 15 anos; 15 pacientes (12,7%) entre 15 e 30 anos; 33 pacientes (28%) entre 31 e 45 anos e 68 pacientes (57,6%) com mais de 45 anos. A idade média foi de 48,32 anos, sendo a idade mínima de 12 anos e a máxima de 84 anos (FIGURA 2).

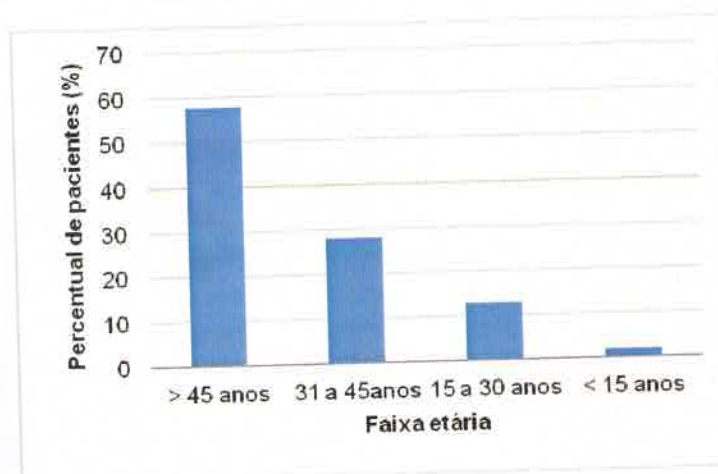


FIGURA 2 – Faixa etária dos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Em relação à classe operacional, 98 pacientes (83,1%) foram classificados como multibacilares e 20 pacientes (16,9%) como paucibacilares (FIGURA 3).

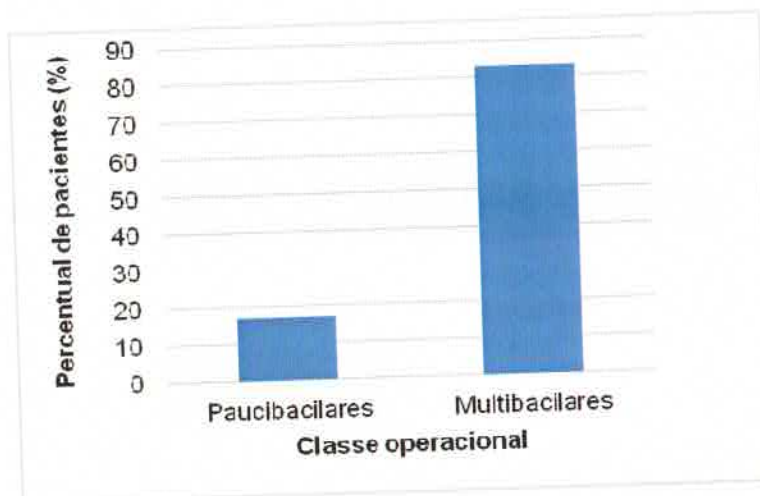


FIGURA 3 – Classe operacional dos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Em relação às formas clínicas diagnosticadas (FIGURA 4), 11 pacientes foram excluídos da análise, pois não havia referência de forma clínica no prontuário. Quanto aos 107 pacientes considerados, observou-se uma porcentagem significativa de 44,9% de MHV (48 pacientes), seguida de 16,8% de MHD (18 pacientes), 13,1% de MHT (14 pacientes), 11,2% de MHDV (12 pacientes), 6,5% de MHDT (7 pacientes), 5,6% de MHI (6 pacientes) e apenas 1,9% de MHDD (2 pacientes).

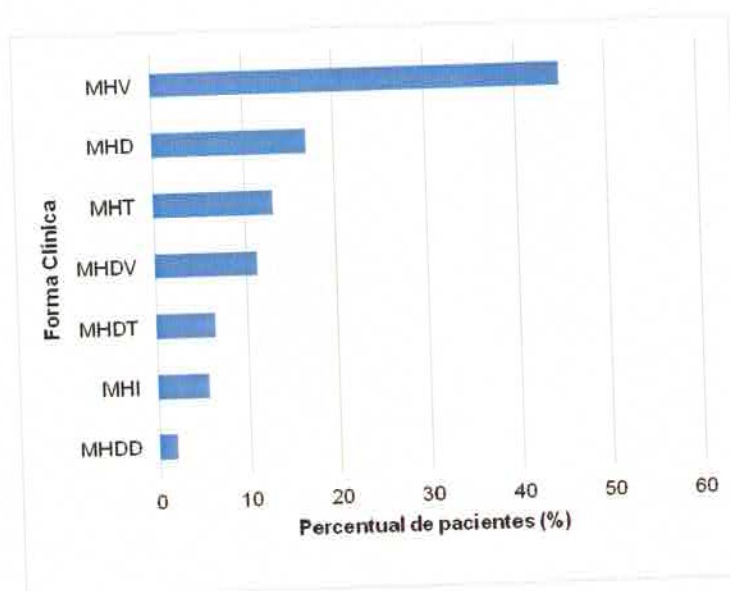


FIGURA 4 – Forma clínica encontrada nos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Como a terapêutica utilizada, 34 pacientes (28,8%) foram tratados com terapia alternativa e 84 pacientes (71,2%) com terapia convencional, representados pela FIGURA 5.

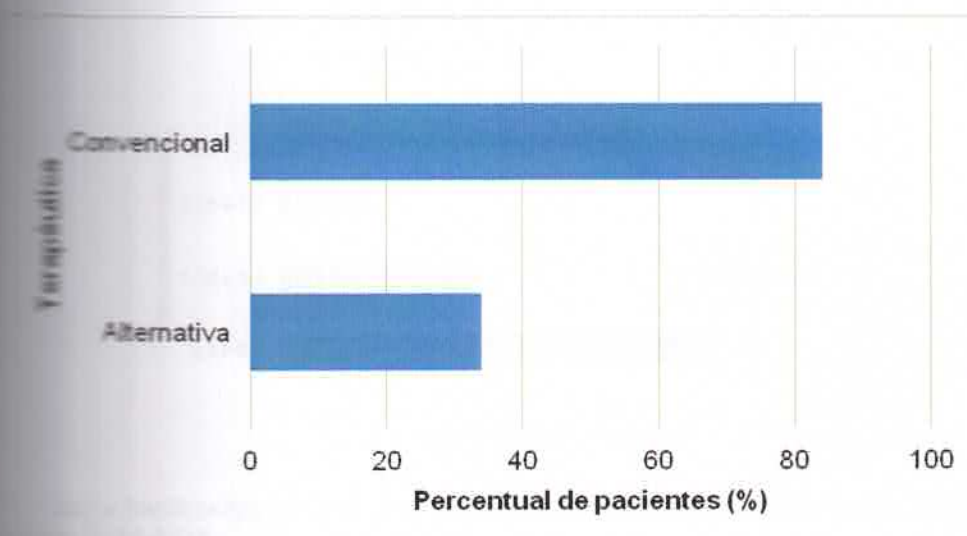


FIGURA 5 – Terapêutica realizada nos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HCCRS, Vitória, 2014-2015.

Quanto à apresentação de recidiva, 1 paciente foi omissos, portanto, 117 pacientes foram analisados. Destes, 83 (70,9%) não apresentaram recidiva, enquanto 34 pacientes (29,1%) recidivaram a doença (FIGURA 6).

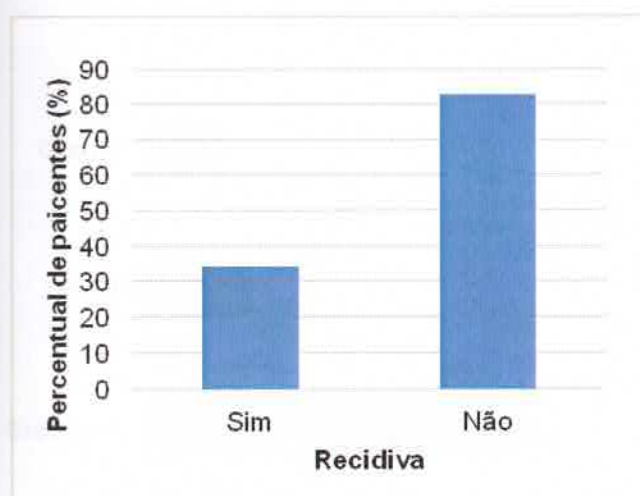


FIGURA 6 – Recidiva da doença nos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HCCRS, Vitória, 2014-2015.

Das 118 pacientes do presente estudo, não se tem conhecimento do índice baciloscópio inicial de 16 pacientes. Posto isso, os resultados encontrados nos 102 pacientes considerados foram: 34 pacientes (33,33%) apresentavam valor 0 (zero); 8 pacientes (8,82%) apresentavam valores entre 0,25 a 1; 18 pacientes (17,65%) entre 1,25 a 3 e 41 pacientes (40,2%) entre 3,25 a 6,0 (FIGURA 7).

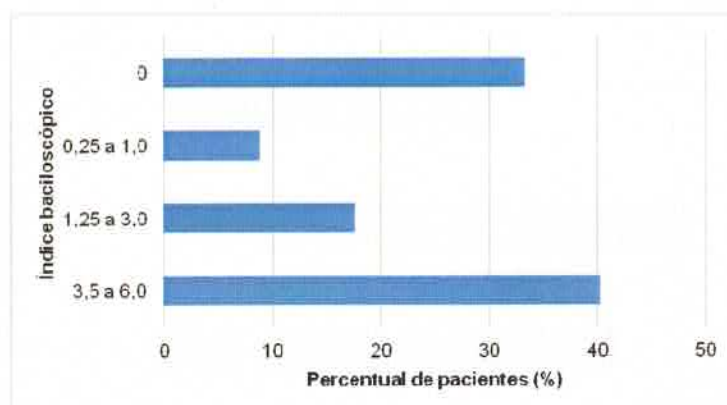


FIGURA 7 – Índice baciloscópio inicial em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSDM, Vitória, 2014-2015.

A FIGURA 8 apresenta os diferentes graus de incapacidade inicial, 74 pacientes não possuíam esta informação em prontuário. Portanto, dos 44 pacientes restantes foi possível denotar o seguinte resultado válido: 30 pacientes (68,2%) apresentaram grau zero de incapacidade inicial, 8 pacientes (18,2%) apresentaram grau I e 6 pacientes (13,6%) apresentaram grau II.

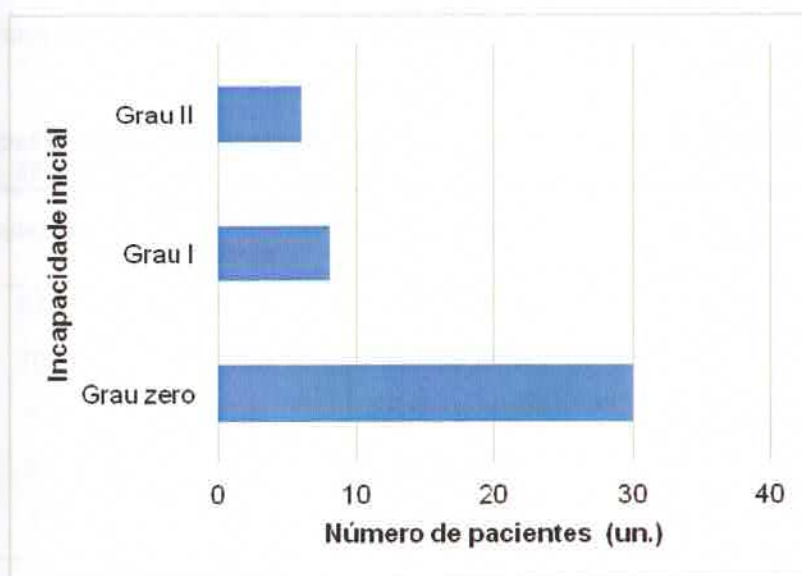


FIGURA 8 – Incapacidade inicial dos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSDM, Vitória, 2014-2015.

Quanto à incapacidade final, 28 pacientes não tinham esta informação no prontuário. Considerando-se, então, 90 pacientes válidos apresentados na FIGURA 9 e obtiveram-se os seguintes resultados: 31 pacientes (34,4%) apresentaram grau zero de incapacidade final, 36 pacientes (40%) apresentaram grau I e 23 pacientes (25,6%) apresentaram grau II.

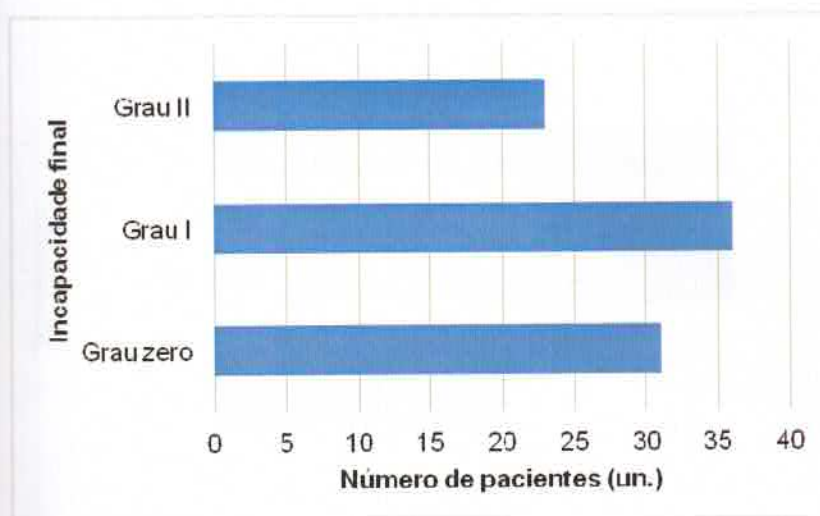


FIGURA 9 – Incapacidade final dos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Na TABELA 1 estão indicados os nervos que apresentaram espessamento. Dos 118 pacientes totais, 21 pacientes (17,8%) não possuíam esta informação no prontuário. Considerando os 97 pacientes analisados, 67 pacientes (69,1%) não manifestaram espessamento neural e em 10 pacientes (10,2%) o espessamento ocorreu no nervo ulnar. Os demais resultados podem ser observados na tabela.

TABELA 1 – Espessamento neural em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Nervo	Pacientes	Porcentagem válida	Nervo	Pacientes	Porcentagem válida
Ulnar	67	69,1%	Fibular e radial	1	1,0%
Ulnar	10	10,2%	Fibular e tibial	2	2,1%
Ulnar	6	6,2%	Fibular e ulnar	2	2,1%
Ulnar	5	5,2%	Ulnar e radial	1	1,0%
Ulnar	1	1,0%	Ulnar e tibial	2	2,1%

Em relação às reações hansênicas, 81 pacientes (68,6%) dos 118 analisados manifestaram um ou mais tipos de reação durante a evolução da doença. Avaliando os quadros reacionais, observou-se que 25 pacientes (30,9%) apresentaram reação do tipo I em algum momento da evolução da doença, 44 pacientes (54,3%) apresentaram reação do tipo II e 44 pacientes (54,3%) apresentaram neurite isolada (FIGURA 10).

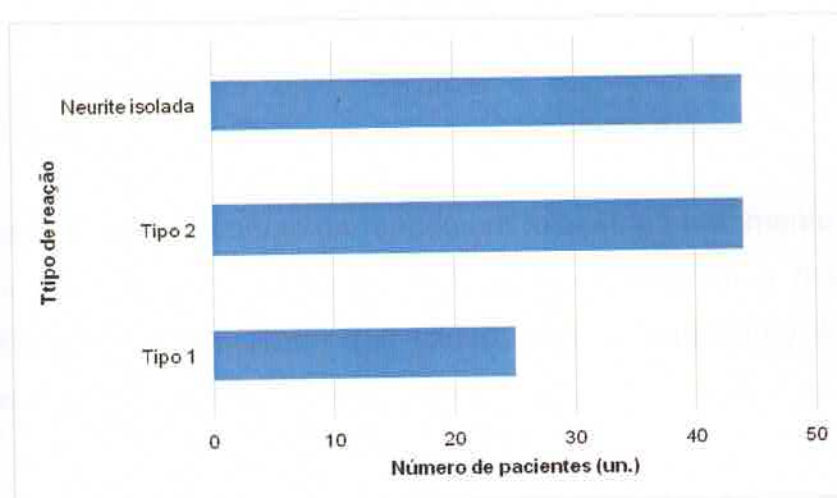


FIGURA 10 – Tipo de reação encontrada em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSDIV, Vitória, 2014-2015.

No que concerne o tempo decorrido entre o diagnóstico e surgimento da reação hansênica, em anos, foram avaliados 71 pacientes, visto que 47 não apresentaram reação e/ou não possuíam esta informação em prontuário. Dos pacientes válidos, 12 pacientes (16,9%) apresentaram reação no mesmo ano do diagnóstico, 18 pacientes (25,4%) em 1 ano após o diagnóstico; 21 pacientes (29,6%) em 2 anos; 6 pacientes (8,5%) em 3 anos; 5 pacientes (7%) em 4 anos; 4 (5,6%) em 5 anos; 4 (5,6%) em 6 anos e 1 paciente (1,4%) em 7 anos. O tempo médio do surgimento da reação em relação ao diagnóstico foi de 2,1 anos (FIGURA 11).

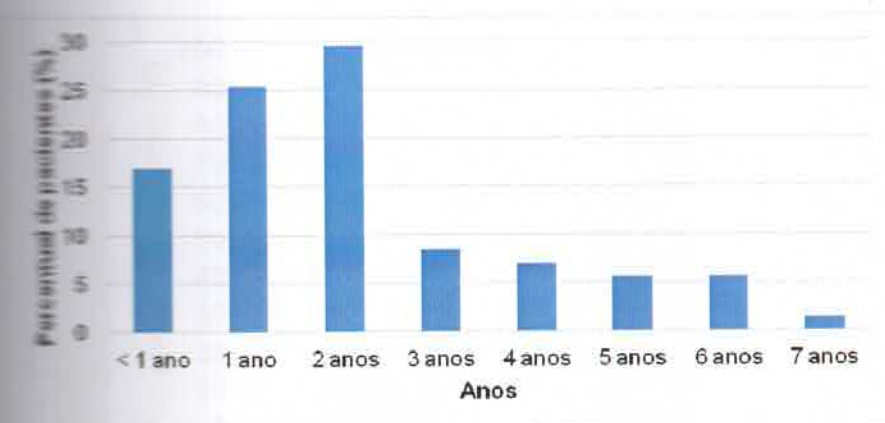


FIGURA 11 – Tempo decorrido entre diagnóstico e surgimento da reação em pacientes atendidos no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Quanto ao período de surgimento da reação em relação ao tratamento, obtiveram-se seguintes resultados: 13 pacientes (16,7%) apresentaram a reação antes de iniciar o tratamento, 43 pacientes (55,1%) durante o tratamento e 22 pacientes (28,2%) após o término do tratamento (FIGURA 12).



FIGURA 12 – Relação do surgimento da reação e período de tratamento da doença em pacientes atendidos no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Quanto aos 81 pacientes que manifestaram reação, 5 não tinham dados no prontuário sobre a relação entre o tempo de tratamento e o início da reação. Portanto, considerando os demais pacientes, tem-se que: 9 pacientes (11,8%) apresentaram reação em até 5 meses do tratamento e 67 pacientes (88,2%) apresentaram reação em tempo superior à 5 meses de tratamento (FIGURA 13).

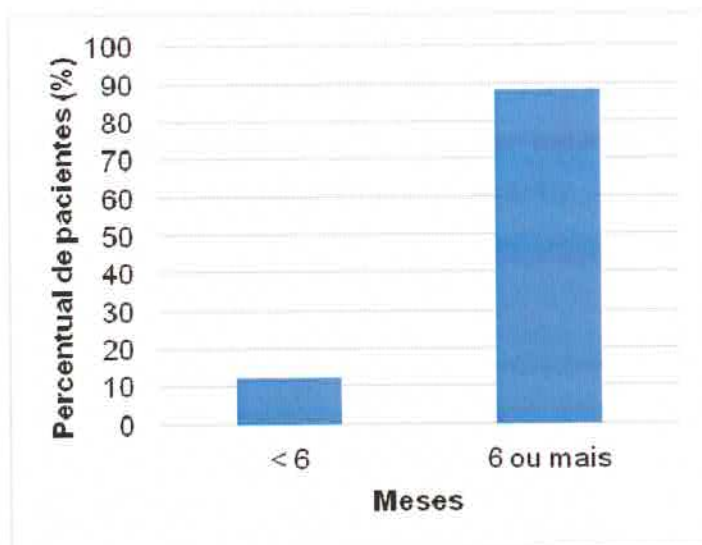


FIGURA 13 – Tempo decorrido entre início do tratamento e surgimento da reação hansênica em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Dos 81 pacientes que apresentaram reação, 38 (46,9%) eram do sexo feminino e 43 (53,1%) do sexo masculino. O teste qui-quadrado de Pearson demonstrou valor de 0,922 não havendo, portanto, significância estatística (FIGURA 14).

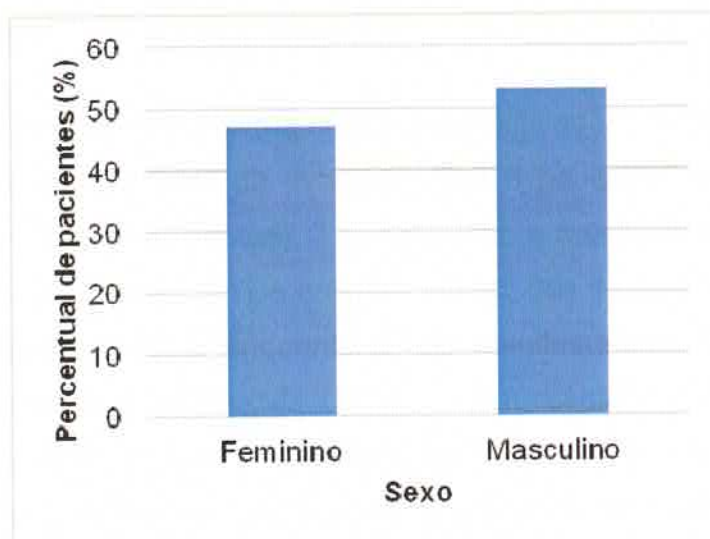


FIGURA 14 – Sexo dos pacientes que apresentaram reação hansênica acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Em relação à manifestação de reação por faixa etária, obtiveram-se os seguintes resultados: nenhum dos 2 pacientes com idade inferior a 15 anos apresentou reação; dos 15 pacientes com idade entre 15 e 30 anos, 11 tiveram reação (13,6% dos 81 pacientes que manifestaram reação) e 4 não tiveram; dos 33 pacientes com

entre 31 e 45 anos, 25 (30,9%) tiveram reação e 8 não tiveram; e dos 68 pacientes com idade superior à 45 anos, 45 (55,6%) tiveram reação e 23 não tiveram. Também não foi observada significância estatística, pois o teste qui-quadrado de Pearson obteve valor de 0,139 (FIGURA 15).

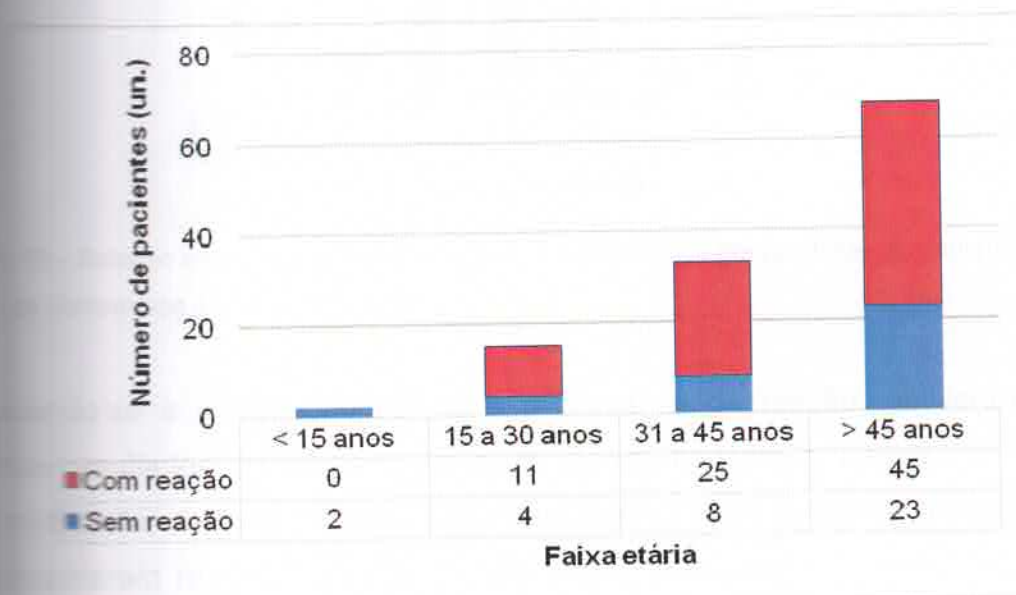


FIGURA 15 – Relação entre a presença de reação e a faixa etária pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Dentre os 107 pacientes com a forma clínica diagnosticada, 71 apresentaram reação hanseniônica em algum momento da evolução. Dos 6 pacientes com MHI apenas 1 teve reação (1,4% dos 71 pacientes), 5 não tiveram; a reação esteve presente em 4 (28,6%) dos 14 pacientes com MHT e ausente em 10; dos 48 pacientes com MHV, 40 (83,3%) manifestaram reação, enquanto 8 não manifestaram; 18 pacientes foram diagnosticados com MHD, destes, 11 (15,5) tiveram reação e 7 não tiveram; dos 7 pacientes com MHDT, 3 (4,2%) apresentaram reação e 4 não apresentaram; a reação esteve presente em 10 (14,1%) dos 12 pacientes com MHDV e ausente em 2. Todos os 2 pacientes diagnosticados com MHDD tiveram reação (2,8%) (FIGURA 16).

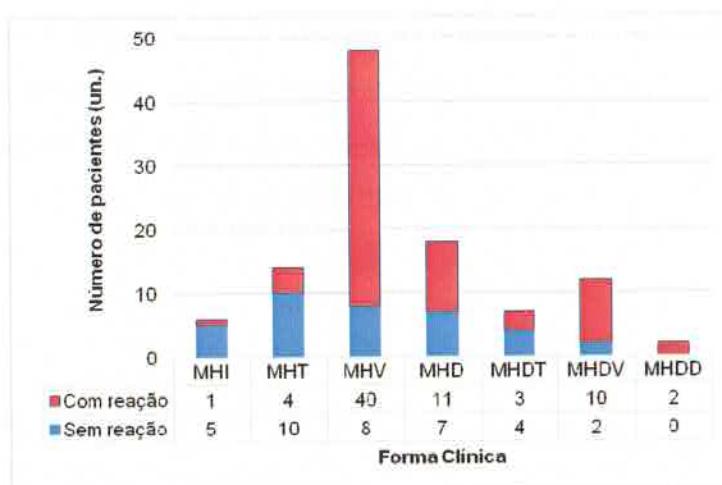


FIGURA 16 – Relação entre a presença de reação e a forma clínica em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Comparando-se a classe operacional e a presença de reação, obtiveram-se os seguintes resultados: 81 pacientes tiveram reação hansênica, destes, 77 (95,1%) eram multibacilares e 4 (4,9%) eram paucibacilares. Dos 98 pacientes multibacilares, 77 apresentaram reação e 21 não apresentaram, ao passo que dos 20 pacientes paucibacilares, apenas 4 tiveram reação. O teste qui-quadrado de Pearson apresentou valor de 0,000, havendo, portanto significância (FIGURA 17).

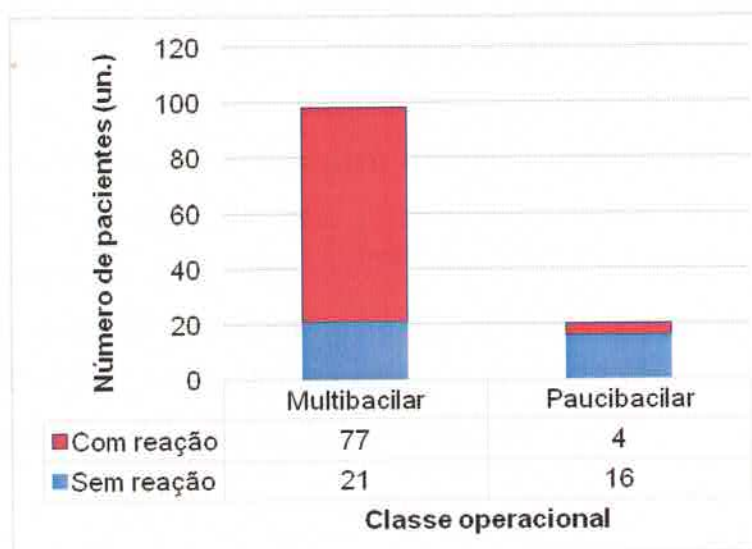


FIGURA 17 – Relação entre a presença de reação e a classificação operacional em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Analisando os 44 pacientes com incapacidade inicial conhecida em relação à presença de reação, os resultados obtidos foram: todos os 8 pacientes com

incapacidade grau I apresentaram reação, representando 32% dos pacientes com incapacidade inicial conhecida que tiveram reação; dos 6 pacientes grau II, 4 (16%) apresentaram reação e 2 não apresentaram; e dos 30 pacientes com grau zero de incapacidade inicial, 13 (52%) apresentaram reação e 17 não apresentaram (FIGURA 18).

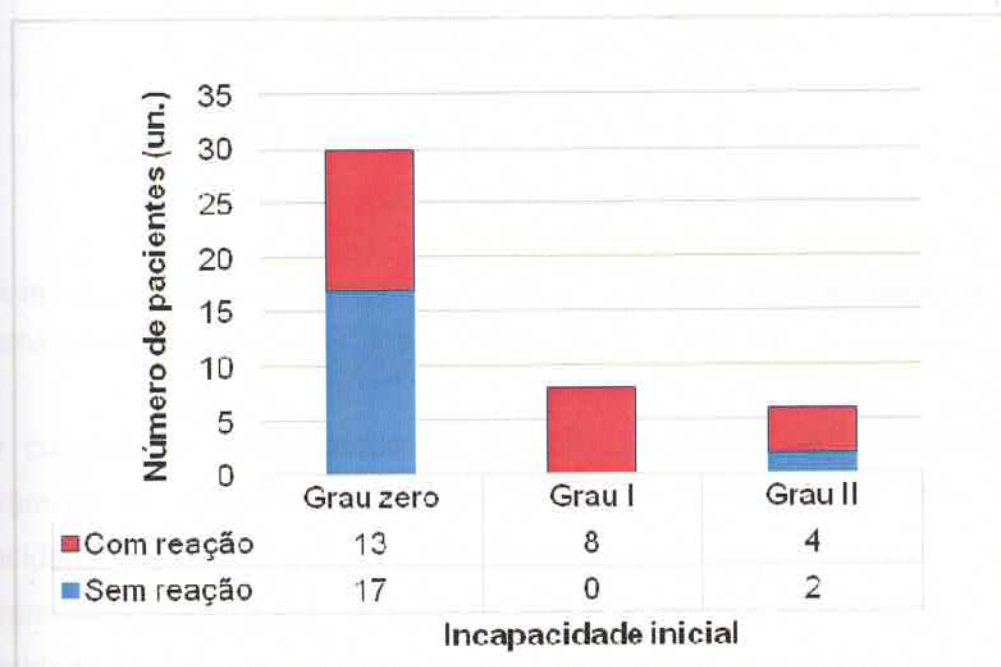


FIGURA 18 – Relação entre a presença de reação e o grau de incapacidade inicial em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Comparando a presença de reação com a terapia utilizada, têm-se os seguintes resultados: dos 38 pacientes que não apresentaram reação, 30 (25,4%) utilizaram terapia convencional e 8 (6,8%) terapia alternativa, e dos 80 pacientes que apresentaram reação, 54 pacientes (45,8%) utilizaram terapia convencional e 26 (22%) terapia alternativa. Encontrando-se valor de 0,277 no teste qui-quadrado de Pearson, não havendo, portanto, significância (FIGURA 19).

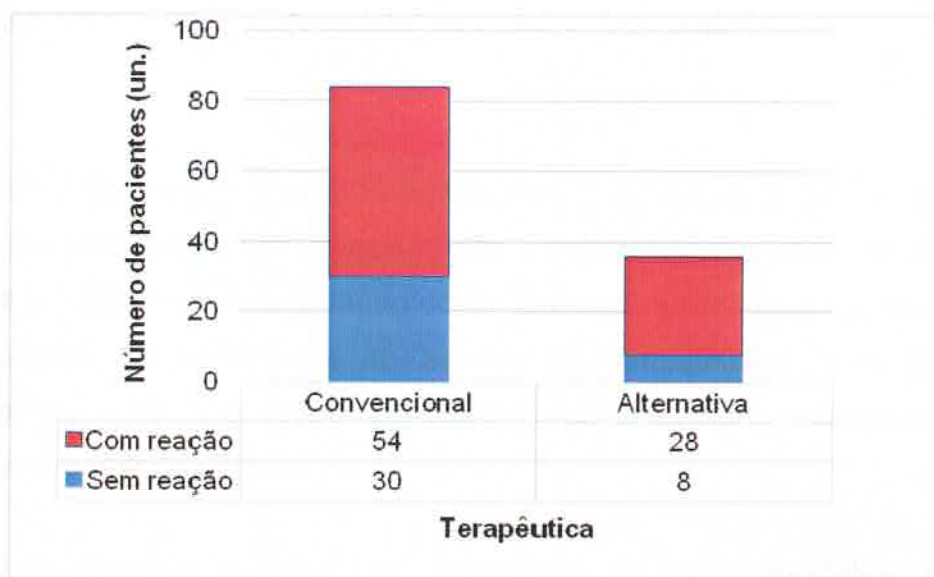


FIGURA 19 – Relação entre o surgimento de reação e a terapêutica utilizada em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Ao se comparar a incapacidade inicial com a final em seus diferentes graus, obtiveram-se os seguintes resultados: dos 24 pacientes com grau zero de incapacidade inicial, 19 (50%) mantiveram-se grau zero, enquanto 4 (10,5%) evoluíram para grau I de incapacidade final e apenas 1 (2,6%) para grau II de incapacidade final; dos 8 pacientes que inicialmente foram classificados com grau I de incapacidade, 1 (2,6%) apresentava grau zero ao final do acompanhamento, enquanto 7 (18,4%) mantiveram-se grau I; todos os 6 pacientes com grau II de incapacidade inicial mantiveram-se grau II na avaliação de incapacidade final (15,8%). Obteve-se valor 0,000 no teste qui-quadrado de Pearson, relevando significância (TABELA 2).

TABELA 2 – Grau de incapacidade inicial e final em pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV, Vitória, 2014-2015.

Incapacidade inicial (nº de pacientes)	Incapacidade final (nº de pacientes)	Incapacidade final (nº de pacientes)		
		Grau zero	Grau I	Grau II
Grau zero	24	19	4	1
Grau I	8	1	7	0
Grau II	6	0	0	6

4 DISCUSSÃO

Este trabalho teve como propósito analisar, através de pesquisa em prontuário e comparação com a literatura, o perfil clínico e epidemiológico da hanseníase, assim como das reações hansênicas, tendo como objeto de estudo os pacientes atendidos no Ambulatório de Hanseníase do Serviço de Dermatologia Geral do HSCMV, estabelecendo uma discussão pertinente aos resultados encontrados e as afirmações presentes na literatura.

Observou-se maior prevalência de hanseníase no sexo masculino de 53,4%, corroborando com a literatura de Aquino (2003), Imbiriba (2008), Hinrichse (2004) e BRASIL (2002; 2006). Este dado pode estar associado ao maior risco de exposição pelos homens e ao fato dos mesmos serem os maiores responsáveis pela transmissão da doença (CURTO, PASCHOAL, 2005). Entretanto, Bakker et al. (2002) relataram distribuição semelhante da doença entre os sexos, justificando a aproximação entre as porcentagens encontradas no presente trabalho.

A faixa etária que apresentou maior prevalência da doença foi acima de 45 anos, representando 57,6% dos pacientes estudados, porém não houve significância estatística. Apenas dois casos foram observados em pacientes abaixo dos 15 anos. O coeficiente de detecção do agravo no Espírito Santo nessa faixa etária, no período de 2001 a 2008, apresentou classificação "hiperendêmica" (BRASIL, 2009), entretanto, pode-se observar redução do número de casos nessa faixa etária, denotando maior controle da endemicidade dessa doença (BRASIL, 2002). Verificou-se que a população mais afetada pela hanseníase é a economicamente ativa, o que pode refletir na economia dos municípios ao se analisar a possibilidade de desenvolvimento de incapacidades, lesões, estados reacionais e do afastamento do indivíduo de suas atividades produtivas, além do aumento do custo social (LANA et al., 2004; ARAÚJO, 2003).

A maioria dos pacientes analisados no presente estudo foi classificada como multibacilares (83,1%), dado semelhante ao encontrado na população brasileira no

ano de 2008, que alcançou 53,7% de multibacilares em relação ao número de casos da doença (BRASIL, 2008).

Dentre os pacientes avaliados, 44,9% apresentaram hanseníase virchowiana, forma clínica que se constitui de uma doença sistêmica com complicações viscerais graves, induzindo um comprometimento de olhos, testículos, rins e outros órgãos (BRASIL, 2009). Essa porcentagem elevada encontrada pode se relacionar ao fato do local do estudo ser referência em tratamento da doença no Espírito Santo, recebendo, portanto, casos graves do agravo e em que há dificuldade diagnóstica e terapêutica. A segunda forma clínica mais encontrada foi hanseníase dimorfa (16,8%), caracterizada pelo comprometimento neurológico troncular e episódios reacionais, podendo esses pacientes desenvolver incapacidades e deformidades físicas. A falta de informação da sociedade sobre a doença e a resistência do próprio paciente em aceitar ser portador da hanseníase impedem o diagnóstico precoce, contribuindo com a evolução para as formas mais graves da doença (PEREIRA et al., 2008).

Segundo Miranzi, Pereira e Nunes (2010) estima-se que somente um terço dos portadores de hanseníase seja notificado e que, dentre esses, muitos fazem tratamento irregular ou o abandonam, gerando bacilos resistentes às medicações. Há piora do problema de controle da doença, pois o tratamento é dificultado e ocorre maior agravamento da forma clínica. Neste estudo observou-se que 71,2% dos pacientes realizaram o tratamento convencional.

Neste trabalho, 29,1% dos pacientes apresentaram recidiva. De acordo com Araújo (2003) considera-se recidiva o quadro observado em paciente que completa com êxito o tratamento, mas que posteriormente, geralmente após 5 anos de alta por cura, desenvolve novos sinais e sintomas da doença. As recidivas são raras e, geralmente, ocorrem nos casos que receberam poliquimioterapia inadequada para a sua forma clínica.

Analisando o índice baciloscópico inicial, observou-se que 41 pacientes (40,2%) apresentaram índices acima de 3,25, o que poderia estar associado à alta incidência de reação tipo 2 encontrada. No Brasil, Nery et al. (1998) demonstraram que houve correlação significativa entre a carga bacilar e o tipo de reação observada, porém

concluíram que o índice bacilar não foi fator de risco para as reações. Manandhar et al. (1999) demonstraram que pacientes com um índice baciloscópico acima de 4+ tiveram uma prevalência significativamente maior de reação tipo 2 em relação aos pacientes com índice baciloscópico abaixo de 4+.

Alves (2010) afirma que o grau de incapacidade está relacionado com o tempo de doença, portanto esse indicador permite uma avaliação indireta da efetividade das atividades de detecção precoce e tratamento adequado dos casos. Na presente análise, 13,6% dos pacientes com grau de incapacidade inicial conhecidos eram grau II, classificado como alto. No Espírito Santo, o grau de incapacidade física II na ocasião do diagnóstico foi de 4,9% em 2008 (BRASIL, 2009). As incapacidades físicas e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos (BRASIL, 2002).

Observou-se, no presente estudo, que quadros reacionais estiveram presentes em 68,6% dos pacientes, sendo que a reação tipo 2 acometeu 54,3% dos estudados. De acordo com a literatura, a reação do tipo 2 afeta principalmente casos multibacilares e de hanseníase virchowiana (BRASIL, 2002; GUERRA, 2004; FAVA, 2012; WHITE, 2015) em consonância com o encontrado neste trabalho, pois 77 dos 98 pacientes multibacilares apresentaram reação hansênica e 40 dos 48 com MHV. Faz-se necessário ressaltar que o local do estudo é referência no tratamento de casos graves da doença.

Neste trabalho, o tempo médio entre diagnóstico e surgimento da reação foi de 2,1 anos, semelhante ao descrito na literatura por Scollard (1994) e White (2015), que afirmaram que a maioria dos casos reacionais é diagnosticada junto ao diagnóstico de hanseníase ou durante os dois primeiros anos após o início da poliquimioterapia.

Foi visto que 55,1% dos pacientes apresentaram reação durante o tratamento. De acordo com Araújo (2003), a reação do tipo 1 tende a surgir mais precocemente no tratamento, entre o 2º e 6º mês, caracteristicamente na MHD, além disso, a reação do tipo 2 nas formas MHV e MHD, em geral, ocorre após seis meses de tratamento. Nos pacientes deste estudo, 88,2% apresentaram reação após os primeiros seis meses do tratamento.

Guerra (2004) descreve que as reações hansênicas são mais frequentes entre 20 e 40 anos de idade. Neste estudo, dos 81 pacientes que apresentaram quadro reacional, 45 eram acima de 45 anos (55,55%). Enquanto 45 (55,6%) dos 68 pacientes com idade superior a 45 anos apresentaram reação, nenhum dos pacientes abaixo de 15 anos o fizeram. Assim como Van Brakel et al. (1994), não foi encontrada significância estatística neste trabalho ao se comparar faixa etária e presença de quadro reacional, necessitando maior investigação quanto à correlação do envelhecimento e diminuição da imunidade e o surgimento de reação.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Neste estudo observou-se que todos os 8 pacientes com incapacidade grau I apresentaram reação, representando 32% dos pacientes com incapacidade que tiveram reação. E dos 6 pacientes com incapacidade grau II, 4 apresentaram reação.

Comparando-se os graus de incapacidade inicial e final, observou-se que não houve agravamento da incapacidade na maioria dos pacientes, com significância estatística comprovada. Dos 24 pacientes com grau de incapacidade inicial zero, apenas 5 evoluíram para graus de incapacidade I ou II. E dos 8 pacientes com grau I de incapacidade inicial, apenas um evoluiu para grau II. O Ministério da saúde afirma que a presença de incapacidades pela hanseníase em um paciente curado indica que o diagnóstico foi tardio ou de que o tratamento foi inadequado (BRASIL, 2002). Ao analisar os dados presentes neste trabalho, podemos sugerir que houve manejo correto e boa adesão ao tratamento na maioria dos casos.

CONCLUSÃO

Este trabalho analisou uma amostra da população de pacientes atendidos no Ambulatório de Hanseníase do Serviço de Dermatologia Geral do HSCMV quanto ao perfil clínico e epidemiológico e concluiu que a idade média foi de aproximadamente 48 anos, a maioria foi classificada como multibacilar, com prevalência acima do encontrado na população brasileira.

Analisando a forma clínica houve predominância das formas virchowianas e dimorfas. A maioria dos pacientes realizou poliquimioterapia convencional.

Os pacientes foram analisados também quanto à presença de quadros reacionais e concluiu-se que a maioria o apresentou em algum momento da evolução da doença, com tempo médio entre diagnóstico de hanseníase e surgimento de reação de 2,1 anos. A maioria dos quadros reacionais surgiu durante o tratamento. Avaliando os quadros reacionais, concluiu-se que a maioria dos pacientes manifestou reação do tipo 2, a forma clínica mais acometida foi a virchowiana e as reações ocorreram principalmente nos multibacilares. Em relação à faixa etária, os quadros reacionais ocorreram principalmente em pacientes acima de 45 anos. Não houve significância quanto à relação da presença de reação com o grau de incapacidade inicial. Concluiu-se que a maioria dos pacientes analisados neste estudo não evoluiu com agravamento do grau de incapacidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hanseníase permanece como um problema de saúde pública no Brasil. O país ainda não atingiu a meta de eliminação da doença, definida pela prevalência menor que 1 caso por 10.000 habitantes. Para alcançarmos a meta é necessário conhecimento e atenção da população médica em geral, principalmente daqueles que terão o primeiro contato com o paciente e a oportunidade de realizar o diagnóstico precocemente.

O diagnóstico da doença não é simples, devido à complexidade de suas apresentações clínicas e seus vários diagnósticos diferenciais. O atraso no diagnóstico e, portanto, no início do tratamento, contribui para a elevada prevalência de variados graus de incapacidade na população, podendo gerar deformidades que causam prejuízo físico, social e psicológico para o paciente.

É importante conhecer os aspectos da doença, suas características clínicas e epidemiológicas para realizar o melhor manejo possível. Depois de diagnosticada é necessário conhecer as possíveis complicações da doença, para tentar preveni-las.

O local de desenvolvimento deste estudo é referência no tratamento da hanseníase e, portanto, recebe muitos pacientes encaminhados de outros serviços. Uma das dificuldades encontradas na realização deste estudo foi a falta de informações no início da doença, como índice baciloscópico inicial e avaliação correta do grau de incapacidade, pois nem todos os pacientes vem ao serviço com tais informações.

Este trabalho é importante, pois serve para analisar o perfil dos pacientes acompanhados no Serviço de Hanseníase do HSCMV e, a partir daí, propor melhoras no acompanhamento dos pacientes. Além disso, serve de base para pesquisas futuras e para a avaliação da Situação da Hanseníase no Estado do Espírito Santo, que ainda mantém altos coeficientes de incidência de hanseníase.

Por fim, com base neste estudo, evidencia-se a importância da anamnese e exame físico detalhados no paciente em um primeiro atendimento para que o tratamento e

seguinte deste seja o mais satisfatório, minimizando as incapacidades, através do diagnóstico precoce do possível acometimento neural.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. J. M. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 4, p. 460-461, 2010.
- AQUINO, D. M. et al. Profile of leprosy in patients in a hyperendemic area of Amazonian Maranhão, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 1, p. 57-64, 2003.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 3, p. 373-382, 2003.
- BAKKER, M. I. et al. Epidemiology of leprosy on five isolated islands in the Flores Sea, Indonesia. **Tropical Medicine & International Health**, v. 7, n. 9, p. 780-787, 2002.
- 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. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. 3. ed. Brasília, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Ações Estratégicas**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de atividades da Área Técnica de Dermatologia Sanitária**: ano de 1999. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde**: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hanseniaha.pdf. Acesso em: 18 fev. 2015.

_____. Portaria n. 3125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 07 de outubro de 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html. Acesso em: 23 mar. 2015.

_____. CUNHA, C. et al. A historical overview of leprosy epidemiology and control activities in Amazonas, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 48, n. 1, p. 55-62, 2015.

_____. CUNHA, M. D. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1143-1155, 2012.

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

_____. MARTO, M.; PASCHOAL, V. D'A. Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 12, n. 4, p. 183-195, 2005.

EDIT, M. E. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004.

FAVA, V. et al. Genetics of leprosy reactions: an overview. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 107, n. 1, p. 132-142, 2012.

GOULART, I. M. B. et al. 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**, v. 35, n. 5, p. 453-460, 2002.

GUERRA, J. G. et al. Avaliação de série de casos de eritema nodoso hansênico: perfil clínico, base imunológica e tratamento instituído nos serviços de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, p. 384-390, 2004.

HELENE, L. M. F.; LEÃO, V. M.; MINAKAWA, M. M. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, v. 26, n. 01, p. 5-13, 2001.

HINRICHSEN, S. L. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 79, p. 413-421, 2004.

MBIRIBA, E. B. et al. Epidemiological profile of leprosy in children under 15 in Manaus (Northern Brazil), 1998-2005. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 1021-1026, 2008.

LANA, F. C. F. et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha: Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 295-300, 2004.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: revisão dos aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos e clínicos - Parte I. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 89, n. 2, p. 205-219, 2014.

EDIT, M. E. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004.

FAVA, V. et al. Genetics of leprosy reactions: na overview. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 107, n. 1, p. 132-142, 2012.

GOULART, I. M. B. et al. 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**, v. 35, n. 5, p. 453-460, 2002.

GUERRA, J. G. et al. Avaliação de série de casos de eritema nodoso hansênico: perfil clínico, base imunológica e tratamento instituído nos serviços de saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, p. 384-390, 2004.

HELENE, L. M. F.; LEÃO, V. M.; MINAKAWA, M. M. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, v. 26, n. 01, p. 5-13, 2001.

HINRICHSEN, S. L. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 79, p. 413-421, 2004.

IMBIRIBA, E. B. et al. Epidemiological profile of leprosy in children under 15 in Manaus (Northern Brazil), 1998-2005. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1021-1026, 2008.

LANA, F. C. F. et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha: Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 295-300, 2004.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: revisão dos aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos e clínicos - Parte I. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 89, n. 2, p. 205-219, 2014.

- LOCKWOOD, D. N. J. Leprosy. In: BURNS, D. A. et al. **Rook's Textbook of Dermatology**. 7th ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2004, cap. 29, p. 1-21.
- LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 83, n. 3, p. 230-235, 2005.
- MANANDHAR, R.; LEMASTER, J. W.; ROCHE, P. W. Risk factors for erythema nodosum leprosum. **International Journal of Leprosy and other mycobacterial diseases**, v. 67, n. 3, p. 270-278, 1999.
- WENDONÇA, V. A. et al. Imunologia da hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 83, n. 4, p. 343-350, 2008.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Como reconhecer e tratar Reações Hansênicas**. Belo Horizonte, 2005.
- MIRANZI, S. S. C.; PEREIRA, L. H. M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.
- MONTENEGRO, R. M. N. et al. Reactional state and nutritional profile among leprosy patients in the primary healthcare system, Greater Vitória, Espírito Santo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 31-38, 2012.
- MORAES, M. O. et al. Genetics of host response in leprosy. **Leprosy Review**, v. 77, n. 3, p. 189-202, 2006.
- MERY, J. A. C. et al. Contribuição ao diagnóstico e manejo dos estados reacionais: uma abordagem prática. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.81, n. 4, p. 367-375, 2006.

- _____. Reactional states in multibacillary Hansen disease patients during multidrug therapy. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 40, n. 6, p. 323-370, 1998.
- PROMOLLA, P. A. et al. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 195-203, 2010.
- FREIREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde em um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Farmacologia**, Brasília, v. 61, p. 774-780, 2008.
- MOLEY, D. S.; JOPLING, W. H. Classification of leprosy according to immunity. A five-group system. **International Journal of Leprosy**, v. 34, p. 255-73, 1966.
- OLIVEIRA, P. B. Spatial analysis of new cases of leprosy in the State of Espírito Santo, Brazil, between 2004 e 2009. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 45, n. 3, p. 380-384, 2012.
- COLLARD, D. M. et al. Epidemiologic characteristics of leprosy reactions. **International Journal of Leprosy and other mycobacterial diseases**, v. 62, n. 4, p. 553-567, 1994.
- COLLARD, D. M. et al. The continuing challenges of leprosy. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 19, n. 2, p. 338-381, 2006.
- OLIVEIRA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 30, p. 325-334, 1997.
- OLIVEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M.; FRANÇA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 3, p. 287-292, 2010.

VAN BRAKEL, W. H. Peripheral neuropathy in leprosy and its consequences. **Leprosy Review**, v. 71, p. 146-153, 2000.

VAN BRAKEL, W. H.; KHAWAS, I. B. Silent neuropathy in leprosy: an epidemiological description. **Leprosy Review**, v. 65, n. 4, p. 350-360, 1994.

WHITE, C.; FRANCO-PAREDES, C. Leprosy in the 21st Century. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 28, n. 1, p. 80-94, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities 2006-2010**. India, WHO, 2006. Disponível em: <http://www.who.int/lep/resources/SEAGLP20062.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. **Leprosy Global Situation**. Switzerland, WHO, 2012. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2012/wer8734.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 mar. 2015.

APÊNDICE 1

Ficha para análise de prontuários e coleta de dados do paciente	
<u>Identificação do paciente</u>	
Nome: _____	
Data de nascimento: ___ / ___ / _____	Idade: _____ anos
Sexo: () F () M	
<u>Informações sobre a hanseníase</u>	
Data do diagnóstico: _____ / _____	
Início dos primeiros sintomas: _____ / _____	
Recidiva: () Sim () Não	
Classificação operacional: () Multibacilar () Paucibacilar	
Forma clínica da doença: _____	
Tipo de terapêutica utilizada: () Convencional () Alternativa	
Índice baciloscópio - Inicial: _____ Final: _____	
Grau de incapacidade - Inicial: () Zero () I () II	
Final: () Zero () I () II	
Espessamento neural: () Não () Sim, nervo: _____	
<u>Reações hansênicas</u>	
Presença de reação: () Sim () Não Tipo de reação: _____	
Surgimento da reação: () Antes do tratamento () Durante () Após	
Duração do tratamento da reação: () Até 6 meses () Mais de 6 meses	

ANEXO A - Carta de anuência

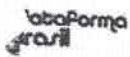
Eu, Dra Cristiana Costa Gomes, Diretora Técnica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES, autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa “Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase em pacientes atendidos em um centro de referência, na cidade de Vitória, Espírito Santo” em Hospital Filantrópico da Grande Vitória. O pesquisador responsável será Taciana Gabrielle Pinheiro de Moura Rodrigues. **Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, a esta instituição.**



Dra. Cristiana Costa Gomes

Diretora técnica do HSCMV de Vitória – ES

ANEXO B – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: "Aspectos epidemiológicos e clínicos da hanseníase em pacientes atendidos em um centro de referência, na cidade de Vitória, Espírito Santo"		2. Número de Participantes da Pesquisa: 100	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: TACIANA GABRIELLE PINHEIRO DE MOURA RODRIGUES			
6. CPF: 026.797.783-24	7. Endereço (Rua, n.º): DOUTOR JOÃO CARLOS DE SOUZA 1/521 BARRO VERMELHO ED ATLANTIS RESIDENCE VITORIA ESPIRITO SANTO 29057530		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (27) 9800-5383	10. Outro Telefone:	11. Email: tacianagprr@yahoo.com.br
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>29, 07, 14</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM	14. CNPJ: 28.141.190/0004-29	15. Unidade/Órgão:	
16. Telefone: 273334.3588	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela Instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Cristiana C. Gomes</u>	CPF: <u>953942307-49</u>		
Cargo/Função: <u>Diretora Técnica</u>	Cristiana Costa Gomes Diretora Técnica CRM-ES 5065 - HSCMV Assinatura		
Data: <u>29, 07, 14</u>			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			