

HANSENÍASE

Guia de bolso para
profissionais de saúde
da atenção primária



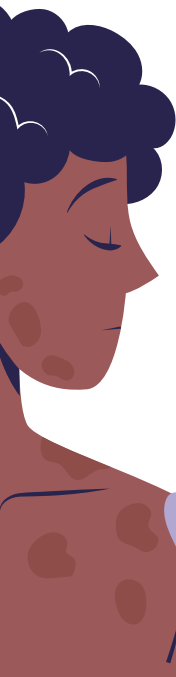
CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



DEFI- NIÇÃO

A **hanseníase** é uma doença infecciosa de evolução lenta. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, também denominado bacilo de Hansen. Essa micobactéria tem afinidade por células da pele e dos nervos. Por isso, as principais manifestações aparecem na forma de lesões cutâneas e de sintomas neurais periféricos.

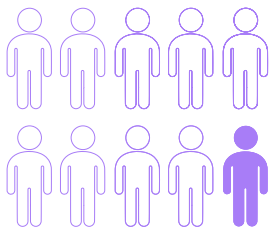
No Brasil, a hanseníase, ainda é considerada um grave problema de saúde pública. No Ceará, configura-se uma endemia oculta. A doença tem um grande potencial incapacitante. O tratamento precoce e o acompanhamento adequado diminuem esse risco.



TRANSMISSÃO

O bacilo se propaga por **via respiratória**, em gotículas de saliva expelidas durante a fala, o espirro ou a tosse, mas é necessário **contato próximo e frequente ou prolongado** com doente não tratado.

A cada dez pessoas que entram em contato com o bacilo, **apenas uma** desenvolve a doença.



Não ocorre transmissão por objetos ou pele.

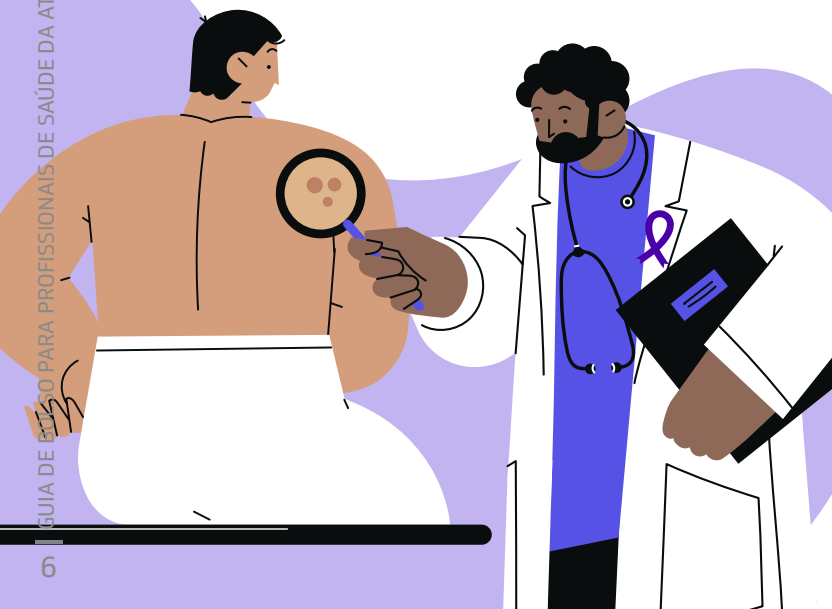


SINAIS E SINTOMAS

- Manchas ou placas claras, avermelhadas ou escuras na pele, com redução ou perda da sensibilidade térmica, tátil ou dolorosa (dormentes);
- Ressecamento da pele, perda de pelos nas sobrancelhas e em áreas dormentes com ou sem redução de sudorese;
- Nódulos endurecidos, infiltração de lóbulos e/ou de pavilhões auriculares;
- Congestão nasal, ressecamento, feridas ou perfuração em narinas;
- Dormência, dor, fisgadas, formigamento ou edema em mãos e pés;
- Diminuição de força muscular em membros (como mãos e pés) ou pálpebras;
- Ressecamento, coceira ou sensação de areia nos olhos; piora repentina da visão.

DIAG- NOSTICO

O diagnóstico é eminentemente clínico, baseado em sinais e sintomas e no histórico epidemiológico do paciente (contato com casos de hanseníase; residir em área de alta endemicidade). Se disponível, a baciloscopia pode ajudar na classificação da forma clínica, porém não é indispensável para fechar a análise. O diagnóstico precoce possibilita um melhor prognóstico e aumenta as chances de evitar sequelas.





1. Realizar Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) para investigar a função nervosa e muscular

- Identificar neurites precocemente;
- Auxiliar no diagnóstico de casos clínicos mais difíceis;
- Subsidiar condutas de tratamento;
- Identificar a neurite silenciosa;
- Monitorar a resposta ao tratamento de neurites;
- Identificar incapacidades físicas.






Os resultados da ANS devem ser registrados em formulário padronizado pelo Ministério da Saúde.



2. Exame de olhos

Principais queixas: dor, ardor, coceira, diminuição da visão, lacrimejamento, secreção, sensação de areia e hiperemia:

- Verificar a acuidade visual, solicitando que cubra o olho que não está sendo avaliado, sem apertar. Utilizar escala de Snellen ou pedir que conte quantos dedos enxerga a seis metros de distância;

- 
 Verificar a sensibilidade da córnea tocando com a ponta de um algodão ou fio dental (sem sabor) no quadrante inferior externo da córnea e observar a resposta (pisar);
- 
 Verificar se há perda ou queda de cílios;
- 
 Verificar se há opacidade corneana, incidindo a luz de uma lanterna sobre o lado externo da córnea. Cor esbranquiçada pode ser catarata. Halo senil (linha branca ao redor da córnea) é natural do envelhecimento;
- 
 Verificar se há triquíase (crescimento anômalo dos cílios, fazendo com que toquem o globo ocular e lesem a córnea) ou ectrópio (pálpebra evertida - virada para fora), causando a exposição corneana e conjuntival.
- 
 Verificar se há lagofalmo (incapacidade total ou parcial de fechar a pálpebra). Pedir para a pessoa fechar os olhos com e sem força e verificar se há fendas, pregueamento ou alteração da força muscular.

3. Exame de orelhas, nariz e boca



Orelhas

Verificar condições da pele, infiltrações, caroços, deformidade;



Boca

Verificar se há manchas ou lesões em mucosa oral, língua, garganta e céu da boca; conferir o estado de conservação dos dentes;



Nariz

Verificar condições da pele e da mucosa, integridade/perfurações, lesões traumáticas,



cicatrizes, caroços, deformidades. Perguntar sobre: entupimento, ressecamento, sangramento, coceira. Avaliar a integridade do septo nasal, incidindo a luz de uma lanterna lateralmente sobre cada narina.



4. Exame de pele e nervos

- Solicitar que a pessoa fique somente com roupas íntimas, em local reservado e com boa iluminação;
- Averiguar minuciosamente cada área do corpo, buscando manchas, nódulos ou placas, perda de pilosidade, capacidade de sudorese, lesões, anormalidades ou diferenças no padrão da pele;
- Palpar os principais troncos nervosos;
- Testar a força muscular de membros superiores e inferiores;
- Testar sensibilidade térmica, dolorosa e tátil.



5. Teste de sensibilidade da pele

- Avaliar sensibilidade pelo menos em:
 - palmas das mãos;
 - espaço entre o dedo polegar e o dedo indicador no dorso das mãos;
 - planta dos pés;
 - espaço entre o 1º e o 2º dedo no dorso dos pés;
 - manchas, placas, nódulos;
 - áreas que não suam ou que perderam pelos;
- Pedir para a pessoa fechar os olhos e tocar a pele com um objeto indicado, alternando regiões normais e com lesões;
- Atentar para não induzir respostas pela forma de perguntar;
- Orientar para que sinalize quando sentir alguma coisa e perguntar o que a pessoa sente quando isso ocorrer;
- Observar reações que indiquem se a pessoa sente algo ou não e se percebe as diferenças do objeto.



Térmica

- É a primeira a ser alterada, portanto, deve-se iniciar o teste por ela;
- Pode ser feito com dois frascos de vidro. Um contendo água morna e o outro, água fria;
- Tocar alternadamente cada frasco na pele de lesão ou em área referida como dormente e na pele normal;
- Verificar se a pessoa percebe diferença de temperatura nas áreas com e sem lesão.

Dolorosa

- Pode ser feito com a ponta (bisel) e a base (canhão) de uma agulha de insulina;
- Explicar que a agulha não será introduzida na pele;
- Tocar com a base e a ponta da agulha em cada área da pele;
- Verificar se a pessoa percebe a diferença da base e da ponta da agulha.

Tátil

- Realizar com os monofilamentos de um estesiômetro. Se não estiver disponível, substituir por um fiapo de algodão, seguido de um fio dental sem sabor e a ponta de uma caneta.

6. Classificação e forma clínica

Classificação paucibacilar (PB) forma indeterminada e tuberculoide

- Doença localizada em uma região anatômica, com poucas lesões (de uma a cinco), manchas ou placas com limites bem definidos e nítida alteração de sensibilidade térmica;
- Acometimento de um tronco nervoso;
- Baciloscopia obrigatoriamente negativa.

Classificação multibacilar (MB) forma dimorfa ou virchowiana

- Doença disseminada em várias regiões anatômicas, com lesões extensas e numerosas (a partir de seis), podendo ser manchas, placas, pápulas ou nódulos;
- Infiltrações de orelhas, face, mãos e pés;
- Mais de um tronco nervoso comprometido;
- Baciloscopia positiva ou negativa.



CON-TA-TOS DE HANSE-NÍASE



- Toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido, conviva ou tenha convivido com o doente de hanseníase, no âmbito domiciliar, nos últimos cinco anos anteriores ao diagnóstico da doença, sendo familiar ou não;
- Todos os contatos identificados devem ser relacionados no prontuário do usuário diagnosticado, passar por ANS, registrada na ficha específica e mantida em prontuário próprio, concomitantemente ao diagnóstico do caso. A avaliação deve ocorrer pelo menos uma vez ao ano, por cinco anos;
- Orientar os contatos sobre os sintomas e a necessidade de procurar a unidade de saúde diante de sinais suspeitos.

VACINA BCG PARA CONTATOS

CICATRIZ VACINAL	CONDUTA
Ausência de cicatriz de BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Nenhuma dose
Gestantes, pessoas imunossuprimidas, com tuberculose ativa, sintomas de hanseníase ou vacinados recentemente	Nenhuma dose

- Tanto os contatos de casos PB como os de MB devem ser vacinados;
- A vacina BCG não imuniza para hanseníase, mas aumenta a proteção, principalmente contra as formas MB.



BACILOSCOPIA

- Exame laboratorial para diagnóstico auxiliar;
- Solicitar como raspado intradérmico de pontos-índice (lóbulos auriculares e cotovelos) e de lesões de pele;
- Média dos pontos-índice coletados;
- Índice baciloscópico: média dos valores de cada ponto de coleta;
- Porcentagem de bacilos vivos em relação ao total de bacilos encontrados.

Resultado

NEGATIVO – não afasta o diagnóstico, desde que a clínica seja compatível.

POSITIVO – implica na classificação como MB.

Obs.: A baciloscopia não é parâmetro para diagnóstico nem para cura, pois pode permanecer positiva após o término do tratamento.



SEGUIMENTO DOS CASOS

- Comparecimento mensal à unidade de saúde (US) para dose supervisionada e ANS - o grau de incapacidade física deve ser avaliado pelo menos a cada três meses e na alta;
- Se o usuário não comparecer à US, deverá ser feita busca ativa, em no máximo, sete dias, registrando em prontuário;
- Esclarecer dúvidas, apoiar o paciente durante o tratamento, principalmente nas intercorrências, para evitar interrupções ou abandono que levam à recidivas, resistência antimicrobiana e manutenção da doença na comunidade;
- Após a alta, deverá ser monitorado, no mínimo anualmente, quanto à função neural, às reações hansênicas e outras intercorrências, bem como orientado a retornar sempre que necessário.

TRATAMENTO

- A poliquimioterapia única (PQT-U) é o tratamento instituído e entregue em cartelas mensais com três antibióticos;
- Deve ser disponibilizada em todas as unidades de saúde;
- É importante solicitar hemograma, exames de glicose, TAP, contagem de reticulócitos, TGO, TGP, fosfatase alcalina, creatinina no início e no fim do tratamento, em estados reacionais e sempre que necessário. A análise dos resultados dos exames não deve retardar o início da PQT-U, exceto nos casos nos quais a avaliação clínica sugerir doenças que contraindiquem.

MEDICA- MENTOS

DAPSONA é a droga que requer maior atenção. Anemia discreta é esperada. Nesse caso, administrar ácido fólico e complexo B. Avermelhamento da pele, coceira e descamação, falta de ar com cianose de extremidades, dor abdominal, fraqueza, taquicardia e mucosas conjuntivais descoradas, indicam **intolerância à dapsona**. Nesses casos, interromper o tratamento e encaminhar urgentemente para a referência.



RIFAMPICINA pode interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação. Utilizar métodos anticoncepcionais de barreira por sete dias após a dose supervisionada em mulheres em idade fértil. Pode provocar coloração avermelhada à urina e isso deverá ser explicado ao usuário. Em casos de urticária, corticoides e anti-histamínicos podem ser prescritos. Raramente, pode ocorrer uma síndrome similar a um quadro de dengue, com febre, artralgia e queda na

FAIXA CORPORAL E PESO CORPORAL	APRESENTAÇÃO	
Pacientes com peso a partir de 50kg	PQT-U Adulto	<p>Dose mensal superv clofazimina 300mg /</p> <p>Dose diária autoadr diariamente / dapsona</p>
Crianças ou adultos com peso de 30 a 50kg	PQT-U Infantil	<p>Dose mensal superv clofazimina 150mg /</p> <p>Dose diária autoadr alternados / dapsona</p>
Crianças com 30kg ao menos	Adaptação da PQT-U Infantil	<p>Dose mensal superv / clofazimina 6mg/kg</p> <p>Dose diária autoadr peso / dapsona 2 mg</p>



quantidade de plaquetas. Diante disso, suspender a medicação e encaminhar para a referência.

CLOFAZIMINA pode causar um aumento da pigmentação da pele (aspecto bronzeado), além de potencial ressecamento da pele.

Nesses casos, prescrever hidratantes.


Em caso de obstipação intestinal, prescrever dieta laxativa, óleo.

POSOLOGIA	PB	MB
Combinada: rifampicina 600mg / dapsona 100 mg Administrada: clofazimina 50mg na 100mg diariamente	6 meses	12 meses
Combinada: rifampicina 450mg / dapsona 50 mg Administrada: clofazimina 50mg em dias na 50mg diariamente	6 meses	12 meses
Combinada: rifampicina 10mg/kg de peso de peso / dapsona 2 mg/kg de peso Administrada: clofazimina 1mg/kg de peso/dia	6 meses	12 meses



REAÇÕES HANSÊ- NICAS





É uma inflamação aguda no organismo, causada pelo sistema imunológico, que ataca o bacilo ou as substâncias liberadas em sua decomposição antes, **durante ou após o uso da PQT-U**. São mais frequentes nos casos multibacilares, devido ao maior volume de bacilos presentes.

Focos infecciosos desencadeiam reações.

É importante investigar e tratar cáries, infecções urinárias, intestinais (verminoses), dentre outras. A inflamação sistêmica é potencialmente responsável por perda funcional de nervos periféricos e agravantes das incapacidades.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico e o manejo rápido das reações são primordiais para evitar incapacidades e até óbito.

Reação tipo 1

- Surgimento súbito e inesperado, em geral durante a PQT-U ou de dois a três anos após término do tratamento;
- Nervos periféricos mais dolorosos, com repentina piora ou perda de sensibilidade ou função muscular, mãos e pés inchados, sem mal-estar geral;
- Múltiplas lesões recentes; regridem com descamação;
- Lesões antigas se tornam mais avermelhadas e inchadas;
- Resposta excelente a medicamentos antirreacionais.



Reação tipo 2

- Acomete exclusivamente pacientes multibacilares, especialmente aqueles com altas cargas bacilares;
- A manifestação clássica é o eritema nodoso hansênico (ENH);
- Nódulos subcutâneos, dolorosos, geralmente múltiplos, que podem aparecer em qualquer área da pele e não se relacionam à localização de lesões prévias de hanseníase;
- Em casos severos, pode ocorrer necrose e ulceração das lesões (eritema nodoso necrotizante);
- Comprometimento sistêmico, com febre, mal-estar geral, artralgias, mialgias, acometimento de testículos (orquite) e rins (nefrite);
- Pode haver ou não presença de neurite.



RECIDIVA

- Surgimento lento e insidioso, em geral, mais de cinco anos após o término da PQT-U;
- Poucos nervos envolvidos, com alterações sensitivo-motoras de evolução mais lenta;
- Poucas lesões recentes; regridem sem descamação;
- Lesões antigas estão geralmente imperceptíveis;
- Resposta não pronunciada a medicamentos antirreacionais.

MANEJO DE REAÇÃO HANSÊNICA

Pode ser realizada na atenção primária, a depender da gravidade da reação; medicamentos e exames disponíveis; resposta satisfatória ao tratamento; conhecimento e habilidade dos profissionais do serviço. Quando necessário, solicitar orientação ou encaminhar para serviços de referência ambulatoriais ou de urgência e emergência, a depender do quadro clínico do usuário.

Reação tipo 1

- Prednisona na dose de 1 mg/kg/dia. Em casos de hipertensos ou cardiopatas, usar dexametasona 0,15 mg/kg/dia.

Reação tipo 2 (eritema nodoso hansênico-ENH)

- Talidomida 100-400 mg/dia, conforme gravidade;
- Todo cuidado com mulheres em idade fértil, pois a talidomida causa malformações em fetos;
- Sua utilização prolongada pode causar neuropatia.
- Em casos de neurite, orquite, nefrite, acrescentar a prednisona 1mg/kg/dia

IMPORTANTE!

- Avaliar a função neural sensitiva e motora antes do início da corticoterapia e imobilizar o membro afetado em caso de neurite associada.
- Fazer profilaxia para estrogiloidíase e osteoporose.
- Monitorar peso, pressão arterial, glicemia em jejum, função neural, sensitiva e motora.
- Reduzir gradativamente a talidomida ou o corticoide para evitar efeito rebote, avaliando sempre a resposta terapêutica.
- Manter a PQT-U e não reintroduzi-la nos casos com alta.





CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

www.saude.ce.gov.br

@saudeceara    