Como reconhecer e tratar

REAÇÕES HANSÊNICAS

Editores: Ana Regina Coelho de Andrade • Linda Faye Lehman • Pieter Aloysius Maria Schreuder • Priscila Leiko Fuzikawa
Minas Gerais, 2005
Como reconhecer e tratar

REAÇÕES HANSÊNICAS
Qualquer parte deste livro pode ser copiada, reproduzida ou adaptada às necessidades locais, sem permissão dos autores ou dos editores, e todo material reproduzido deve ser distribuído gratuitamente - sem lucro. Para qualquer reprodução para fins comerciais, é obrigatório obter permissão prévia da ILEP. A fonte deve ser citada em toda reprodução.

Favor enviar cópias do material adaptado à ILEP.

C735P


Baseado na obra: How to Recognise and Manage Leprosy Reactions de Paul Saunderson


CDD: 614.546
CDU: 616.98
Este é o segundo de uma série de guias de aprendizagem sobre hanseníase publicado pela ILEP. Foi elaborado visando auxiliar todos os trabalhadores de saúde que podem precisar tratar precocemente as complicações de hanseníase. Os corticoesteróides têm um papel importante no controle destas complicações. Assim sendo, este livro será particularmente útil a todos aqueles trabalhadores de saúde autorizados e capazes de prescrever estas drogas aos pacientes de hanseníase. Muitos países têm seus guias nacionais que incluem as normas para tratamento das reações hansênicas. Este guia da ILEP será um complemento útil.
APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento o manual “Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas” destinado à atualização dos profissionais de saúde que atendem hanseníase.

A hanseníase representa ainda hoje, um problema de saúde pública em Minas Gerais. Essa doença infecciosa, fácil para tratar e curar, tem como fator agravante a repercussão sócio-psicológica gerada pelas incapacidades físicas, que podem ocorrer na evolução da doença e que são a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade.

Os episódios reacionais, tema deste manual, são o principal fator, na evolução da hanseníase, de instalação do dano neural que leva ao desenvolvimento de incapacidades e deformidades. Sabe-se que o tratamento precoce e adequado desses episódios reduz em até 60% o dano neural. É de suma importância, portanto, que o profissional de saúde tenha subsídios que facilitem identificar, diagnosticar e tratar os episódios reacionais.

O presente instrumento é parte das medidas que vêm sendo adotadas em Minas Gerais para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública. Eliminar não é erradicar, mas significa alcançar e manter a taxa de prevalência menor que 1 caso em cada 10.000 habitantes. Nos últimos anos o Estado tem detectado mais de 3.000 casos novos por ano o que exige a manutenção de serviços capacitados para o diagnóstico e tratamento, visando a manutenção da pessoa com hanseníase na sociedade, sem incapacidades e deformidades. Éste é o real desafio que se espera alcançar com um atendimento humanizado, adequado e resolutivo para todos os usuários do Sistema Único de Saúde, incluindo a pessoa com hanseníase.

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
AGRADECIMENTOS - VERSÃO ORIGINAL

Gostaríamos de agradecer os seguintes grupos e indivíduos que contribuíram na elaboração deste livro:

Autor principal: Dr. Paul Saunderson

Comissão Medico-Social da ILEP.

Todos aqueles envolvidos na revisão e no teste de campo, especialmente o ALERT, o Instituto Jimma de Ciências da Saúde, o Centro Shieffelin de Pesquisa e Capacitação em Hanseníase, Karigiri e a Faculdade Médica Cristã, Vellore.

Gostaríamos de agradecer aos seguintes indivíduos e organizações que cederam ilustrações. Os direitos autorais individuais ou institucionais são reconhecidos somente onde requeridos.

Indivíduos
S Arunthathi 9a, ADM Bryceson 1b, 13a, 38a, R Davidson 4a, 14b, M Hogeweg 4b, 15a, 39a, b, DL Leiker 1a, 15b, BD Molesworth 9b, M Rolfe 13b.

Organizações
American Leprosy Missions.
All Africa Leprosy, Tuberculosis and Rehabilitation Training Centre (ALERT).
Gillis W Long Hansen’s Disease Center 14a.
Infolep/Netherlands Leprosy Relief.
Wolfs Pharmaceuticals 29.
The Leprosy Mission International.
The Wellcome Trust, Tropical Medicine Resource - Topics in International Health: Leprosy CD ROM (19 imagens utilizadas) direitos autorais de não-membros da ILEP citados acima)

Onde há mais de uma imagem em uma página, elas são numeradas na ordem da esquerda para a direita e de cima para baixo.

Primeira versão para o português:
Tradução: Gerson Oliveira Penna
Revisão técnica: Maria Bernadete Rocha Moreira
AGRADECIMENTOS - VERSÃO MINAS GERAIS

Essa versão preliminar foi adaptada do original em inglês *How to Recognise and Manage Leprosy Reactions* por um grupo de trabalho da Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária, SES, Minas Gerais.

Além das instituições e indivíduos já citados na versão original, gostaríamos de agradecer a permissão para reprodução das seguintes figuras utilizadas na versão para Minas Gerais:
- Sasakawa Memorial Health Foundation/ Novo Atlas de Hanseníase - foto B, pág. 20
- Margareth Brand - foto A, pág. 21
- Hannelore Vieth - foto A, pág. 28
- Linda Lehman - foto B, pág. 28

Sugestões e contribuições podem ser enviadas para:
**Dra. Ana Regina Coelho Andrade**
Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Superintendência de Atenção à Saúde
Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária de Minas Gerais
E-mail: hanseníase@saude.mg.gov.br

**Editores e revisores da versão de Minas Gerais:**
Ana Regina Coelho Andrade
Linda Faye Lehman
Pieter Aloysius Maria Schreuder
Priscila Leiko Fuzikawa

**Apoio para a versão de Minas Gerais:**
NLR Brasil
ILEP
Secretaria Municipal de Saúde de Betim- MG
A hanseníase é uma doença que é tratada, de modo eficaz, com a poliquimioterapia (PQT). Entretanto, alguns pacientes desenvolvem complicações chamadas de reações, as quais requerem tratamento adicional.

Este manual traz informações necessárias para diagnosticar e para tratar reações hanseníacas, a principal causa de danos neurais e incapacidades na hanseníase. Esperamos que isso possibilite que mais pessoas sejam tratadas de modo que as incapacidades - e o estigma social delas resultante - possam ser prevenidos.

O Capítulo 1 explica como reconhecer reações hanseníacas, como distinguir os diferentes tipos de reação, e como saber se são reações leves ou graves. Aborda também outras condições que poderiam ser confundidas com reações hanseníacas.

O Capítulo 2 aborda o tema das neurites. Apresenta os principais nervos periféricos acometidos na hanseníase, como palpá-los e como realizar os testes de força muscular e sensibilidade para determinar se estão acometidos.

O Capítulo 3 aborda como tratar reações hanseníacas. Descreve o tratamento para reações leves e graves, orienta a prescrição e o acompanhamento da corticoterapia. A maioria dos pacientes com reação hanseníca pode ser tratada na rede básica, mas alguns necessitarão de encaminhamento para centros de referência. Essa seção orienta quais pacientes devem ser encaminhados.

O Capítulo 4 orienta que pacientes com danos neurais instalados necessitam de acompanhamento a longo prazo para evitar agravamento das incapacidades. Apresentaremos apenas um breve resumo, mas outros livros disponíveis através da ILEP e do Ministério da Saúde do Brasil abordam esse assunto mais detalhadamente.
ÍNDICE

1. Como reconhecer reações hansênicas ________________________________ 15
   O que é reação hansênica? ________________________________ 15
   Quem pode ter uma reação hansênica? ______________________ 16
   Quando as reações ocorrem? ____________________ 17
   Como detectar uma reação? ___________________________ 18
   Como diagnosticar uma reação hansênica? ___________ 18
   Condições que podem ser confundidas com reação hansênica _______ 19
   Os dois tipos de reação hansênica ____________ 19
      Reação tipo 1 ________________________________ 20
      Reação tipo 2 ________________________________ 21
   Como distinguir reação tipo 1 e tipo 2 ___________ 23
   A reação é leve ou é grave? ________________ 24

2. Neurite __________________________________________________ 26
   Palpação de nervos importantes __________________________ 26
   Teste de sensibilidade ___________________________________ 28
      Olhos_________________________________ 28
      Mãos e Pés ____________________________ 29
   Teste de força muscular _______________________________ 32
   Como você pode afirmar se algum nervo foi acometido? _________ 36
   Sinais de dano neural ao diagnóstico ________________ 36

3. Como tratar reações hansênicas ___________________________________ 36
   Princípios gerais ___________________________________ 36
   Tratamento de reações leves ___________________________ 37
   Tratamento de reações graves _________________________ 38
   Tratamento com Prednisona ____________________________ 38
      História e exame ____________________________ 39
      Checklist para iniciar a corticoterapia ____________ 40
      Explicação do tratamento ao paciente ___________ 43
      As razões para o tratamento _____________________ 43
      Qual o tempo de tratamento necessário? __________ 43
      A importância de tomar a dose correta _____________ 43
   O tratamento não deve ser interrompido abruptamente ______ 44
   O que fazer se houver piora da dor, da sensibilidade ou da força muscular ________ 44
   Efeitos colaterais dos corticosteróides _______________ 44
   Prescrição da prednisona para reação tipo 1 grave _______ 45
   Acompanhamento durante o tratamento com corticosteróides _____________ 47
   Monitoramento da função neural _________________________ 47
   O que acontece se o paciente faltar a uma consulta agendada e seu
   tratamento for interrompido? ___________________________ 47
   Acompanhamento após o tratamento com corticosteróides ___________ 48
   Tratamento da reação tipo 2 grave _____________________ 48
      Prednisona ________________________________ 48
      Clofazimina ________________________________ 49
      Talidomida ________________________________ 49
      Pentoxifilina ________________________________ 50
Acometimento ocular .................................................................................................................. 50
Pacientes que podem necessitar de encaminhamento a centros de referência ................. 51
Casos novos diagnosticados com dano neural superior a 6 meses .................................. 51
Reação tipo 2 grave .................................................................................................................. 51
Pioria da função neural durante a corticoterapia ................................................................. 51
Pacientes com dor neural controlada e/ou crônica .............................................................. 51
Encaminhamento para neurolise ............................................................................................ 52
Danos neurais tardios e possibilidade de recidiva ............................................................... 52
Fluxograma para distinguir dano neural tardio de recidiva ................................................. 53

4. Prevenção das incapacidades ............................................................................................... 54
Ajudando pacientes a prevenir incapacidades .................................................................. 54
Cuidado com mãos e pés insensíveis .................................................................................. 56
O uso de calçados .................................................................................................................. 56
Olhos ........................................................................................................................................ 57
Alongamento e exercícios ..................................................................................................... 57
Grupos de autocuidados ....................................................................................................... 57

Anexos
Anexo A: Ficha de avaliação simplificada da função neural ............................................. 58
Anexo B: Lista de itens necessários para tratar reações hansênicas em uma unidade de saúde ................................................................. 60
Anexo C: Grupos que requerem atenção especial na prescrição de corticoesteróides ...... 60
Anexo D: Neurite aguda e neurite silenciosa ...................................................................... 66
Anexo E: Reações e neurites alterações e conduta .............................................................. 67
Anexo F: Critérios para encaminhamento a Centros de Referência .................................... 69
Anexo G: Casos clínicos .......................................................................................................... 73

Abreviações ................................................................................................................................ 85

Referências Bibliográficas ...................................................................................................... 86
CAPÍTULO 1 - COMO RECONHECER REAÇÕES HANSENÍCAS

As reações são a principal causa dos danos neurais e incapacidades na hanseníase.

O que é reação hansênica

Hanseníase é uma doença bacteriana que afeta a pele e os nervos. Pode causar a perda da sensibilidade, fraqueza muscular e paralisia. Uma característica da hanseníase é a possibilidade da ocorrência de reações - períodos de inflamação aguda no curso de uma doença crônica que podem afetar os nervos. Esta inflamação aguda é causada pela atuação do sistema imunológico do hospedeiro que ataca o Mycobacterium leprae.

A inflamação é a resposta usual do organismo à infecção, e suas características típicas são:

- EDEMA
- CALOR
- RUBOR
- DOR
- PERDA DA FUNÇÃO

Uma vez que os bacilos da hanseníase afetam a pele e os nervos, as reações hansênicas cursam com inflamação nestes lugares, podendo também afetar outros órgãos, tais como gânglios, causando aumento dos mesmos (ínguas ou linfadenomegalias). A inflamação em uma lesão de pele pode ser incômoda, mas raramente é grave. Por outro lado, a inflamação em um nervo pode causar graves danos, como a perda da função (sensitiva e motora) devido ao edema e à pressão exercida no nervo.

Alguns pacientes com nervos inflamados têm sintomas graves enquanto outros não apresentam nenhum sinal ou sintoma claro dessa inflamação. Você deve examiná-los cuidadosamente de modo a detectar reações antes que elas causem danos.
Lesões de pele em reação hansênica

Quem pode ter uma reação hansênica?

Aproximadamente 25 a 30% dos pacientes com hanseníase desenvolvem reações ou dano neural em algum momento. Aqueles com várias lesões de pele e espessamento neural correm maior risco.

A tabela abaixo mostra como você pode prever esse risco. Pacientes com hanseníase multibacilar (MB), a forma mais séria da doença, em especial os que já apresentam comprometimento neural no diagnóstico, devem ser acompanhados mais de perto, verificando sinais de novos danos neurais que requeiram tratamento, pois a maioria deles (65%) poderá desenvolvê-los.

| Risco de aparecimento de novos danos neurais em casos novos de hanseníase |
|---------------------------------------------------------------|------|---|
| Função normal do nervo no diagnóstico                    | PB   | MB |
| Função alterada do nervo no diagnóstico                   | 1%   | 16%|
|                                                            | 16%  | 65%|


A detecção precoce da hanseníase e o tratamento com PQT continua sendo a melhor maneira de prevenir as reações e as incapacidades físicas decorrentes. Infelizmente, muitos pacientes são diagnosticados tardivamente e correm maior risco de desenvolver as reações e neurites aqui descritas. Se estes pacientes forem tratados efetivamente, danos neurais recentes podem ser curados sem deixar seqüelas.
Quando as reações ocorrem?

Um paciente com hanseníase pode ter reação:
- Antes do tratamento
- No momento do diagnóstico
- Durante o tratamento
- Depois que o tratamento tiver sido concluído.

A maioria das reações ocorre durante o primeiro ano após o diagnóstico. No entanto, em pacientes com hanseníase MB, as reações podem ocorrer por muitos anos após o tratamento ter sido concluído.

Como detectar uma reação?

As reações hansênicas nem sempre são semelhantes entre si. Às vezes há somente uma inflamação da pele e os nervos não são afetados. Entretanto, mais frequentemente, as reações ocorrem nos nervos sem causar mudanças óbvias nas lesões de pele. Os efeitos sobre os nervos podem ser dolorosos e muito óbvios, ou tão sutis que a pessoa não os percebe. As reações podem também afetar os olhos, os testículos, os gânglios e as articulações.

Toda vez que você examinar um paciente com hanseníase, além do exame clínico geral, você deve verificar pele, nervos e olhos para certificar-se de que não há presença de nenhuma reação hansênica.

**Pele**
- Pergunte ao paciente se há dor e edema nas lesões de pele.
- Examine as lesões para verificar sinais de inflamação.
- Examine as mãos e os pés para verificar a diminuição da sudorese.

**Nervos**
- Pergunte ao paciente se houve alguma diminuição de sensibilidade ou de força nas mãos e nos pés.
- Pergunte se ele está tendo dificuldade com suas tarefas diárias.
- Pergunte sobre dor, queimação (ardor) ou formigamento nos nervos.
- Palpe os nervos para avaliar hipersensibilidade ou dor.
- Teste a perda de sensibilidade nas mãos e nos pés, usando o estesiômetro ou uma caneta esferográfica.
- Teste a sensibilidade da córnea com fio dental sem sabor
- Teste a força muscular das pálpebras, das mãos e dos pés.
- Compare os resultados desse exame clínico com os registros do exame clínico anterior.
Olhos
- Pergunte ao paciente se há dor nos olhos ou perda recente da visão.
- Procure sinais de inflamação: hiperemia ou irregularidade na forma das pupilas.

Anote os resultados do exame clínico no prontuário do paciente. Se não houver formulário apropriado, você pode usar a Avaliação Simplificada das Funções Neurais (Anexo A).

Como diagnosticar uma reação hansênica

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sinais e sintomas de reação hansênica</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Na pele</td>
</tr>
<tr>
<td>- lesões inflamadas</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos nervos</td>
</tr>
<tr>
<td>- dor ou hipersensibilidade</td>
</tr>
<tr>
<td>- perda de sensibilidade recente</td>
</tr>
<tr>
<td>- fraqueza muscular recente</td>
</tr>
<tr>
<td>Nos olhos</td>
</tr>
<tr>
<td>- dor e hiperemia</td>
</tr>
<tr>
<td>- diminuição recente da acuidade visual</td>
</tr>
<tr>
<td>- fraqueza muscular recente no fechamento das pálpebras</td>
</tr>
<tr>
<td>- diminuição recente da sensibilidade corneana</td>
</tr>
<tr>
<td>Mãos e Pés</td>
</tr>
<tr>
<td>- edema súbito</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Uma reação pode envolver a pele, os nervos e os olhos, mas frequentemente ela é evidente em apenas um ou dois lugares, talvez somente um nervo esteja inflamado, ou o olho e uma lesão de pele próxima a ele, por exemplo. Consequentemente é importante procurar alterações em todos estes três locais.

Algumas vezes a febre, artralgia e o aumento dos gânglios inguiinais, cervicais e axilares é a manifestação inicial da reação em portadores de hanseníase MB.

Também o comprometimento dos testículos (aumento de volume e dor) deve ser procurado nos casos com reação, pois muitas vezes o paciente não relata o fato durante a consulta.

Lembre-se de que as reações podem ocorrer mesmo após a PQT ter sido concluída.
Condições que podem ser confundidas com reação hansênica

Outras condições podem ser confundidas com reação hansênica são reações a medicamentos e outras causas de inflamação, como infecções locais.

- **Reações a medicamentos** são geralmente acompanhadas por coceiras (prurido), que não é um sintoma típico de reações hansênicas. As características clínicas das reações medicamentosas são diferentes das lesões específicas de hanseníase, embora possam assemelhar-se às lesões das reações. A ausência de lesões específicas de hanseníase e de acometimento de nervos, favorece o diagnóstico diferencial.

- **Infecções de pele** (celulite, erisipela) não envolvem as lesões de pele da hanseníase. São circunscritas a uma determinada área do corpo. A causa pode ser óbvia, como uma ferida, micose ou uma picada de inseto.

- **Fibromialgia**: As reações podem ser acompanhadas por artralgias, edema de mãos, pés e antebraços, e por poliartrite franca que compromete os joelhos, tornozelos e pequenas articulações das mãos, mas em alguns casos, a dor articular crônica deve ser diferenciada da fibromialgia. É uma forma de reumatismo não articular, caracterizado por dor músculo-esquelética e dolorimento à palpação dos pontos tendinosos, denominados “tender points”.

A fibromialgia é doença comum na clínica reumatológica, representando cerca de 20% das consultas ambulatoriais. Atinge principalmente as mulheres após a 5ª década de vida.

A possibilidade de recidiva da hanseníase é discutida nas páginas 52-53.

Os dois tipos de reação hansênica

As reações da hanseníase são classificadas em tipo 1 e tipo 2. Entretanto, é muito mais urgente reconhecer e tratar os danos neurais do que se decidir que tipo de reação é. O tratamento do dano neural é o mesmo independente do tipo de reação.
Reação tipo 1

É também chamada de reação reversa. É causada pelo aumento da atividade do sistema imunológico contra o bacilo da hanseníase, ou mesmo contra restos de bacilos mortos. Isto conduz à instalação de um processo inflamatório agudo onde quer que haja bacilos de hanseníase no corpo - principalmente na pele e nos nervos.

Quais são as características clínicas de uma reação tipo 1?

A característica clínica mais comum de uma reação do tipo 1 é a inflamação das lesões de pele, com edema, eritema e calor. As lesões geralmente não são dolorosas, mas pode haver algum desconforto. Pode surgir novas lesões. Pode haver edema de membros ou de face.

Como já mencionado, a hipersensibilidade dos nervos à palpação e a perda de função são características importantes.

Como esse processo inflamatório está localizado na pele e nos nervos, e geralmente não cursa com febre, o paciente não sente mal estar geral. Os músculos envolvidos no fechamento das pálpebras podem ser afetados.

Quem tem mais probabilidade de ter uma reação tipo 1?

Tanto pacientes com hanseníase paucibacilar (PB) como aqueles com hanseníase multibacilar (MB) podem ter reação tipo 1.

Com que frequência ocorre?

Em torno de 25% de todos os pacientes com hanseníase podem ter reação tipo 1, sendo cerca de 10% nos paucibacilares e 35% nos multibacilares.

Quando ocorre a reação tipo 1?

Em sua grande maioria, ocorre dentro dos seis primeiros meses de tratamento.

Alguns pacientes podem ter reação tipo 1 antes de iniciar o tratamento PQT - isto é, antes mesmo do diagnóstico da hanseníase. A reação pode ser o primeiro sinal de hanseníase sendo a razão pela qual a pessoa procura atendimento.

Alguns pacientes têm reações mais tardiamente durante o tratamento, ou mesmo depois que o tratamento foi concluído com sucesso. Em raras ocasiões, uma reação tipo 1 pode continuar por cinco anos, ou mais, após o tratamento.

As reações que ocorrem após o tratamento podem ser, às vezes, confundidas com recidiva de hanseníase: isto é, com o retorno da doença propriamente dita. As orientações para investigar uma possibilidade de recidiva estão na página 53.
O que aconteceria a longo prazo se o paciente não fosse tratado?

A maior parte das reações tipo 1 regredem em um período de 3 a 6 meses. No entanto, em alguns pacientes MB a reação pode durar 1 ano ou mais. Sem tratamento, seus efeitos sobre os nervos podem levar a danos permanentes da função neural.

Reação tipo 2

Sua manifestação clínica mais freqüente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH). Ocorre quando um grande número de bacilos da hanseníase é morto e gradualmente decomposto. As proteínas dos bacilos mortos provocam uma reação imunológica. Como estas proteínas estão distribuídas em todos os tecidos do organismo, com exceção do sistema nervoso central, a reação tipo 2 pode acometer vários órgãos, causando sintomas generalizados. Em virtude de sua causa subjacente, a reação tipo 2 é sistêmica e pode comprometer todo o organismo: há mal-estar geral e febre, artralgia e até mesmo alterações laboratoriais que podem induzir ao diagnóstico de outras doenças.

Quais são as características clínicas da reação tipo 2?

A reação tipo 2 exibe sinais típicos do ENH. São caroços (nódulos) subcutâneos. Há também processo inflamatório, de modo que esses nódulos são dolorosos, vermelhos (pele mais clara) ou mesmo violáceos (pele mais escura). Estes nódulos podem ser pouco ou muito numerosos. Localizam-se, mais frequentemente, em pernas e braços, e menos frequentemente no tronco independentemente da localização das lesões de hanseníase pré-existentes. A hipersensibilidade ao toque nos nódulos é um importante sinal clínico do ENH.

O olho pode também estar envolvido na reação tipo 2, podendo ocorrer irite (inflamação da íris - a parte colorida do olho). Os sintomas são dor e vermelhidão, estreitamento e irregularidade da pupila e fotofobia (dor no olho quando exposto à luz).
Quem pode ter uma reação tipo 2?
Somente os pacientes MB podem ter reação tipo 2.

Com que frequência ocorre?
A reação tipo 2 é menos frequente que a reação tipo 1 apesar da incidência variar de país para país. Na África, o ENH ocorre em aproximadamente 5% dos pacientes com hanseníase MB. Na América do Sul pode ocorrer em até 50% dos pacientes MB.

Quando ocorre a reação tipo 2?
Geralmente ocorre durante os três primeiros anos após o início da PQT, mas pode também ocorrer antes desse ser iniciado, nos casos MB mais avançados. Como o organismo necessita de um longo tempo para eliminar os bacilos mortos, os pacientes podem apresentar episódios de reação tipo 2 por muitos anos, cinco anos ou mais, após terem concluído com sucesso a PQT.

Fatores mais comuns que podem desencadear episódios de ENH
- Anemia
- Infecções (ITU, tuberculose, problemas odontológicos, infestações parasitológicas, viroses agudas, e até infecção por vírus de hepatites)
- Estresse emocional
- Terapias e alterações hormonais (menstruação, gravidez)

O que aconteceria a longo prazo se o paciente não fosse tratado?
O ENH é uma doença crônica que pode persistir por vários anos, melhorando ou piorando de tempos em tempos. Sem tratamento, o paciente com ENH sentir-se-ia muito mal a maior parte do tempo, podendo vir a falecer por complicações. Outros órgãos além da pele e dos nervos podem estar envolvidos, como os olhos, articulações, testículos, figado (hepatite) e rins, e todos estes órgãos podem ser permanentemente lesados se o paciente não for tratado adequadamente.

Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
Como distinguir reações tipo 1 e tipo 2

A tabela a seguir mostra as diferenças entre os dois tipos de reação:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sinais e sintomas</th>
<th>Reação Tipo 1</th>
<th>Reação Tipo 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Forma clínica</td>
<td>Tuberculóide e Dimorfa (mais frequentemente) Paucibacilares e Multibacilares</td>
<td>Virchowiana e Dimorfa (às vezes) Multibacilares</td>
</tr>
<tr>
<td>Área envolvida</td>
<td>Mais localizada nas lesões pré-existentes</td>
<td>Generalizada / sistêmica</td>
</tr>
<tr>
<td>Inflamação da pele</td>
<td>As lesões de pele estão Inflamadas (eritema e edema), mas o resto da pele está normal</td>
<td>Novos nódulos sensíveis ao toque, vermelhos / violáceos, independentemente da localização das lesões pré-existentes da hanseníase</td>
</tr>
<tr>
<td>Acometimento neural</td>
<td>Freqüente</td>
<td>Menos freqüente</td>
</tr>
<tr>
<td>Estado geral do paciente</td>
<td>Bom, sem febre ou com febre baixa</td>
<td>Ruim, com febre e mal-estar geral</td>
</tr>
<tr>
<td>Tempo de aparecimento e tipo de paciente</td>
<td>Precocemente durante a PQT; tanto em pacientes PB quanto MB.</td>
<td>Mais tardiamente no curso do tratamento; somente nos MB.</td>
</tr>
<tr>
<td>Envolvimento ocular</td>
<td>Fraqueza muscular ao fechamento das pálpebras</td>
<td>Acometimento de partes internas do olho (Irite)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
O dano neural pode ocorrer sem inflamação de pele, e deve ser tratado como uma reação tipo 1.

Geralmente as lesões de pele típicas de ENH subsidiam o diagnóstico de reação tipo 2.

A reação é leve ou grave?

Você deve decidir se a reação é leve ou grave, pois isto influenciará a escolha do tratamento:

**Reação leve**

Uma reação leve é aquela que ocorre somente na pele, sem edema, sem ulceração e sem afetar tronco nervoso.

No entanto, quando a lesão de pele estiver sobre o trajeto de um tronco nervoso ou na face, o risco de dano neural é maior.
**Reação grave**

Os sinais de reações graves incluem:

- Dor ou hipersensibilidade à palpação dos nervos.
- Perda recente de sensibilidade.
- Fraqueza muscular recente.
- Febre alta e mal estar geral.
- Reação em lesão de pele sobre o trajeto de um tronco nervoso.
- Reação em lesão de pele na face.
- Sinais de comprometimento ocular.
- Edema nos membros.
- Acometimento de outros órgãos, tais como testículos, linfonodos ou articulações.
- Ulceração das lesões de pele.

**Reação ou neurite recorrente**

A reação ou neurite recorrente caracteriza-se por um novo episódio de reação ou de acometimento agudo de nervo periférico em um período maior que 3 meses após a interrupção da terapêutica, durante o qual nenhum sinal ou sintoma de reação ou neurite foi evidente.

**Reação ou neurite crônica**

Na reação ou neurite crônica, os sinais e sintomas de reação ou neurite reaparecem dentro do período de três meses após o término da terapêutica.
CAPÍTULO 2 - NEURITE

O comprometimento neural durante as reações se manifesta com dor (espontânea ou à palpação) e alteração da função neural autônoma, sensitiva e/ou motora. Pode ocorrer espessamento ou não do calibre do nervo.

Os principais nervos comprometidos na Hanseníase são o ulnar, mediano, radial e radial cutâneo no membro superior; o tibial posterior e o fibular no membro inferior; e o auricular e o facial no segmento cefálico. (ver figura na página seguinte)

Palpação de nervos importantes

No momento de palpação dos nervos é importante observar o rosto do paciente para detectar expressões de dor. Compare sempre um nervo palpado de um lado com o outro, observando espessura, textura e a presença de nódulos.
**Nervo ulnar:**
**Posição:** cotovelo fletido com a mão do paciente apoiada no antebraço do examinador.
**Local:** ao nível do cotovelo na goteira epitrocleana

**Nervo mediano:**
Raramente é palpável pois passa mais profundamente na altura do punho. O teste é feito, principalmente, para verificar a presença de choque ou dor à percussão.

**Nervo radial:**
**Posição:** cotovelo fletido com o antebraço do paciente apoiado na mão do examinador.
**Local:** ao nível do braço, dois dedos atrás da inserção do deltóide.
**Nervo fibular:**
**Posição:** paciente sentado com joelho fletido e pés apoiados no chão.
**Local:** ao nível da perna, dois dedos atrás e abaixo da cabeça da fíbula.

**Nervo tibial posterior:**
**Posição:** paciente sentado, com o joelho fletido e pés apoiados no chão ou na mão do examinador.
**Local:** ao nível do tornozelo, atrás e abaixo do maléolo medial.

---

**Teste de sensibilidade**

Os danos neurais podem causar a diminuição ou perda de sensibilidade. Na hanseníase, as mãos e os pés são mais comumente afetados. Para testar a sensibilidade você deve tocar, um ponto na córnea, seis pontos em cada mão e nove pontos em cada pé, portanto 32 pontos ao todo devem ser testados (vide Anexo A).

---

**Olhos**

**Sensibilidade da córnea**

*Material:* fio dental, fino e sem sabor com 5 cm livres, além de uma parte suficiente para ser segurada pelo examinador.

*Posição:* fique em frente ao paciente e peça a ele que olhe para sua testa, sem levantar a cabeça.

---

Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
Toque o fio perpendicularmente à córnea, no quadrante inferior externo.

Mãos e Pés

Apóie a mão ou o pé do paciente para mantê-lo imóvel. Demonstre ao paciente o que você irá fazer, e só então solicite que ele feche os olhos.

**Teste com o estesiômetro**

O filamento é aplicado sobre a pele perpendicularmente produzindo uma curvatura no fio. Essa curvatura não deve encostar na pele do paciente, para não produzir estímulo extra. Mantenha a curvatura por 1 ou 1,5 segundos. Evite movimentos bruscos ou muito lentos.

- Se o filamento escorregar na pele no momento do toque, não considere a resposta e repita o teste no mesmo ponto.
- Solicite ao paciente que responda “sim” quando sentir o toque, ou aponte o local tocado.
- Em caso de dúvida, volte a cada ponto mais duas vezes para certificar-se da resposta.
- No caso de respostas positivas e negativas em um mesmo ponto, considere certa se o paciente acertar pelo menos 1 das 3 tentativas.
- Inicie o teste com o filamento verde (0,05g) em todos os pontosindicados.
- A cada ponto testado, o filamento verde (0,05g) e o azul (0,2g) devem ser tocados por 3 vezes seguidas, para garantir que o paciente percebeu o toque. Os demais filamentos geralmente devem ser tocados apenas uma vez.
- Nos pontos em que o paciente não sentir o filamento verde, prossiga a avaliação passando para o filamento azul e assim sucessivamente.
- Registre a resposta na folha de avaliação colorindo cada ponto com a cor, ou legenda correspondente a cada filamento.

*Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas*
<table>
<thead>
<tr>
<th>FILAMENTO</th>
<th>INTERPRETAÇÃO</th>
<th>CÓDIGO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Verde (0,05g)</td>
<td>Sensibilidade “normal” para mão e pé.</td>
<td>Bolinha verde</td>
</tr>
<tr>
<td>Azul (0,2g)</td>
<td>Sensibilidade diminuída na mão, com dificuldade quanto à discriminação fina. Dentro do “normal” para o pé.</td>
<td>Bolinha azul</td>
</tr>
<tr>
<td>Lilás (2,0g)</td>
<td>Sensibilidade protetora para a mão diminuída, permanecendo o suficiente para prevenir lesões. Dificuldades com a discriminação de forma e temperatura.</td>
<td>Bolinha lilás</td>
</tr>
<tr>
<td>Vermelho escuro (4,0g)</td>
<td>Perda de sensação protetora para a mão e às vezes para o pé. Vulnerável a lesões. Perda de discriminação quente e frio.</td>
<td>Bolinha vermelha</td>
</tr>
<tr>
<td>Laranja (10,0g)</td>
<td>Perda de sensação protetora para o pé, ainda podendo sentir pressão profunda e dor.</td>
<td>“X” vermelho</td>
</tr>
<tr>
<td>Vermelho magenta (300g)</td>
<td>Sensibilidade à pressão profunda, podendo ainda sentir dor.</td>
<td>Círculo vermelho</td>
</tr>
<tr>
<td>Nenhum</td>
<td>Perda de sensibilidade à pressão profunda, normalmente não podendo sentir dor.</td>
<td>Bolinha preta</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Considera-se piora de sensibilidade a alteração de dois pontos no trajeto do mesmo nervo em relação a avaliação anterior.

Na impossibilidade de usar o kit completo de estesiometria, utilize o monofilamento de 2 g (lilás). Se nem mesmo isso for possível, utilize a caneta esferográfica, conforme descrição a seguir.
**Teste com a caneta esferográfica**

- Para testar com a caneta esferográfica, tanto a mão do paciente quanto a mão do examinador devem estar apoiadas.
- Toque cada um dos pontos da mão e do pé com a ponta de uma caneta esferográfica.
- Toque a pele levemente, causando apenas um discreto movimento, sem forçar, sem causar uma depressão ou isquemia local.
- Solicite ao paciente que responda “sim” quando sentir o toque, ou aponte o local tocado.
- Se o paciente não sentir o toque da primeira vez, teste o mesmo lugar uma segunda vez da mesma maneira mas não pressione com mais força.
- Faça a mesma coisa em todos os pontos que você queira testar.
- Registre o resultado do teste no prontuário ou em formulário apropriado, adotando a seguinte codificação:
  - "✔" se o paciente sentir a ponta da caneta esferográfica naquele ponto.
  - "❌" se o paciente não sentir a ponta da caneta esferográfica naquele ponto.
Teste da força muscular

Os danos neurais podem afetar a função e a força dos músculos inervados pelos nervos afetados. Na hanseníase os nervos mais comumente afetados são os das pálpebras, das mãos e dos pés.

Teste seis músculos em cada lado do corpo do paciente: um músculo que afeta a pálpebra, três músculos da mão e dois músculos que controlam o pé.
Quando você testar a força de um músculo, registre os resultados da seguinte forma:

(F) forte - quando a força parecer normal.
(D) diminuída - quando a força estiver indiscutivelmente diminuída.
(P) paralisado - quando não houver força para produzir o movimento que você está testando.

Uma outra forma de graduar a força muscular é de 0 a 5, conforme a descrição da tabela abaixo:

<table>
<thead>
<tr>
<th>FORÇA</th>
<th>GRAU</th>
<th>DESCRIÇÃO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>forte</td>
<td>5</td>
<td>Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência máxima</td>
</tr>
<tr>
<td>diminuída</td>
<td>4</td>
<td>Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3</td>
<td>Realiza o movimento completo contra gravidade</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>2</td>
<td>Realiza o movimento parcial</td>
</tr>
<tr>
<td>paralisado</td>
<td>1</td>
<td>Contração muscular sem movimento</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>0</td>
<td>Paralisia, nenhum movimento</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas

Para testar a força dos **músculos que fecham os olhos**, peça ao paciente que feche os olhos delicadamente. Se houver paralisia destes músculos, peça com uma régua a abertura ou fenda existente entre as pálpebras superior e inferior.

Para testar o **nervo ulnar**, peça ao paciente para abrir (abdução) o dedo mínimo, e mantê-lo nessa posição, enquanto o examinador tenta fechá-lo.

Para testar o **nervo mediano**, peça ao paciente para manter a mão em posição horizontal e elevar o polegar apontando-o para cima (abdução). Peça a ele para manter essa posição enquanto o examinador tenta empurrar o polegar para baixo.
Para testar o **nervo radial**, peça ao paciente que feche a mão, dobre o punho para trás (extensão), e mantenha essa posição enquanto o examinador tenta empurrar a mão para baixo.

Para testar o **nervo fibular**, peça ao paciente:

a) para levantar o hálix (dorsiflexão), e mantê-lo nessa posição, enquanto o examinador tenta empurrá-lo para baixo;

b) para levantar o pé (dorsiflexão), e mantê-lo nessa posição, enquanto o examinador tenta empurrá-lo para baixo.

Registre os achados em formulário apropriado no prontuário do paciente.
Como pode você afirmar se algum nervo foi acometido?

A dor e a hipersensibilidade podem estar presentes, mas a perda da função (isto é, perda da sensibilidade ou fraqueza muscular) pode ocorrer sem dor. Assim você deve procurar qualquer alteração na função do nervo que tenha ocorrido desde que o paciente foi examinado na última consulta.

Compare os resultados da avaliação neural que você está fazendo agora com os registros das avaliações anteriores. Há novo dano neural se:

- Há locais nas mãos ou pés onde o paciente sentia antes, mas não sente agora (perda sensitiva).
- Há perda de força muscular em comparação com a avaliação anterior (perda motora).
- Há espessamento, dor ou hipersensibilidade num nervo anteriormente normal.

Toda nova perda sensitiva e/ou motora significa que os nervos estão sendo afetados por uma reação. Mesmo se não houver dor neural e não houver lesões cutâneas sugestivas de reação, é urgente a instituição de terapêutica adequada para restaurar a perda sensitiva e/ou a função motora.

Sinais de dano neural ao diagnóstico

Às vezes o primeiro sinal de que alguém tem hanseníase é quando lhe aparece uma reação inflamatória. Se isto acontecer, confirme primeiramente o diagnóstico de hanseníase: examine o paciente, verifique a existência de outros sinais de hanseníase, avalie o comprometimento cutâneo e neural, e iniciie o tratamento com PQT.

Examine então os danos neurais. Como aqui você não pode comparar seus achados com um exame clínico anterior, pergunte ao paciente há quanto tempo estes danos estão presentes. Se afirmarem que apareceram nos últimos seis meses ou se não sabem há quanto tempo aconteceram, é aconselhável iniciar tratamento preconizado para a neuropatia apresentada.

Se os danos forem mais antigos do que seis meses, o tratamento do dano neural tende a ser menos efetivo: pode ser necessário encaminhar este paciente para avaliação e tratamento em centros de referência.

Os danos neurais recentes podem ocorrer sem sintomatologia óbvia. Assim sendo, você deve procurar por sinais cada vez que examinar um paciente de hanseníase. Teste a sensibilidade e a força muscular de cada paciente, em cada consulta.

O dano neural pode ocorrer sem inflamação de pele, e deve ser tratado como uma reação tipo 1.
CAPÍTULO 3 - COMO TRATAR REAÇÕES HANSÊNICAS

A maioria dos pacientes com reação hansênica pode ser tratada na rede básica. Alguns pacientes necessitarão de encaminhamento para centros de referência. O tratamento na rede básica ou o encaminhamento para centros de referência dependerá dos seguintes fatores:

• Gravidade da reação
• Reação que não responde ao tratamento satisfatoriamente num período de 30 dias
• Existência de complicação ou contra-indicação que afete o tratamento
• Medicamentos disponíveis
• Conhecimento e habilidade dos profissionais
• Exames clínicos e laboratoriais disponíveis em sua unidade de saúde.

O Anexo B apresenta uma lista de itens necessários para diagnosticar e tratar reações hansênicas.

Princípios Gerais

Antes de começar o tratamento, você deve identificar o tipo e a gravidade da reação.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Reação tipo 1</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Intensidade</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Leve</td>
</tr>
<tr>
<td>Grave</td>
</tr>
<tr>
<td>Intensidade</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Leve</td>
</tr>
<tr>
<td>Moderada</td>
</tr>
<tr>
<td>Grave</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Os sinais da reação tipo 2 frequentemente aparecem e desaparecem durante um período de vários meses. O tratamento suprime esses sinais mais rapidamente do que aqueles da reação tipo 1, entretanto os surtos subintrantes do ENH são muito mais comuns do que na reação tipo 1.

**Tratamento de reações leves**

Reações leves de ambos os tipos podem ser tratadas na rede básica com ácido acetil-salicílico (AAS, aspirina - a dose do adulto é de 500mg até seis vezes por dia). Indometacina também pode ser utilizada.
Tratamento de reações graves

O medicamento chave para tratar reações graves são os corticoesteróides: a prednisona é a mais comumente utilizada. É facilmente absorvida quando utilizada por via oral. Está disponível em comprimidos e, mais recentemente em alguns estados, em embalagens tipo blister (PREDNIPAC).

No entanto, alguns princípios básicos não devem ser esquecidos: o repouso é importante em todas as condições inflamatórias.

À medida que a recuperação se inicia, exercícios passivos podem ser feitos para manter a amplitude de movimento de todas as articulações afetadas. Mais tarde os exercícios ativos ajudam a restaurar a força muscular, mesmo se houver algum dano permanente no nervo.

Nos casos em que não há recuperação satisfatória com o uso de corticoesteróides a cirurgia pode melhorar a dor neural aguda ou crônica, e contribuir para a restauração da função neural.

Tratamento com Prednisona

A Prednisona reduz o processo inflamatório nos nervos. Seu efeito terapêutico inicia-se em poucos dias, reduzindo a dor e permitindo recuperação da função. Entretanto, para obter o máximo de benefício e para evitar o retorno do processo inflamatório, o paciente deve tomar doses adequadas de prednisona, pelo tempo que for necessário (por no mínimo 3 meses).

A Prednisona é um medicamento muito eficaz, mas pode causar graves efeitos colaterais, incluindo alguns potencialmente fatais. Um paciente pode ter outras condições clínicas que o tornem mais vulnerável aos efeitos colaterais dos corticoesteróides. Portanto, antes de iniciar o tratamento com prednisona, esses pacientes necessitarão ser avaliados e acompanhados mais frequentemente do que outros, e até mesmo encaminhados para centros de referência (ver Anexo C).

Esses são os passos que devem ser observados para tratar um paciente com a prednisona:

- História e exame clínico.
- Tratamento de outras condições clínicas associadas
- Explicação sobre a corticoterapia ao paciente.
- Prescrição da prednisona.
- Acompanhamento do paciente durante e após o tratamento.
- Encaminhamento para centro de referência, se necessário.
**História e exame**

Você deve checar a história clínica dos pacientes e então examiná-los (e.g. PA, peso), e realizar exames laboratoriais (e.g. glicemia, EPF), identificando aqueles que devem receber tratamento para outras condições clínicas associadas antes ou simultaneamente ao tratamento com prednisona, e aqueles que necessitam de encaminhamento para centros de referência.

Para ter certeza de que você não esqueceu nada, use o checklist na página seguinte para cada paciente que iniciar corticoesteróide.

1. Anote qualquer sinal que indique a necessidade de corticoterapia: estes incluem perda sensitiva ou motora recentes ou um dos outros sinais de reação grave.

2. Verifique sinais e sintomas que indiquem a necessidade de encaminhamento a um centro de referência.

3. Verifique a lista de outros sinais e sintomas que requeiram investigação antes do início da corticoterapia: se você puder, realize exames apropriados e tome as medidas necessárias ou encaminhe o paciente a um centro de referência.

4. No tópico **Conduta** do Checklist, marque a conduta adotada:

   - Se não há nenhuma contra-indicação para corticoterapia, você pode prescrever mebendazol ou albendazol para tratar parasitoses intestinais. Lembre-se em especial da infestação por *Strongyloides stercoralis*, que deverá ser tratada preventivamente com tiabendazol (50mg/kg/dia durante 2 dias ou 1,5g/dose única) ou outro anti-helmíntico disponível em sua unidade. Só então inicie a corticoterapia.
   - Se você for encaminhar o paciente, anote todos os detalhes do encaminhamento.
   - Se você for tratar alguma outra condição clínica, anote isto no prontuário do paciente.
Checklist para iniciar a corticoterapia

**PERDA SENSITIVA:**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>DIREITO</th>
<th></th>
<th>ESQUERDO</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>S/N</td>
<td>Duração em meses</td>
<td>S/N</td>
<td>Duração em meses</td>
</tr>
<tr>
<td>Mãos</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pés</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PERDA MOTORÁ:***

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>DIREITO</th>
<th></th>
<th>ESQUERDO</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>S/N</td>
<td>Duração em meses</td>
<td>S/N</td>
<td>Duração em meses</td>
</tr>
<tr>
<td>Fechar o olho</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Abrir dedo mínimo</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Elevar o polegar</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Elevar o punho</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Elevar o hálux</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Elevar o pé</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### OUTROS SINAIS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Síntoma</th>
<th>SIM</th>
<th>NÃO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dor neural/hipersensibilidade à palpação</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lesão reacional na face</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Envolvimento de outros órgãos</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### SINAIS E SINTOMAS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Síntoma</th>
<th>SIM</th>
<th>NÃO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Gravidez?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Criança menor de 12 anos?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diabético conhecido?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hipertenso conhecido?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Úlcera de córnea ou irite?*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Úlcera profunda ou osteomielite?*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Urina positiva para glicose?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HIV?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Se você marcar SIM encaminhe o paciente para um centro de referência.
<table>
<thead>
<tr>
<th>OUTROS SINTOMAS:</th>
<th>SIM</th>
<th>NÃO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tosse persistente por 2-3 semanas?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Secreção muco-sanguinolenta?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Outra sintomatologia sugestiva de tuberculose?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Conjuntivite ou tracoma?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diarréia com sangue?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Lesões pruriginosas na pele?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Escabiose?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Se você marcar SIM ao lado de um destes sinais ou sintomas, você deve avaliar o paciente, tratá-lo adequadamente, e, se necessário, encaminhá-lo a um centro de referência.

<table>
<thead>
<tr>
<th>CONDUTA:</th>
<th>SIM</th>
<th>NÃO</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tratamento para parasitoses</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Corticosteróides iniciados?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Paciente encaminhado?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Encaminhado para ______________________ (nome do local)

Motivo do encaminhamento ______________________

O Anexo C descreve o tratamento básico dessas condições e apresenta as razões para adotar estas precauções especiais.
Explicação do tratamento ao paciente

Antes de começar a corticoterapia, explique ao paciente:
- As razões para o tratamento.
- A duração do tratamento
- A importância de tomar a dose correta.
- Que o tratamento não deve, sob nenhuma hipótese, ser abruptamente interrompido.
- O que fazer se houver piora da dor, sensibilidade ou força muscular.
- Os possíveis efeitos colaterais do tratamento.

As razões para o tratamento

Explique ao paciente que ele necessita dos medicamentos por causa do dano neural recente e que sintomas como a dor e diminuição de sensibilidade e/ou força muscular, se presentes, provavelmente melhorarão dentro de uma ou duas semanas. Se o paciente não tiver dor, explique que danos neurais não tratados podem evoluir para incapacidades ou deformidades.

Explique ao paciente que há possibilidade de alguns sintomas permanecerem mesmo após o tratamento. Como exemplo, a perda de sensibilidade ou a fraqueza muscular podem não ser recuperadas completamente. Mas o tratamento é essencial para impedir a piora do dano neural.

Qual o tempo de tratamento necessário?

Para prevenir a recorrência do quadro clínico, o tratamento com o corticoesteróide deve durar no mínimo 12 semanas nos casos de reação tipo 1, se a evolução do quadro neural for favorável. Um exemplo da utilização de prednisona para tratamento de estados reacionais é fornecido na página 46.

A importância de tomar a dose correta

Explique ao paciente a importância de tomar a prednisona diariamente, de acordo com as instruções dadas pelo profissional de saúde. O sucesso do tratamento depende da tomada regular da medicação.
O tratamento não deve ser interrompido abruptamente

Os corticoesteróides afetam o organismo de um modo geral. Se o paciente interrompe o tratamento abruptamente, pode apresentar sintomas que incluem cefaléia, fadiga, alterações do humor, letargia, náuseas, vômitos, anorexia, dores articulares e queda da pressão arterial. É por este motivo que a dose da prednisona é diminuída gradualmente durante o curso do tratamento.

O que fazer se houver piora da dor, da sensibilidade ou da força muscular?

O paciente deve ser advertido que ele deve voltar à unidade de saúde se a sintomatologia neurológica inicial piorar. O paciente pode necessitar de uma dose mais elevada de corticoesteróide, ou de manter a mesma dose por períodos mais longos que o habitual ou ser encaminhado para avaliação em um centro de referência.

Efeitos colaterais dos corticoesteróides

Os corticoesteróides podem ter um número expressivo de efeitos colaterais graves, aos quais você deve ficar atento. Informe a todo paciente que estiver recebendo corticoterapia da possibilidade desses efeitos colaterais e alerte-o para informar ao profissional de saúde, em especial o médico, o mais rápido possível, o aparecimento de qualquer sintoma, de modo a prevenir outras complicações.

As seguintes complicações podem ocorrer durante a corticoterapia:

- Piora do quadro de tuberculose, nos casos onde não havia sintomas presentes quando do início da corticoterapia. Na suspeita de tuberculose, solicite o exame de escarro para BAAR, e institua tratamento após confirmação diagnóstica.

- Sinais de diabetes, tais como sede ou micções excessivas. Faça avaliação laboratorial para confirmar o diagnóstico e institua tratamento se necessário.

- Dor abdominal - pode ser causada por úlcera péptica. Certifique-se de que o paciente não esteja tomando aspirina e administre antiácidos ou ranitidina.

- Piora da infecção em úlceras de mãos e pés - inicie antibioticoterapia e encaminhe o paciente para um centro de referência para investigação e tratamento cirúrgico se necessário.

- Diarréia ou disenteria - Administre reidratação oral e após o exame de fezes considere antibioticoterapia ou tratamento anti-amebianó.

- Face de lua cheia (facies cushingóides), aumento dos pêlos e acne. Não requerem tratamento e voltarão ao normal quando da interrupção do uso dos corticoesteróides.

Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
• Osteoporose - a reposição de cálcio deve ser feita especialmente em mulheres na menopausa e nos pacientes idosos.

As complicações devem ser tratadas apropriadamente. Mesmo se os efeitos colaterais ou complicações decorrentes da corticoterapia forem diagnosticados, é essencial que o paciente não interrompa abruptamente o uso dos corticoesteróides, pois isto causará problemas ainda mais graves. Deve-se fazer uma redução gradual ao longo de um período de algumas semanas.

Se o paciente interromper abruptamente o uso de corticoesteróides quando em doses altas, os seguintes sintomas podem ocorrer: hipotensão, fraqueza e choque. Reinicie o uso de corticoesteróides e dê tratamento de suporte adequado, incluindo infusão de líquidos via intra-venosa (IV), se necessário. Esse paciente deve ser hospitalizado e tratado como emergência médica.

Há outras complicações do uso de corticoesteróides, mas elas raramente são problemas quando o curso da corticoterapia durar menos de seis meses. Incluem hipertensão, osteoporose, retardo do crescimento, catarata e glaucoma. Sempre que possível, meça a pressão arterial dos pacientes sob uso de corticoesteróides. Se você suspeitar ou detectar hipertensão ou uma destas complicações, avalie mais cuidadosamente o paciente e institua propedêutica necessária.

**Prescrição da prednisona para reação tipo 1 grave**

A dose de prednisona é de aproximadamente 1 mg / kg /dia (centros de referência às vezes usam doses de até 2mg/kg/dia). A prednisona deve ser administrada por via oral, pela manhã, para respeitar o ciclo circadiano. A medicação deve ser ingerida com alimento para proteger a mucosa gástrica. Embora seja apresentado o exemplo de início e retirada da prednisona a seguir, a diminuição da dose da prednisona vai depender da evolução clínica da reação e do dano neural. Se a evolução não for satisfatória, deverá ser mantida a mesma dose durante alguns meses. Se a evolução for satisfatória doses decrescentes podem ser dadas ao longo de vários meses.

Os pacientes que estiverem sob tratamento específico (PQT) devem continuar seu tratamento juntamente com os corticoesteróides. Entretanto, aqueles que já tiverem concluído seu curso regular de PQT farão somente tratamento com corticoesteróides.

No Brasil, a prednisona está disponível em comprimidos de 20mg e de 5mg, o que facilita o ajuste da dose para cada paciente.
Explique cuidadosamente a quantidade de comprimidos que o paciente deve tomar cada manhã. Se necessário faça esquemas com desenhos, tabelas, usando cores.

Tome bastante cuidado para dispensar a quantidade correta de comprimidos e assegure-se que o paciente compreendeu como ingerir a dose prescrita e como tomar-la.

Uma sugestão seria um cartão, ilustrando a tomada da prednisona, seu “desmame” quinzenal. Isso pode ser extremamente útil para o paciente e para seu acompanhamento pelos profissionais de saúde durante todo o curso do tratamento com prednisona.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Semanas de tratamento</th>
<th>Dose diária de prednisona</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>15 dias</td>
<td>60mg</td>
</tr>
<tr>
<td>15 dias</td>
<td>40mg</td>
</tr>
<tr>
<td>15 dias</td>
<td>30mg</td>
</tr>
<tr>
<td>15 dias</td>
<td>25mg</td>
</tr>
<tr>
<td>15 dias</td>
<td>20mg</td>
</tr>
<tr>
<td>15 dias</td>
<td>15mg</td>
</tr>
<tr>
<td>15 dias</td>
<td>10mg</td>
</tr>
<tr>
<td>15 dias</td>
<td>5mg</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Acompanhamento durante o tratamento com corticoesteróides

Registrando o tratamento com corticoesteróides. Ao prescrever corticoesteróides, é recomendável que estas informações sejam anotadas no prontuário e no cartão do paciente.

Recomenda-se que pacientes sob corticoterapia sejam examinados com maior frequência. Dependendo da dose de prednisona devem ser examinados toda semana ou no mínimo a cada 15 dias. Se a evolução do quadro reacional for favorável, e à medida que se diminui a dose da prednisona, esse controle poderá ser feito mensalmente. Em cada avaliação pergunte sobre o aparecimento de efeitos colaterais ou outros problemas. Realize avaliação neurológica para monitorar mudanças e forneça prednisona para a próxima etapa do tratamento.

Monitoramento da função neural

Monitorare cada paciente usando o formulário de Avaliação Simplificada das Funções Neurais (Anexo A), que possibilita o registro da evolução da função do nervo. Se você detectar uma piora, e ela for muito acentuada, a dosagem do corticoesteróide deve ser aumentada. Se a piora for discreta ou moderada, você pode manter a mesma dosagem de corticoesteróide por um período mais longo, reavaliando o paciente em seguida.

O anexo G apresenta alguns casos clínicos que ilustram o monitoramento da função neural para detecção e acompanhamentos de neurites.

O que acontece se o paciente faltar a uma consulta agendada e seu tratamento for interrompido?

Você necessitará:
• Saber quantas semanas o paciente faltou.
• Avaliar a função neural

Se a interrupção do tratamento durou menos que quatro semanas, continue com a dose que deveria ter sido prescrita na consulta que a pessoa faltou e siga o curso da corticoterapia.

Se a interrupção durou quatro semanas ou mais, siga as orientações abaixo:
• Se o problema original desapareceu, interrompa a corticoterapia.
• Se o dano neural ainda persistir, ou tiver piorado, reinicie o curso inteiro de corticoesteróides - assegure-se de que o paciente entendeu a importância de fazer o curso completo de corticoesteróides sem interrupção.
Acompanhamento após o tratamento com corticoesteróides

Os pacientes que tomaram um curso de corticoesteróides para a reação ou dano neural devem ser acompanhados de perto em virtude da possibilidade de recorrência.

O paciente deve compreender que a reação ou novo dano neural podem voltar a acontecer. Devem saber reconhecer os sinais e sintomas precoces de dano neural e estar cientes da importância, de procurar imediatamente a unidade de saúde para tratamento. Estes sinais e sintomas incluem dor ou formigamentos, piora de sensibilidade ou de força muscular ou incapacidade de fechar os olhos.

Os pacientes ainda sob PQT devem fazer a avaliação neurológica mensalmente quando vierem tomar a dose supervisionada. Qualquer piora deve ser anotada e o paciente encaminhado para avaliar a corticoterapia.

Os pacientes que concluíram a PQT e que fizeram uso de corticoesteróides durante o tratamento devem ser agendados para revisão e avaliação da função neural com 3 e 6 meses após o final da corticoterapia.

Os pacientes que têm lagoftalmia devem ser encaminhados para tratamento oftalmológico especializado em centros de referência.

Tratamento da reação tipo 2 grave

As reações do tipo 2 (tipo ENH) podem durar meses ou mesmo anos, portanto, há o risco do paciente ficar dependente dos corticoesteróides. Isto faz com que essas reações sejam difíceis de manejador, com dificuldade em reduzir e eventualmente terminar a corticoterapia. Pacientes com reações tipo 2 graves podem necessitar de internação, devendo ser encaminhados aos centros de referência.

Prednisona

O uso de corticoesteróides deve ser reservado apenas para casos de ENH grave, e não administrado em casos de ENH moderado. Um dos efeitos colaterais mais sérios da prescrição indiscriminada dos corticoesteróides é o desenvolvimento de ENH crônico e dependência de corticoesteróides.

O uso de corticoesteróides é obrigatório em caso de ENH necrotizante, neurite com alteração progressiva da função neural, irite, orquiepididimite, nefrite, hepatite, e mão e pé reacional. Somente nesses casos, os corticoesteróides devem ser usados junto com a Talidomida. Nos demais casos, deve-se evitar o uso simultâneo de Talidomida e corticoesteróides para iniciar o tratamento de ENH.

Nos casos de ENH crônico, com dependência de corticoesteróides, a Talidomida ou Clofazimina podem ser introduzidas, e os corticoesteróides gradualmente retirados.

Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
Clofazimina

Clofazimina é um componente da PQT, e a dose habitual no adulto é de 50mg/dia. Entretanto, doses mais altas são necessárias para controlar o ENH. A clofazimina não alivia sintomas agudos e demora algum tempo (2 meses) para ter efeito terapêutico anti-reacional.

A Clofazimina deve ser utilizada em dose inicial de 300mg/dia por dois meses. Após esse período, 200 mg/dia até a remissão do ENH, e então uma diminuição gradual até 100mg/dia. Esse esquema é especialmente útil nos casos de ENH crônico com dependência de corticoesteróides. Nesse caso, a Clofazimina é utilizada para possibilitar a retirada do corticoesteróide mais rapidamente, embora o seu efeito seja mais lento.

Doses muito elevadas de clofazimina administradas por longo tempo (ex. 300mg por mais de 2-3 meses) aumentam o risco de dor abdominal crônica causada pelos efeitos da droga na parede intestinal. A diminuição gradual da dose previne esse efeito colateral, entretanto, se isto ocorrer, a droga deve ser interrompida completamente. Clofazimina causa também a coloração da pele, particularmente nos pacientes com pele clara. Apesar desses efeitos colaterais é uma medicação muito mais segura do que os corticoesteróides e a talidomida.

Talidomida

A talidomida é uma droga efetiva no tratamento do ENH, mas devido a seus efeitos colaterais, deve ser cuidadosamente controlada. Em alguns países, o uso do talidomida é proibido. No Brasil, a talidomida é a droga de escolha recomendada para o tratamento do ENH. Sua utilização na rede de serviços públicos e privados de saúde deve obedecer rigorosamente a legislação expedida pelo Ministério da Saúde do Brasil (Portaria SVS nº354 de 15 de agosto de 1997 e Lei nº 10.651 de 16 de abril de 2003).

Em virtude de causar sérios danos ao feto (teratogenicidade), o seu uso em mulheres em idade fértil deve ser considerado apenas naqueles casos cujo ENH não pode ser controlado pelos dois medicamentos mencionados acima. Esses casos devem ser encaminhados a centros de referência para avaliação da indicação terapêutica e instituição de protocolos de atendimento com a administração conjunta de métodos contraceptivos.

A dose habitual varia de 100 a 400mg/dia, em doses fracionadas.

Nos casos de reação tipo 2 listados a seguir, deverá também ser indicada a utilização da prednisona, no mesmo esquema estabelecido para a reação tipo 1:

- mulher

Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
• orquiepididimite,
• mãos e pés reacionais,
• nefrite,
• eritema nodoso necrotizante,
• fenômeno de Lúcio.

**Pentoxifilina**

O Ministério da Saúde recomenda o uso da pentoxifilina como alternativa em mulheres em idade fértil com reação tipo 2.

Um comprimido de 400mg de 8 em 8 horas, associado à prednisona 0,5mg/kg/dia. Após melhora do quadro, reduzir a dose da prednisona em prazo médio de 20 a 30 dias, mantendo a pentoxifilina por 2 a 3 meses, dependendo da evolução do quadro clínico.

**Acometimento ocular**

Pacientes que tenham dor e vermelhidão nos olhos, associados, frequentemente, com perda aguda de acuidade visual, devem ser encaminhados para atendimento oftalmológico, pois podem ter alterações na córnea ou íris. Estas condições exigem tratamento de urgência.

Irite, uveíte, iridociclite e esclerite são todos processos inflamatórios que ocorrem dentro do olho e podem ser parte da reação tipo 2. Essas condições causam dor, vermelhidão, fotofobia e perda da visão. O tratamento objetiva prevenir a adesão da íris ao cristalino, e a redução do processo inflamatório. Em casos mais graves o uso de corticoesteróides orais pode ser necessário.


*Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas*
Pacientes que podem necessitar de encaminhamento a centros de referência

Casos novos diagnosticados com dano neural de duração superior a seis meses

Se no momento do diagnóstico você descobrir que o paciente tem dano neural, pergunte a ele há quanto tempo este dano está presente. Se está presente há mais de seis meses, são necessárias medidas para evitar a progressão do dano neural e incapacidades já existentes. (veja o capítulo 4, página 53).

Reação tipo 2 grave

Pacientes com reação tipo 2 grave, podem ter necessidade de internação e para tal devem ser encaminhados a centros de referência.

O ENH pode ter curso crónico durando meses ou mesmo anos. Pode ser necessário um curso longo de corticoesteróides, o que torna os efeitos colaterais muito mais freqüentes.

Piora da função neural durante a corticoterapia

A função neural dos pacientes sob corticoterapia deve ser regularmente monitorada. Todo paciente com piora da função neural apesar do uso de doses adequadas de corticoesteróides deve ser encaminhado a um centro de referência para avaliação. A dose de corticoesteróide não deve ser alterada durante este processo.

Pacientes com dor neural não controlada e/ou crônica

O tratamento da neuropatia deve contemplar o tratamento da dor neuropática. Nas dores persistentes, em pacientes com quadro sensitivo e motor normal ou sem piora, o tratamento da dor é feito exclusivamente com antidepressivos tricíclicos (e.g. amitriptilina em dose habitual de 10-150mg/dia e dose máxima de 300mg/dia), neurolépticos (e.g clorpromazina em dose habitual de 25-100mg/dia e dose máxima de 100mg/dia), e/ou anticonvulsivantes (e.g. carbamazepina em dose habitual de 200-1200mg/dia e dose máxima de 3000mg/dia). Tais medicamentos são exclusivamente analgésicos de ação central, ou seja, não promovem a recuperação da função neural.
**Encaminhamento para neurolise**

Quando houver piora da função neural, ou não houver melhora da mesma, ou em casos de dor neural aguda ou crônica, apesar do tratamento adequado, o paciente deve ser encaminhado aos centros de referência para avaliação de indicação cirúrgica (neurolise).

**Danos neurais tardios e possibilidade de recidiva**

O desenvolvimento de danos neurais após mais de três anos de conclusão da PQT, exige avaliação em centro de referência para verificar se é um caso de reação ou de recidiva de hanseníase. Recidivas não são comuns, mas essa possibilidade deve ser considerada. Os sintomas de reações e recidivas muitas vezes confundem-se entre si.

Novas lesões de pele em locais diferentes das lesões originais, particularmente sem sinais de inflamação, podem sugerir recidiva. Esses pacientes devem ser submetidos à baciloscopia, se possível - mas lembre-se de que a baciloscopia de pele de muitos pacientes MB permanece positiva por alguns anos após a conclusão da PQT.

Biópsias são úteis na avaliação de possíveis recidivas, mas requerem experiência para que sejam interpretadas corretamente. É necessário que a coleta do material, seu processamento e leitura sejam feitos por profissional especializado.
Fluxograma para distinguir dano neural tardio de recidiva

O fluxograma abaixo pode ser usado para distinguir recidiva de dano neural tardio.

**BACILOSCOPIA**

**Negativa**

Trate inicialmente como uma reação tipo 1, com corticosteróides para tratar os novos danos neurais

Se não houver melhora com o tratamento anti-reacional, é provável que se trate de recidiva e pode ser tratada com PQT-PB

**Positiva**

Faça uma biópsia das lesões de pele. Peça a um profissional experiente para refazer a leitura da lâmina de BAAR. Ele pode ser capaz de determinar a probabilidade de recidiva a partir da forma dos bacilos

Instiuta corticosteróides se indicado para danos neurais recentes, enquanto aguarda os resultados dos exames.

Se a histopatologia e a baciloscopia forem inconclusivas, avalie as condições clínicas do paciente. Se ainda persistir a possibilidade de recidiva, encaminhe para avaliação em um centro de referência. Os demais casos, devem ser reavaliados periodicamente (6/6 meses).
CAPÍTULO 4 - PREVENÇÃO DAS INCAPACIDADES: IDENTIFICAR, TRATAR E ACOMPANHAR

A detecção precoce e o tratamento de reações hansênicas são essenciais para prevenir incapacidades. Infelizmente, alguns danos neurais permanentes podem ocorrer antes do diagnóstico de hanseníase e, a despeito dos nossos melhores esforços para prevenir-os, outros danos neurais podem ocorrer durante e após o tratamento com PQT.

O dano neural inicial é chamado de incapacidade primária. Consiste em fraqueza muscular e/ou perda sensitiva, e pode variar em gravidade de insignificante até completamente incapacitante. A perda da sudorese é outra incapacidade primária que deixa a pele mais vulnerável a ferimentos.

A incapacidade primária pode conduzir a uma incapacidade secundária. Isto pode incluir feridas, úlceras, osteomielite, perda de tecidos (dedos), contraturas/deformidades fixas nas mãos e pés, lesão de córnea e cegueira.

A prioridade é impedir que o dano neural permanente ou que a incapacidade primária tornem-se incapacidade secundária. Para fazer isto, você tem que informar e capacitar o paciente para que ele possa prevenir maiores danos.

Incapacidades adicionais podem ser prevenidas:
- Evitando, tanto quanto possível, os ferimentos nas mãos e nos pés.
- Colocando o membro afetado em repouso, assim que se perceber qualquer ferimento.
- Protegendo o olho com óculos ou óculos de sol.

Ajudando pacientes a prevenir incapacidades

A responsabilidade pelo cuidado dos olhos, mãos e pés, é do paciente, juntamente com os profissionais. Os profissionais de saúde devem recomendar, ensinar, ajudar, encorajar, mas quem realiza os auto-cuidados é o próprio paciente.

Converse com cada paciente individualmente pois cada um tem diferentes fatores de risco, dependendo de seu estilo de vida e do seu trabalho. Converse com cada paciente sobre:
- O tipo de dano neural que ele tem.
- Os sintomas deste dano.
- Como ele pode notar quando o dano neural está piorando
- Como prevenir novos danos.
### Ações do Bacilo e dos Processos Inflamatórios

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fibras Sensoriais</th>
<th>Fibras Autônomas</th>
<th>Fibras Motoras</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DORMÊNCIA</td>
<td>PELE SECA</td>
<td>FRAQUEZA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

- Diminuição ou perda da sensibilidade
- Diminuição ou perda de sudorese e lubrificação da pele
- Diminuição ou perda da sensibilidade

### Consequências da Lesão Neural

- Queimaduras
- Ferimentos
- Úlceras
- Fissuras
- Atrofia
- Contraturas e articulações rígidas.
- Desequilíbrio muscular (deformidades: garra, pé caído, lagofalmo)
- Aumento de pressão em áreas específicas nas atividades diárias

Infecção

Infecção

Ferimentos/Infecção

### Destruição de Estruturas

(Pele, Tendão, Ligamento, Osso, Músculo)

### Deformidades
Cuidado com mãos e pés insensíveis

As recomendações de cuidados com mãos e pés insensíveis devem incluir:
- O exame diário de mãos e pés para verificar a presença de ferimentos
  - Hidratação de mãos e pés durante banho ou em imersão em água
  - Lubrificação, após hidratação, com óleo vegetal ou vaselina para ajudar a manter a pele em boas condições
- Redução de risco de danos no trabalho, na cozinha ou no uso de ferramentas
  - Adoção do hábito de pequenos períodos de descanso para prevenir ferimentos causados por ações repetitivas

Se o paciente detectar um ferimento novo, tal como uma bolha ou uma pequena ferida, ele pode promover a cicatrização repousando o membro afetado por alguns dias. As feridas devem ser limpas com água e sabão e cobertas com curativo ou pano limpo. Pacientes com ferimentos devem retornar periodicamente à unidade de saúde para avaliação da cicatrização, outros cuidados e orientações. Uma vez que a ferida esteja cicatrizada deve-se tomar os cuidados para evitar o seu reaparecimento.

O uso de calçados

Os pacientes com perda de sensibilidade em seus pés devem usar calçados protegidos e ajustados aos pés. Este tipo de calçado está geralmente disponível no mercado.

Os sapatos devem ter:
- Uma sola resistente que não permita que os espinhos ou os pregos penetrem, sendo, no entanto, flexível ao andar.
- Uma palmilha interna macia, e quando necessário, uma palmilha adaptada para correção do posicionamento do calcanhar durante a marcha, e/ou diminuição de pressão sobre determinadas áreas.
  - Espaço suficiente para os dedos (mesmo dedos com deformidades).
  - Nenhuma saliência interna, tais como costuras ou pregos que possam causar feridas
  - Tiras, costuras ou fivelas não devem exercer fricção sobre o pé.

Pacientes com incapacidades graves nos pés necessitam de calçados especiais que podem ser encontrados em uma oficina ortopédica, geralmente ligadas aos hospitais ou aos centros de reabilitação.
Olhos

Pacientes com perda da capacidade de piscar ou fraqueza muscular palpebral, têm dificuldade em fechar as pálpebras e podem facilmente danificar seus olhos.

- É importante que estes pacientes inspecionem seus olhos diariamente para verificar a presença de corpos estranhos (usando um espelho).
- O uso de chapéu e óculos de sol ajudam a prevenir o ressecamento da superfície do olho, e impedir que corpos estranhos como poeira, areia, e pequenos insetos danifiquem o olho.
- Lavar o olho com água limpa ajudará a remover todos os corpos estranhos.
- Colírios lubrificantes podem ser aplicados de manhã e à noite ajudando a umedecer a superfície do olho.
- Esforços conscientes para piscar podem ser muito úteis.

Alongamentos e Exercícios

Em caso de diminuição de força muscular, a realização de exercícios específicos diariamente é importante para a recuperação da força muscular e manutenção da amplitude de movimento. Mesmo em caso de paralisia dos músculos, os alongamentos são importantes para prevenir contraturas.

Grupos de autocuidados

Os grupos de autocuidados podem ser efetivos na prevenção de incapacidades e na promoção do autocuidado. Estes grupos são compostos por pacientes com problemas similares, nesse caso, o dano neural. Os membros do grupo auxiliam uns aos outros em atividades tais como o cuidado com feridas, práticas de trabalho seguras e outras necessidades identificadas pelos membros do grupo. Isto significa que os pacientes assumem sua responsabilidade no cuidado de suas incapacidades, evitando tornarem-se dependentes da equipe de saúde.
## ANEXO A - FICHA DE AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DA FUNÇÃO NEURAL

### Face

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1ª</th>
<th>2ª</th>
<th>3ª</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nariz</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Queixa principal</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressecamento (S/N)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Ferida (S/N)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Perfuração de septo (S/N)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Olhos

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1ª</th>
<th>2ª</th>
<th>3ª</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Queixa principal</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha olhos s/ força (mm)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Fecha olhos c/ força (mm)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Triquise (S/N) / Ectrópico (S/N)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Dimin. sens. córnea (S/N)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Opacidade córnea (S/N)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Catarata (S/N)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Acuidade visual</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Membros Superiores

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1ª</th>
<th>2ª</th>
<th>3ª</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Queixa principal</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Palpação de Nervos</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Ulnar</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Mediano</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Radial</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Avaliação da Força

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1ª</th>
<th>2ª</th>
<th>3ª</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Abrir dedo mínimo</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Elevar o polegar</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Abdução do polegar (nervo mediano)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Elevar o punho</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Extensão do punho (nervo radial)</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1ª</th>
<th>2ª</th>
<th>3ª</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>D</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Legendas:**
- N= normal
- D= dor
- E= espessado

---

**Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas**
### Membros Inferiores

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1° /</th>
<th>2° /</th>
<th>3° /</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Queixa principal</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Palpação de Nervos</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Tibial posterior</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Legenda: N= normal  E= esperado  D= dor

### Avaliação da Força

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1° /</th>
<th>2° /</th>
<th>3° /</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Elevar o hálux</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Extensão de hálux</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(nervo fibular)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Elevar o pé</td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td>Dorsiflexão de pé</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(nervo fibular)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Legenda: F= forte  D= diminuída  P= paralisado ou 5= forte  R= Resistência Parcial  C= Movimento completo  P= Movimento parcial  C= Contração  0= Paralisado

### Inspeção e Avaliação Sensitiva

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>1° /</th>
<th>2° /</th>
<th>3° /</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td>D</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>D</td>
<td>E</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Legenda: C= Causticificação lisa (2g)  S= Sente  N= não sente  X= Não  M= Móvel  R= Rígida  F= Farta  C= Céu
ANEXO B - LISTA DE ITENS NECESSÁRIOS PARA TRATAR REAÇÕES HANSÉNICAS

Para o diagnóstico de reação

- Estesiómetro ou caneta esferográfica para testar sensibilidade.
- Formulários padronizados para monitorar a evolução.

Para o tratamento de reações leves

- Ácido acetil-salicílico (AAS, aspirina) para tratar reações leves.
  Obs.: Em caso de vigência de dengue o AAS não deve ser utilizado.

Para o tratamento com corticoesteróides

- Fitas para glicosúria.
- Tiabendazol para administrar a todos os pacientes que serão tratados com corticoesteróides.
- Metronidazol e co-trimoxazol. (comprimidos/cápsulas)
  - Antiácidos.
  - Prednisona
  - Se possível, laboratório acessível para exame de escarro para TB e parasitológico de fezes.

Além dos itens acima, os centros de referência devem ter instalações e pessoal habilitado a:

- Diagnosticar e tratar as principais complicações do olho.
- Diagnosticar efeitos adversos da PQT padrão e instituir esquemas alternativos para tratamento da hanseníase
  - Diagnosticar e tratar recidivas de hanseníase.
  - Controlar os efeitos colaterais ou complicações da corticoterapia.
  - Realizar cirurgias.
- Alguns centros de referência localizados em complexos hospitalares devem disponibilizar leitos para internação dos casos mais graves.
ANEXO C - GRUPOS QUE REQUEREM ATENÇÃO ESPECIAL NA PRESCRIÇÃO DE CORTICOESTEROÍDES

Não se deve administrar corticoesteróides aos pacientes com tuberculose, diabetes, úlceras profundas, osteomielite, osteoporose ou outras condições graves sem que o tratamento para essas condições associadas seja também instituído. Esses pacientes necessitam de acompanhamento cuidadoso. Sendo necessário, às vezes, encaminhamento para um centro de referência.

**Mulheres grávidas**

Toda mulher grávida deve ser acompanhada com cuidado, uma vez que a corticoterapia pode afetar o feto. O tratamento é importante, pois as reações também podem afetar o feto. Assim, para evitar prejuízo do feto é preciso ter cuidado com o manejo de corticoterapia durante a gravidez. Sua dose deve ser ajustada, geralmente, para doses menores. Acompanhamento conjunto com o pré-natal é recomendado. Se os corticoesteróides forem dados no terceiro trimestre, podem causar a supressão adrenal no recém-nascido. Esses bebês devem ser monitorizados em centros de referências neo-natais por um período após o nascimento.

**Crianças**

Todas as crianças menores de 12 anos de idade devem ser acompanhadas com cuidado para minimizar os efeitos dos corticoesteróides sobre seu crescimento. A dose inicial de prednisona não deve exceder 1mg/kg/dia.

Se for possível, administre corticoesteróides em dias alternados para reduzir seus efeitos indesejáveis sobre o crescimento

**Diabetes**

Os corticoesteróides pioram o diabetes. Você deve suspeitar de diabetes em qualquer paciente que apresente sede intensa, ato de urinar mais freqüente do que o habitual, acompanhado geralmente de cansaço e letargia por um período de alguns dias a algumas semanas. Na suspeita de diabetes, confirme o diagnóstico e institua o tratamento antes de administrar corticoesteróides. Os corticoesteróides aumentam a necessidade de insulina nos diabéticos, exigindo adequação das doses dos medicamentos hipoglicemiantes e insulina.

Um paciente tomando corticoesteróides pode também desenvolver diabetes,
pela primeira vez durante o curso da corticoterapia (diabetes induzido). Esta possibilidade tem que ser considerada quando os pacientes desenvolvem sintomas típicos de diabetes e estão sob corticoterapia.

A glicemia deve ser solicitada, paraconfirmar o diagnóstico e para monitorar a resposta ao tratamento do diabetes.

O uso de insulina (uma ou duas vezes ao dia) pode ser necessário em um primeiro momento, mas geralmente o diabetes induzido desaparece quando a corticoterapia é interrompida.

**Infestação parasitológica**

Muito comum e pode piorar como resultado da corticoterapia. O ideal é que todos os pacientes que irão fazer uso de corticoesteroides sejam tratados com tiabendazol, 50mg/kg/dia, por 2 dias ou 1,5g - dose única, mebendazol (100mg, duas vezes ao dia durante 3 dias) ou outra alternativa.

**Diaréia com sangue e/ou muco**

Diante destes sintomas, é provável que o paciente tenha diaréia (amebiana e/ou bacteriana) e deve ser tratado de acordo com as normas locais. O tratamento para a disenteria amebiana pode ser feito com metronidazol (dose de adulto - 800mg - três vezes ao dia - por cinco dias). A diaréia bacteriana, exceto os casos graves, não é normalmente tratada com antibióticos. Entretanto, antes de administrar corticoesteroides, deve ser tratada por três a cinco dias com ciprofloxacín (500mg - duas vezes ao dia) ou com a associação sulmetoxazol-trimetoprim (200mg duas vezes ao dia).

**Comprometimento ocular**

Úlceras de córnea e ceratite são condições inflamatórias da córnea - a parte central transparente e anterior do olho. São causadas geralmente por pequenos traumatismos, uma vez que os olhos ficam expostos, como resultado da deficiência em fechar apropriadamente as pálpebras: há dor, vermelhidão e normalmente alguma diminuição da acuidade visual. O tratamento geralmente consiste em antibioticoterapia local, às vezes com curativo para manter o olho fechado. A corticoterapia, local ou oral pode piorar consideravelmente o quadro.
**Conjuntivite e tracoma**

Estas condições não têm relação com a hanseníase, mas podem piorar sob corticoterapia. Se estiverem presentes, dê orientações (inclusive a limpeza diária do rosto com água e sabão) e trate as condições conforme o seguinte:

- Conjuntivite: pomada ocular contendo tetraciclina, duas vezes ao dia, por 5 dias.
- Tracoma: pomada ocular contendo tetraciclina, duas vezes ao dia, por 3 a 5 semanas ou azitromicina dose única (de acordo com o peso)

**Glaucoma**

Pacientes sob corticoterapia prolongada devem ser encaminhados para acompanhamento oftalmológico, uma vez que o uso desse medicamento pode levar ao aumento da pressão intra-ocular, causando glaucoma. O tratamento específico é primordial para se evitar a perda da visão.

---

**Infecções fúngicas**

Infecções fúngicas como a *Tinea corporis* são comuns e podem piorar sob corticoterapia. Se o paciente tiver lesões cutâneas pruriginosas, suspeite de infecção fúngica.

**Tratamento:** responde bem a antimicóticos tópicos. Nos casos rebeldes ou extensos tratamento oral com griseofulvina na dose de 10 a 20 mg/kg de peso durante 30 dias, ou terbinafina 250 mg/kg/dia se acima de 40kg, 125 mg/dia se entre 20-40 kg e 62,5mg/dia se abaixo de 20 kg, por 15 a 30 dias.

---

**Escabiose**

Escabiose causa pequenos ferimentos na pele que podem infectar-se na vigência da corticoterapia. Instrua o paciente sobre hábitos de higiene (toda a família deve tomar banhos diários com água e sabão) Tratamento: Ivermectina, comprimidos de 6mg, dose única, VO, de acordo com o peso corporal (½ comprimido de 15 a 24 kg, 1 comprimido para 25-35 kg, 1 ½ comprimido para 36 a 50 kg, 2 comprimidos para 51 a 65 kg, 2 ½ comprimidos para 65 a 79 kg, 3 comprimidos para 80kg ou mais). A dose deve ser repetida após 1-2 semanas. Permetrina 5%, aplicação à noite por 3 noites, pausa de 5 dias e repetir por mais 3 dias.
Dor epigástrica

Dor epigástrica é comum e pode piorar com o uso de aspirina e/ou corticoesteróides. Pode ser aliviada pelo uso de antiácidos. Um alívio maior dos sintomas pode ser obtido com o uso da ranitidina, uma droga mais recente e mais cara (75-150mg - duas vezes ao dia), se estiver disponível.

Úlceras ou osteomielite

Úlceras profundas ou infectadas ou osteomielite devem ser encaminhadas aos centros de referência para instituição de antibioticoterapia adequada e avaliação de procedimento cirúrgico. Iniciar corticoesteróides antes de tais tratamentos pode provocar a piora do quadro infeccioso e mais dano permanente, incluindo a necessidade de amputação.

Pacientes com úlceras com secreção purulenta devem ser encaminhados para avaliação cirúrgica e desbridamento (remoção do tecido morto e infectado) antes de iniciar o uso de corticoesteróides, sob o risco do aparecimento de osteomielite. Você deve suspeitar de osteomielite se as mãos ou pés do paciente apresentarem temperatura elevada com ou sem edema.


Tuberculose

O uso de corticoesteróides agrava consideravelmente o quadro de tuberculose. Suspeite de tuberculose sempre que houver tosse por 2 a 3 semanas que pode ser acompanhada de febre e perda de peso. Antes de administrar corticoesteróides, confirme o diagnóstico e institua o tratamento. Observe atentamente as normas nacionais para diagnóstico e tratamento da tuberculose.

Depressão grave ou psicose

O uso de corticoesteróides agrava consideravelmente esses quadros. Antes de administrar corticoesteróides, encaminhe a pessoa com sintomas de depressão e/ou psicose para diagnóstico e tratamento. Caso esse diagnóstico já exista, entre em contato com o profissional responsável pelo atendimento do paciente para avaliar adequação de dose dos medicamentos em uso.
Hipertensão arterial sistêmica

A presença de Hipertensão Arterial não consiste uma contra-indicação absoluta para o uso da corticoterapia sistêmica. Recomenda-se que nestes casos o monitoramento da pressão arterial seja feito de forma sistemática, com o intuito de ajustar as doses dos medicamentos anti-hipertensivos para manutenção dos níveis pressóricos dentro dos limites aceitáveis.

Trombose venosa profunda

A trombose venosa profunda (TVP) é a condição caracterizada pela formação de coágulos sanguíneos no interior dos vasos. As veias mais comumente acometidas são as dos membros inferiores em cerca de 90% dos casos. Os sintomas mais frequentes são edema, dor e vermelhidão em membros inferiores. A complicação mais frequente da TVP é a embolia pulmonar, condição aguda, grave, podendo ser fatal.

O tromboembolismo é uma patologia frequente em pessoas portadoras de certas condições predisponentes como o uso prolongado de anticoncepcionais ou tratamento hormonal, tabagismo, idade avançada, presença de varizes, pacientes com insuficiência cardíaca, tumores malignos, obesidade ou a história prévia de trombose venosa e anormalidade genética do sistema de coagulação.

O paciente com TVP em uso de corticóides deverá manter o acompanhamento pelo especialista e ser monitorado pelo centro de referência.

HIV/AIDS

Pacientes com HIV/AIDS não tem contra-indicação absoluta para o uso de corticoterapia sistêmica. No caso de co-infecção HIV/AIDS e hanseníase e frente à necessidade de uso do corticosteróide, o caso deve ser discutido, com o serviço que acompanha o tratamento da primeira, avaliando os benefícios e contra-indicações da corticoterapia naquele momento.
### ANEXO D - NEURITE AGUDA E NEURITE SILENCIOSA

<table>
<thead>
<tr>
<th>SINAIS E SINTOMAS MAIS IMPORTANTES</th>
<th>NEURITE AGUDA</th>
<th>NEURITE SILENCIOSA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Queixa do paciente</td>
<td>• Dor aguda</td>
<td>Ausente</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Dormência (alteração da sensibilidade)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Hipersensibilidade</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Fraqueza</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Dor</td>
<td>Sim</td>
<td>Não</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Espessamento do nervo</strong></td>
<td>Sim / Não</td>
<td>Sim / Não</td>
</tr>
<tr>
<td>Alteração da sensibilidade</td>
<td>Sim / Não</td>
<td>Sim / Não</td>
</tr>
<tr>
<td>Alteração da força muscular</td>
<td>Sim / Não</td>
<td>Sim / Não</td>
</tr>
<tr>
<td>Como identificar</td>
<td>• Dor espontânea ou dor à palpação do nervo e/ou</td>
<td>• Piora da sensibilidade ao exame e/ou</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Piora da sensibilidade ao exame e/ou</td>
<td>• Piora da força muscular ao exame</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Piora da força muscular ao exame</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Observação:** o espessamento neural não pode ser menosprezado é um dos três sinais cardinais de diagnóstico porém, isoladamente, não significa lesão neural.

### Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
<table>
<thead>
<tr>
<th>ALTERAÇÕES</th>
<th>CONDUTA</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Dor neural aguda</td>
<td>• Encaminhamento imediato para consulta médica</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Imobilização até remissão do sintoma</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientação quanto à redução da sobrecarga no nervo durante a realização das atividades</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientação quanto a auto-cuidados</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Dor à palpação e/ou ao esforço</td>
<td>• Orientação quanto à redução da sobrecarga no nervo durante a realização das atividades</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientação quanto a auto-cuidados</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Encaminhamento para consulta médica, caso a dor persista</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Piora da sensibilidade</td>
<td>• Encaminhamento imediato para consulta médica</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Acompanhamento da sensibilidade</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientação quanto à redução da sobrecarga no nervo durante a realização das atividades</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientação quanto a auto-cuidados</td>
</tr>
<tr>
<td>• Olhos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Mãos</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>• Pés</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Piora da força muscular</td>
<td>• Encaminhamento imediato para consulta médica</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Acompanhamento da força muscular</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientação quanto à redução da sobrecarga no nervo durante a realização das atividades</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Exercícios após remissão dos sinais/sintomas agudos</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Orientação quanto a auto-cuidados</td>
</tr>
<tr>
<td>ALTERAÇÕES</td>
<td>CONDUTA</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Mão e pé reacionais</td>
<td>Encaminhamento imediato para consulta médica</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Repouso na posição funcional (abdução do polegar, flexão de metacarpo</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Iridociclite (olho vermelho, dor, diminuição da acuidade visual, diminuição da mobilidade e tamanho da pupila)</td>
<td>Encaminhamento imediato ao oftalmologista</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Orqui-epididimite, nefrite, vasculite, etc. (inflamação dos testículos, rins, vasos, etc.)</td>
<td>Encaminhamento imediato para consulta médica</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas*
## ANEXO F - CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO A CENTROS DE REFERÊNCIA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Condição clínica</th>
<th>Objetivo a ser alcançado</th>
<th>Critério para intervenção / encaminhamento</th>
</tr>
</thead>
</table>
| **Reações**      | • Tratar corretamente o quadro agudo;  
                  • Prevenir deformidades e incapacidades;  
                  • Monitorar a função neural.          | Tipo I: paciente que não responde a corticoterapia na dose preconizada por quatro semanas; paciente que tenha contra-indicação para o uso de corticoterapia.  
                  Tipo II: paciente que não responde ao tratamento padronizado para reação do tipo II durante quatro semanas; contra-indicação para o uso de drogas de 1º escolha. |
| **Neurites Agudas** | • Prevenir deformidades e incapacidades;  
                  • Tratamento cirúrgico do quadro agudo. | • Contra indicação para o uso de corticoterapia;  
                  • Abscesso de nervo;  
                  • Presença de neuropatia que não responda ao tratamento clínico para neurite dentro de quatro semanas, verificado através de avaliações neurológicas sucessivas (monitoramento neural); |
| **Neurite Crônica** | • Tratar dor;  
                  • Prevenir deformidades e incapacidades;  
                  • Tratamento cirúrgico do quadro crônico. | • Reagudização da neurite após desmame de corticóide. |

Adaptado de: SES Maranhão

**Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Condição clínica</th>
<th>Objetivo a ser alcançado</th>
<th>Critério para intervenção / encaminhamento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pé com falta de sensibilidade protetora e/ou alteração biomecânica (pé caído, calcânamo, evertido ou invertido).</td>
<td>• Prevenir úlcera plantar; • Manter integridade e mobilidade de tecidos moles e articulares; • Indicar e confeccionar órteses, ou adaptações; indicar cirurgia reparadora; • Manter ou melhorar a força muscular.</td>
<td>Ausência do profissional habilitado pra avaliar / confeccionar adaptações.</td>
</tr>
<tr>
<td>Úlcera Plantar ou Feridas infectadas</td>
<td>• Prevenir osteomielite; • Prevenir deformidades e incapacidades;</td>
<td>Úlceras com piora ou manutenção do quadro clínico, mesmo quando submetido antibióticos sistêmicos, a curativos adequados e calçados adequados com palma.</td>
</tr>
<tr>
<td>Alteração aguda na acuidade visual e/ou olho vermelho e/ou com dor e/ou com fotofobia</td>
<td>• Preservação da visão do paciente.</td>
<td>Perda da visão (comprovada) de duas linhas em até 3 meses, com ou sem alterações: olho vermelho com dor, fotofobia com dor, sensação de corpo estranho com ou sem dor, com ou sem olho vermelho.</td>
</tr>
<tr>
<td>Dificuldades para realizar as Atividades Diárias devido a Hanseníase</td>
<td>• Manter ou melhorar a independência funcional nas AVDs; • Indicar órteses e adaptações; • Monitorar a função neural.</td>
<td>Ausência de profissional capacitado na UBS para atender as necessidades específicas.</td>
</tr>
<tr>
<td>Restrições na participação familiar, social, trabalho, etc</td>
<td>Melhorar ou restabelecer vínculos e reduzir estigma.</td>
<td>Transtornos psicossociais que coloquem o paciente em situação de risco.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Adaptado de: SES Maranhão
<table>
<thead>
<tr>
<th>Condição Clínica</th>
<th>Objetivo a ser alcançado</th>
<th>Critério para intervenção/encaminhamento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ectrópio</td>
<td>Preservação da visão do paciente</td>
<td>• paciente pós-alta; • paciente sem corticóide há 12 meses.</td>
</tr>
<tr>
<td>Lagoftalo</td>
<td>Preservação da visão do paciente</td>
<td>• sem melhora com exercícios e tratamento clínico(corticóide) durante 2 a 3 meses.</td>
</tr>
<tr>
<td>Catarata</td>
<td>Preservação da visão do paciente</td>
<td>• perda da visão que inviabilize a realização das atividades diárias.</td>
</tr>
<tr>
<td>Triquíase</td>
<td>Preservação da visão do paciente</td>
<td>• paciente pós-alta; • paciente sem corticóide há 12 meses;• mais de 5 cílios tocando a córnea.</td>
</tr>
<tr>
<td>Dacriocistite</td>
<td>Preservação da visão do paciente</td>
<td>Todos os pacientes nesta condição</td>
</tr>
<tr>
<td>Opacidade corneana com cegueira</td>
<td>Preservação da visão do paciente</td>
<td>Todos os pacientes nesta condição.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Adaptado de: SES Maranhão

Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
### CIRURGIAS MÃOS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Condição</th>
<th>Objetivo a ser alcançado</th>
<th>Critério para intervenção / encaminhamento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Garras</td>
<td>• melhorar a função de preensão;</td>
<td>• não apresentar úlceras ou lesões secundárias;</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• prevenir deformidades e incapacidades</td>
<td>• alta do tratamento medicamentoso (PQT);</td>
</tr>
<tr>
<td>Perda de Oponência do polegar</td>
<td>• melhorar a estética;</td>
<td>• não apresentar fenômenos inflamatórios reacionais (reação tipo I ou tipo II) há pelo menos 1 ano;</td>
</tr>
<tr>
<td>Atrofia do 1ºEspaço Dorsal</td>
<td>• favorecer a participação social.</td>
<td>• não estar em uso de corticóide há pelo menos 01 ano.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### CIRURGIAS PÉ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Condição</th>
<th>Objetivo a ser alcançado</th>
<th>Critério para intervenção / encaminhamento</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Garras</td>
<td>• melhorar a deambulação;</td>
<td>• não apresentar úlceras ou lesões secundárias;</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• prevenir deformidades e incapacidades</td>
<td>• alta do tratamento medicamentoso (PQT);</td>
</tr>
<tr>
<td>Pé Caído</td>
<td>• melhorar a estética;</td>
<td>• não apresentar fenômenos inflamatórios reacionais (reação tipo I ou tipo II) há pelo menos 1 ano;</td>
</tr>
<tr>
<td>Pé Eqüino Varo</td>
<td>• favorecer a participação social.</td>
<td>• não estar em uso de corticóide há pelo menos 01 ano.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Adaptado de: SES Maranhão
ANEXO G - Casos clínicos

CASO CLÍNICO 1: D. Severina

D. Severina (60kg) iniciou hoje o tratamento com PQT/MB. A primeira avaliação neuroológica apresentou o seguinte resultado:
Inspeção: ressecamento borda ulnar da mão E
Queixas: nenhuma
Palpação de nervos: sem alterações
Força muscular: preservada (grau 5) em MMSS e MMII
Sensibilidade:

Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
Há suspeita de acometimento neural?

Sim. Apesar de D. Severina não apresentar queixas, de não terem sido detectadas alterações à palpação do nervos, da força muscular estar preservada, e do grau de incapacidade (OMS) ser zero, há diminuição da sensibilidade na região do nervo ulnar E quando comparado ao ulnar D, e na região plantar D e E.

Qual seria a conduta aconselhável?

D. Severina deve ser monitorada cuidadosamente dentro de, no máximo, 01 mês, verificando se houve melhora ou piora do estado neural. Se houver piora (palpação, força muscular ou sensibilidade) instituir corticoterapia, e acompanhar D. Severina mensalmente, realizando a avaliação neurológica simplificada. É importante que D. Severina esteja orientada a retornar ao serviço de saúde antes dos 30 dias, se houver piora do quadro.
CASO CLÍNICO 2: D. ANTÔNIA

A) D. Antônia (70kg) iniciou hoje o tratamento com PQT/MB. A primeira avaliação neuroológica apresentou o seguinte resultado:

**Queixas:** dor espontânea ulnar E. Dor região tornozelo E.

**Palpação de nervos:** dor à palpação ulnar E com discreto espessamento. Choque mediano E. Choque tibial posterior D e dor à palpação tibial posterior E.

**Força muscular:** diminuição abdutor 5º dedo E, resto normal. Preservada (grau 5) em MMII.

**Sensibilidade:**

---

**Há suspeita de comprometimento neural?**

Sim. D. Antônia apresenta dor neural, espessamento e choque, todos sintomas de um possível comprometimento neural. Além disso, apresenta diminuição de força muscular e sensibilidade.

**Qual seria a conduta indicada?**

Institui-se a corticoterapia. D. Antônia deve ser reavaliada em 2-4 semanas, para verificar melhora ou piora dos sintomas (dor, choque), da força muscular e da sensibilidade.
Após 15 dias, D. Antônia apresentou o seguinte quadro:

**Queixas:** nenhuma

**Palpação de nervos:** Choque à palpação tibial posterior E

**Força muscular:** preservada (grau 5) em MMSS e MMII

**Sensibilidade:**

![Diagrama de palpação de nervos e força muscular]

---

**Qual a conduta indicada nesse momento?**

Como houve melhora tanto dos sintomas, quanto da força muscular e da sensibilidade, inicia-se a diminuição do corticosteróide de acordo com o esquema padronizado. É necessário continuar o monitoramento neural mensal e usá-lo como parâmetro para verificar a adequação da prescrição do corticosteróide.
D. Antônia evoluiu bem, com melhora da neurite dos nervos ulnar e tibial posterior: sem queixas neurais, sem espessamento, com força muscular normal e o seguinte quadro de sensibilidade:

D. Antônia continua usando o corticoesteróide, sendo a dose atual de 15mg/dia. Nesse momento, comparece ao serviço relatando reaparecimento de dor na região do cotovelo e tornozelo esquerdos.

Qual a suspeita? Qual a conduta indicada nesse momento?

Suspeita-se de piora da neurite. Deve-se realizar o exame neurológico simplificado para verificar se há outras alterações além da dor.
A avaliação realizada nesse momento indicou o seguinte quadro:
**Queixas:** dor cotovelo E e tornozelo E
**Palpação de nervos:** Dor à palpação do ulnar E e tibial posterior E
**Força muscular:** preservada (grau 5) em MMSS e MMII
**Sensibilidade:**

---

**A hipótese de piora de neurite foi confirmada? Qual a conduta indicada?**

A dor e a piora da sensibilidade confirmam a hipótese de piora da neurite. É necessário aumentar a dose diária de corticoesteroides para 40mg/dia, durante 1 mês. Conforme o resultado da próxima avaliação, reinicia-se a diminuição do corticoesteróide, lentamente. Dona Antônia deve continuar a ser avaliada mensalmente.
CASO CLÍNICO 3: ROBERTO

Roberto é um universitário de 20 anos. Está em tratamento PQT/MB há 2 meses. Comparece ao serviço hoje para a 3ª dose supervisionada. Diz estar se sentindo muito bem, e pede para ser atendido rapidamente, pois quer passar na academia de ginástica antes de ir à aula. As duas avaliações neurológicas simplificadas já realizadas não demonstraram qualquer alteração.

É necessário realizar a avaliação neurológica novamente, apesar de Roberto não apresentar queixas?

Sim. A realização da avaliação neurológica mensalmente é importante para a detecção de neurites silenciosas.

A avaliação demonstrou o seguinte resultado:
Queixas: nenhuma
Palpação de nervos: Dor à palpação de ulnar D e E, choque mediano D.
Força muscular: preservada (grau 5) em MMSS e MMII
Sensibilidade:

Qual é a conduta indicada nesse momento?

Roberto apresenta um quadro de neurite. Indica-se a introdução de corticoterapia e realização de novo exame neurológico em, no máximo, 01 mês. Roberto retoma 30 dias depois, apresentando o seguinte quadro:
Queixas: nenhuma
Palpação de nervos: Dor à palpação de ulnar D, choque à E.
Força muscular: preservada (grau 5) em MMSS e MMII
Sensibilidade:

O que poderia justificar a melhora do quadro de neurite dos tibiais posteriores e a piora do quadro de neurite ulnar?

Devemos investigar fatores que possam estar gerando estresse nos nervos ulnares (houve algum trauma na região? A pessoa realiza alguma atividade que possa estar traumatizando o nervo?). Quando indagado sobre as atividades que realiza no dia-a-dia, Roberto relata frequentar a academia diariamente, realizando vários exercícios que envolvem levantamento de peso repetidas vezes.

Qual a conduta indicada? Há necessidade de aumentar a dose de corticoesteróides?

Roberto deve ser orientado quanto à inadequação da realização dessa atividade nesse momento. É necessário “repousar” os nervos. A dose de corticoesteróide deve ser mantida. Roberto deve ser reavaliado em 01 semana. Se não houver melhora do quadro, a dose de corticoesteróide deve ser aumentada para 40mg/dia. Se houver melhora, manter a dose de corticoesteróide por mais 01 mês, e repetir a avaliação.
CASO CLÍNICO 4: D. MARIA

D. Maria (50kg) iniciou hoje o tratamento com PQT/MB. A primeira avaliação neurológica apresentou o seguinte resultado:

**Queixas:** Dor intensa tornozelo D e cotovelo E.

**Palpação de nervos:** espessamento ulnar E + dor; choque à palpação de mediano D e E, ulnar D; dor + espessamento tibial posterior D.

**Força muscular:** diminuição abdutor 5º dedo D e E(4), resto normal. Preservada (grau 5) em MMII.

**Sensibilidade:**

![Sensibilidade](image)

**Qual é a conduta indicada, diante dessa avaliação?**

Deve-se iniciar corticoterapia, e verificar a necessidade de alteração ou diminuição de atividades para diminuir possíveis danos ao nervos, causados por elas. D. Maria deve ser reavaliada em 15 dias.
Após 15 dias de corticoterapia, repete-se a avaliação neurológica simplificada que mostra o seguinte resultado:

**Queixas:** Dor tornozelo D e cotovelo E.

**Palpação de nervos:** espessamento + dor ulnar E e TPD

**Força muscular:** diminuição abdutor 5º dedo E(4), resto normal. Preservada (grau 5) em MMII.

**Sensibilidade:**

![Imagem de sensibilidade]

---

**Qual a conduta indicada nesse momento?**

Como não houve melhora do quadro, deve-se aumentar a dose de corticosteróides e reavaliar D. Maria novamente em 15 dias.

---

Após mais 15 dias de corticoterapia, D. Maria é reavaliada. Verifica-se que não houve qualquer melhora do quadro.

---

**Qual deve ser a conduta adotada?**

Como não houve melhora do quadro desde o início do tratamento (há 4 semanas), D. Maria deve ser encaminhada a um serviço de referência para realização de cirurgia de descompressão neural.
CASO CLÍNICO 5: SR. CARLOS

Sr. Carlos (80kg) iniciou hoje o tratamento com PQT/MB. Residia na área rural de um pequeno vilarejo, com acesso difícil a serviços de saúde. Quando mudou-se para um município maior, foi diagnosticado com hanseníase. A primeira avaliação neurológica apresentou o seguinte resultado:

**Inspeção:** Ressecamento mãos, principalmente na borda ulnar da mão E; ressecamento pés, principalmente à D, com fissuras no calcanhar. Garra móvel 4º e 5º dedos mão E. Atrofia do 1º espaço interósseo. Garra de artelhos pé D e E, com úlcera na cabeça do 1º metatarsiano D.

**Queixas:** Perda de força para segurar objetos. Perde o chinelo quando anda.

**Palpação de nervos:** discreto espessamento ulnar E sem dor.

**Força muscular:** diminuição abdutor 5º dedo D(4) e E (3), resto normal. Preservada (grau 5) em MMII.

**Sensibilidade:**

---

Como Reconhecer e Tratar Reações Hansênicas
**Qual é a conduta indicada, diante dessa avaliação?**

Deve-se perguntar ao Sr. Carlos sobre a história dessas incapacidades (há quanto tempo estão presentes, se houve episódios de dor ou inflamação nos nervos) para determinar se o dano neural é recente ou não.

Sr. Carlos relata que “os dedos já estão assim há muito tempo (mais de 2 anos)”. Após um episódio de muita dor no braço, os dedos “encurtaram”. Os pés também já estão “dormentes” há muitos anos. O machucado apareceu após ter andado quase um dia inteiro em uma romaria. Desde então nunca cicatrizou, mas também não o impede de andar.

**Qual a conduta indicada diante do relato de Sr. Carlos?**

O relato de Sr. Carlos nos indica que o dano neural não é recente. Não há, portanto, indicação para corticoterapia. Algumas medidas são, no entanto, necessárias para evitar outros danos secundários.

- Hidratação e lubrificação da pele
- Lixar calosidades, calcanhares
- Avaliação da úlcera plantar. Tratamento de infecção, se houver.
- Curativo
- Repouso
- Alongamentos de dedos e artelhos
- Exercícios
- Avaliação do calçado e indicação de palmilha adequada

O Sr. Carlos deve ser acompanhado para verificar se assimilou bem e está realizando os auto-cuidados corretamente. Se não houver melhora da úlcera plantar deve ser encaminhado a um centro de referência. Futuramente (após o término da PQT) pode ser avaliado para ver se há indicação de cirurgia corretiva para mãos e pés.
ABREVIÇÕES

**BAAR** bacilo alcool ácido-resistente: uma designação comum aos bacilos que causam a hanseníase e a tuberculose. Os bacilos podem ser identificados com um corante especial; podem ser encontrados em esfregaços de uma lesão de pele dos pacientes com hanseníase e no escarro daquelas com TB.

**ENH** eritema nodoso hansênico: nódulos eritematosos e dolorosos característicos da reação tipo 2 da hanseníase.

**MB** hanseníase multibacilar: pólo infeccioso da hanseníase com alta carga bacilar de *Mycobacterium leprae* definida por mais que cinco lesões de pele ou pela baciloscopia positiva.

**PB** hanseníase paucibacilar: pólo não infeccioso da hanseníase com baixa carga bacilar de *Mycobacterium leprae* definida por até cinco lesões de pele ou pela baciloscopia negativa.

**PQT** Poliquimioterapia: Esquema recomendado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde do Brasil. Consiste em uma associação de rifampicina, clofazimina e dapsona administradas por um período de 12 meses para hanseníase MB, e rifampicina e dapsona administradas por seis meses para hanseníase PB.

**TB** tuberculose
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


ESTE É O SEGUNDO DE UMA SÉRIE DE GUIAS DE APRENDIZAGEM SOBRE HANSENÍASE, PUBLICADOS PELA ILEP.

ESTES GUIAS DÃO AOS TRABALHADORES DE SAÚDE A INFORMAÇÃO QUE NECESSITAM PARA REALIZAR AS TAREFAS ESSENCIAIS DO CONTROLE DA HANSENÍASE E DO CUIDADO COM OS PACIENTES QUE TENHAM A DOENÇA

O Guia de Aprendizagem 2 foi feito para todos os trabalhadores de saúde que tratam as complicações da hanseníase. Contém informações práticas sobre como reconhecer reações hansênicas e como tratá-las adequadamente. Inclui também recomendações sobre o encaminhamento de pacientes e tratamento especializado.

Os guias de aprendizagem da ILEP são condensados, escritos de forma clara e bem ilustrados. Esperamos que você os ache de fácil utilização. Serão úteis no estudo da hanseníase, como complementos aos programas de treinamento, e como livros de referência na unidade de saúde.