



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
DEPARTAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS, PARASITÁRIAS E
INFLAMATÓRIAS

**PERFIL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO CLÁSSICO E ALTERNATIVO PARA
HANSENÍASE ACOMPANHADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

AMANDA MELO SOARES EDUARDO PEREIRA

JOÃO PESSOA
2023

AMANDA MELO SOARES EDUARDO PEREIRA

**PERFIL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO CLÁSSICO E ALTERNATIVO PARA
HANSENÍASE ACOMPANHADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Medicina da Universidade
Federal da Paraíba como requisito
complementar para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof^a Dr^a Joanne Elizabeth
Ferraz da Costa

JOÃO PESSOA-PB

2023

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

P436p Pereira, Amanda Melo Soares Eduardo.

Perfil dos pacientes em tratamento clássico e alternativo para hanseníase acompanhados em hospital universitário do nordeste brasileiro / Amanda Melo Soares Eduardo Pereira. - João Pessoa, 2023.
36 f.

Orientação: Joanne Elizabeth Ferraz da Costa.
TCC (Graduação) - UFPB/CCM.

1. Hanseníase - perfil clínico. 2. Hanseníase - tratamento. 3. Dermatologia. I. Costa, Joanne Elizabeth Ferraz da. II. Título.

UFPB/CCM

CDU 616.5(043.2)

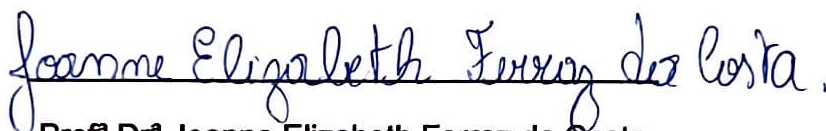
AMANDA MELO SOARES EDUARDO PEREIRA

**PERFIL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO CLÁSSICO E ALTERNATIVO PARA
HANSENÍASE ACOMPANHADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO
NORDESTE BRASILEIRO**

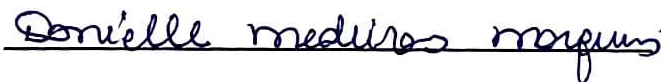
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso de
Graduação em Medicina da Universidade
Federal da Paraíba como requisito
complementar para obtenção do título de
Bacharel em Medicina.

Aprovado em 05 de dezembro de 2023

BANCA EXAMINADORA



Profª Drª Joanne Elizabeth Ferraz da Costa
Orientadora



Profª Drª Danielle Medeiros Marques
Avaliadora



Profª Drª Esther Bastos Palitot de Brito
Avaliadora

A Deus Pai, Filho, Espírito Santo, Maria e
José. À minha família. Aos meus amigos,
mestres e pacientes.

AGRADECIMENTOS

Reservo as linhas que se sucedem na tentativa de exprimir minha gratidão através de palavras singelas as pessoas que contribuíram em minha trajetória acadêmica.

Primeiramente a Deus, por ter me capacitado até o presente momento e ter sido meu refúgio. Que cada ato meu seja uma oferta agradável aos outros para Sua honra e glória.

À Maria Santíssima, mãe intercessora, guia e modelo. Que meu sim seja fiel ao compromisso que recebo assim como o teu.

Aos meus pais, João Eduardo e Adriana, que me geraram e educaram brilhantemente. Que todos os sacrifícios silenciosos para proporcionar esse momento sejam retribuídos.

A minha irmã, Ana Gabriela, pela amizade, conselhos e apoio diário.

Aos meus avós, Maria de Fátima, Maria das Neves e Givaldo, pela presença e suporte durante todos esses anos de estudo.

Às amigas construídas ao longo do curso, principalmente Marcela Lukerli e Rayssa Abrantes, que permaneceram até o final com parceria e incentivos.

Aos professores com quem tive a graça de aprender medicina e observar sobre postura ética e empática. Em especial a Dra Joanne Elizabeth, minha professora orientadora, que aceitou e cumpriu com entusiasmo e compromisso tal missão.

Aos funcionários da UFPB e HULW que me acolheram no serviço com gentileza e auxiliaram nas etapas do desenvolvimento desta pesquisa.

Aos pacientes que permitiram ser atendidos por mim, depositando confiança ao partilhar suas histórias. Vocês me ensinaram além dos livros.

A mim, por toda diligência e resiliência desenvolvida ao longo de toda trajetória, da qual finalizo com maior maturidade e abandono à divina providência.

“O bom Deus não poderia inspirar em
mim sonhos irrealizáveis”
Santa Terezinha do Menino Jesus e da
Sagrada Face

PERFIL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO CLÁSSICO E ALTERNATIVO PARA HANSENÍASE ACOMPANHADOS EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Resumo:

Por se tratar de uma doença endêmica no Brasil e com potencial de gerar incapacidade física irreversível, a despeito de seu tratamento bem estabelecido na literatura e fornecido gratuitamente através do SUS, a hanseníase é considerada um problema de saúde pública. Além disso, tal doença infectocontagiosa de acometimento cutâneo e neurológico é uma das vinte Doenças Tropicais Negligenciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e dados de 2019 mostram quase 28 mil novos casos em nosso país. O presente estudo teve como objetivo avaliar as características epidemiológicas e clínicas dos pacientes em tratamento clássico e alternativo para hanseníase atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Desse modo, desenvolveu-se um estudo descritivo, observacional e transversal a partir dos dados de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do HULW entre 2017 e 2023. Obteve-se uma amostra com 38 pacientes. Em relação às características epidemiológicas, não houve predominância de sexo, a idade média foi de 48,45 anos (DP=19,32), principal ocupação foi aposentado(a) e o maior número de casos foi proveniente da capital João Pessoa. Já quanto às características clínicas, a classificação operacional predominante foi multibacilar com 78,95% e a classificação clínica mais encontrada foi a Virchowiana, 50% dos pacientes teve reação hansênica e a complicação mais identificada foi hipo/anestesia em mãos e pés. Houve adesão de 94,74% à poliquimioterapia, tendo necessidade de esquema alternativo em 6 casos pelo desenvolvimento de anemia hemolítica. Foi possível verificar também a qualidade da assistência prestada por grau de incapacidade física estágio 2 no diagnóstico em 7,89% e pelo menos uma baciloscopia em 89,74%. Os dados obtidos contribuem para o conhecimento do perfil da população atendida no serviço e programação de estratégias que visem melhorias na assistência.

Palavras-chave: Hanseníase-perfil clínico. Hanseníase-tratamento. Dermatologia.

PROFILE OF PATIENTS UNDER CLASSIC AND ALTERNATIVE TREATMENT FOR LEPROSY ADVISED AT A UNIVERSITY HOSPITAL IN NORTHEAST BRAZIL

Abstract:

Since it is an endemic disease in Brazil and has the potential to cause irreversible physical disability, despite its well-established treatment in the literature and pfreely provided through SUS, leprosy is considered a public health problem. Furthermore, this infectious disease with skin and neurological involvement is one of the twenty Neglected Tropical Diseases by the World Health Organization (WHO) and data from 2019 show almost 28 thousand new cases in our country. The present study aimed to evaluate the epidemiological and clinical characteristics of patients undergoing classic and alternative treatment for leprosy treated at the Lauro Wanderley University Hospital. Thus, a descriptive, observational and cross-sectional study was developed based on data from medical records of patients treated at the HULW dermatology outpatient clinic between 2017 and 2023. A sample of 38 patients was obtained. About epidemiological characteristics, there was no predominance of sex, the average age was 48.45 years (SD=19.32), the main occupation was retired and the largest number of cases came from the capital João Pessoa. As for clinical characteristics, the predominant operational classification was multibacillary with 78.95% and the most common clinical classification was Virchowian, 50% of patients had a leprosy reaction and the most identified complication was hypo/anesthesia in the hands and feet. There was 94.74% adherence to multidrug therapy, requiring an alternative regimen in 6 cases due to the development of hemolytic anemia. It was also possible to verify the quality of care provided by level of stage 2 physical disability at diagnosis in 7.89% and at least one sputum smear test in 89.74%. The data obtained contributes to understanding the profile of the population served by the service and planning strategies aimed at improving care.

Keywords: Leprosy-clinical profile. Leprosy-treatment. Dermatology.

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição do sexo por idade.....	17
Tabela 2: Distribuição do sexo por ocupação.....	18
Tabela 3: Classificação operacional e clínica da hanseníase por sexo.....	21
Tabela 4: Exames complementares.....	22
Tabela 5: Esquema de tratamento.....	23
Tabela 6: Perfil dos pacientes em esquema alternativo.....	24
Tabela 7: Reação Hansênica.....	26
Tabela 8: Complicações detectadas.....	28
Tabela 9: Comorbidades associadas.....	29

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 DESENHO DO ESTUDO E LOCAL DA PESQUISA.....	15
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	15
3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS E PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	15
3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	15
3.5 RISCOS DA PESQUISA.....	16
3.6 BENEFÍCIOS DA PESQUISA.....	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	17
4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO.....	17
4.2 PERFIL CLÍNICO.....	21
4.2.1 Forma clínica da hanseníase.....	21
4.2.2 Exames complementares.....	22
4.2.3 Esquema de tratamento.....	23
4.2.4 Adesão à terapêutica.....	25
4.2.5 Reação hansênica.....	25
4.2.6 Grau de incapacidade física.....	26
4.2.7 Complicações.....	28
4.2.8 Comorbidades.....	29
CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXO.....	36

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma das doenças mais antigas conhecidas no mundo com relatos escritos há mais de 4.000 anos sobre sua clínica e impacto psicossocial dos portadores. Por causa do estigma que a palavra lepra trazia, passou a ser utilizado o termo hanseníase para definir essa doença infectocontagiosa com transmissão por via aérea e contato prolongado com algum portador. O estigma é um fator que pesa bastante aos pacientes por causa da exclusão da sociedade, reforçadas pela existência de até mesmo leis discriminatórias. Por isso, a importância da visibilidade do tema e educação em saúde da população para conhecimento e combate à hanseníase e suas consequências que chegam a deformidades incapacitantes permanentes (OMS, 2021).

A bactéria *Mycoplasma leprae* é o principal agente etiológico envolvido na fisiopatologia da doença e sua interação com o sistema imune do hospedeiro é responsável pelo desencadeamento das diferentes formas clínicas existentes. Ela é um bacilo álcool ácido resistente, intracelular obrigatório que faz globias e acomete principalmente os macrófagos e células de Schwann. Sua transmissão ocorre através de secreções e gotículas de indivíduos multibacilares e ao atingir novo hospedeiro tem um longo período de incubação, em torno de 5 anos. Contudo, 90% das pessoas não desenvolvem a doença por possuírem uma boa resposta imunológica natural (as células Th1 combatem o microorganismo não deflagrando a doença), enquanto que os outros 10% irão desenvolver a doença em diferentes formas clínicas de acordo com o grau da resposta imunológica. Por isso, a bactéria é conhecida por alta infectividade e baixa patogenicidade (Pinheiro et al, 2018; Brasil, 2017).

A epidemiologia mundial da hanseníase, de acordo com dados da OMS de 2019, é de 202.256 novos casos reportados no ano em questão, quando somados 116 países, sendo 10.816 novos casos detectados já com incapacidade de grau 2 (lesões mais graves nos olhos, mãos e pés). Em comparativo, no Brasil, observou-se 27.863 casos novos, ocupando a segunda colocação no ranking de países com casos reportados, perdendo apenas para a Índia (OMS, 2019). Considerando as macrorregiões brasileiras, de acordo com dados do Datasus em 2019, a região Norte notificou 38,8 casos por 100 mil habitantes, a região Nordeste

notificou 26,6 casos por 100 mil habitantes, a região Centro-Oeste notificou 51,8 casos por 100 mil habitantes, a região Sudeste 5,6 casos por 100 mil habitantes e a região Sul 3,8 casos por 100 mil habitantes. No caso da Paraíba especificamente, foram 756 notificações, sendo 71 casos já em grau 2 (Brasil, 2021). A epidemiologia é bastante importante para análise da distribuição espacial e intensificação de medidas preventivas e de vigilância nas regiões mais acometidas.

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória semanal para os casos confirmados, investigação obrigatória e uma das vinte doenças classificadas pela Organização Mundial de Saúde como Doenças Tropicais Negligenciadas, existindo uma Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 a fim de interromper a transmissão da bactéria e zerar a quantidade de novos casos no mundo, seguindo um roteiro para cada país adotar medidas de prevenção, tratamento, suporte e notificação (OMS, 2021).

Com base nos critérios definidos pelo Ministério da Saúde no Guia Prático sobre a Hanseníase de 2017, podemos definir como diagnóstico de hanseníase paucibacilar (PB) os casos com presença de até cinco lesões de pele com baciloscopia de raspado intradérmico negativo (quando disponível) e multibacilar (MB) os casos com presença de seis ou mais lesões de pele ou baciloscopia de raspado intradérmico positiva. Embora façam parte dos critérios, a baciloscopia e biópsia de pele são usadas para auxiliar no diagnóstico nos casos mais duvidosos ou para confirmação da suspeita, porém possuem suas limitações. É importante notar também que essa classificação leva em consideração critérios operacionais que facilitem o início rápido do tratamento, fator indispensável no combate a endemia que temos no país. Contudo, há também a classificação de Madrid de 1953 a qual divide a hanseníase em indeterminada (PB), tuberculóide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB).

A hanseníase indeterminada é o estágio inicial da doença com lesões hipocrômicas anestésicas, que podem evoluir para as formas mais características (tuberculóide, dimorfa ou virchowiana) ou cura sem sequelas. Nesse momento, também é possível realizar um teste prognóstico conhecido como teste de Mitsuda (administração de um concentrado de bacilo intradérmico) para prever a resposta do indivíduo. Se houver inflamação significa que há uma boa resposta das células Th1 do hospedeiro, se não houver, provavelmente desenvolver-se-á a forma clínica multibacilar (Brasil, 2017; Sousa et al, 2016; Souza, 1997).

A forma clínica tuberculóide imunologicamente é caracterizada por uma resposta inflamatória capaz de controlar a infecção através da resposta das células Th1 e produção de citocinas IFN gama, TNF alfa, IL-12 que atuam na resposta formando granulomas para conter a disseminação do patógeno. Clinicamente, são visíveis placas bem delimitadas e quando o nervo é acometido surge uma lesão característica conhecida como raquete de tênis (Brasil, 2017; Sousa et al, 2016; Souza, 1997).

Já a forma clínica virchowiana possui uma resposta predominante das células Th2 e citocinas IL-10, IL-4, IL-5, responsável mais pelo reparo celular, formando histologicamente um infiltrado celular não organizado, e desencadeamento de resposta imune humoral. Desse modo, observa-se um aspecto irregular e difuso das lesões, sendo também mais infiltradas e nodulares, chegando a um aspecto de facies leonina (Brasil, 2017; Sousa et al, 2016; Souza, 1997).

Os casos dimorfos ainda podem ser divididos em dimorfo tuberculóide, dimorfo dimorfo e dimorfo virchowiano, a depender do aspecto da lesão que mais se aproxima das formas clássicas. Nesses casos a baciloscopia pode ser negativa ou positiva e as lesões são mal delimitadas por fora e bem delimitadas por dentro (Brasil, 2017; Sousa et al, 2016; Souza, 1997).

O tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde consiste na poliquimioterapia (PQT) com três drogas: Rifampicina 600 mg/mês; Dapsona 100 mg/mês e 100 mg/dia; e Clofazimina 300 mg/mês e 50 mg/dia. As doses mensais devem ser tomadas sempre com supervisão de um profissional da saúde, para garantir a adesão ao tratamento. Nos casos paucibacilares, o tempo total deve ser de 6 meses com uma tolerância de 3 meses para completar o esquema em caso de atraso. Nos casos multibacilares, o tempo total de tratamento deve ser de 12 meses, sendo a tolerância de 6 meses (Brasil, 2017).

Há casos em que ocorre reação adversa à poliquimioterapia, ou seja, há resposta prejudicial ou indesejável, não intencional que ocorre nas doses usuais para o ser humano. As reações mais comuns são leves como xerose/ictiose, hiperpigmentação da pele, prurido, anemia leve, hematúria, manifestações gastrointestinais. Os casos que demandam substituição terapêutica por reações graves, após avaliação de atendimento especializado, são raros. Geralmente acontecem em decorrência de anemia hemolítica, hepatite medicamentosa,

insuficiência renal, síndrome de reação a drogas com eosinofilia e sintomas sistêmicos (ANVISA, 2021; Franco, 2014; Pires et al, 2021).

Goulart et al em 2002 já descreveram que a principal medicação responsável por reações importantes é a dapsona. Em seu estudo, 70,7% dos pacientes evoluíram com reação à dapsona, 20,5% à clofazimina e 6,2% à rifampicina. Dos pacientes acompanhados, foi preciso mudança do esquema terapêutico em 14,9% do total ou 39,4% dos pacientes que evoluíram com algum efeito adverso. Atualmente as medicações de escolha para compor o esquema terapêutico substitutivo são ofloxacino 400 mg/mês e 400 mg/dia, minociclina 100 mg/mês e 100 mg/dia e claritromicina 500 mg/dia (Brasil, 2020).

Antes, durante e depois do tratamento é possível que aconteçam reações hansênicas nos indivíduos. Podem ser classificadas em dois tipos: a reação reversa ou tipo 1 acomete mais os casos dimorfos e possui em sua clínica lesões mais definidas, com edema assimétrico de mãos e pés; já o eritema nodoso hansênico ou tipo 2 acomete mais os casos virchowianos, apresentando lesões nodulares, edema simétrico de mãos e pés, febre, mal estar, mialgia. É importante lembrar que as reações não contraindicam, não interrompem e não indicam recomeço da poliquimioterapia. E o tratamento específico deve ser feito com corticoide no tipo 1 e com talidomida no tipo 2, caso não haja contraindicação (Brasil, 2017; Souza, 1997)

Atualmente, no Brasil, a profilaxia para hanseníase é pautada na convocação e exame de todos os contatos de um portador da doença tanto para evitar que ocorra transmissão quanto a reinfecção pela persistência de um reservatório no convívio. Além disso, para os maiores de 1 ano, recomenda-se a aplicação de uma dose da vacina BCG (cepas atenuadas do *Mycobacterium bovis*) quando houver ausência ou apenas uma cicatriz da BCG; caso haja duas é dispensada a prescrição. Contudo, a Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 recomenda atualizar as diretrizes dos países para incluir a administração de quimioprofilaxia com rifampicina em dose única como tratamento preventivo pós exposição, pois reduziria em 60% o risco de hanseníase entre os contatos.

Este trabalho tem como objetivo reconhecer os casos existentes de hanseníase no território para garantir acompanhamento e vigilância adequados, contribuindo para a partir daí evitar a transmissão, reinfecção e complicações.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes portadores de hanseníase acompanhados no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em tratamento clássico e alternativo.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar o perfil epidemiológico dos pacientes em relação ao sexo, idade, ocupação, município de procedência.
2. Avaliar o perfil clínico dos pacientes em relação à forma clínica da hanseníase, esquema de tratamento realizado, reação hansênica, complicações, comorbidades prévias.
3. Avaliar os exames complementares realizados, como baciloscopia e biópsia.
4. Avaliar a adesão do tratamento em pacientes diagnosticados.
5. Comparar os dados encontrados no estudo com a literatura científica atual.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO E LOCAL DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal realizado a partir dos dados de prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley, em João Pessoa, a partir do ano de 2017.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo foi composta pelos pacientes acompanhados no serviço de dermatologia do HULW, com amostragem por conveniência. Os critérios de inclusão foram pacientes com diagnóstico de hanseníase em acompanhamento no ambulatório de dermatologia do HULW a partir do ano de 2017. E os critérios de exclusão foram pacientes com dados incompletos/inconclusivos em seus prontuários.

3.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O preenchimento do instrumento de coleta de dados (anexo) foi realizado por estudante de medicina treinado com base nos registros encontrados no prontuário dos pacientes agendados para consulta no setor, sendo assegurado o sigilo das informações coletadas e o anonimato dos participantes. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos do Centro de Ciências Médicas da UFPB, de acordo com a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo obtida a aprovação com número CAAE 58606022.8.0000.8069 e TCLE dispensado por dificuldade de acesso aos pacientes, visto que os dados foram colhidos por prontuário. A coleta de dados apenas teve início após aprovação pelo referido Comitê.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados encontrados foi construído um banco de dados digital no Microsoft Excel. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências

absolutas e relativas, enquanto que as variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão.

3.5 RISCOS DA PESQUISA

Os riscos para os participantes desse estudo estão relacionados ao desconforto em ter informações de seu acompanhamento médico e dados epidemiológicos registrados no instrumento de coleta, assim como a possibilidade de vazamento dos dados coletados. Para minimizar esses riscos, as informações foram coletadas a partir do prontuário do paciente, com o sigilo dos dados e o anonimato dos participantes assegurados, além do acesso restrito aos dados e planilhas pelos pesquisadores.

3.6 BENEFÍCIOS DA PESQUISA

A pesquisa traz como benefícios identificar o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com hanseníase atendidos no HULW, em tratamento clássico e alternativo, ampliando o conhecimento acerca dessa população, a fim de possibilitar o planejamento de ações para melhorar a qualidade do acompanhamento clínico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de Dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley - UFPB. Após aprovação pelo comitê de ética da UFPB, procedeu-se com revisão de prontuários, sendo incluídos 42 pacientes na amostra total e, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultou-se em um total de 38 pacientes avaliados para este estudo. Através dos prontuários foram extraídos dados referentes ao perfil socioeconômico e clínico desse grupo.

4.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Em relação ao perfil socioeconômico da população estudada, obteve-se que 19 pacientes eram homens e 19 mulheres, sendo um percentual equivalente para ambos os sexos. Conforme o Boletim Epidemiológico da Hanseníase divulgado pelo Ministério da Saúde em janeiro de 2023, entre 2017 a 2021, houve uma proporção maior de casos novos em indivíduos do sexo masculino em todas as faixas etárias , o que corresponde a 55,7% do total (119.698 casos de hanseníase no Brasil). No presente estudo, ao diagnóstico a média de idade foi 48,45 anos (desvio padrão: +/- 19,32), sendo 48,05 anos (DP: +/- 18,74) em homens e 48,84 anos (DP: +/- 20,40) em mulheres. Apesar da amostra não incluir pacientes em faixa pediátrica, faz parte do perfil da hanseníase acometer uma população economicamente ativa, principalmente entre os 40 a 60 anos, dado observado no presente estudo (BRASIL, 2022; ARAÚJO; MORAIS; SOUSA, 2023) . A tabela a seguir apresenta os demais dados sobre sexo e idade referentes a amostra.

Tabela 1: Distribuição do sexo por idade

Variáveis	Homens	Mulheres	Total
	N (%)	N (%)	
Idade			
< 20 anos	1 (2,63%)	4 (10,53%)	5 (13,16%)
20 a 40 anos	5 (13,16%)	2 (5,26%)	7 (18,42%)
40 a 60 anos	7 (18,42%)	7 (18,42%)	14 (36,84%)
60 a 80 anos	5 (13,16%)	5 (13,16%)	10 (26,32%)
> 80 anos	1 (2,63%)	1 (2,63%)	2 (5,26%)
Total	19 (50%)	19 (50%)	38 (100%)

Considerando a ocupação, a principal foi aposentado (a) com 26,3%, seguida por do lar (10,5%) e estudante (10,5%). Profissionais com ensino superior completo também fizeram parte da amostra, como advogado (2,6%), bióloga (2,6%) e contador (2,6%). Para os homens a principal ocupação foi aposentado (31,7%), enquanto que para as mulheres, aposentada (21,1%) e do lar (21,1%) tiveram o mesmo percentual de pacientes. Isso reforça que a hanseníase é uma doença infectocontagiosa relacionada à imunidade do hospedeiro, afetando todas as classes econômicas. Contudo, pode-se levantar a hipótese que a predominância em classes economicamente menos favorecidas estaria associada a questões de acesso à saúde (visto que diagnóstico precoce e educação em saúde barram a cadeia de transmissão), sendo justamente um fator agravante no grupo com menor grau de escolaridade e menor renda (ALVES et al, 2023). A tabela 2 traz todos os dados sobre sexo e ocupação dos pacientes da pesquisa, sendo importante mencionar que não foi possível distinguir o grau de escolaridade dos aposentados, visto que apenas havia tal registro em prontuário.

Tabela 2: Distribuição do sexo por ocupação

Variáveis	Homens N (%)	Mulheres N (%)	Total
Ocupação			
Advogado (a)	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Agricultor (a)	1 (2,63%)	1 (2,63%)	2 (5,26%)
Aposentado (a)	6 (15,79%)	4 (10,53%)	10 (26,32%)
Autônomo (a)	1 (2,63%)	1 (2,63%)	2 (5,26%)
Do lar	0	4 (10,53%)	4 (10,53%)
Biólogo (a)	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Contador (a)	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Cuidador (a)	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Estudante	1 (2,63%)	3 (7,89%)	4 (10,53%)
Funcionário (a) Público	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Guincheiro (a)	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Manicure	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Pedreiro (a)	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Servente	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Sem identificação	4 (10,53%)	3 (7,89%)	7 (18,42%)

Total	19 (50%)	19 (50%)	38 (100%)
--------------	----------	----------	-----------

Já em relação ao perfil demográfico dos pacientes, quanto ao município de procedência achou-se predominância de João Pessoa (28,9%) seguido por Santa Rita (7,9%). Alagoinha, Bayeux, Caaporã, Itapororoca, Jacaraú, Mamanguape obtiveram, cada um, o percentual de 5,3%. Já Alhandra, Conde, Cruz do Espírito Santo, Cuitegi, Guarabira, Ingá, Mari, Natuba, Pilões, Salgado de São Félix, Santa Luzia e São José de Piranhas contabilizaram cada 2,6%. No estudo de Campello (2021), foi observado que os municípios com maiores números absolutos de prevalência de casos de hanseníase no estado no ano de 2019 foram João Pessoa (n=113), Campina Grande (n=77), Santa Rita (n=43), Patos (n=26) e Bayeux (n=37).

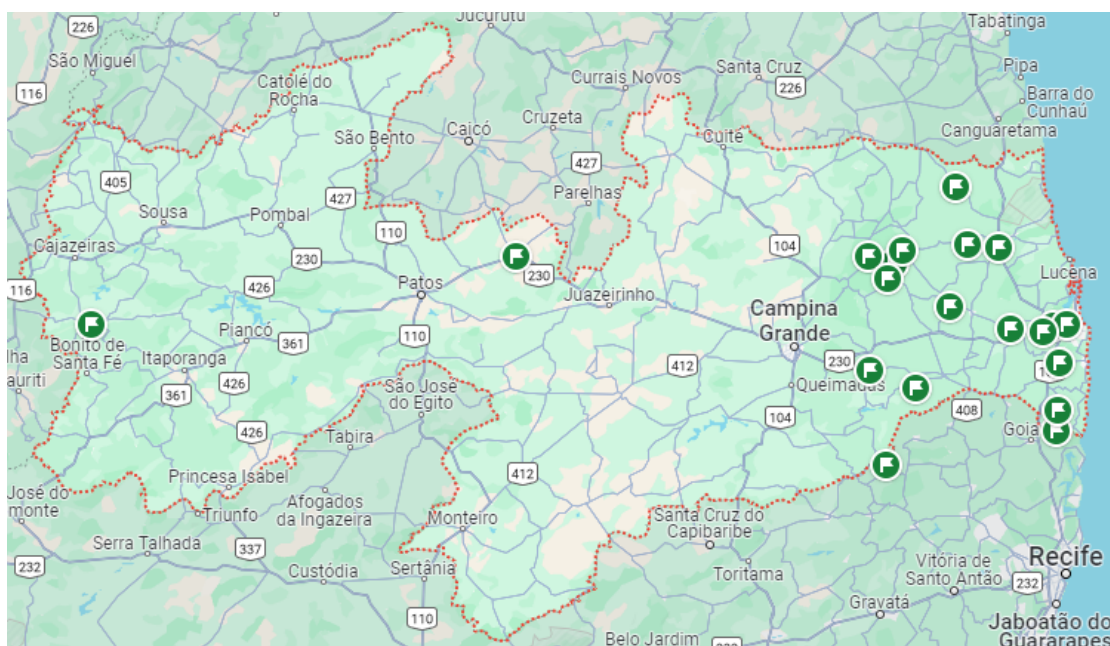


Imagem 1: distribuição demográfica e mapa da Paraíba. Fonte: Google Maps

O Hospital Universitário é referência para toda a Paraíba, contudo, vale lembrar que outros locais compartilham da responsabilidade do diagnóstico e acompanhamento desses pacientes como as próprias Unidades de Saúde da Família e o Hospital Clementino Fraga, também situado na capital do Estado, que é referência para as doenças infectocontagiosas. Na amostra total, um paciente com acompanhamento em outro serviço teve seu encaminhamento para o HULW por erro no processo de marcação e regulação dos encaminhamentos. Quanto ao local

Imagem 2: ficha de notificação compulsória de Hanseníase. Fonte: SINAN

4.2 PERFIL CLÍNICO

4.2.1 Forma clínica da hanseníase

De acordo com a classificação operacional do Ministério da Saúde e classificação clínica de Madrid, encontrou-se maior prevalência dos casos multibacilares (78,95%), tendo a forma Virchowiana com 36,84% do total da amostra. Tal predominância persiste independentemente do sexo e idade avaliados. Pode-se observar igual predominância de casos multibacilares e paucibacilares apenas na faixa-etária dos 40-60 anos. Os demais resultados, conforme coleta dos dados, serão encontrados na tabela a seguir.

Tabela 3: Classificação operacional e clínica da hanseníase por sexo

Variáveis	Homens N (%)	Mulheres N (%)	Total
Paucibacilar	3 (7,89%)	5 (13,16%)	8 (21,05%)
Tuberculoide	2 (5,26%)	5 (13,16%)	7 (18,42%)
Indeterminada	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Multibacilar	16 (42,10%)	14 (38,84%)	30 (78,95%)
Dimorfa Tuberculoide	2 (5,26%)	3 (7,89%)	5 (13,16%)
Dimorfa Virchowiana	3 (7,89%)	3 (7,89%)	6 (15,79%)
Dimorfa não especificada	1 (2,63%)	2 (5,26%)	3 (7,89%)
Virchowiana	9 (23,68%)	6 (15,79%)	15 (39,47%)
Não especificado	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Total	19 (50%)	19 (50%)	38 (100%)

No Brasil em 2022, 80,2% dos casos novos foram classificados como multibacilares. Tal valor incluiu tanto os casos com certeza diagnóstica quanto as dúvidas, já que a recomendação de tratamento em caso de dúvida é considerar o esquema para multibacilares, ou seja, poliquimioterapia por 12 meses. Os casos de paucibacilares foram os 19,8% complementares (BRASIL, 2023). O panorama de prevalência no estudo mostrou-se semelhante ao nacional, assim como em outros estudos da literatura com o mesmo objetivo. Dados fornecidos pelo SINAN entre 2015 e 2019 já mostravam 74,6% de casos multibacilares na atenção primária e

74,0% na atenção de média/alta complexidade, tendo a classificação clínica dimorfa na atenção primária em 50,8% e na atenção de média/alta complexidade em 50,6%, seguida pela forma clínica Virchowiana na atenção primária com 15,0% e na atenção de média/alta complexidade 19,6%. Assim, ao longo do tempo, é possível afirmar estabilidade no perfil da doença com predominância de casos multibacilares.

4.2.2 Exames complementares

Um dos exames complementares utilizados para auxiliar no diagnóstico é a baciloscopia. Dentre os pacientes investigados, 89,47% (n=34) realizaram o exame em algum momento de seu acompanhamento e 10,53% (n=4) não realizaram ou não houve registro. Dos casos com baciloscopia presente, foram 58,82% (n=20) negativas e 41,18% (n=14) positivas no diagnóstico, sendo neste grupo 21,43% (n=3) com valor menor que 2 e 78,57% (n=11) com valor maior ou igual a 2 em pelo menos um exame. Isso colabora para o raciocínio clínico que a baciloscopia negativa não exclui diagnóstico clínico, contudo se bacilos álcool-ácido resistentes estão presentes é dado o diagnóstico de hanseníase multibacilar (BRASIL, 2017). Apenas 41,18% (n=14) dos que possuíam índice baciloscópico tinham pelo menos uma outra baciloscopia de controle.

Já em relação ao exame de biópsia, 57,89% (n=22) pacientes realizaram o exame. Desses 86,36% (n=19) tinham pesquisa de BAAR positiva ou conclusão característica de hanseníase e 40,91% (n=9) neurite associada. A tabela 4 ilustra os resultados obtidos. Mesmo não fazendo parte da investigação obrigatória, de acordo com a OMS, a biópsia é considerada importante em nível de atenção secundária.

Tabela 4: Exames complementares

Variáveis	N (%)
Baciloscopia	34 (89,47%)
Positiva e < 2	3 (21,43%)
Positiva e > 2	11 (78,57%)
Negativa	20 (58,82%)
Não realizou ou sem registro	4 (10,53%)
Biópsia	22 (57,89%)
Achado sugestivo*	19 (86,36%)
Neurite associada	9 (40,91%)

Não realizou ou sem registro

16 (42,10%)

* pesquisa de BAAR positiva ou conclusão característica de hanseníase do material

4.2.3 Esquema de tratamento

O esquema de tratamento recomendado como primeira escolha pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Hanseníase de 2022 é a poliquimioterapia única (PQT-U), composta por rifampicina, dapsona e clofazimina, em 100% dos casos pela capacidade de curar a infecção. A diferenciação do esquema de acordo com as diferentes classificações operacionais ocorre apenas no tempo das medicações, sendo por 6 ou 12 meses nos casos paucibacilar ou multibacilar, respectivamente. Na amostra estudada, 63,16% (n=24) pacientes receberam a PQT-U, 34,21% (n=13) a PQT MB e 2,63% (n=1) a PQT PB. Antes da Nota Técnica nº 16/2021-CGDE/.DCCI/SVS/MS que estabeleceu o uso da PQT única a partir 01 julho de 2021, o tratamento para paucibacilar não incluía a clofazimina. Por isso, observou-se em alguns casos mais antigos os termos PQT PB e MB no registro de tratamento dos pacientes. A tabela 5 detalha o esquema de tratamento para cada sexo.

Tabela 5: Esquema de tratamento

Variáveis	Homens N (%)	Mulheres N (%)	Total
Poliquimioterapia	20 (52,63%)	18 (47,37%)	38 (100%)
Única	12 (31,58%)	12 (31,58%)	24 (63,16%)
MB	7 (18,42%)	6 (15,79%)	13 (34,21%)
PB	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Esquema alternativo*	3 (7,89%)	3 (7,89%)	6 (15,79%)

* mudança ocorrida ao longo do tratamento

Em 15,79% (n=6) dos casos houve necessidade de mudança do esquema terapêutico, todos por reação a dapsona com quadro de anemia hemolítica. Foi optado por PQT sem dapsona com adição do ofloxacino. Em um desses casos, houve reação grave com necessidade de internação e hepatite medicamentosa associada. Em dois outros casos, observou-se associação com Lúpus Eritematoso

Sistêmico, sendo já conhecido por um dos pacientes e descoberto após investigação da anemia em outro. Em relação ao momento de detecção da reação adversa, os resultados foram diversos: 1 caso na primeira cartela, 1 caso na terceira, 1 caso na quinta, 1 caso na sexta, 1 caso na sétima e outro não identificado. Não houve predominância de sexo. A faixa etária mais acometida foi dos 40-60 anos com 66,67% (seguida por menos de 20 anos e entre 60-80 anos com 16,67% cada) e todos os casos concluíram o tratamento no tempo proposto segundo sua classificação operacional. Desses casos 5 eram multibacilares (3 virchowianos, 1 dimorfo virchowiano e 1 dimorfo tuberculóide) e 1 era paucibacilar (1 tuberculóide). A tabela 6 reúne os dados descritos.

Em um estudo desenvolvido em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro, 30,7% da amostra desenvolveu efeitos adversos, com a anemia hemolítica sendo a mais frequente (aguda com 30,35% e crônica com 42,85%). Em relação ao sexo, foi achado 64,28% do sexo feminino (47,22% paucibacilares e 52,77% multibacilares) e 35,71% do sexo masculino (20% paucibacilares e 80% multibacilares). Quanto à faixa etária, a distribuição foi 5,35% eram menores de 15 anos e 55,35% acima de 45 anos (sendo 21,42% acima de 70 anos). A dapsona foi a principal droga causadora de efeito adverso, sendo necessária sua substituição em 6 casos. (COSTA, 2018)

Tabela 6: Perfil dos pacientes em esquema alternativo

Variáveis	Homens N (%)	Mulheres N (%)	Total
Idade	3 (50%)	3 (50%)	6 (100%)
< 20 anos	0	1 (16,67%)	1 (16,67%)
20 a 40 anos	0	0	0
40 a 60 anos	2 (33,34%)	2 (33,34%)	4 (66,67%)
60 a 80 anos	1 (16,67%)	0	1 (16,67%)
> 80 anos	0	0	0
Paucibacilar	0	1 (16,67%)	1 (16,67%)
Tuberculoide	0	1 (16,67%)	1 (16,67%)
Multibacilar	3 (50%)	2 (33,34%)	5 (83,34%)
Virchowiana	2 (33,34%)	1 (16,67%)	3 (50%)
Dimorfa Virchowiana	1 (16,67%)	0	1 (16,67%)
Dimorfa Tuberculoide	0	1 (16,67%)	1 (16,67%)

Segundo a CONITEC (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde), ofloxacina 400 mg ou minociclina 100 mg e mais recentemente claritromicina entram como opção terapêutica nos casos de necessidade de substituição do esquema de escolha, sendo possível a conclusão do esquema alternativo durante o período inicialmente proposto. Não foi observada perda de seguimento desses casos. Faz parte da rotina e é de extrema importância rastrear a possibilidade do desenvolvimento de efeito adverso com exames laboratoriais, a exemplo do hemograma, reticulócitos, DHL, bilirrubinas, uréia, creatinina, TGO, TGP, fosfatase alcalina, glicemia, G6PD, pesquisa de sangue oculto nas fezes (em idosos) (CARVALHO, 2022).

4.2.4 Adesão à terapêutica

Já em relação à adesão terapêutica de toda a amostra, isto é, seguimento correto das dosagens até 90 dias de atraso em pacientes paucibacilares e 180 dias em multibacilares, apenas 5,26% (n=2) abandonaram o tratamento por conta própria, alegando outra doença concomitantemente. A taxa de abandono dos casos novos de hanseníase diagnosticados em 2021 e 2022 foi, respectivamente, 10,4% e 8,4%. (SES PB, 2023) Percebeu-se ainda que 5,26% (n=2) dos pacientes evoluíram com insuficiência terapêutica e 5,26% (n=2) com recidiva, ou seja, caso novo no mesmo indivíduo. A insuficiência terapêutica é definida pela necessidade de prolongar o tempo da terapêutica por causa da persistência de sinais clínicos, enquanto que a recidiva é um novo episódio de hanseníase em um indivíduo já adequadamente tratado, que havia recebido alta do acompanhamento por cura. Geralmente, o período para recidiva ocorre após cinco anos do tratamento inicial (BRASIL, 2015).

4.2.5 Reação hansênica

Reação hansênica foi identificada em 50% (n=19) do total da amostra válida, sendo apenas tipo 1 em 31,6% (n=6) do total de reações, apenas tipo 2 em 52,6% (n=10) e ambas em 15,8% (n=3). A tabela 7 apresenta melhor detalhamento quanto aos dados obtidos. Quanto ao tratamento estabelecido para esses casos, pacientes que tiveram apenas reação hansênica tipo 1 fizeram uso de prednisona, enquanto

que pacientes que apresentaram apenas tipo 2 ou ambas fizeram uso de talidomida e prednisona. Houve 1 caso de tipo 2 que usou apenas talidomida e outro caso de tipo 2 só com prednisona, de acordo com os registros em prontuário. Além disso, a pentoxifilina (vasodilatador periférico) foi um recurso terapêutico em dois pacientes com reação tipo 2, já que é a droga de escolha para substituir a talidomida tanto em cenários de intolerância quanto em períodos entre reações, a fim de prevenir recidiva da reação hansênica. (BRASIL, 2022).

Tabela 7: Reação Hansênica

Variáveis	Apenas tipo 1 N (%)	Apenas tipo 2 N (%)	Tipo 1 e Tipo 2 N (%)	Nenhum N (%)	Total
Sexo					
Homens	3 (7,89%)	8 (21,05%)	0	3 (7,89%)	19 (50%)
Mulheres	3 (7,89%)	2 (5,26%)	3 (7,89%)	11 (28,95%)	19 (50%)
Idade					
< 20 anos	0	2 (5,26%)	2 (5,26%)	1 (2,63%)	5 (13,16%)
20 a 40 anos	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)	5 (13,16%)	7 (18,42%)
40 a 60 anos	4 (10,53%)	6 (15,79%)	0	4 (10,53%)	14 (38,84%)
60 a 80 anos	1 (2,63%)	1 (2,63%)	0	8 (21,05%)	10 (26,32%)
> 80 anos	0	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)	2 (5,26%)
Paucibacilar					
Tuberculoide	1 (2,63%)	0	0	6 (15,79%)	7 (18,42%)
Multibacilar					
Virchowiana	1 (2,63%)	6 (15,79%)	3 (7,89%)	3 (7,89%)	13 (34,21%)
Dimorfa Virchowiana	1 (2,63%)	2 (5,26%)	0	3 (7,89%)	6 (15,79%)
Dimorfa Tuberculoide	1 (2,63%)	0	0	3 (7,89%)	4 (10,53%)
Dimorfo	0	0	0	3 (7,89%)	3 (7,89%)
Não classificado	0	0	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)

4.2.6 Grau de incapacidade física

Indicador importante de prognóstico e qualidade do cuidado à saúde proposto a esses cidadãos é a identificação do grau de incapacidade física (GIF) no diagnóstico. Durante o exame físico é avaliado queixa, grau de força, dor e/ou espessamento de nervos, sensibilidade, acuidade visual, que pode variar entre grau

0, 1 ou 2. O grau 2 prediz pior prognóstico quando presente no diagnóstico, indica que ele está em estágio tardio e consequentemente associado a maior gravidade e limitação física (BRASIL, 2017). A imagem a seguir mostra o fluxograma de classificação do GIF.

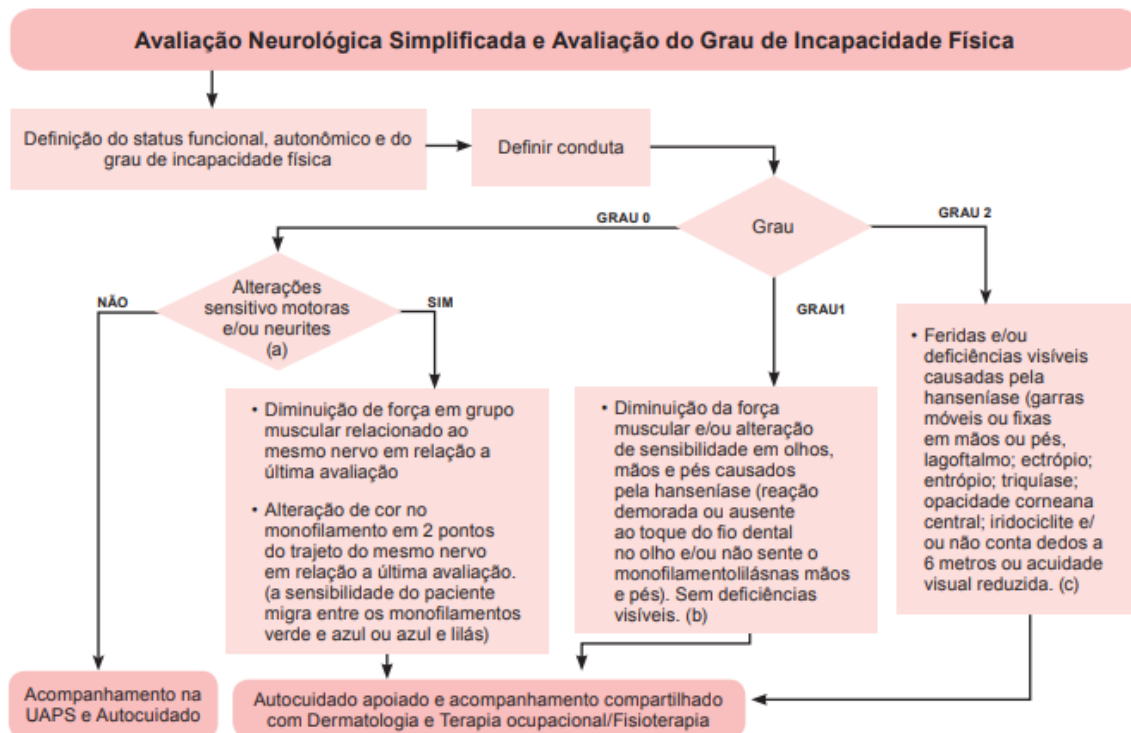


Imagem 3: Avaliação Neurológica Simplificada e Avaliação do Grau de Incapacidade Física

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2020

Durante o acompanhamento 13,16% (n=5) apresentaram GIF 2, sendo 3 no diagnóstico e apenas 2 evoluíram com a progressão da doença, saindo de nenhum grau de incapacidade para grau 2, a despeito das medicações, e foram justamente os casos identificados com insuficiência terapêutica. Nos demais casos, 29,95% (n=11) apresentaram grau 1, 10,53% (n=4) grau zero e 47,37% (n=18) sem registro. Ou seja, 52,63% (n=20) foram avaliados, o que caracteriza como avaliação precária, já que de acordo com a literatura, preconiza-se que a proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliados no diagnóstico é boa se $\geq 90,0\%$, regular se entre $75,0\%$ e $89,9\%$ e precária se $<75,0\%$ (BRASIL, 2022). No cenário nacional, a taxa de GIF 2, por 1 milhão de habitantes, foi de 8,14 casos no ano de 2021 e a proporção de avaliados no diagnóstico foi 83,4%, sendo 32,4% com GIF 1 e 11,6% com GIF 2 (BRASIL, 2023), enquanto que na Paraíba em 2022, foram detectados 12,4% de casos novos com GIF 2. (SES PB, 2023)

4.2.7 Complicações

Em relação às complicações mais frequentes detectadas, foram encontradas tanto de forma isolada quanto combinadas. A tabela 8 traz as complicações e suas respectivas frequências.

Tabela 8: Complicações detectadas

Variáveis	Paucibacilar	Multibacilar	Total
	N (%)	N (%)	
Hipo/anestesia em mãos e pés	2 (5,26%)	16 (42,10%)	18 (47,37%)
Artralgia	0	11 (28,95%)	11 (28,95%)
Redução da sensibilidade	3 (7,89%)	8 (21,05%)	11 (28,95%)
Dor neuropática	0	6 (15,79%)	6 (15,79%)
Úlcera	0	6 (15,79%)	6 (15,79%)
Edema	0	6 (15,79%)	6 (15,79%)
Anemia hemolítica	1 (2,63%)	5 (13,16%)	6 (15,79%)
Espessamento de nervo	0	5 (13,16%)	5 (13,16%)
Parestesia	0	5 (13,16%)	5 (13,16%)
Paresia	0	4 (10,53%)	4 (10,53%)
Neurite	0	4 (10,53%)	4 (10,53%)
Mão em garra	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Atrofia interóssea em mão	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Hemiespasma facial	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Prurido	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Sem registro	2 (5,26%)	2 (5,26%)	4 (10,53%)
Total*	7 (18,42%)	27 (71,05%)	34 (89,47%)

* Total de pacientes que desenvolveram complicações no grupo

As complicações na hanseníase estão relacionadas a progressão da doença, manifestações da interação entre o *Mycobacterium leprae* nos tecidos do hospedeiro e sua resposta imunológica. Chama bastante atenção às lesões neurais, destacando-se a redução da sensibilidade (temperatura, dor, tato) e força motora. Como há predileção da bactéria pela pele e sistema nervoso, observa-se paresias capazes de gerar deformidades como mão em garra (comprometimento do nervo ulnar) e pé caído (comprometimento do nervo fibular). O próprio grau de incapacidade física é uma das complicações esperada dessa fisiopatologia. A dor neuropática, parestesia, espessamento do nervo, úlceras, artralgia, edema, cianose,

ressecamento da pele, danos em mucosa nasal, irites, disfunção sexual, insuficiência renal e febre são algumas complicações que também podem surgir no quadro clínico. O prejuízo ao indivíduo está na limitação da deambulação e atividades manuais finas que trazem diminuição da capacidade produtiva, interação social e problemas psicológicos pelo sofrimento dos estigmas e preconceitos do diagnóstico e suas consequências. (ARAÚJO; MORAIS; SOUSA, 2023; BRASIL, 2017)

4.2.8 Comorbidades

Por fim, neste estudo as comorbidades encontradas em maior número de pacientes foram Hipertensão Arterial (n=12) e Tabagismo (n=5), não tendo informações registradas em 13 prontuários. A tabela 9 mostra todas as comorbidades identificadas nos pacientes da amostra.

Tabela 9: Comorbidades associadas

Variáveis	Paucibacilar N (%)	Multibacilar N (%)	Total
Hipertensão arterial crônica	5 (13,16%)	7 (18,42%)	12 (31,58%)
Tabagismo	0	5 (13,16%)	5 (13,16%)
Etilismo	0	3 (7,89%)	3 (7,89%)
Dermatite ocre	0	2 (5,26%)	2 (5,26%)
Hiperplasia prostática benigna	0	2 (5,26%)	2 (5,26%)
Diabetes mellitus	1 (2,63%)	1 (2,63%)	2 (5,26%)
Lúpus eritematoso sistêmico	1 (2,63%)	1 (2,63%)	2 (5,26%)
Transtorno de ansiedade generalizada	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Fibromialgia	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Pitiríase versicolor	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Sobrepeso	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Obesidade	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)
Rinossinusite	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Catarata	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Deficiência física	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Osteoporose	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Osteoartrite	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Trombose venosa profunda prévia	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Adenocarcinoma de próstata	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Acidente vascular cerebral prévio	1 (2,63%)	0	1 (2,63%)

Uso de maconha	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Esporotricose prévia	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Psoríase	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Epilepsia	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Gestante	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Pneumonia durante tratamento	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Labirintite	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Úlcera gástrica	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Varizes em membros inferiores	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Enfisema pulmonar	0	1 (2,63%)	1 (2,63%)
Sem registro	3 (7,89%)	10 (26,32%)	13 (34,21%)
Total*	8 (21,05%)	30 (78,95%)	38 (100%)

* Total de pacientes do grupo

A principal comorbidade em literatura encontrada foi hipertensão arterial sistêmica (24,53%), seguida pela diabetes mellitus (8,8%). Outro achado foi 3,77% portadores de lúpus eritematoso sistêmico. As demais foram anemia, hipotireoidismo, glaucoma, dislipidemia, insuficiência renal e cardíaca (COSTA, 2018) Já em outra fonte bibliográfica a frequência das comorbidades achadas foram dislipidemia, obesidade, hipertensão, diabetes, observando que em todos esse grupos houve predominância do sexo masculino e da forma clínica Virchowiana. (SOUZA; SACHETT; CRUZ, 2021) Ainda há certa dificuldade de estabelecer associações por escassez de materiais sobre o tema.

CONCLUSÃO

A hanseníase, ou milenarmente conhecida como lepra, é uma doença infectocontagiosa de acometimento cutâneo e neurológico desenvolvida por uma reação inflamatória ao *Mycoplasma leprae*, uma bactéria intracelular obrigatória. É uma das vinte Doenças Tropicais Negligenciadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O Brasil ocupa o segundo lugar mundial de caso, configurando um problema de saúde pública tanto na esfera micro como macro demográfica (OMS, 2019). Tal estudo teve como objetivo avaliar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase atendidos no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Lauro Wanderley.

Em relação as características epidemiológicas dos pacientes hansenianos acompanhados pelo ambulatório não houve predominância de sexo, a idade média foi de 48,45 anos (DP=19,32), principal ocupação foi aposentado (a) e maior número de casos na capital João Pessoa. Já quanto às características clínicas, a classificação operacional predominante foi multibacilar com 78,95% e a classificação clínica foi Virchowiana, houve adesão de 94,74% a poliquimioterapia, 50% teve reação hansênica e a complicação mais comum identificada foi hipo/anestesia em mãos e pés. Foi possível verificar também a qualidade da assistência prestada por grau 2 de incapacidade no diagnóstico em 7,89% e pelo menos uma baciloscopia em 89,74%.

Houve 6 casos que evoluíram com necessidade de mudança do esquema terapêutico pelo desenvolvimento de anemia hemolítica, optando-se por PQT sem dapsona, substituída por ofloxacino. Desses casos, um evoluiu com internação e dois eram portadores de Lúpus Eritematoso Sistêmico. O perfil desses pacientes foi classificação multibacilar, faixa etária de 40-60 anos, sem predomínio de sexo e sem perda de seguimento. Não foi possível associar o início da complicação a uma cartela específica.

Os dados expostos auxiliam no conhecimento do perfil da população atendida no serviço, compreensão da correlação entre imunologia, clínica e exames, além de identificar necessidades específicas desses pacientes que servirão de objeto de planejamento para ações de prevenção e reabilitação de incapacidades e para aperfeiçoamento da assistência prestada pelo HULW a essa população, assim

como programação de estratégias que visem melhorias na assistência, reforçando a necessidade persistente de disseminação das políticas públicas. É importante atentar para algumas limitações da pesquisa relacionadas principalmente a coleta de dados por inadequado preenchimento dos prontuários, com informações incompletas e/ou letras ilegíveis. Para a discente, a experiência foi enriquecedora, visto que houve uma maior imersão na dinâmica do serviço, estudo detalhado de cada caso para investigar os tópicos propostos, assim como aquisição de habilidades para pesquisa acadêmica, sob orientação próxima, atenciosa e exemplar da docente responsável.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. P. F.; et al. Perfil epidemiológico da Hanseníase no Brasil entre 2017 e 2022. **Brazilian Journal of Development**. Curitiba, v. 9, n. 5, p.15743–15753, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n5-087> Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/59638>

ARAÚJO, S. V. M.; MORAIS, A. M. B.; SOUSA, M. N. A. Complicações neuronais e incapacidades adquiridas pós-hanseníase. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Patos, Vol. 23 (1), 2023. ISSN 2178-2091. DOI:

<https://doi.org/10.25248/REAS.e11767.2023>. Disponível em:

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11767/7089>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ampliação de uso da claritromicina para o tratamento de pacientes com hanseníase resistente a medicamentos**. Relatório de Recomendação de Medicação Nº 583. Brasília – DF. Dezembro de 2020.

Disponível em:

https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/2020/20201229_relatorio_583_claritromicina_hanseníase_resistente.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS.

Acompanhamento dos dados de hanseníase - Brasil [Internet]. Brasília:

Ministério da Saúde; 2021. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/hanswbr.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI.

Boletim Epidemiológico de Hanseníase. Número Especial | Jan. 2023. ISSN: 9352-7864. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hanseníase-2023_internet_completo.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 68 p. : il. ISBN 978-85-334-2542-2. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseníase.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Hanseníase no Brasil: perfil epidemiológico segundo níveis de atenção à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. –

Brasília : Ministério da Saúde, 2022. ISBN 978-65-5993-196-5. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseníase_perfil_epidemiologico_atencao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral De Hanseníase e

Doenças em Eliminação. **Nota Informativa Nº 51, DE 2015**

CGHDE/DEVIT/SVS/MS. Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício Principal, 3º Andar, Sala s/nº. 70.304-000 - Brasília-DF. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/notainformativa51recidivaresisteinsuficienciamedicamentosanahanseniase.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação. **Nota Técnica nº 16/2021-CGDE/DCCI/SVS/MS.** Assunto: orientações a Estados e Municípios para a implementação da “ampliação de uso da clofazimina para o tratamento da hanseníase paucibacilar, no âmbito do Sistema Único de Saúde”. Brasília, DF; 16 Jun 2021 [citado em 30 Jul 2021]. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/07/SEI_MS-0020845770-Nota-Te%CC%81cnica-16.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 152 p. : il. ISBN 978-65-5993-397-6. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hanseniase.pdf

CAMPELLO, D. P. **Prevalência da hanseníase no estado da paraíba.** Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/23199/1/DANILO%20PESSOA%20CAMPELLO.pdf>

CARVALHO, R. K. V. **Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase.** Telessaúde Maranhão Hanseníase em Foco. Setembro, 2020.

COSTA, V. D. T. **Avaliação dos efeitos adversos e comorbidades dos pacientes tratados com poliquimioterapia para Hanseníase em 13 anos no Hospital Universitário Pedro Ernesto.** Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: https://www.bdtu.uerj.br:8443/bitstream/1/8639/1/DISSERTACAO_FINAL_Violeta_DT_Costa.pdf

FRANCO, L. A. **Reações adversas à poliquimioterapia em hanseníase.** Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2014. Disponível em: <https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/3923>

GOULART, I. M. B.; et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia em pacientes com hanseníase: um levantamento de cinco anos em um Centro de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** 35(5): 453-460, set-out, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822002000500005>

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia Global de Hanseníase 2021–2030 – “Rumo à zero hanseníase”**. 2021. ISBN: 978-92-9022-842-4. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789290228509>

PINHEIRO, R. O.; et al. Innate Immune Responses in Leprosy. **Front. Immunol. Sec. Microbial Immunology**. v.9, n. 518, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.00518>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2018.00518/full>

PIRES, C. A. A.; et al. Análise da ocorrência de reações adversas à poliquimioterapia no tratamento para hanseníase. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13 n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e6233.2021> Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6233>

Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase - Cenário atual do Estado da Paraíba**. 01 Jan 2023. Disponível em: https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-hanseníase-2023-final_corrigido.pdf

Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Hanseníase: Reações hansênicas e efeitos adversos às drogas**. 1. ed. Rio de Janeiro: SMS, 2020. 44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Coleção Guia de Referência Rápida, n. 15) ISBN 978-85-86074-69-1. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/guia_de_referencia_rapida_hanseníase_reacoes_hansenicas_e_efeitos_adversos_as_drogas.pdf

SOUZA, J. R.; et al. In situ expression of M2 macrophage subpopulation in leprosy skin lesions. **Acta Tropica**. v. 157, p. 108-114, 2016. DOI: 10.1016/j.actatropica.2016.01.008 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26827741/>

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 325-334, jul./set. 1997. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/download/1185/1204/2045>

SOUZA, D. S.; SACHETT, J. A. G.; CRUZ, R. C. S. Frequência de Comorbidades em pacientes com hanseníase por ocasião do diagnóstico. **Fundação Alfredo da Mata**. 2021. Disponível em: <http://www.fuham.am.gov.br/wp-content/uploads/2014/03/Frequencia-de-Comorbidades-em-pacientes-com-hanseníase-por-ocasio-do-diagnostico.pdf>

WHO. World Health Organization. **Weekly epidemiological record: global leprosy (hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives**. Genebra: World Health Organization; 2020 [update 2020 sep 3; cited 2021 set 7]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9536>

ANEXO

Ficha Clínica e Sociodemográfica

“Perfil Clínico e Epidemiológico dos pacientes com Hanseníase atendidos em Hospital Universitário do Nordeste Brasileiro”

Data e hora:

Preenchedor:

Nome do paciente:

Prontuário:

Data de nascimento:

Sexo:

Município de procedência:

Estado civil:

Número pessoas que moram na mesma residência:

Ocupação:

Data e local do diagnóstico:

Forma clínica:

Alterações de sensibilidade:

Complicações detectadas no diagnóstico:

Comorbidades prévias:

Baciloscopia:

Outros exames realizados?

Início do tratamento:

Esquema do tratamento:

Adesão ao tratamento?

Reação Hansênica?

Realizada avaliação das pessoas do convívio?

Outras pessoas da família com diagnóstico?

Outras informações