

GUIA RÁPIDO DE HANSENÍASE

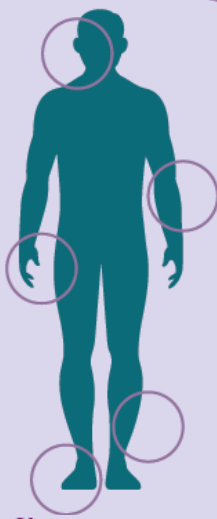
PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

DA ATENÇÃO PRIMÁRIA



1) O QUE É

- Doença transmissível sistêmica, crônica e altamente incapacitante.
- Silenciosa, pode levar mais de 10 anos para ser percebida, já grave.



2) TRANSMISSÃO

- É causada por uma bactéria chamada bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*).
- O bacilo se propaga por via respiratória, em gotículas de saliva expelidas durante a fala, espirro ou tosse, mas é necessário contato próximo e frequente ou prolongado com doente NÃO tratado.
- A cada 10 pessoas que entram em contato com o bacilo, apenas 01 desenvolve a doença.
- NÃO ocorre transmissão por objetos, nem pela pele.

3) SINTOMAS

- Dor, dormência, fsgadas, formigamento ou edema em membros e extremidades.
- Diminuição de força muscular em membros, mãos, pés ou olhos.
- Dificuldade em realizar atividades que antes, realizava normalmente.
- Manchas, nódulos ou placas claras, avermelhadas ou escuras (lesões).
- Ressecamento da pele, perda de pelos, sobrancelhas ou falta de sudorese em áreas de pele.
- Alteração ou perda de sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil.
- Ressecamento, coceira ou sensação de areia nos olhos, piora repentina da visão.
- Ressecamento, feridas ou perfuração em narinas.

4) DIAGNÓSTICO

- Quanto mais cedo for o diagnóstico, melhor o prognóstico e a chance de evitar sequelas.
- Enquanto não houver exames laboratoriais de alta sensibilidade e especificidade, a clínica será soberana para fechar o diagnóstico, principalmente se associada ao histórico de contato com casos de hanseníase.
- Realizar Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) para investigar a função nervosa e muscular:

5) AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA (ANS)

- Assistir ao vídeo Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) disponível em:
saude.pr.gov.br/Pagina/Hanseniase#
- Explicar com calma todos os procedimentos que serão realizados e certificar-se que a pessoa entendeu.
- Registrar na ficha de ANS sempre que realizar uma avaliação e mantê-la no prontuário.
- Fotografar as lesões e alterações sempre que possível, para registro e comparação no acompanhamento.
- Realizar:
 - No momento do diagnóstico.
 - A cada 03 meses durante o tratamento e quando apresentar queixas.
 - Na alta da poliquimioterapia única (PQT-U).
 - Depois da alta, uma vez ao ano, durante pelo menos 05 anos.
 - Em estados reacionais, neurites e uso de corticoides.
 - No pós-operatório de descompressão neural (aos 15, 45, 90 e 180 dias)
 - Sempre que apresentar dor em trajeto de nervos, perda de força muscular, parestesia ou piora clínica (mesmo pós-alta).

6) EXAME DOS OLHOS

Principais queixas: dor, ardor, coceira, diminuição da visão, lacrimejamento, secreção, sensação de areia, 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 6 metros.

Verificar se há perda ou queda de cílios.

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 (piscar).

Verificar se há opacidade corneana, incidindo a luz de uma lanterna sobre o lado externo da córnea. Cor esbranquiçada, frequentemente é 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 lagofthalmo - 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.



7) EXAME DAS ORELHAS, NARIZ E BOCA



Orelhas - verificar condições da pele, lesões, cicatrizes, caroços, alterações, deformidades.

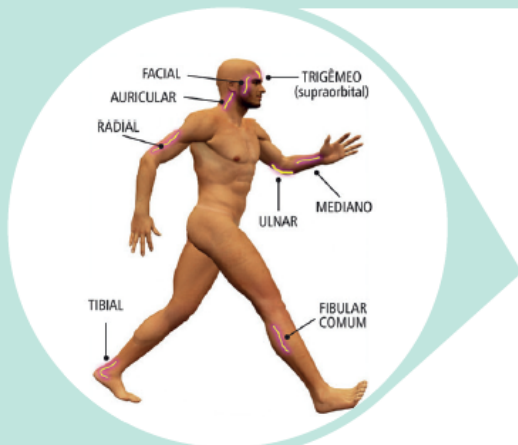


Boca - verificar se há manchas ou lesões em mucosa oral, língua, garganta e céu da boca.



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.

8) EXAME DA 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 (vide figura e vídeo Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) disponível em saude.pr.gov.br/Pagina/Hansenise#)

- Testar a força muscular de membros superiores e inferiores (conforme vídeo ANS).

- Testar sensibilidade térmica, dolorosa e tátil (vide item 9 e vídeo ANS).

9) 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 o objeto indicado ao lado, alternando regiões normais e com lesões.

- Orientar para que sinalize quando sentir alguma coisa e perguntar o que a pessoa sente quando isso ocorrer.

- Atentar para não induzir respostas pela forma de perguntar.

- Observar reações que indiquem se a pessoa sente algo ou não e se percebe as diferenças do objeto.

10) BACILOSCOPIA

- Exame laboratorial para diagnóstico auxiliar.
- Solicitar como raspado intradérmico de pontos-índice (lóbulos auriculares e cotovelos) e de lesões de pele.
- Índice do paciente (IP) - média dos pontos índice coletados.
- Índice bacilos cópico (IB) - quantidade de bacilos encontrados por pontos índice avaliados.
- Índice morfológico (IM) - porcentagem de bacilos vivos em relação ao total de bacilos encontrados.
- Tipos de bacilos encontrados:
 - Íntegros - vivos.
 - Granulosos ou fragmentados - mortos.

Resultado:

- Positivo - nos casos Multibacilares.
- Negativo - nos casos Paucibacilares (ou seja, é um falso negativo).
- Negativo - nos casos negativos (também pode ser um falso negativo, pelo baixo número de bacilos ou falhas técnicas no exame).

Importante:

- O bacilo morto (granuloso ou fragmentado) é incapaz de causar hanseníase ou infectar outras pessoas.
- Porém os antígenos liberados em sua decomposição podem causar reações imunológicas graves e causadoras de incapacidades.
- A diminuição do IM é de 0,5 a 1,0 ao ano, em média, portanto, dependendo da quantidade de bacilos existentes, pode levar até 10 anos para serem todos decompostos e eliminados da pele.
- Nos casos Paucibacilares (pauci - poucos) os bacilos são insuficientes para chegar à pele, por isso a baciloscopia ainda será negativa, mesmo com bacilos presente nos nervos.

11) DEFINIÇÃO DE CASO

Apresentar um ou mais dos seguintes sinais:

- Lesão ou área da pele com alteração da sensibilidade térmica, dolorosa ou tátil.
- Espessamento de nervo periférico ou alterações sensitivas, motoras ou autonômicas.
- Presença de bacilos *Mycobacterium leprae*, na baciloscopia ou biópsia.

Importante:

- A hanseníase é agravo de notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).
- Considera-se caso novo de hanseníase apenas a pessoa que nunca recebeu tratamento específico para a doença. Quando houve tratamento há mais de 05 anos, será notificada como recidiva, quando tratou há menos tempo que isso, será notificada como outros reingressos.
- Encaminhar para avaliação/validação por referência em hanseníase, os casos abaixo:
 - 1 - Menores de 15 anos.
 - 2 - Suspeitas de recidiva e retratamentos.
 - 3 - Prorrogações de tratamento.
 - 4 - Intolerâncias medicamentosas.
 - 5 - Hanseníase neural primária.
 - 6 - Grau 2 de incapacidade física.
 - 7 - Dúvidas diagnósticas ou reações de difícil manejo
- Após a avaliação/validação, o acompanhamento dos casos continua na Atenção Primária em Saúde (APS).

Sensibilidade Térmica

- Pode ser feito com dois frascos de vidro. Um contendo água morna e o outro, água fria.
- Tocar com os 2 frascos em cada área a pele.
- Verificar se a pessoa percebe a diferença de temperatura.

Sensibilidade 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 o a base e a ponta e da agulha em cada área da pele.
- Verificar se a pessoa percebe a diferença da base e da ponta da agulha.

Sensibilidade Tátil

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

12) CLASSIFICAÇÃO E FORMA CLÍNICA

Classificação Paucibacilar (PB) – Forma Indeterminada ou Tuberculóide:

- Baciloscopia negativa, doença localizada em uma região anatômica ou um tronco nervoso, lesões discretas e limitadas.

Classificação Multibacilar (MB) – Forma Dimorfa ou Virchowiana:

- Doença disseminada em várias regiões anatômicas ou mais de um tronco nervoso comprometido.

- Se a baciloscopia for positiva o caso será sempre MB.

- Se a baciloscopia for negativa, mas houver lesões extensas, ou numerosas, ou comprometimento de nervos, o caso será MB.

13) CONTATO DE HANSENÍASE

• É toda pessoa que resida, tenha residido, ou que teve contato próximo, ou prolongado com alguém que recebeu diagnóstico de hanseníase.

• 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 e a avaliação deve ocorrer pelo menos uma vez ao ano, por 10 anos.

• Orientar os contatos sobre os sintomas e a necessidade de procurarem a unidade de saúde a qualquer sinal suspeito.

14) 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

Fonte: (Brasil.2016)

- Tanto contatos de casos PB como MB devem ser vacinados.
- A vacina BCG não imuniza para hanseníase, mas aumenta a imunidade, principalmente contra as formas MB.
- A vacina BCG pode fazer com que casos de hanseníase que estavam em incubação se manifestem, mas não causa hanseníase.

15) 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 3 meses e na alta.
- Se o usuário não comparecer à US, deverá ser feita busca ativa em no máximo 7 dias, registrando em prontuário.
- Esclarecer dúvidas, apoiar o usuário 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, reações hansênicas e outras intercorrências, bem como orientado a retornar sempre que necessário.

FIQUE SABENDO

- O maior desafio do Paraná no combate à hanseníase são os casos ocultos pelo subdiagnóstico e as incapacidades físicas, causadas pela detecção tardia da doença.
- O desconhecimento e as informações distorcidas sobre a doença promovem medo, insegurança, vergonha e segregação - grandes obstáculos para seu diagnóstico, tratamento e cura.
- Você pode fazer a diferença no combate à hanseníase, permanecendo atento aos sintomas nos usuários, divulgando informações a respeito da doença em seu território e promovendo o acolhimento das pessoas acometidas, em todos os espaços e ambientes.
- Mais informações podem ser encontradas em: Saúde de A-Z ou <http://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniaze> ou saude.pr.gov.br/Pagina/Hanseniaze#

16) TRATAMENTO

- A Poliquimioterapia Única (PQT-U), é o tratamento instituído e é entregue em cartelas mensais com 3 antibióticos.
- Deve ser disponibilizada em todas as unidades de saúde.
- É importante solicitar hemograma, glicose, TAP, contagem de reticulócitos, TGO, TGP, fosfatase alcalina, creatinina no início e no final 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 em que a avaliação clínica sugerir doenças que contra-indiquem o início do tratamento.

Esquema Terapêutico para casos Paucibacilares (PB):	Esquema Terapêutico para casos Multibacilares (MB):
6 Cartelas	12 Cartelas
Duração e critério de alta:	Duração e critério de alta:
6 cartelas em até 9 meses	12 cartelas em até 18 meses

ADULTO	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada
CRIANÇA	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte:(Brasil.2016)

Crianças acima de 50 kg: utilizar o mesmo tratamento de adultos.
Crianças menores que 30 kg: fazer os ajustes de dose conforme abaixo.

Droga	Dose PQT	Dose mg/kg
Rifampicina (RFM) Em suspensão	Mensal	10-20
Dapsona (DDS)	Mensal Diária	1-2 ¹ 1-2 ¹
Clofazimina (CFZ)	Mensal Diária	5,0 1,0

¹A dose total máxima não deve ultrapassar 50mg/dia

Fonte:(Brasil.2016)

- Para adultos desnutridos ou crianças obesas, a dose terapêutica máxima diária de Dapsona deve ser de 2 mg/kg.
- Adultos com peso corporal menor que 50kg devem ser medicados considerando as doses indicadas para crianças.

MEDICAÇÕES DIÁRIAS deverão ser tomadas 2 horas após o almoço para evitar intolerância gástrica. Se ainda houver dor epigástrica, prescrever omeprazol, ranitidina ou cimetidina pela manhã.

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, febre e dor de garganta, 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 quantidade de plaquetas. Nesses casos, 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 obstrução intestinal, prescrever dieta laxativa, óleo mineral, ou laxantes leves.

GESTANÇA E ALEITAMENTO não contraindicam o tratamento PQT-U padrão. Algumas drogas são excretadas pelo leite, mas habitualmente não causam efeitos adversos. Os recém-nascidos podem apresentar a pele hiperpigmentada pela clofazimina, ocorrendo regressão gradual da pigmentação após o nascimento. Especial atenção deve ser dada ao período entre o terceiro trimestre da gestação e puerpério, no qual as reações hansênicas podem ter sua frequência aumentada.

TUBERCULOSE administrar a rifampicina na dose requerida para tratar tuberculose. Os demais medicamentos (clofazimina e dapsona) permanecem em igual dose ao esquema padrão PQT-U.

HIV/AIDS na dose utilizada para tratamento da hanseníase - 600 mg/mês, a rifampicina não interfere nos inibidores de protease usados para o tratamento de HIV/AIDS.

17) REAÇÃO HANSÊNICA

- 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, pelo maior volume de bacilos presentes.
- Focos infecciosos desencadeiam reações. É muito importante investigar e tratar cáries, infecções urinárias, intestinais (verminoses) ou outras assintomáticas.
- A inflamação em uma lesão de pele pode ser incômoda, mas raramente é grave, entretanto a inflamação sistêmica pode levar à morte e é a maior causa de perda da função do nervo, por causa de edema, pressão e lesão.
- O diagnóstico e o manejo rápido das reações são primordiais para evitar incapacidades e até óbito.

REAÇÃO TIPO 1	REAÇÃO TIPO 2	RECIDIVA
Surgimento súbito e inesperado, em geral durante a PQT-U ou 2-3 anos após término do tratamento.	Surgimento súbito e inesperado, em geral durante a PQT-U ou 2-3 anos após término do tratamento	Surgimento lento e insidioso, em geral, mais de 5 anos após o término da PQT-U.
Nervos periféricos mais dolorosos, com repentina piora ou perda de sensibilidade ou função muscular, mãos e pés inchados, sem mal estado geral.	Muitos nervos envolvidos, com rápidas alterações sensitivo-motoras, comprometimento dos olhos, dor, febre, mal estado geral*	Poucos nervos envolvidos, com alterações sensitivo-motoras de evolução mais lenta.
Múltiplas lesões recentes. Regridem com descamação	Múltiplas lesões recentes, "caroços". Regridem com descamação	Poucas lesões recentes. Regridem sem descamação
Lesões antigas se tornam mais avermelhadas e inchadas.	Lesões antigas se tornam quentes, avermelhadas, elevadas, dolorosas, ou ulceradas	Lesões antigas estão geralmente imperceptíveis.
Resposta excelente a medicamentos antirreacionais.	Resposta excelente a medicamentos antirreacionais.	Resposta não pronunciada a medicamentos antirreacionais.

*Complicações sistêmicas (anemia severa aguda, leucocitose com desvio à esquerda, comprometimento do fígado, baço, linfonodos, rins, testículos,

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 ou
- Em casos de hipertensos ou cardiopatas - 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 má formações em fetos
- Leia o manual: "Talidomida: orientação para uso controlado" disponível em saude.pr.gov.br/Pagina/Hanseniose#
- Sua utilização prolongada pode causar neuropatia.
- Na impossibilidade do uso, prescrever como descrito em reação Tipo1.

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 estrogênio 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.