

Ministério da Saúde

Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde

DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA

GUIA PARA O CONTROLE DA HANSENÍASE



ESTE GUIA, ELABORADO PELA DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA, DESTINA-SE AOS QUE COOPERAM NO CONTROLE DA HANSENÍASE. SUA FINALIDADE É AUXILIÁ-LOS NO DIAGNÓSTICO, CLASSIFICAÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS, TRATAMENTO E NA APLICAÇÃO DAS MEDIDAS DE CONTROLE DA ENDEMIAS.

Outubro de 1978

WC335.300.10

N.º Ch

13736g

TOMBO

1174/L

1 – INTRODUÇÃO

A hanseníase é doença transmissível, de evolução crônica, cujo agente etiológico, o *Mycobacterium leprae*, tem especial predileção pelo tegumento cutâneo e pelo sistema nervoso periférico.

Tanto quanto se sabe, o bacilo é encontrado apenas no homem, o que quer dizer que parece ser o homem a única fonte de infecção que se conhece.

O contágio é, habitualmente, direto e feito através da convivência do indivíduo susceptível com a fonte de infecção, que é o doente contagiante.

É contudo uma doença de baixa contagiosidade: muitos indivíduos mesmo convivendo íntima e prolongadamente com doentes contagiantes (um dos cônjuges doente, por exemplo) nunca adoecem. Outros podem adquirir a hanseníase, mas reagem de modo diverso à agressão do bacilo, segundo apresentem ou não resistência à infecção. Essa resistência dos indivíduos pode ser aferida pelo teste de Mitsuda.

Estudos imunológicos recentes realizados nas doenças provocadas por parasitos intracelulares (como a hanseníase) trouxeram muitos ensinamentos e, de modo especial, o do papel da imunidade mediada por células. Ficou evidentemente esclarecido que o pequeno linfócito T (timo-dependente) é a célula coordenadora da imunidade celular. Ele não age diretamente para eliminar os parasitos: a sua ação se faz através dos macrófagos que são as células efetoras.

A capacidade péxica e lítica dos macrófagos dependeria, em última análise, do papel dos linfócitos T e iria justificar o comportamento diferente dos indivíduos frente á infecção.

A hanseníase apresenta o período de incubação mais longo que se conhece na patologia humana: 3 a 5 anos. Há referência a períodos mais curtos (7 meses) como de mais longos (10 anos).

A partir de 1960, com a inoculação do bacilo na pata de camundongo, e de 1971 com a transmissão experimental em tatu, um novo horizonte se abriu para o estudo da hanseníase.

Tentativas têm sido feitas para se lograr um meio de cultura eficiente para o bacilo, passo decisivo para obtenção de uma vacina que possa ser usada como medida preventiva.

2 – ORIENTAÇÃO PARA O DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE

2.1 – Anamnese – tem por objetivo apurar:

- a) início e tempo de doença – como e quando se iniciou a doença (insistir sobre a percepção de parestesias nas extremidades dos membros, neuralgias, áreas de anestesia, manchas hipoestésicas ou anestésicas). Hanseníase é doença de longa duração;
- b) convivência – indagar se o doente tem ou teve convivência com outro doente de hanseníase.

2.2 – Exame clínico

2.2.1 – Exame dermatológico – deve ser feito em ambiente bem iluminado, estando o paciente despido (no sexo feminino, todo o tegumento também deve ser examinado, mas por partes). Quando se tratar de hanseníase, poder-se-á encontrar as lesões descritas no quadro da página 22. Verificar se existe alopecia, anidrose e transtornos da sensibilidade ao nível das lesões.

2.2.2 — Exame neurológico:

A — verificação de lesão troncular — Para cada um dos troncos nervosos deve-se procurar a presença de: dor espontânea ou provocada pela palpação, aderência aos planos adjacentes, espessamento. É conveniente comparar sempre com o do lado oposto.

Este exame deve ser feito nos seguintes nervos:

- tibial posterior
- cubital
- mediano
- radial
- ciático-poplíteo-externo
- outros: ramo auricular do plexo cervical superficial (ao nível da borda posterior do músculo esterno-cleido-mastoideo), o supra-orbitário (sobre as sobrancelhas) e o ramo terminal do radial (na tabaqueira anatômica). Não têm expressão funcional, mas indicam participação neurológica no quadro clínico.

A técnica de exploração consiste:

- Tibial posterior — relaxar os músculos da articulação do tornozelo e identificar pela palpação o nervo na zona retro-maleolar interna. Em algumas pessoas é difícil identificá-lo. Normalmente nunca é doloroso à palpação superficial.



Nº 1 — Palpação tibial posterior

— Cubital — do lado que se vai examinar o nervo, fazer flexão de 90° do antebraço sobre o braço, ficando a mão em pronação, apoiada na do médico. Com isso, dá-se o relaxamento dos músculos e a palpação do nervo poderá ser feita não apenas ao nível da goteira epitrocleana como, também, acima desta.



Nº 2 — Palpação cubital



— Mediano — normalmente não é palpável nem doloroso. Deve ser pesquisada a dor à palpação profunda na face anterior do punho, imediatamente por fora do tendão do grande palmar.

Nº 3 — Palpação mediano

— Radial — com o cotovelo em flexão de 90° e os músculos do ombro e do braço em relaxamento completo, pesquisar o nervo na face externa do braço, terço médio, quando cruza o canal de torção do úmero.



Nº 4 — Palpação radial



Nº 5 — Palpação ciático-poplíteo-externo

— Ciático-poplíteo-externo — estando o paciente sentado, as pernas em flexão sobre as coxas, fazendo com estas ângulo pouco superior a 90°, procura-se obter relaxamento completo dos músculos. Colocado em frente ao doente, com as pontas dos dedos da mão direita, o médico procurará palpar o ciático-poplíteo-externo esquerdo e com a mão esquerda, o do lado oposto. O nervo como se sabe, contorna a cabeça do perônio. Procura-se palpá-lo nesse nível fazendo-o deslizar de trás para diante e vice-versa.

B — Verificação de comprometimento funcional neurológico.

Este exame é subsequente ao anterior e deve ser feito para cada um dos nervos mencionados:

— Tibial posterior:

Lesão precoce:

— normalmente os dedos dos pés estão estendidos completamente e apoiam a polpa sobre o solo. A paresia dos músculos intrínsecos do pé produz discreta deformidade em flexão e os dedos passam a apoiar suas extremidades sobre o solo.

— o tibial posterior provê sensibilidade a toda planta do pé. A perda parcial da sensibilidade plantar indica lesão deste nervo.

Lesão tardia:

— verifica-se deformidade em flexão total dos dedos, transtorno da sensibilidade e suas complicações, como a úlcera plantar.



Nº 6 — Lesão tardia tibial posterior

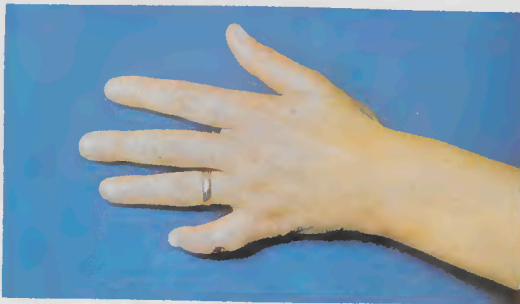
— Cubital:

Lesão precoce:

— verifica-se depressão do primeiro espaço intermetacarpiano da mão (por amiotrofia do 1º interósseo dorsal) e perda de força na abdução do 2º dedo.

— igualmente pode-se observar perda de força do abdutor do 5º dedo.

Pode-se explorar os demais interósseos (que fazem a abdução e adução dos dedos) e os lombricóides do 4º e 5º dedos (flexão das articulações metacarpo-falângicas, estando as interfalângicas estendidas).



Nº 7 — Lesão precoce cubital

— Ciático-poplíteo-externo:

Lesão precoce: verifica-se perda de força nos dorsiflexores e evertores do pé.

Lesão tardia: a paralisia completa produzirá o pé caído e a marcha escarvante.



Nº11 — Pé caído

C — Verificação da integridade anatômica nas mãos e nos pés

A destruição dos ramos terminais dos nervos ao nível da pele produz extensos transtornos da sensibilidade térmica, dolorosa e táctil. Os pés e as mãos tornam-se insensíveis o que poderá originar destruição dos tecidos por traumatismos repetidos no tempo. Por outro lado, os transtornos motores ao alterarem a motilidade, dão origem a outros transtornos secundários. Sob este aspecto é necessário verificar:

Nas mãos:

— mobilidade em extensão das interfalângicas dos dedos: as paralisias motoras provocam incapacidade para estender completamente os dedos de forma ativa. Os tecidos palmares se encurtam e a extensão completa torna-se dificultada. Estas retrações são, pois, produzidas pelo desuso.



Nº12 — retração de dedos

— comprimento dos dedos: a anestesia da pele facilita os ferimentos, traumatismos e queimaduras repetidas, constituindo ponto de partida para infecções que podem chegar à osteomielite e destruição de falanges com o conseqüente encurtamento do dedo ou reabsorção. Esta deformidade se produz por ignorância ou descuido do paciente que tem suas mãos insensíveis.



Nº 13 — Mão mutilada

Nos pés:

— mobilidade da articulação tíbio-társica: a paralisia da musculatura dorsiflexora e evertora produz um pé varo-equino, no início móvel, mas que se torna fixo por um mecanismo de desuso, similar ao que foi referido para as mãos.

— encurtamento do pé: as úlceras plantares são origem de infecções profundas e osteomielites destrutivas da estrutura óssea do pé, particularmente das articulações metatarso-falângicas, com o conseqüente encurtamento do pé.



Nº 14 — Pé mutilado

D — Pesquisa da sensibilidade

O exame da sensibilidade deve ser feito com muito cuidado, explicando-se previamente ao paciente o propósito do exame, em que consiste o mesmo e, especialmente, qual é a participação do paciente.

Técnica da pesquisa da sensibilidade:

— Térmica — é a primeira a ser alterada na hanseníase. Empregam-se dois tubos de ensaio, contendo: um, água fria e o outro, água aquecida até à temperatura de 45°C (temperatura mais elevada desperta sensação de dor, ao invés de calor). Tendo o paciente os olhos fechados, os tubos serão encostados alternadamente de modo leve e com certa rapidez, na área da pele sã de início, a fim de se julgar o estado emocional do doente e seu desejo de cooperar no exame e, em seguida, na zona suspeita, devendo o paciente acusar as sensações que o toque do tubo lhe despertar. Deve-se valorizar as informações emitidas “menos quente” ou “morno” que traduzem, com frequência, a hipostesia térmica que o paciente tem em determinado ponto. É necessário tocar a pele só com uma pequena superfície do tubo, seu fundo, por exemplo, pois fazendo-o com maior extensão do mesmo, as respostas poderão ser falseadas.



Nº 15

Pesquisa sensibilidade térmica



Nº 16



— Dolorosa — depois de mandar o paciente fechar os olhos, encostar, número irregular de vezes, a ponta ou a cabeça de um alfinete, fazendo-se a pergunta: "ponta ou cabeça"?

Nº 17

Pesquisa
sensibilidade
dolorosa

Nº 18





— Táctil — esta é a última a ser comprometida na doença. Tocar de leve um ponto da pele com uma pequena mecha de algodão e mandar o paciente colocar o dedo no ponto tocado, estando no ponto tocado, estando com os olhos fechados. Sendo a última a desaparecer, pode, muitas vezes, estar normal, embora a térmica e a dolorosa já estejam alteradas. A avaliação correta da pesquisa das 3 modalidades torna-se, por vezes, difícil como, por exemplo, em indivíduos excessivamente nervosos, crianças, simuladores.

Nº 19



Pesquisa da sensibilidade táctil
(dentro e fora da lesão)

Nº 20

2.2.3 — Avaliação oftalmológica.

As estruturas do olho podem alterar-se por três mecanismos:

- por lesão dos troncos nervosos motores ou sensoriais V e VII pares: trigêmio e facial;
- por lesão direta do bacilo, por via hematológica;
- por estados reacionais.

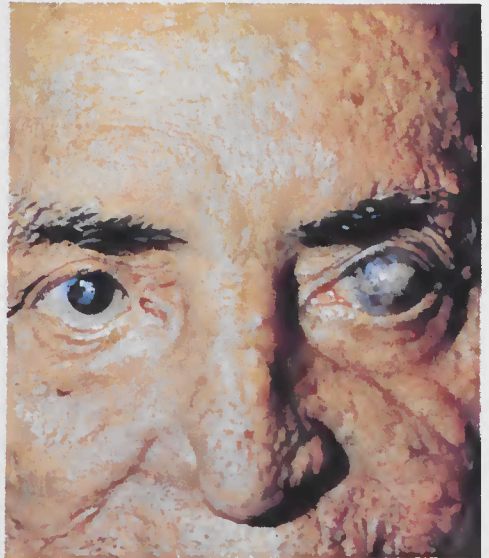
O bacilo de Hansen ataca fundamentalmente as estruturas do polo anterior do olho: córnea, íris e corpos ciliares.

Lesão precoce: poder-se-á observar dificuldade para ocluir as pálpebras, transtornos de sensibilidade corneana, fotofobia, dor ou infecção pericorneana;

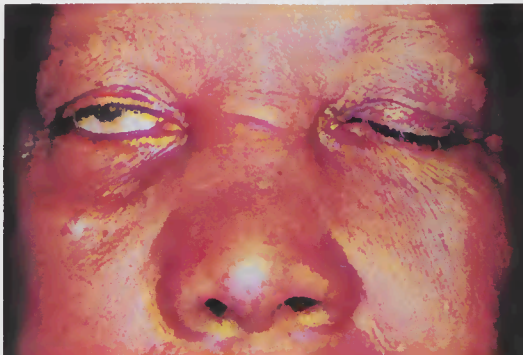
Lesão tardia: opacificações da córnea, úlceras corneanas, iridociclites e perda progressiva da visão, lagoftalmo.



Nº 21
Paralisia
facial



Nº 22
Opacificação
da córnea



Nº 23
Lagoftalmo

2.3 — Provas complementares:

— Prova da histamina: depositar uma gota de solução milesimal de histamina na área suspeita e outra gota na área de pele normal, se possível simétrica, para comparação. Através das mesmas, fazer uma picada com uma agulha.

Resultado: na pele normal ou em lesões não hansênicas ocorrerá a tríplice reação de Lewis: 1ª fase — eritema primário; 2ª fase — logo após, eritema secundário; 3ª fase — 3 a 4 minutos depois, formação de pápula no local da picada (a prova é dita completa). Na lesão hansênótica: ausência da segunda fase, isto é, do eritema secundário (prova incompleta).

Observação: esta prova também pode ser realizada utilizando-se simplesmente uma agulha e praticando-se sucessivas puncturas dentro e fora da lesão: a destruição celular provocada pela picada da agulha libera quantidade de histamina que desencadeará a reação de Lewis.



Nº 24 — Prova da histamina

— Prova da pilocarpina ou da acetilcolina (teste da sudorese):

— pincelar sobre a área suspeita tintura de iodo;

— repetir a pincelagem sobre área de pele indene, se possível simétrica;

— injetar em uma e outra área, intradermicamente, 0,1 ml de solução de pilocarpina ou acetilcolina a 0,5 ou 1%, em dois ou mais pontos;

— enxugar, imediatamente, as gotículas que refluem nos pontos de inoculação;

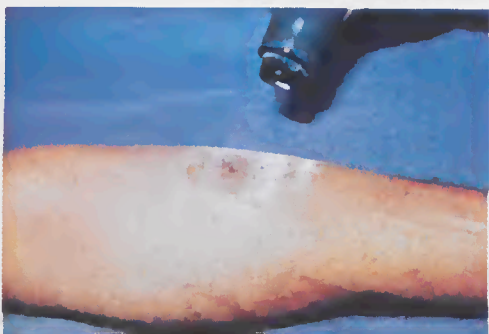
— após bem seca a tintura de iodo pincelada, pulverizar amido nas duas áreas;

— aguardar cerca de 5 minutos.

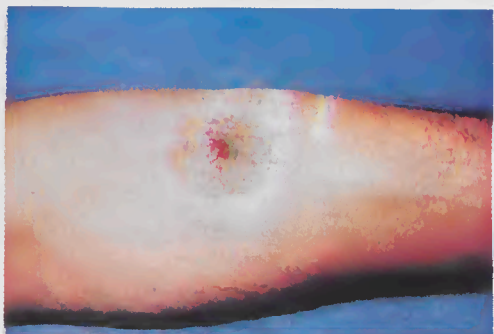
Resultado: na pele normal ou em lesões não hansênicas há o aparecimento de pontos de coloração azul escura, resultante da combinação entre o amido e o iodo, provocada pela sudorese. Na lesão hansenótica o amido não muda de coloração, por ausência de sudorese.



Nº 25



Nº 26



Nº 27 — Prova da pilocarpina

2.4 — Exame de laboratório:

2.4.1 — Exame bacterioscópico:

A pesquisa do bacilo de Hansen deve ser feita, preferentemente, em lesão cutânea com sinais evidentes de atividade: coloração vermelha mais intensa, infiltração. No caso de manchas ou lesões em placa, frequentes nas formas indeterminada e tuberculóide, o local da colheita é a borda da lesão. Nas lesões virchowianas (tubérculos, nódulos, infiltrações difusas), o local da colheita é o centro da lesão. A colheita do material poderá ser feita utilizando-se quaisquer escarificadores, tais como: vacinóstilo, extremidade de um bisturi, gilete e até mesmo uma agulha hipodérmica.

Técnica da colheita de material em lesão cutânea:

— isquemiá, por compressão, o local da colheita fixando-se firmemente a lesão entre o polegar e o indicador ou por meio de pinça;

— fazer, com o escarificador, uma incisão linear da epiderme e derme de 1 cm de extensão ou múltiplas puncturas (se se utilizar agulha hipodérmica) na borda da lesão (hansênides) ou no centro da lesão (hansenomas);

— raspar as bordas da incisão com o escarificador ou encostar a lâmina na linfa que flui das puncturas, recolhendo-se material celular da derme acompanhado de serosidade. Evitar diluição pelo excessivo afluxo de sangue;



Nº 29



Nº 30 — Colheita linfa lóbulo orelha



Nº 28 — Colheita linfa lesão cutânea

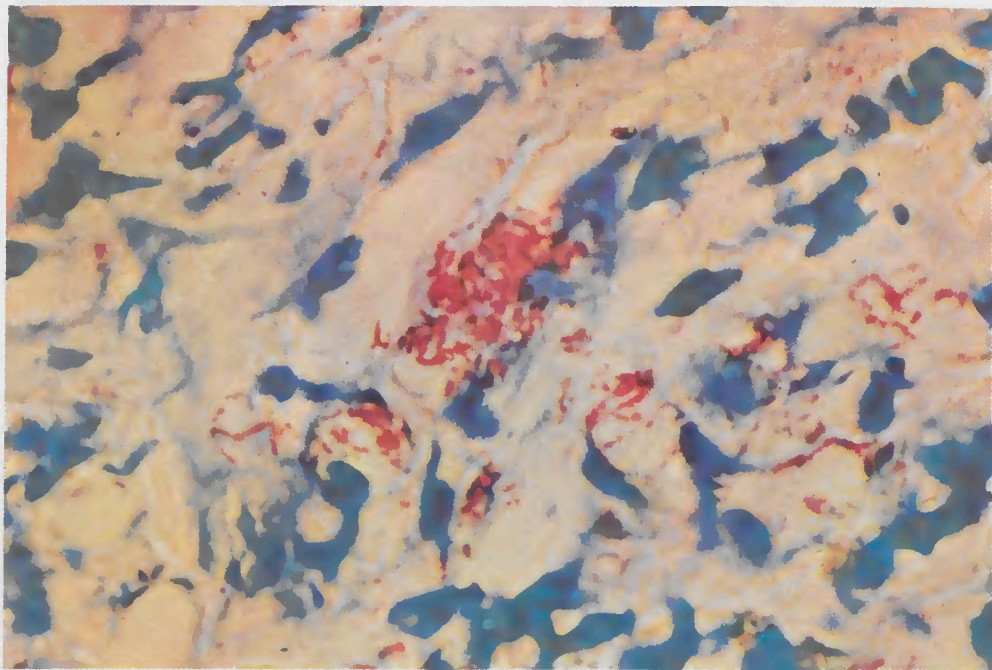
- fazer esfregaço fino com o material colhido, no centro de uma lâmina, mediante movimentos circulares com o escarificador ou bisel da agulha;
- secar ao ar;
- fixar pelo calor, passando a lâmina três vezes pela chama, com a face contendo o esfregaço voltada para cima;
- flambar, ao rubro, o escarificador ou agulha usados;

Resultado:

Na Hanseníase virchowiana e dimorfa: presença de bacilos álcool-ácido-resistentes isolados e em globias.

Na Hanseníase tuberculóide reacional: presença de bacilos álcool-ácido-resistentes raros.

Na Hanseníase indeterminada e tuberculóide tórpida: ausência de bacilos álcool-ácido-resistentes. Nas manchas eritematosas da Hanseníase indeterminada podem, eventualmente, ser encontrados raros bacilos.



Nº 31 – Bacilos isolados e globias

- 2.4.2 – Exame histopatológico:
Técnica da biópsia:
- antissepsia da região com tintura de iodo e álcool;
 - anestesia com jatos de cloreto de etila ou por infiltração subcutânea com novocaína ou xilocaína a 1%;
 - hemostasia e prega cutânea com um “clamp” curvo;
 - incisão em cunha, com bisturi, obedecendo as linhas de tensão da pele, retirando um fragmento de pele de aproximadamente 1 cm³, atingindo a hipoderme;
 - sutura com pontos de fio de seda e curativo simples;
 - colocação do fragmento de pele em frasco contendo solução fixadora de formol a 10%, cujo volume deve ser cerca de 20 vezes o volume da peça, fechando-o hermeticamente.

A biópsia pode ser feita também com “punch” de 5mm: após antissepsia e anestesia, aplicar o “punch” perpendicularmente à lesão, imprimindo-lhe movimento rotatório até atingir a hipoderme. Liberar o fragmento de pele com um golpe de tesoura em sua base. Desnecessária a sutura. Curativo compressivo. O fragmento deve ser fixado como descrito anteriormente.



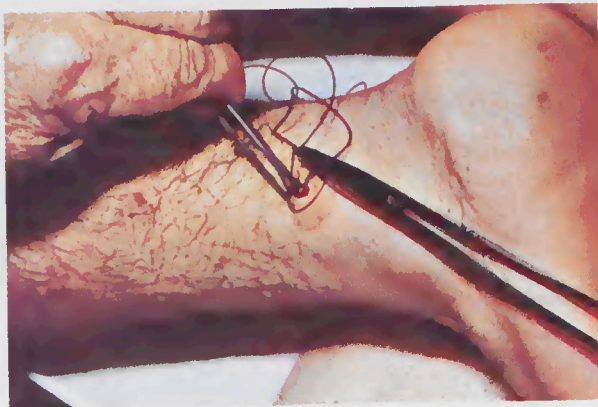
Nº 32 – Técnica biópsia



Nº33 Técnica biópsia



Nº34 Técnica biópsia



Nº35 Técnica biópsia

3 – CLASSIFICAÇÃO

Estabelecido o diagnóstico de hanseníase, far-se-á a classificação do caso. No quadro em anexo, acham-se especificados os aspectos clínicos mais frequentes, os resultados da bacterioscopia de lesão cutânea, as características imunológicas e os achados histopatológicos das quatro formas em que os casos de hanseníase podem ser classificados.

A classificação inicial de um doente será baseada nos tipos das lesões cutâneas apresentadas e no resultado da bacterioscopia de material delas retirado. Quando houver concordância da sintomatologia dermatológica com os resultados da bacterioscopia quanto à classificação dos casos em virchowianos (V), tuberculóides (T) e dimorfos (D), não há necessidade de ser realizado outro exame complementar.

Havendo, porém, discordância far-se-á biópsia de uma lesão para estudo histopatológico, que irá classificar definitivamente o caso.

Nos casos classificados clinicamente como indeterminados, qualquer que seja o resultado da bacterioscopia, é aconselhável praticar-se a biópsia para estudo histopatológico, que poderá confirmar a classificação inicial ou modificá-la para um ou outro dos tipos polares V ou T.

Quando o aspecto das lesões dermatológicas não permitir uma classificação clínica segura, também se recorrerá à biópsia qualquer que seja o resultado da bacterioscopia.

3.2 — Esquema para classificação das formas clínicas da hanseníase:

CARACTERÍSTICAS				FORMAS CLÍNICAS
CLÍNICAS	BACTERIOS-CÓPICAS (lesão cutânea)	IMUNOLÓGICAS (Teste de Mitsuda)	HISTOPATOLÓGICAS	
Área de anestesia e manchas hipocrômicas, eritemato-hipocrômicas e eritematosas.	Negativa (-)	Positiva ou negativa (+ ou -)	Estrutura inflamatória crônica inespecífica.	Indeterminada (I)
Eritema e infiltração difusa, placas eritematosas infiltradas e de bordas difusas, tubérculos e nódulos; mardose (queda de cílios e supercílios); lesões das mucosas.	Positiva (+): Bacilos abundantes e globias	Negativa (-)	Granuloma com células vacuoladas de Virchow.	Virchowiana (V)
Placas eritematosas de limites externos nítidos e/ou marginadas com microtubérculos, com ou sem descamação.	Negativa (-)	Positiva (+)	Granuloma tuberculóide - células epitelióides e/ou gigantes, tipo Langhans.	Tuberculóide (T) Tórpida
Placas eritemato-violáceas, edematosas, elevadas, de limite externo nítido. Placas de localização palmares e plantares e peri-orificiais da face.	Positiva (+): bacilos raros	Geralmente positiva (+)	Granuloma tuberculóide com edema inter e intra-celular.	Reacional
Lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro). Lesões foveolares (eritematosas infiltradas com o centro deprimido). Lesões eritemato-pigmentares (de tonalidade ferrugínea ou pardacenta).	Positiva (+): bacilos e globias	Geralmente negativa (-)	Granulomas tuberculóide e Virchowiano, às vezes numa única lesão e outras vezes em lesões diferentes.	Dimorfa (D)

NOTAS: 1. Na hanseníase virchowiana, afora as lesões dermatológicas e das mucosas, ocorrem, também, lesões viscerais.

2. As manifestações nervosas são comuns a todas as formas clínicas.

3. Nas manchas eritematosas da hanseníase indeterminada podem, eventualmente, ser encontrados raros bacilos.

4. Teste de Mitsuda.

Não tem valor diagnóstico, somente prognóstico.

Técnica — inocular, intradermicamente, 0,1ml do antígeno na face anterior do antebraço direito.

Forma-se pápula isquêmica, de aproximadamente 1 cm de diâmetro.

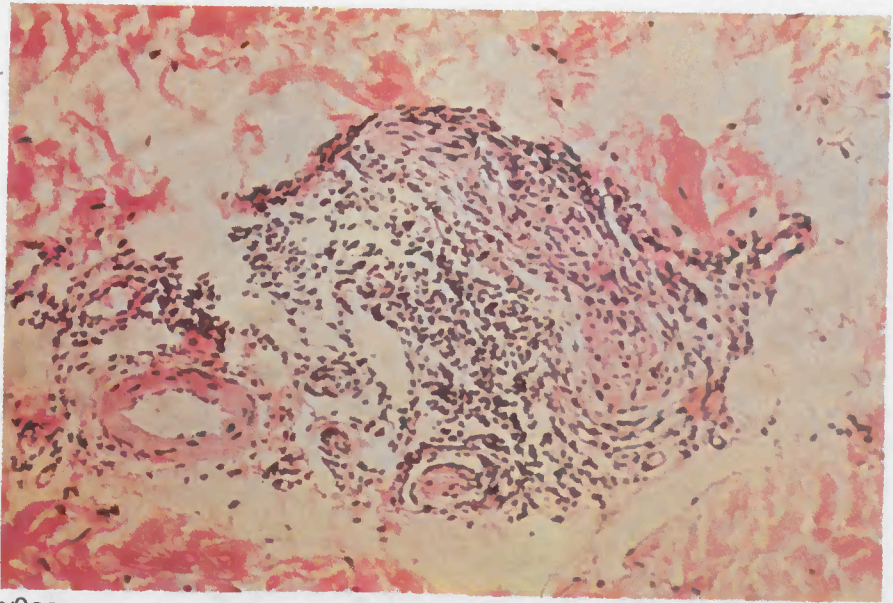
Leitura — deve ser feita na quarta semana:

negativa — ausência de qualquer sinal no ponto de inoculação;

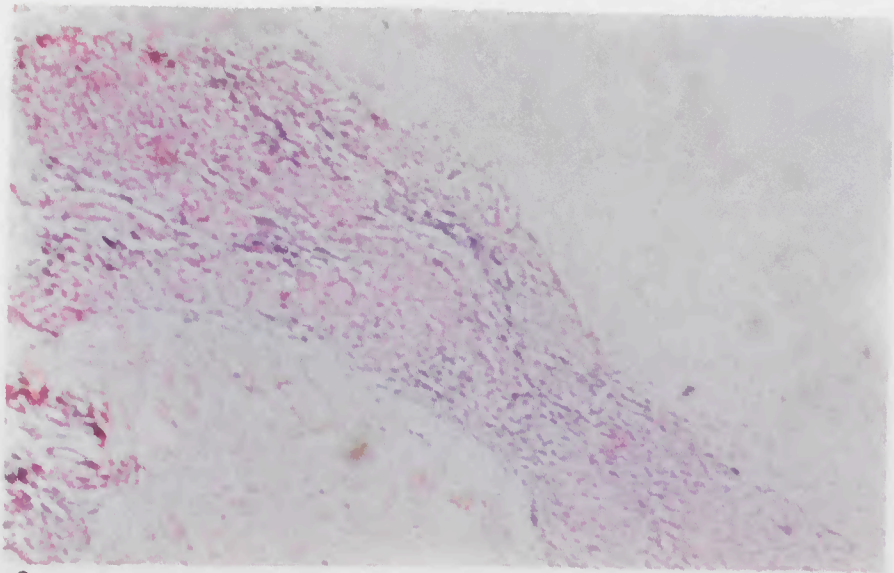
positiva — pápula ou tubérculo maior do que 3mm de diâmetro.

a) — no doente: (vide esquema acima)

b) — no indene de hanseníase: poderá ser positiva ou negativa. A maioria (90%) da população adulta reage positivamente.

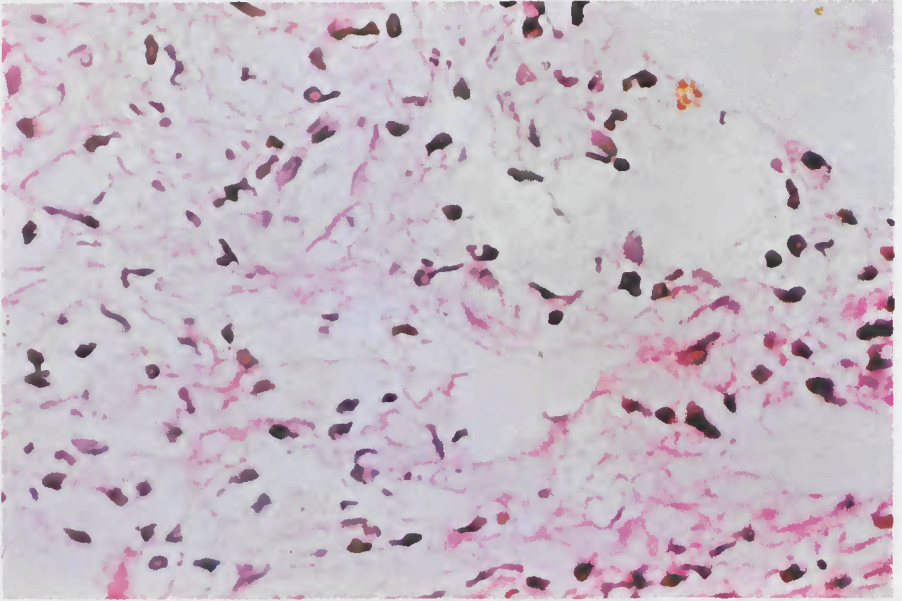


Nº36 – Hanseníase indeterminada (infiltrado peri-neural)

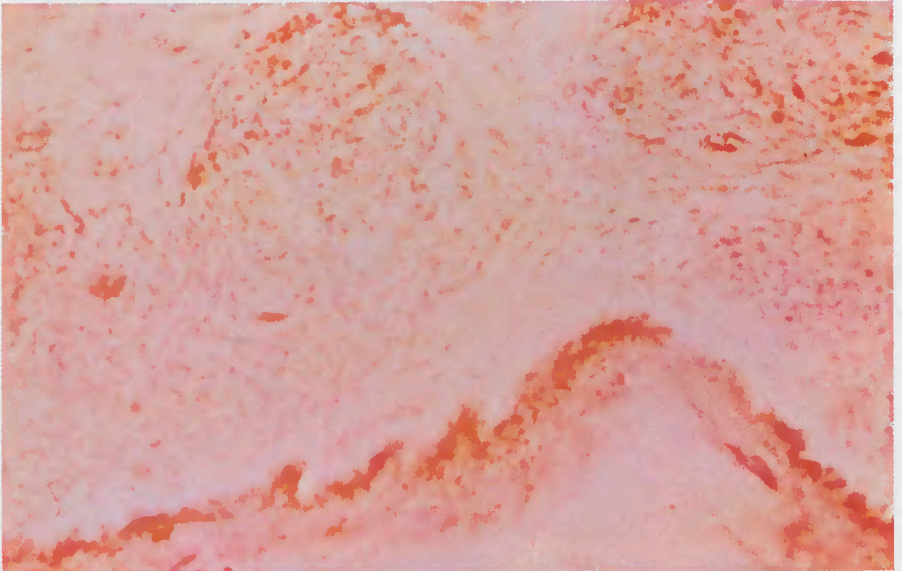


Nº37 – Hanseníase tuberculóide (estrutura tuberculóide)

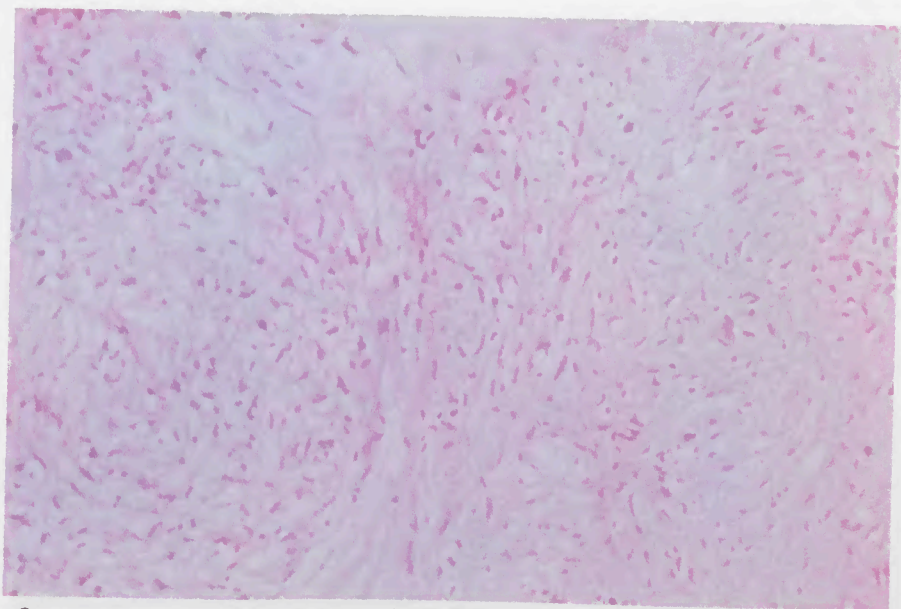
HANSENIASE VIRCHOWIANA



Nº38 — Células de Virchow



Nº39 — Lipídio



Nº 40 — Hansenfase dimorfa. Histiócitos vacuolados e não vacuolados



Nº 41 — Hansenfase indeterminada



Nº 42 — Hanseníase indeterminada



Nº 43 — Hanseníase tuberculoide tórpidas



Nº 44 — Hanseníase tuberculóide reacional



Nº 45 — Hanseníase virchowiana (mãe) e tuberculóide (filho).



Nº 46 – Hanseníase virchowiana
(tubérculos e nódulos)



Nº 47 – Hanseníase virchowiana
(infiltração rosto e orelhas)



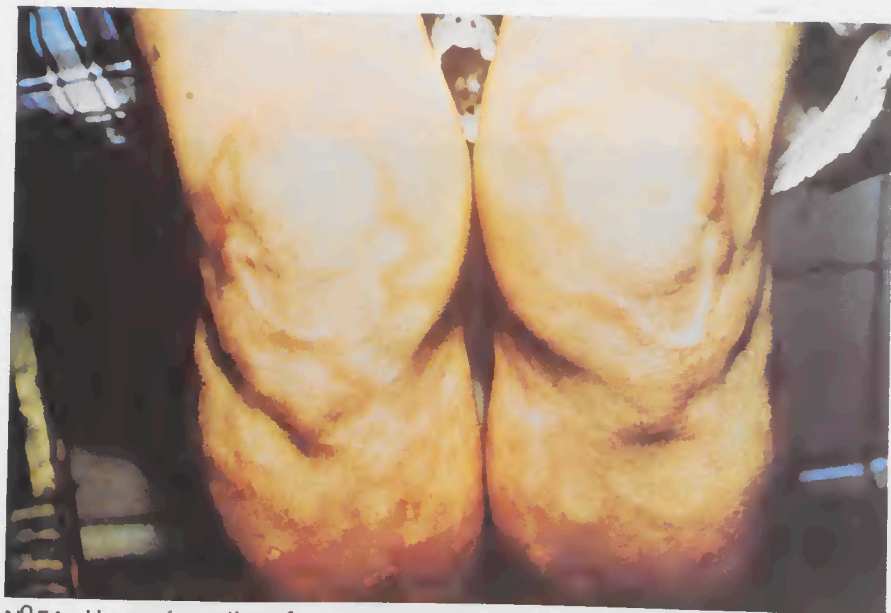
Nº 48 – Hanseníase virchowiana
(facies leonino)



Nº 49 – Hanseníase virchowiana
(eritema nodoso)



N^o 50 – Hanseníase virchowiana (eritema polimorfo)



Nº 51 Hanseníase dimorfa



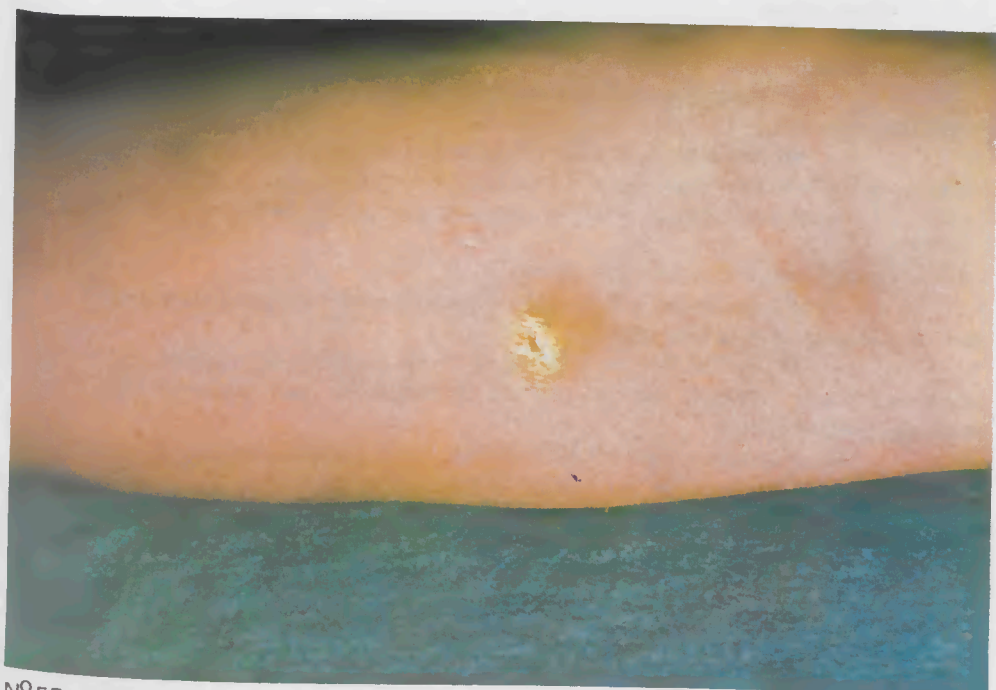
Nº 52 Hanseníase dimorfa



Nº53 Hanseníase dimorfa



Nº 54 — Teste de Mitsuda



Nº 55 — Reação de Mitsuda

4 – TRATAMENTO

4.1 – Tratamento específico:

SULFONA — oral: adultos: 100 mg por dia (1 comprimido); crianças: 6 a 10 mg/kg de peso por semana, divididos em doses diárias. Para os doentes tuberculóides bacterioscopicamente negativos e para os de forma clínica indeterminada, adultos, 50 mg por dia são suficientes.

— injetável: DADDS — 2 ml (300 mg) de 60 em 60 dias, via intramuscular profunda.

Observação: a sulfono-resistência secundária pode ser suspeitada quando um paciente virchowiano ou dimorfo apresenta piora clínica e bacterioscópica, com bacilos sólidos encontrados no esfregaço obtido de lesões novas em atividade. Se tais casos não responderem ao tratamento pela sulfona dentro de 3 a 6 meses, está confirmada clinicamente a resistência à droga.

CLOFAZIMINA (Lampren) — em esquemas regulares, 100 mg (1 drágea) via oral, por dia, ou 100 mg via oral 3 vezes por semana. É usada em associação com outros fármacos durante 6 meses mais ou menos. Nos casos de sulfono-resistência a Clofazimina é usada indefinidamente. Evitar seu uso, contudo, em pessoas de pele muito clara.

RIFAMPICINA — Associada à Sulfona ou à Clofazimina nos pacientes virchowianos e dimorfos virgens de tratamento ou nos casos sulfono-resistentes, no mínimo por 2 semanas e, no máximo, por 3 meses. Recomenda-se a posologia de 600 mg (2 drágeas) via oral, em jejum, por dia.

Observações:

— nos pacientes de formas clínicas tuberculóide e indeterminada, usar sulfona isoladamente;

— nos pacientes virchowianos e dimorfos, virgens de tratamento, preferir medicação associada;

— nos pacientes com sulfono-resistência, empregar Rifampicina + Clofazimina, durante 2 a 3 meses; suspender a Rifampicina e continuar com Clofazimina;

— quando utilizar DADDS, associá-lo com 50 mg de Sulfona, via oral.

4.2 – Tratamento dos estados reacionais:

— não suspender a medicação específica a não ser que o comprometimento geral do paciente assim o recomende;

— TALIDOMIDA — 100 mg 3 a 4 vezes ao dia, via oral, reduzindo-se progressivamente. Cuidado no seu uso em pacientes do sexo feminino pelos efeitos teratogênicos que possui;

— aumentar a dose de Clofazimina (se já a vinha usando) ou prescrevê-la na posologia de 100 mg via oral até 3 vezes ao dia;

— se não se puder controlar o surto reacional pela Talidomida ou pela Clofazimina (ou na impossibilidade de usá-los) prescrever corticoesteróide: Prednisolona - 10 mg até 3 vezes ao dia, reduzindo-se progressivamente, observando-se sempre os seguintes critérios a fim de evitar dependência: períodos pequenos de uso e dosagem decrescente;

— prescrever corticoesteróides nos casos de comprometimento grave de troncos nervosos e de lesões oculares;

— quando a reação atingir a mão, comprometendo sua função, usar anti-inflamatórios e orientar o tratamento no sentido de manter a mobilidade articular e a função muscular, procurando o mínimo de sequelas. Quando houver muita inflamação e dor, com perigo de graves sequelas deformantes, é necessário a imobilização da mão em posição funcional. Esta imobilização não deve ser permanente mas intercalada com mobilização passiva, na medida que o permitir a tolerância do paciente.

4.3 — Tratamento da lesão neural:

Estas medidas serão tanto mais efetivas quanto mais precocemente se fizer o diagnóstico e o objetivo fundamental deve ser prevenir o desenvolvimento de lesões funcionais e/ou seu agravamento durante a evolução da enfermidade. Basicamente as medidas terapêuticas se dirigem para os seguintes aspectos:

— reduzir e controlar a inflamação do tronco nervoso que causa a destruição de suas fibras, muitas vezes, em curto espaço de tempo;

— conservar a força muscular nos grupos musculares comprometidos e conservar a mobilidade articular nos casos em que as paralisias já se instalaram;

— conscientizar o paciente do risco a que está exposto, mediante ações metodizadas de educação sanitária aplicadas individualmente ou a um grupo.

4.3.1 — Tratamento da neurite aguda:

— medicação analgésica e antiinflamatória: prescrever precocemente potentes antiinflamatórios inclusive corticoesteróides, a fim de evitar destruição definitiva das fibras nervosas e do próprio tronco nervoso;

— calor úmido — compressas úmidas quentes em torno de 50°C, por meia hora cada vez, envolvendo a parte do membro onde o nervo está lesado. Repetir várias vezes ao dia;

— imobilização parcial ou total da articulação correspondente ao tronco afetado, com ataduras, tipóia ou goteira de gesso.

4.3.2 — Comprometimento funcional da mão:

a) conscientizar o paciente sobre o risco que corre com sua mão anestésica ou paralítica, evitando traumatismos, feridas, queimaduras, etc e a utilidade de realizar as massagens e os exercícios diariamente;

b) massagens — preceder as massagens com banho de imersão das mãos em água morna a que se juntou 1 colher das de sopa de sal comum, por 20 a 30 minutos e aplicação de um líquido graxo (parafina líquida, óleo, etc.). Essas massagens devem ser feitas sobre uma mesa, deslizando a palma da mão sobre a face dorsal e depois, palmar da outra mão, no sentido proximal-distal, com movimentos lentos e uma suave pressão constante. Repetir o movimento cerca de 20 vezes para cada face da mão;

c) exercícios:

— lesão precoce do cubital: o fundamental é estimular a musculatura intrínseca comprometida. Um exercício conveniente seria o seguinte: com o antebraço e

mão sobre uma mesa, em pronação completa e os dedos estendidos, o paciente dorsiflexiona o punho ao mesmo tempo que flexiona as articulações metacarpo falângicas e opõe o polegar, formando um cone com todos os dedos.

— lesão precoce do mediano: um exercício recomendado seria o seguinte: colocar sobre uma mesa o antebraço e a mão em supinação completa, com todos os dedos estendidos. Com um movimento semicircular (oposição), levar lentamente o polegar da extensão completa ao máximo de abdução e continuar o movimento opondo a polpa do polegar à face palmar da primeira falange do dedo mínimo, evitando, tanto quanto possível, a flexão da interfalângica do polegar.

— lesão precoce do radial: um exercício recomendado seria o seguinte: colocar o antebraço e a mão em pronação completa sobre uma mesa, de maneira que a mão fique pêndula fora da borda da mesa; dedos fletidos. O paciente contrai os músculos dorsiflexores, levantando a mão com a máxima dorsiflexão possível, ao mesmo tempo que faz extensão também dos dedos.

— lesões tardias com paralisias estabelecidas das mãos: o essencial é conscientizar o paciente a respeito do risco de desenvolver nele deformidades secundárias e manter a mobilidade articular mediante a prática de massagens.

4.3.3 — Comprometimento funcional dos pés:

— lesões precoces: a base do tratamento seria:

a) conscientizar o paciente com lesão do tibial posterior sobre o risco do pé insensível, a necessidade de examinar ele próprio os pés diariamente, a limpeza e os cuidados diários, o uso constante de meias, a aquisição e utilização diária de calçado amplo (que ofereça boa proteção aos pés) e de salto baixo. Especial interesse deve ter o paciente no sentido de reduzir o número de passadas durante o dia e evitar o caminhar sem necessidade;

b) realizar massagens nos pés da seguinte maneira: preceder com banho de imersão dos pés em água morna a que se juntou 1 colher das de sopa de sal comum, durante uns 5 minutos. Enxugar bem com toalha limpa e aplicar um líquido graxo (parafina líquida, óleo, etc.). Com ambas as mãos colocadas uma na face dorsal do pé e a outra na planta do pé a ser tratado, aplicar pressão suave e deslizá-las no sentido proximal-distal da perna para o pé, com movimento lento e contínuo, mantendo a pressão e contato completo da superfície palmar de ambas as mãos. Repetir o movimento cerca de 20 vezes;

c) nos casos de perda da força dos dorsiflexores do pé, um exercício recomendável seria o seguinte: sentado sobre uma mesa ou cadeira alta de maneira que a planta do pé não alcance o solo, o paciente contrai os músculos dorsiflexores procurando alcançar a máxima dorsiflexão possível do pé.

— lesões tardias: nos casos de lesões tardias, é válido o que foi dito para as mãos, dando-se mais ênfase à conscientização do paciente sobre o risco que corre com o pé anestésico e suas consequências. O tratamento das complicações dessas lesões tardias, dentre elas a úlcera plantar, se baseia em:

a) diminuir a marcha;

b) usar calçado adequado;

c) modificar as pressões plantares mediante uso de plantilhas simples ajustadas ao calçado;

d) tratamento local antiinfecioso.

Em alguns casos, pode-se usar a bota de imobilização com gesso visando a uma cicatrização mais rápida da úlcera.

4.4 — Comprometimento oftalmológico:

Basicamente deve-se prestar atenção aos seguintes aspectos:

— prevenir e tratar a infecção superficial do olho, particularmente nos casos com lagoftalmo. Utilizar-se-ão colírios antiinflamatórios, preferentemente sem corticosteróides, como água boricada a 3% ou Argirol a 5%; recomendar uso de óculos escuros e a oclusão dos olhos, durante o sono, com um lenço limpo;

— quando se suspeita ou se já existir úlcera corneana, deve-se considerar o caso como uma urgência oftalmológica: usar pomada oftálmica, ocluir o olho com uma gase e encaminhar o paciente ao oftalmologista o mais breve possível;

— quando existir irite ou iridociclite, indicar colírios antiinflamatórios preferentemente com corticosteróides; manter midríase com colírio de Atropina a 0,5 ou 1% e encaminhar o paciente ao oftalmologista o mais breve possível.

5 — CONTROLE

5.1 — Medidas técnicas: educação sanitária, aplicação de BCG, descobrimento de doentes, tratamento dos doentes, prevenção e tratamento de incapacidades.

a) A educação sanitária será dirigida às equipes de saúde, aos doentes, aos contatos, aos líderes de comunidade e ao público em geral, visando a:

— incentivar a apresentação voluntária de doentes e contatos;

— eliminar falsos conceitos relativos à alta contagiosidade da doença, à sua incurabilidade e à compulsoriedade da internação do doente;

— informar quanto à sintomatologia (principalmente a inicial), à conveniência do tratamento precoce e à possibilidade de prevenção de incapacidade;

— estimular a assiduidade do doente, mediante uma atenção eficiente e cordial, tornando-lhe agradável a revisão médica e proporcionando-lhe uma atenção realmente individualizada;

— dar conhecimento dos locais de tratamento: unidades de saúde, serviços previdenciários, clínicas de escolas médicas, outras entidades e clínicas particulares.

b) A vacina BCG, que apresenta certo grau de eficácia na prevenção da hanseníase especialmente nos grupos mais jovens, deve ser aplicada na população geral, com destaque para os seguintes grupos:

— contatos;

— grupo etário até 2 anos;

— populações de áreas de alta endemicidade.

c) O descobrimento de doentes será feito através de:

— atendimento da demanda

— investigação epidemiológica

— vigilância de contatos

— verificação de notificações

Em atendimento da demanda estão incluídos os casos de apresentação voluntária, o exame de portadores de dermatoses e/ou neuropatias periféricas, os casos de triagem dos demais serviços da unidade de saúde, os candidatos à carteira ou atestado de saúde, o exame de grupos populacionais.

A investigação epidemiológica inclui o exame das pessoas que convivem ou conviveram no domicílio ou fora dele com o doente de hanseníase, qualquer que seja a sua forma clínica, com o intuito de descobrir sua fonte de infecção e de conhecer outros casos oriundos da mesma fonte ou do caso índice.

A vigilância dos contatos será realizada submetendo-os a exame dermatoneurológico, pelo menos 1 vez por ano, considerando-se como "sob vigilância" os que preencherem essa condição.

Conceitua-se como contato toda pessoa que tem ou teve convivência íntima e prolongada com o doente. Para fins operacionais, no entanto, a vigilância poderá ser limitada às pessoas que residem com pacientes virchowianos e dimorfos.

Os contatos deverão ser liberados da vigilância 5 anos após o início da mesma, devendo ser esclarecidos quanto à pequena possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas suspeitos de hanseníase.

A autoridade sanitária deverá promover a verificação de todas as notificações de casos de hanseníase recebidas.

d) O tratamento dos doentes será normalmente realizado em regime ambulatorial, independentemente da forma clínica da doença, nas Unidades de Saúde, ambulatórios de entidades previdenciárias, universitárias ou clínicas particulares.

Será assegurado, obrigatoriamente, por parte dos serviços de saúde, tratamento adequado a todos os doentes.

Serão propiciados orientação e recursos anticoncepcionais às doentes de hanseníase que possam vir a necessitar de medicamentos de efeitos teratogênicos.

Para o controle do tratamento, os doentes Mitsuda-positivos deverão ser submetidos a exame dermatoneurológico, no mínimo 1 vez por ano e os pacientes Mitsuda-negativos, a exame dermatoneurológico e bacterioscópico de 6 em 6 meses, no mínimo. Os pacientes que preencherem essa condição, serão considerados "doentes sob controle".

Na impossibilidade de realizar teste de Mitsuda, considerar como Mitsuda-negativos os pacientes virchowianos, dimorfos e indeterminados e, como Mitsuda-positivos, os pacientes tuberculóides.

Será considerado como caso "inativo" todo paciente de hanseníase que não mais apresentar sinal de atividade clínica da doença e tenha bacterioscopia negativa.

Os pacientes "inativos" deverão prosseguir o tratamento regular durante períodos variáveis. A duração desses períodos será:

- de 1 ano e meio para os pacientes tuberculóides e indeterminados Mitsuda-positivos, após o que poderão ser liberados;
- de 5 anos para os pacientes indeterminados Mitsuda-negativos, após o que permanecerão por mais 5 anos em observação, podendo então ser liberados;
- de 10 anos para os pacientes virchowianos e dimorfos, após o que permanecerão sob vigilância por prazo indeterminado.

O tratamento da intercorrência que exigir hospitalização deverá ser, de preferência, realizado em hospitais gerais das redes oficial, previdenciária, universitária e

particular.

Ficará restrita a hospitalização do doente de hanseníase em estabelecimentos especializados, em caráter temporário, às seguintes eventualidades:

- tratamento de intercorrências clínico-cirúrgicas ou intervenções reconstitutivas que exigirem hospitalização e não puderem ser realizadas em hospitais gerais;
- tratamento de doentes virchowianos e dimorfos que não puderem atender às determinações da autoridade sanitária;
- observação científica.

A iniciativa de hospitalização do doente, atendidas as condições acima, caberá à autoridade sanitária local, ficando responsável pela seleção de casos.

Cessados os motivos da hospitalização, o doente deverá ser imediatamente transferido para continuação do seu tratamento em regime ambulatorial.

e) A prevenção e o tratamento primário das incapacidades físicas serão realizados pelos órgãos locais de saúde, mediante utilização de técnicas simples.

Os casos de incapacidade física que requererem técnicas complexas deverão ser encaminhados aos centros especializados ou gerais de reabilitação.

Deverá ser feito o levantamento, em modelo padronizado, da incidência de incapacidades, a fim de que se possa realizar, posteriormente, avaliação dos trabalhos executados.

A execução das ações de controle será integrada nas atividades de rotina das Unidades de Saúde.

5.2 — Medidas administrativas:

a) REGISTRO

— Para fins de seguimento o registro do caso de Hanseníase será feito na ficha geral utilizada pela Unidade Sanitária local, com os seguintes dados:

— Identificação: nome completo (prenome e sobrenome); ano do nascimento; sexo; estado civil; naturalidade (município e estado); ocupação; nomes completos dos genitores (estejam ou não vivos);

— localização: residência permanente do paciente (rua, número da casa, bairro, cidade ou se residir na zona rural, nome do fazenda, localidade, distrito e município a que pertence);

— descrição sucinta das lesões encontradas;

— diagnóstico e classificação clínica;

— resultado da bacterioscopia realizada;

— prescrições terapêuticas;

— modo de descobrimento do caso (por exame de contatos, por consultas dermatológicas, por investigação epidemiológica, por exame para carteira ou atestado de saúde, por verificação de notificação e por apresentação espontânea).

— Para fins de vigilância epidemiológica o registro de caso de Hanseníase será feito na ficha epidemiológica proposta pelo Ministério da Saúde (modelo a-

nexo);

b) INFORMAÇÃO:

- Informar ao nível administrativo a que estiver subordinado:
- mensalmente: o número de casos novos registrados, por forma clínica;
- anualmente: o número de casos existentes na área de jurisdição, por forma clínica;
- outros dados que forem solicitados.

ANEXO 1 – MÉTODOS DE COLORAÇÃO PARA O BACILO DE HANSEN

I – MÉTODO DE ZIEHL–GABBET

1 – Soluções necessárias:

a – Fucsina fenicada de Ziehl:

Fucsina básica.	1,0 g
Álcool absoluto.	10,0 ml
Ácido fênico cristalizado.	5,0 g
Água destilada	100,0 ml

Triturar a fucsina com o álcool, em gral de vidro.

Juntar o ácido fênico, continuando a triturar. Adicionar cerca de 60 ml de água destilada e transferir a solução para um frasco. Lavar o gral com os 40 ml de água restantes e transferir para o frasco. Deixar em repouso durante 24 horas.

b – Azul de metileno de Gabbet:

Azul de metileno.	10,0 g
Ácido sulfúrico.	100,0 ml
Álcool de 40° G.L.	150,0 ml
Água destilada	250,0 ml

Dissolver o azul de metileno no álcool e acrescentar a água previamente misturada ao ácido sulfúrico.

2 – Técnica de coloração:

- fixar o esfregaço pelo calor;
- cobrir o esfregaço com a fucsina de Ziehl, aquecendo por 3 vezes a lâmina, em chama direta, até emissão de vapores; manter o corante sobre a lâmina por mais 5 minutos;
- lavar a lâmina em água corrente;
- cobrir o esfregaço com o azul de metileno de Gabbet; esperar 2 minutos;
- lavar em água corrente;
- secar com papel de filtro;
- examinar ao microscópio, com objetiva de imersão.

II – MÉTODO DE ZIEHL–NEELSEN

1 – Soluções necessárias:

a – Fucsina fenicada de Ziehl (já descrita)

b – Mistura álcool-ácido:

Álcool de 95° G.L.	97,0 ml
Ácido clorídrico concentrado	3,0 ml

c – Azul de metileno alcalino:

Solução de azul de metileno a 2% em álcool etílico de 95° G.L.	30,0 ml
Solução de hidrato de sódio a 1%	1,0 ml
Água destilada	100,0 ml

À solução alcoólica de azul de metileno, adicionar a solução aquosa de

hidrato de sódio.

2 — Técnica de coloração:

- fixar o esfregaço pelo calor;
- cobrir o esfregaço com a fucsina de Ziehl, aquecendo por 3 vezes a lâmina, em chama direta, até emissão de vapores; manter o corante sobre a lâmina por mais 5 minutos;
- lavar rapidamente em água corrente;
- gotejar a mistura álcool-ácido sobre a lâmina inclinada até que não haja remoção de corante;
- lavar em água corrente;
- cobrir o esfregaço com o azul de metileno alcalino, esperando 2 minutos;
- lavar em água corrente;
- secar a lâmina com papel de filtro;
- examinar ao microscópio, com objetiva de imersão.

Observação: As soluções dos corantes devem, sempre, ser filtradas em papel-filtro, quando transferidas para frascos menores, conta-gotas, para uso.

UVE - UNIDADE DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS
 -HANSENIASE-

Estado Caso nº Município

1 - Identificação:
 Nome
 Idade Sexo Ocupação
 Residência
 Nome do pai
 Nome da mãe

2 - Notificante Data da Notif.

3 - Dados epidemiológicos:
 Data do início provável da doença
 1-^{os} sintomas acusados pelo doente

Forma clínica V D T I

Resultado do ex.laboratório

Bacterioscopia
 Histopatologia

Provável fonte de infecção:
 Nome
 Parentesco ou afinidade

Forma clínica V D T I

Tipo e grau de convivência com o caso em estudo:
 mesma casa mesmo quarto mesmo leito

4 - Ambiência:
 Convivência familiar:

Quarto de dormir individual SIM NÃO

Leito individual SIM NÃO

Quartos de dormir nº Leitos nº

Condições de higiene: precárias aceitáveis boas

Pessoas residentes no mesmo domicílio:

Menores de 15 anos nº Maiores de 15 anos nº

5 — Conviventes domiciliários de casos contagiantes:

Nome:

Idade:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Data da investigação

Ass. do Responsável

