

Carmelita Ribeiro de Oliveira¹
 Maria de Jesus Freitas de Alencar²
 Sônia Carvalho de Santana³
 Sebastião Alves de Sena Neto⁴
 Alberto Novaes Ramos Jr⁵

FATORES QUE INFLUENCIARAM A INADEQUAÇÃO DO DIAGNÓSTICO E DO ACOMPANHAMENTO DOS ESTADOS REACIONAIS EM HANSENÍASE NO ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL

Factors influencing inadequate diagnosis and follow-up of leprosy reactions in Rondônia State, Brazil.

RESUMO

Os episódios reacionais em hanseníase mantêm-se como um dos grandes desafios para os Programas de Controle de Hanseníase em países endêmicos. Apesar de se reconhecerem os seus aspectos clínicos, ainda persistem questões abertas sobre vários aspectos relacionados a fisiopatologia destas reações, dificultando a definição de critérios para operacionalização do seu controle. Neste estudo avaliaram-se os fatores que influenciaram a inadequação do diagnóstico e acompanhamento dos casos que apresentaram reações hansênicas e da repercussão destes episódios no grau de incapacidade física determinada pela avaliação fisioterápica. Estudo descritivo, operacional, realizado no Estado de Rondônia durante o ano de 1997 nos casos novos diagnosticados e nos que receberam alta por cura. Realizou-se pesquisa em prontuários para identificação dos casos que desenvolveram reações. Para a entrevista foram selecionados pacientes com reações após a alta e os com progressão do grau de incapacidade durante tratamento, sendo

Oliveira C R, Alencar M J F, Santana S C, Sena Neto S A, Ramos Junior A N. Fatores que influenciaram a inadequação do diagnóstico e do acompanhamento dos estados reacionais em hanseníase no Estado de Rondônia, Brasil. *Hansen Int* 2007; 32 (2): 185-96.

realizada avaliação clínica. O estudo possibilitou avaliar a estrutura do programa de controle nos municípios selecionados. Em Rondônia, apesar dos avanços obtidos na detecção de casos, disponibilização da poliquimioterapia e redução do grau de incapacidades físicas no início e término deste tratamento, mantêm-se as dificuldades da abordagem destas reações. Faz-se necessária redefinição de prioridades incorporando a abordagem das reações como estratégica para melhorar a atenção integral aos pacientes.

Palavras-chave: hanseníase; complicações; epidemiologia; prevenção de incapacidades reações hansênicas;

Recebido em 09/05/2007.
 Última correção em 05/05/2007.
 Aceito em: 01/07/2007.

- 1 Maria de Jesus Freitas de Alencar - Rua Pereira Valente, 640 Apartamento 1302 Fortaleza – CE CEP: 60.160-250. Telefone/Fax: +55 85 3224-1537 e-mail jesusalencar@yahoo.com.br
Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Coordenação do Programa de Controle de Hanseníase - Agência de Vigilância em Saúde - Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia. Avenida Padre Ângelo Cerri s/nº. CEP: 78903-400. Telefone/Fax: +55 69 216-5285. hanstb_sesro@yahoo.com.br
- 2 Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Agência de Vigilância em Saúde Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia. Avenida Padre Ângelo Cerri s/nº. CEP: 78903-400. Telefone/Fax: +55 69 216-5285. jesusalencar@yahoo.com.br
- 3 Enfermeira. Técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Ariquemes – Rondônia.
- 4 Assessor de Sistemas de Informação da Gerência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Secretaria Estadual de Saúde de Rondônia. Avenida Padre Ângelo Cerri s/nº. CEP: 78903-400. Telefone/Fax: +55 69 216-5285. hanstb_sesro@yahoo.com.br
- 5 Doutorando em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Ceará. Professor do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará. Rua Professor Costa Mendes 1608 5º andar – Rodolfo Teófilo – Fortaleza/Ceará. CEP: 60430-140. Telefone: +55 85 3366-8045 / Fax: +55 85 3366-8045. E-mail: novaes@ufc.br

ABSTRACT

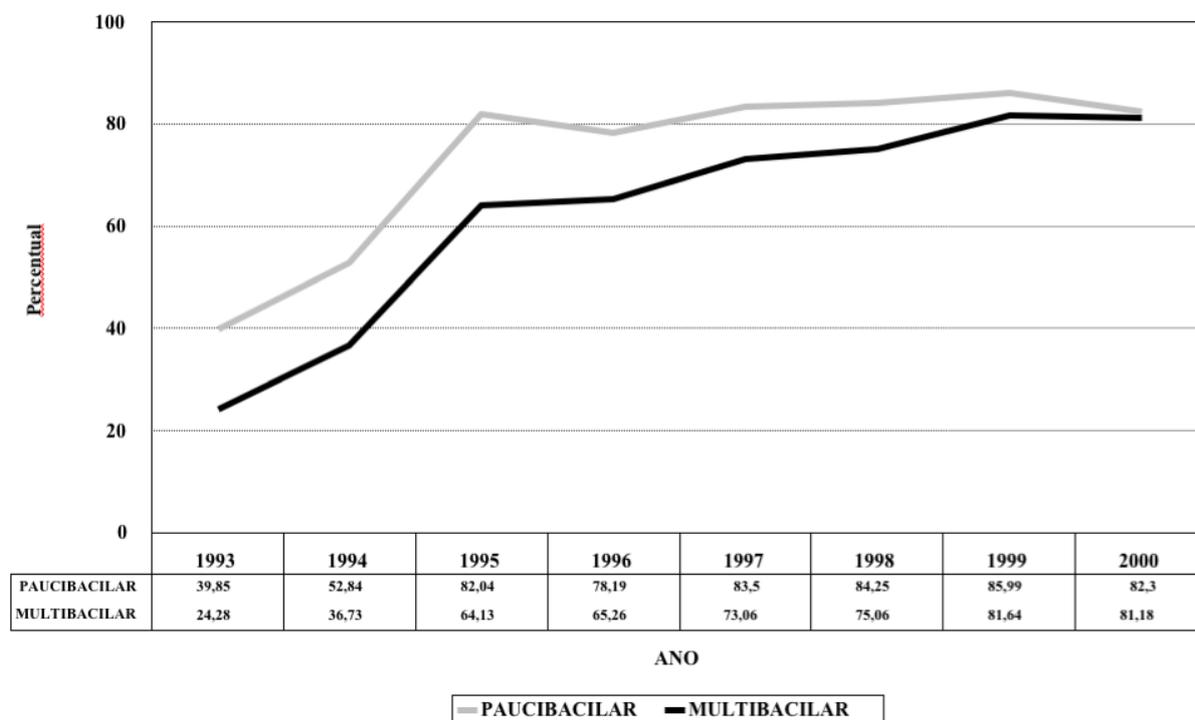
Leprosy reactions continue being one of the great challenges for National Leprosy Control Programs in endemic countries. The clinical aspects of reactions are well known, but data on the epidemiology are scanty. This hinders the elaboration of effective control strategies. In this study, factors were characterized which influenced inadequate diagnosis and follow-up of patients with leprosy reactions, as well as the impact of reactions on the development of physical disabilities. The descriptive operational study was done in Rondônia State in 1997, based on newly diagnosed cases and those that received discharge for cure. Data on leprosy reactions were obtained from medical records. Patients with reactions after discharge and progression of disability during treatment were interviewed, and a clinical evaluation was done. In addition, we described the structure of the Leprosy Control Programs in selected municipalities. Our data show that in Rondônia, despite progress in case detection, better availability of multidrug therapy, and reduction of disability grade at diagnosis and discharge from treatment, there continue to be difficulties in the management of leprosy reactions. Thus, it is necessary to define priorities focussing on the management of reactions, as a strategy to improve integrated patient care.

Key-words: leprosy; complication; epidemiology; prevention of disabilities; leprosy reactions

INTRODUÇÃO

A hanseníase representa ainda hoje um importante problema de saúde pública no Brasil. Mesmo reconhecendo o impacto da introdução da poliquimioterapia (PQT) no que se refere à redução do número de incapacidades físicas, a ocorrência de episódios reacionais e a inadequação da operacionalização das estratégias de controle da doença mantêm o desafio de um real controle das incapacidades¹. Poderia ser considerada uma doença relativamente comum, caso não ocorressem surtos de agudização denominados episódios reacionais com o acometimento de troncos neurais periféricos e o conseqüente risco de evolução para incapacidades²⁻⁵. Estes estados reacionais e as neurites incorporam-se dentro da síndrome clínica relacionada à doença, podendo ocorrer durante o curso da doença e ao longo do tratamento, bem como após o tratamento específico com a PQT⁶⁻⁸. Apesar de se reconhecerem os aspectos clínicos das relações entre lesão de nervos e estados reacionais, ainda permanecem muitas questões a serem respondidas em relação à patologia, patogênese e epidemiologia destas lesões⁹⁻¹¹.

No Estado de Rondônia o Programa de Controle de Hanseníase (PCH) foi implantado em 1992, tendo sido criado um banco de dados de hanseníase com a recuperação de informações desde 1975. A partir de 1994, considerou-se estratégica e prioritária a implementação de ações direcionadas à Prevenção das Incapacidades (PI). Neste sentido, os municípios foram estimulados a estabelece-



Fonte: CECHT/GVEA/SESAU

Figura 1. Porcentagem de Cura por Classificação Operacional. Rondônia, coortes de 1993 a 2000.

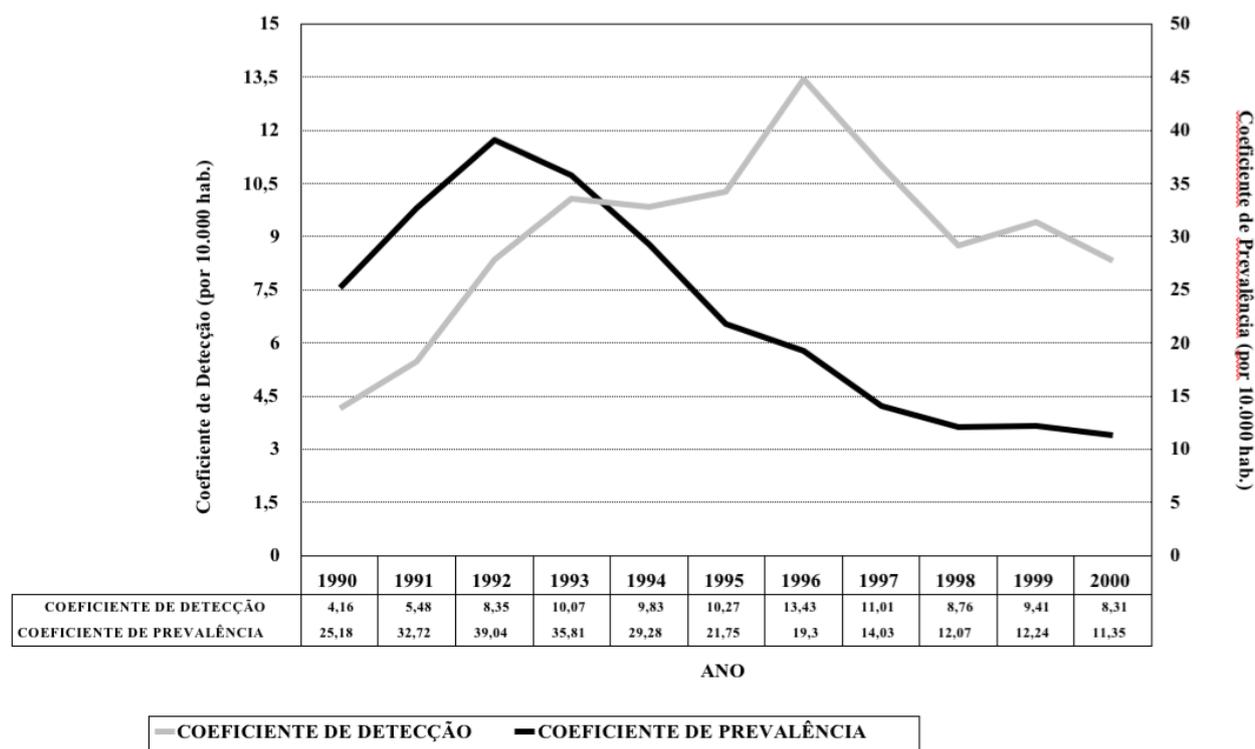
rem metas e atividades direcionadas para o diagnóstico precoce da infecção pelo *Mycobacterium leprae* e para o tratamento com a PQT. Paralelamente, objetivou-se a redução da taxa de abandono e a implementação de ações específicas diretamente voltadas para PI através da descentralização das ações de controle do PCH em todo o Estado. Entretanto, essa estratégia foi estabelecida de forma fragmentada, não se conseguindo oferecer uma assistência integral tanto durante o processo de cura da infecção quanto após o tratamento, momento este em que não se têm estratégias estabelecidas para o seguimento destas pessoas (Figura 1).

Em 1996, ano de implantação do Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN) específico para a hanseníase no Estado, intensificaram as ações de busca de casos, o que resultou na identificação de 1.640 casos novos, o maior número já registrado, com um coeficiente de detecção de 13,43/10.000 habitantes; e um coeficiente de prevalência de 19,43/10.000 habitantes. Estes coeficientes foram considerados hiperendêmico e muito alto, respectivamente, segundo os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) e são adotados pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil por meio do seu PCH⁵⁻¹³. (Figura 2).

A questão principal que define o problema a ser abordado é a inadequação do diagnóstico e do acompanhamento das reações nas pessoas com hanseníase

em tratamento pelo PCH do Estado de Rondônia, tanto durante o tratamento específico quanto após a cura microbiológica.

Neste sentido, este estudo tem como objetivo caracterizar os fatores que influenciaram a inadequação no diagnóstico das reações do pacientes tanto na vigência do tratamento quanto após a alta e que tiveram ou não alteração do grau de incapacidade física, determinado na avaliação de incapacidades no Estado de Rondônia. De forma mais específica, o objetivo deste estudo foi: a) verificar entre os casos novos de hanseníase diagnosticados no ano de 1997 aqueles que apresentaram reações durante ou após a PQT; b) identificar os fatores relacionados ao serviço, que contribuíram para a inadequação do diagnóstico e do acompanhamento daqueles pacientes, cujo grau de incapacidade foi alterado, sem apresentarem registro de reações hansênicas; c) identificar os fatores relacionados ao paciente que contribuíram para a inadequação do diagnóstico e do acompanhamento e daqueles que progrediram o seu grau de incapacidade sem apresentarem registro de reações hansênicas; d) estabelecer recomendações para otimizar o diagnóstico e o acompanhamento dos estados reacionais nos pacientes com hanseníase dentro de uma proposta que objetiva a assistência integral.



Fonte: CECHT/GVEA/SESAU

Figura 2. Coeficientes de Detecção e Prevalência – Rondônia, 1990 a 2000.a

MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo descritivo, operacional, desenvolvido no Estado de Rondônia nos anos de 2001 e 2002. A população estudada correspondeu aos casos novos de hanseníase diagnosticados em 1997 em Rondônia incorporados no SINAN do Ministério da Saúde brasileiro, correspondendo a 1.382 casos. Destes, foram considerados apenas os casos que tiveram alta por cura, após completarem as doses preconizadas para PQT (24 doses em até 36 meses no grupo MB e 6 doses em até nove meses no grupo PB), correspondendo a 1.084 casos, excluindo-se todos os casos que saíram do sistema por óbito, transferências interestaduais, erro de diagnóstico, alta estatística, ou seja, perda de seguimento de mais de dois anos para o grupo PB e de mais de quatro anos para o grupo MB, tomando-se como referência o início do tratamento; e os que permaneceram em tratamento em um período maior que o definido como alta para cura.

Assim, todos os pacientes MB incluídos na população do estudo realizaram 24 meses de tratamento, não havendo diferenças em termos do período de tempo de permanência na coorte que pudessem representar diferentes momentos de detecção ativa dos estados reacionais.

O estudo foi organizado em três etapas distintas: a) diagnóstico situacional dos estados reacionais e das incapacidades; b) avaliação dos fatores relacionados

aos serviços e c) avaliação dos fatores relacionados aos pacientes.

Tomou-se como referência para a seleção da população do estudo municípios com 11 casos ou mais de hanseníase diagnosticados em 1997 totalizando 21 municípios com 1.084 casos, 788 PB (paucibacilares) (72,7%) e 296 MB (multibacilares) (27,3%).

No presente trabalho foram selecionados todos os casos MB e 50% dos casos PB; considerando-se a maior relação do processo reacional, em casos multibacilares, totalizando 690 casos, sendo 394 PB e 296 MB (Figura 3).

Para a constituição dos 50% do grupo PB foi realizado um processo de amostragem aleatória simples a partir da base populacional dos 788 casos PB por sorteio. Todos os 296 casos MB foram selecionados. Para os 690 indivíduos selecionados foi realizada a busca dos prontuários nas unidades de saúde, para caracterizar a situação deste paciente durante o tratamento e identificando a presença de estados reacionais após o tratamento. As variáveis utilizadas para a caracterização da população do estudo nesta etapa incluíram idade, sexo, grau de instrução, ocupação, forma clínica no diagnóstico e na alta, baciloscopia no diagnóstico e na alta, grau de incapacidade (avaliando separadamente cada segmento corporal) no diagnóstico e na alta, avaliação neurológica no diagnóstico e durante a PQT, desenvolvimento de reações (reação reversa, neurite, reação reversa-neurite, Eritema

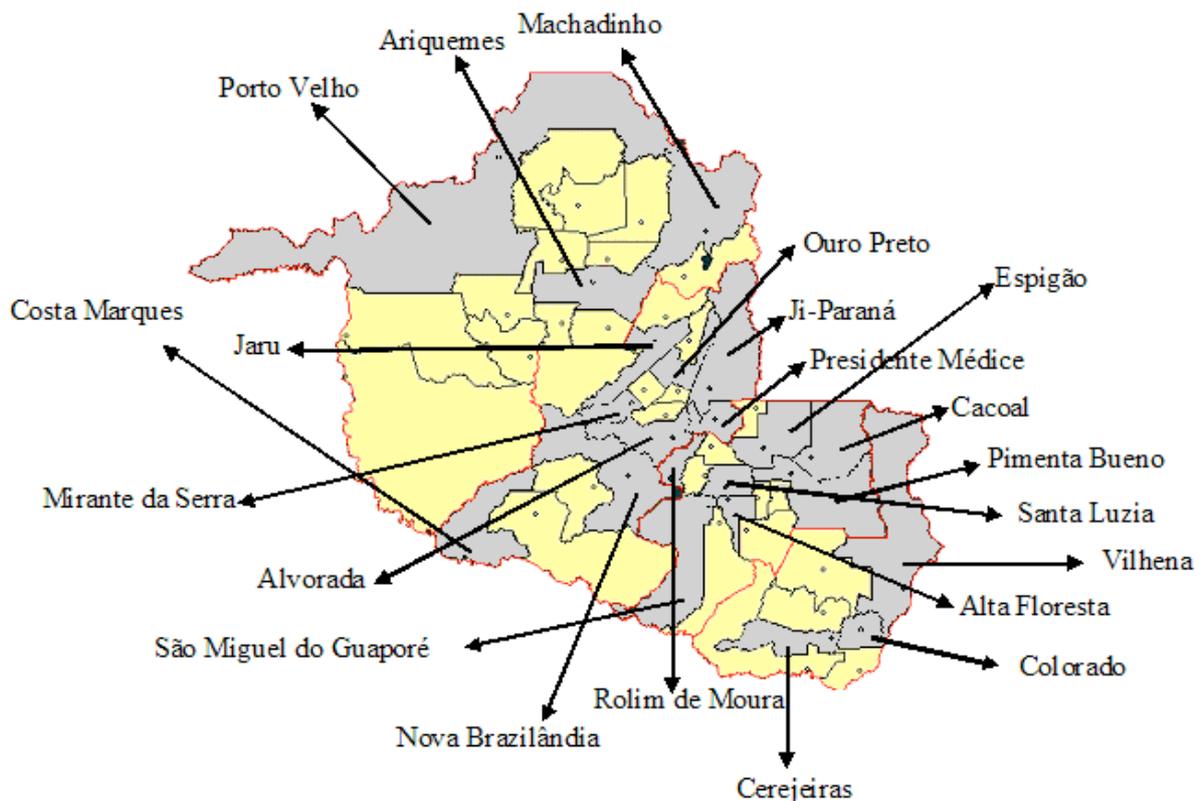


Figura 1. Municípios Pesquisados em Rondônia.

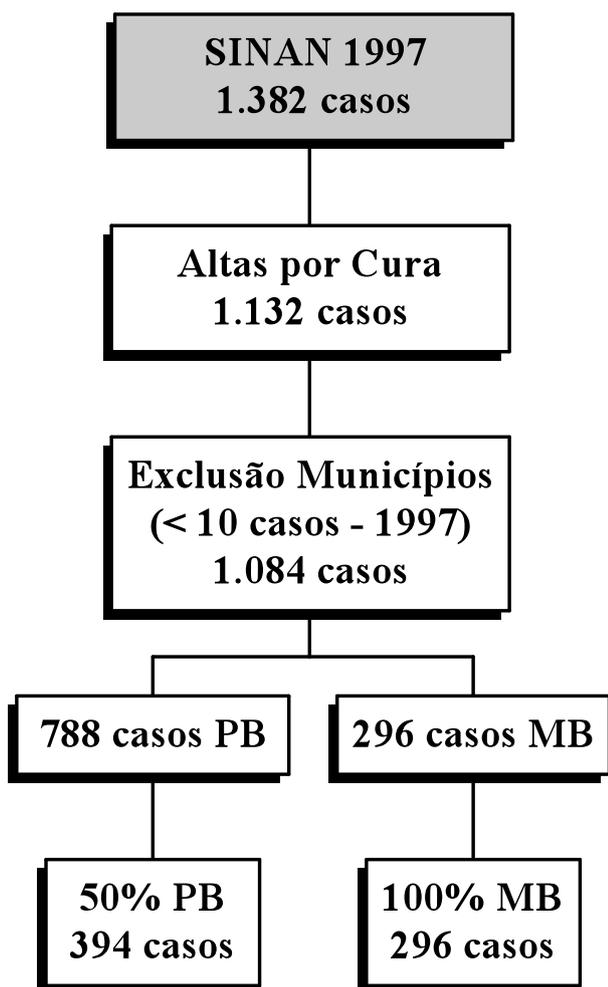


Figura 3. Definição da população do estudo.

Nodoso Hansênico (ENH) e ENH-neurite) e freqüência de episódios reacionais durante e após o PQT.

Utilizou-se a classificação dos episódios reacionais baseada na recomendação do Ministério da Saúde do Brasil⁴ nos pólos de reações tipo I ou reação reversa (RR) e tipo II, onde estão incluídos. O eritema nodoso hansênico (ENH), o ENH necrotizante, o eritema multiforme (EM) e a paniculite. O fenômeno de Lúcio é a forma de reação menos comum dos episódios reacionais e estaria incluído na reação tipo II. A reação tipo I caracteristicamente ocorre em pacientes classificados como tuberculóides (T) e dimorfos (D) enquanto que a reação do tipo II ocorre em pacientes virchowianos (V)^{8,10,11}.

Em termos de apresentação, além do descrito acima, as manifestações clínicas rotineiramente conhecidas como neurites podem ocorrer mesmo na ausência de lesões cutâneas de reação. Esses quadros são geralmente classificados como um terceiro tipo reacional denominado neurite isolada. Devido ao potencial risco de alterações permanentes no sistema nervoso periférico durante a reação tipo I, tipo II e a neurite silenciosa, são consideradas condições emergenciais na hanseníase, necessitando, portanto, ser diagnosticadas e tratadas precocemente.

No período de estudo, o tratamento dos estados reacionais foi baseado nas recomendações do Ministério da Saúde do Brasil⁶. Em termos de duração da PQT, os pacientes MB foram submetidos a 24 meses de tratamento e os PB a 6 meses, conforme recomendação do Ministério da Saúde⁶.

Em Rondônia, a caracterização dos pacientes em termos de classificação operacional em MB e PB² é baseada na avaliação clínica e baciloscópica. Por equivalência com a classificação de Madri², os pacientes classificados como indeterminados e tuberculóides são definidos como PB e os pacientes virchowianos, dimorfos e não classificados são caracterizados como MB.

A avaliação do grau de incapacidade no momento da entrevista seguiu as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde³⁻⁵, seguidas também internacionalmente¹², avaliando-se face, mãos e pés de todos os pacientes.

Para a estruturação dos bancos de dados utilizou-se o aplicativo Epi-Info – *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC - Atlanta - USA), em sua versão 6.04d²⁴. Para análise, além do Epi-Info em sua opção *Analysis* foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) em sua versão 9.0.²⁵

Além da descrição das variáveis utilizadas, a análise estatística neste estudo incluiu a utilização do teste de χ^2 de Mantel-Haenzel para avaliar como hipótese nula a independência entre os atributos incluídos na análise. O intervalo de confiança de 95% das proporções foi estimado e, desta forma, foi possível inferir os resultados do teste de hipóteses em associação a um nível de significância estatística. Utilizou-se o valor de $\alpha = 0,05$ para definir o limite de significância estatística. Desta forma, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos e definiam a rejeição à hipótese nula de independência entre as variáveis estudadas.

RESULTADOS

Foram incluídos nesse estudo 21 municípios do estado (Figura 2)

Na Tabela 1, estão especificadas as distâncias em metros, entre as sedes dos municípios e Porto Velho (capital do estado), tomado como referência, considerando uma linha reta.

Tabela 1. Distâncias (em quilômetros) entre as sedes dos municípios selecionados para a pesquisa tendo como referência o município de Porto Velho.

Município	Distância de PV sedes (Km)
Alta Floresta d'Oeste	414
Alvorada d'Oeste	336
Ariquemes	159
Cacoal	401
Cerejeiras	595
Colorado do Oeste	606
Costa Marques	409
Espigão d'Oeste	441
Jaru	244
Ji-Paraná	318
Machadinho d'Oeste	225
Mirante da Serra	285
Nova Brasilândia d'Oeste	371
Ouro Preto do Oeste	288
Pimenta Bueno	438
Porto Velho	-
Presidente Médici	346
Rolim de Moura	408
Santa Luzia d'Oeste	419
São Miguel do Guaporé	350
Vilhena	601

Fonte: MS/DATASUS

Dos 690 casos novos da população de estudo, 6 casos MB (0,9%) não foram incluídos no estudo: 2 tiveram seus prontuários não localizados nas unidades de atendimento, 2 foram transferidos da unidade de assistência e 2 por

inadequação dos prontuários. Doze casos PB não foram incluídos na pesquisa (1,7%), 3 por estarem em tratamento com o esquema ROM (Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina), de dose única, 7 por não terem seus prontuários localizados e 2 por mudança na classificação operacional. Os 12 casos PB cujos prontuários não foram localizados foram substituídos por outros casos PB, seguindo a ordem do processo de amostragem aleatória simples. Como o grupo MB foi avaliado em sua totalidade, não realizada substituição dos 6 casos excluídos, resultando na redefinição da população do estudo, agora com 684 pacientes

Identificaram-se erros no sistema de classificação operacional dentro do SINAN: oito casos PB foram inadequadamente alocados no grupo MB no início do tratamento, o que resultou na caracterização da população do estudo de 402 casos PB (58,8%) e 282 casos MB (41,2%).

Da população do estudo, 249 (36,4%) eram mulheres e 435 (63,6%) homens. No grupo PB as mulheres tiveram maior representação, 179 (44,5%); enquanto no grupo MB, os homens tiveram maior representação, 212 (75,2%). Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre sexo e classificação operacional, com uma chance 2,43 maior de mulheres apresentarem-se como PB em comparação com os homens ($\chi^2 = 27,80$; $1,72 < OR < 3,44$; $p < 0,001$).

Categorizando-se a idade da população do estudo (Tabela 2), os resultados apontaram não haver associação entre faixa de idade e classificação operacional ($\chi^2 = 6,32$; $1,12 < OR < 3,72$; $p = 0,12$).

Em relação à escolaridade da população de estudo, tanto homens quanto mulheres tiveram uma maior frequência de pacientes com o 1º grau de escolaridade, respectivamente, 361 (83%) e 199 (80%).

Em termos de desenvolvimento de episódios reacionais, (Figura 3) dos 684 pacientes do estudo, 458 (67,0%) não desenvolveram reação sendo que destes, 334 (72,9%) são PB e 124 (27,1%) MB.

Considerando-se os 226 (33,0%) indivíduos que desenvolveram reações (Figura 5), 68 (30,1%) PB e 158 (69,9%) eram MB. Dos 68 PB, 1 (1,5%) desenvolveu reação reversa, 63 (92,6%) neurite e 4 (5,9%) reação reversa/neurite. Dos 158 MB, 15 (9,5%) desenvolveram reação reversa, 75 (47,5%) neurite, 19 (12,0%) reação reversa/neurite, 29 (18,4%) ENH e 20 (12,6%) ENH/neurite. Sessenta pacientes desenvolveram um segundo episódio de reação, sendo 2

Tabela 2. População de estudo, segundo faixa etária e classificação operacional.

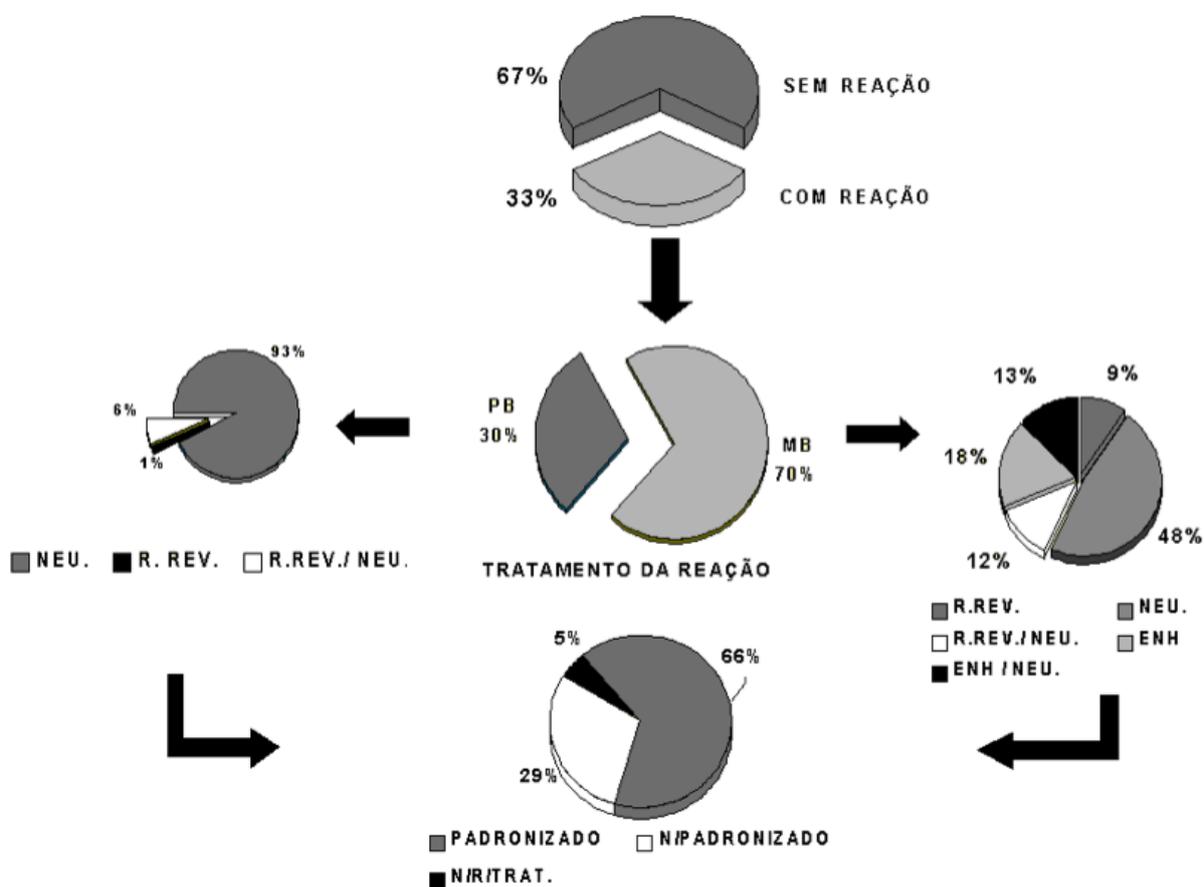
Faixa Etária	Classificação operacional				Total	
	Paucibacilar		Multibacilar		N	%
	N	%	N		N	%
< 15 anos	49	73,1	18	26,9	67	9,8
>15 anos	353	57,2	264	42,8	617	90,2

(3,3%) PB e 58 (96,7%) MB. Dos PB, 1 (50,0%) desenvolveu neurite e 1 (50,0%) reação reversa/neurite e dos 58 MB, 3 (5,2%) desenvolveram reação reversa; 24 (41,4%) neurite, 5 (8,6%) reação reversa/neurite, 19 (32,8%) eritema nodoso e 7 (12,0%) eritema nodoso/neurite. Vinte e dois pacientes desenvolveram um terceiro episódio reacional, todos MB. Destes, 1 (4,5%) desenvolveu reação reversa, 12 (54,6%) neurite, 3 (13,6%) eritema nodoso e 6 (27,3%) eritema nodoso/neurite. Quatro pacientes MB desenvolveram outros episódios de reação, sendo 1 (25,0%) neurite, 1 (25,0%) eritema nodoso e 2 (50,0%) eritema nodoso/neurite.

Ainda em relação aos 226 pacientes representados na Figura 5, 149 (65,9%) receberam tratamento padro-

nizado para os estados reacionais 66 (29,2%) receberam tratamento não padronizado e 11 (4,9%) não receberam tratamento. No segundo episódio, 60 pacientes receberam tratamento sendo 42 (70,0%) padronizado e 18 (30,0%) não padronizado. No terceiro episódio, 22 pacientes receberam tratamento, dos quais 14 (63,6%) padronizado e 8 (36,4%) não padronizado. Quatro pacientes foram tratados em outros episódios, ambos de forma padronizada.

O surgimento de episódios reacionais foi observado no período de 25 meses, nos 226 pacientes estudados. No caso particular dos pacientes PB, a partir do sétimo mês de observação não houve aparecimento de episódios reacionais (Figura 6).



Total de casos = 226

Figura 5. Ocorrência e tipo de tratamento das reações hansênicas Rondônia, 1997-2001.

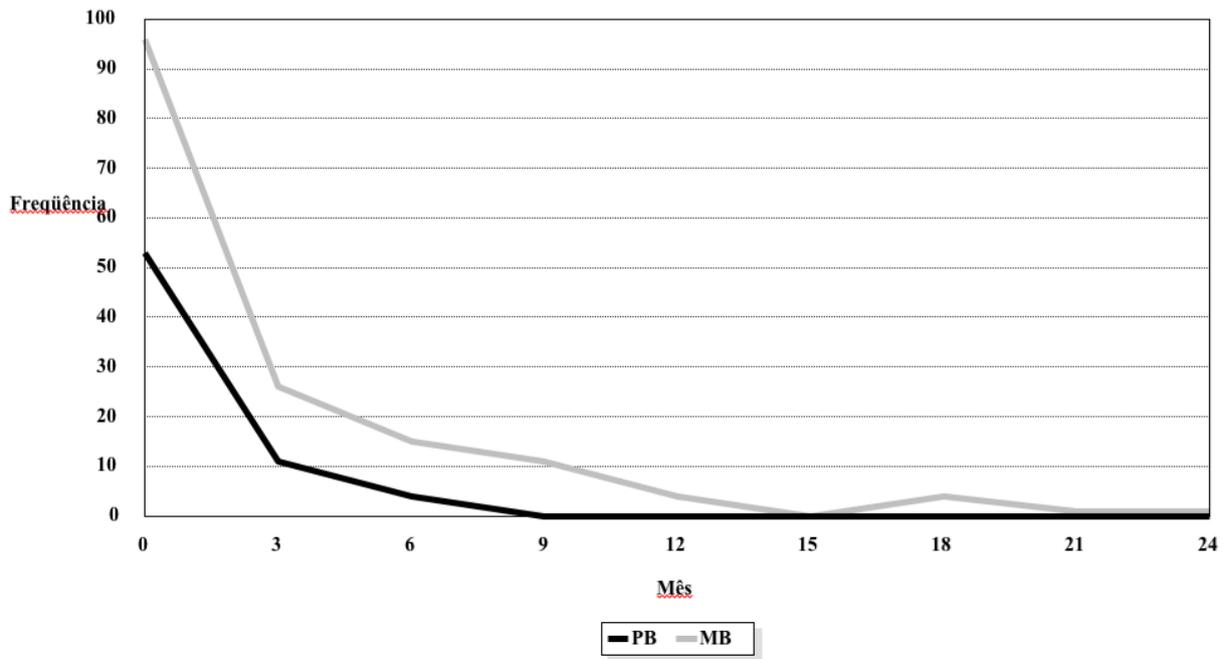


Figura 6. Mês de Aparecimento do Episódio Reacional (%).

Dos 184 (81,4%) que desenvolveram reação durante a PQT, 22 (9,7%) aumentaram o grau de incapacidade na saída; 36 (15,9%) regrediram o seu grau e 126 (55,8%) permaneceram no mesmo grau, quando comparado

com a avaliação no momento do diagnóstico. Não houve associação estatisticamente significativa em termos de desenvolvimento de reações e a classificação operacional ($\chi^2 = 0,20$; $0,51 < OR < 2,86$; $p = 0,65$).

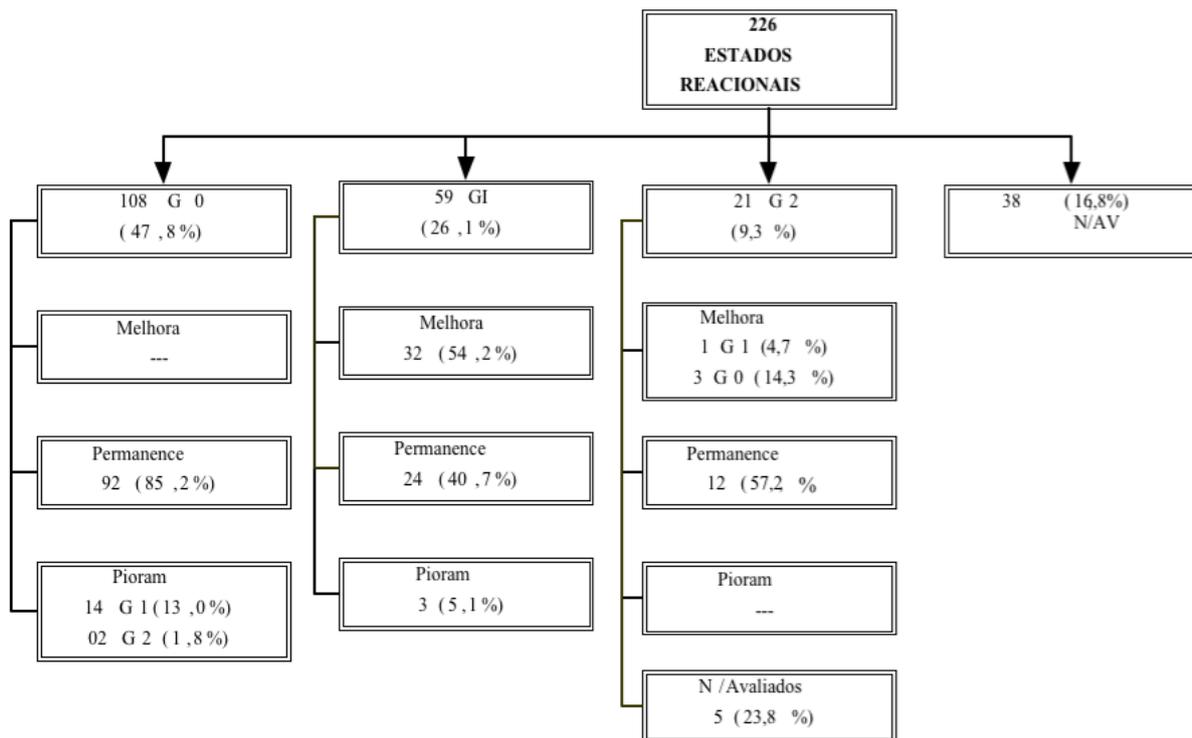


Figura 7. Evolução do grau de incapacidade em 226 pacientes.

Considerando-se a classificação operacional, entre os 68 pacientes (PB) que desenvolveram reações, dos 44 (65,0%) que tinham grau zero no início, 4 (11,8%) progrediram para o grau 1 e 30 (88,2%) mantiveram o grau. Dos 11 (16,2%) com grau 1, 6 (54,5%) regrediram para o grau 0 e 5 (45,5%) mantiveram o grau. Já em relação aos 8 (11,8%) com grau 2 no início, 1 (12,5%) regrediu para o grau 1, 2 (25,0%) regrediram para o grau 0 enquanto 5 (62,5%) mantiveram o seu grau. Um total de 15 (22,1%) pacientes não foi avaliado no início.

Entre os 158 pacientes MB que desenvolveram estados reacionais, dos 74 com grau zero de incapacidade física no início do tratamento, 10 (13,5%) evoluíram para o grau 1 e 2 (2,7%) para o grau 2 enquanto 62 (83,8%) mantiveram o seu grau. Dos 48 com grau I no início, 26 (54,2%) regrediram para o grau 0, 3 (6,3%) progrediram para o grau 2 e 19 (39,5%) mantiveram o grau. Dos 13 (8,2%) com grau 2 no início, 1 (11,1%) regrediu para o grau 1, 10 mantiveram o seu grau e 2 (50,0%) não foram avaliados na alta. Um total de 23 pacientes não foi avaliado no início.

A descrição dos dados referentes a episódios por reações, atendimento e avaliação neurológica durante o tratamento PQT, bem como a classificação operacional por grau de incapacidade física, encontram-se nas **Tabelas 1 e 2**.

Na população de 226 pacientes no primeiro episódio, 165 (73%) tiveram avaliação neurológica realizada e 61 (27%) não realizada. De 60 pacientes no segundo episódio, 41 (68%) tiveram avaliação neurológica realizada e 19 (32%) não realizada. Dos 22 pacientes no terceiro episódio, 14 (64%) tiveram avaliação neurológica realizada e 8 (36%) não realizada. Em quatro pacientes de outros episódios, 3 (75%) tiveram avaliação neurológica realizada e 1 (25%) não realizada.

De 68 pacientes PB no início do tratamento PQT, 44 (65%) estavam no grau 0, 11 (16%) no grau 1, 11 (16%) no grau 2 e 2 (3%) não foram avaliados; enquanto no final do tratamento, 39 (57%) estavam no grau 0, 10 (15%) no grau 1, 5 (7%) no grau 2, 14 (21%) não foram avaliados. Dos 158 pacientes MB no início do tratamento PQT, 88 (56%) estavam no grau 0, 52 (33%) no grau 1, 14 (8%) no grau 2, e 4 (3%) não foram avaliados; enquanto no final do tratamento, 90 (57%) estavam no grau 0, 30 (19%) no grau 1, 15 (9%) no grau 2, e 23 (15%) não foram avaliados.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Considerando a natureza da hanseníase, diferentes fatores tornam a realização de estudos epidemiológicos que avaliam o processo de inter-relação entre estados reacionais e lesões de nervo bastante complexa¹⁴⁻¹⁷. Caracterizada por uma história natural relativamente longa, a dificuldade operacional de se acompanhar diferentes coortes de pacientes traduz-se na grande depen-

dência de informações baseadas em dados secundários, com adoção de diferentes critérios de classificação e de avaliação de lesões neurais e aplicação de diferentes esquemas de tratamento, bem como no período relativamente longo até o diagnóstico da lesão neural desde o início do processo^{7, 11,15,18-20}.

Além das dificuldades inerentes à realização de estudos epidemiológicos referentes aos estados reacionais, este estudo realizado em Rondônia teve como principais obstáculos as características geográficas do estado, com existência de grandes rios e extensas áreas de florestas, aumentando as distâncias, o que dificultou bastante o acesso aos municípios e, por conseguinte, a realização das etapas 2 (b) e 3 (c). Nesta última etapa, dos 51 indivíduos, inicialmente selecionados, apenas 32 (62,7%) foram entrevistados, o que evidencia toda essa dificuldade.

Em relação aos resultados, deve-se considerar a peculiaridade da situação do Estado de Rondônia em termos da distribuição dos pacientes segundo a sua classificação operacional: a maioria dos pacientes da população do estudo era PB (72,7%), influenciando na diferença observada em termos de tipo e frequência dos estados reacionais. Este quadro reflete a situação epidemiológica do Estado como um todo, quando se analisam os casos novos detectados a cada ano (Figura 1). Quando são analisados os casos em situação ativa dentro do PCH, observa-se que, paralela à redução da prevalência de hanseníase, tem-se uma redução acentuada do número de casos MB e uma tendência à estabilização do número de casos PB (Figura 2).

O reconhecimento dos fatores relacionados à inadequação da abordagem dos estados reacionais por parte dos serviços de saúde permite o estabelecimento de estratégias baseadas em recomendações a serem implementadas pelo PCH em Rondônia. Nesta perspectiva, o envolvimento dos gestores dos diversos níveis em termos da importância e da especificidade dos estados reacionais torna-se fundamental para a efetividade das ações que visem a redução do dano neural e a conseqüente ocorrência de incapacidades físicas com suas repercussões psicossociais²¹⁻²³. Paralelamente, devem-se manter os esforços direcionados para o diagnóstico e tratamento precoces da infecção pelo *M. leprae*.

Considerando a primeira recomendação, é prioritária a descentralização das ações de controle da doença e da abordagem dos estados reacionais, seguindo as diretrizes e o princípio da universalidade do atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo necessariamente deverá estar articulado com as estratégias definidas pelos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários da Saúde no Estado.

Um dos pontos negativos da pesquisa em sua fase de avaliação de registros em prontuários foi a não padronização dos registros de informações, o que difi-

culta o estabelecimento de análises retrospectivas das situações clínicas quando da interação com os serviços. Neste aspecto, recomenda-se a padronização em todas as unidades do estado dos instrumentos de coleta de informações dos pacientes com hanseníase, ao longo de todo seu acompanhamento.

A operacionalização destas estratégias passa necessariamente pela intensificação das ações de capacitação de todos os profissionais de saúde do estado envolvidos, direta ou indiretamente, no acompanhamento de pacientes com hanseníase. Torna-se fundamental o estabelecimento de ações direcionadas para a adequada classificação dos estados reacionais e, conseqüentemente, para a adequada conduta a ser estabelecida. Paralelamente ao trabalho junto aos profissionais da área da saúde envolvidos com o acompanhamento de pacientes com hanseníase, torna-se fundamental uma ampla campanha de divulgação junto à sociedade, do que representam os estados reacionais. Estas ações deverão ser precedidas por estudos qualitativos mais apurados visando o estabelecimento de estratégias mais adequadas para desenvolver ações de informação, educação e comunicação mais efetivas.

Como proposta a médio e longo prazo, a implantação de um sistema de vigilância dos estados reacionais no Estado permitirá a obtenção de informações que serão fundamentais para o reconhecimento da epidemiologia dos estados reacionais dentro da realidade dos pacientes de hanseníase, em Rondônia. Além disso, esta vigilância permitirá otimizar a abordagem destas condições

clínicas seja através do reconhecimento por parte dos profissionais de saúde de sua importância, seja através da operacionalização da logística de disponibilização de corticosteróide, talidomida e demais medicamentos utilizados para o tratamento dos estados reacionais da hanseníase. Serão necessários estudos adicionais para a caracterização da epidemiologia dos estados reacionais através da definição e seguimento de coortes, com maior controle das condutas e das variáveis que são fundamentais para esta proposta.

Sem dúvida, apenas por meio desta abordagem ampla é que se pode pensar em uma atenção integral às pessoas que desenvolvem hanseníase, não apenas no Estado de Rondônia, mas também em todas as outras áreas endêmicas pelo mundo.

AGRADECIMENTOS

A Wally Hirschmann, que nos ensinou o exercício do recomeço, e ao apoio Financeiro da *Netherland Leprosy Relief* (NLR) do Brasil & Ministério da Saúde - Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Também aos colaboradores: Gerson Flores Nascimento, Albanete Araújo de Almeida; Ana Lúcia Teixeira; Aparecida dos Santos; Luílda Noberto Caetano S. Santos; Maria Aparecida Ferreira; Maria da Conceição de Luna Alves Cunha; Maria Helena Aguado Connus; Marilene Minsk; Marlene Salette do Santo; Núbia de Lourdes F. Bastos Henz; Rosemary Aparecida Passador Sanches de Giuli. Ao Prof. Jorg Heukelbach, pela revisão do inglês.

REFERÊNCIAS

- 1 Willcox ML. The impact of multidrug therapy on leprosy disabilities. *Lepr Rev* 1997; 68(1): 350-66.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Legislação sobre o controle da Hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 3 Smith WCS. Review of current research in the prevention of nerve damage in leprosy. *Lepr Rev* 2000; (71): S138-S45.
- 4 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Hanseníase: Atividades de Controle e Manuais de Procedimentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- 5 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Guia para o Controle da Hanseníase. Série Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 6 World Health Organization. Expert Committee on Leprosy. (WHO Technical Report Series, 874). Geneva: World Health Organization; 1998.
- 7 Richardus JH, Meima A, Croft RP, Habbema JDF. Case detection, gender and disability in leprosy in Bangladesh: a trend analysis. *Lepr Rev* 1999; 70(2): 160-73.
- 8 Van Brakel W.H. Periferal neuropathy in leprosy and its consequence. *Lepr Rev* 2000; (71): S146-S53.
- 9 Saunderson, P. The epidemiology of reactions and nerve damage. *Lepr Rev* 2000; (71): S106-S10.
- 10 Organização Mundial da Saúde. Manual para o controle de lepra. 2 ed. Washington: OMS; 1989.
- 11 Tropical: Hanseníase. 3 ed. Manaus; 1997. 165 p.
- 12 Van Brakel WH, Reed NK, Reed DS. Grading impairment in leprosy. *Lepr Rev* 1999; 70(2): 180-88.
- 13 Governo do Estado de Rondônia. Indicadores Municipais 1998/1999. Porto Velho: Seplan; 1999.
- 14 Meima A, Saunderson PR, Gebre S, Khabbema JDF. Dynamics of impairment during and after treatment: the AMFES cohort. *Lepr Rev* 2001; 72(2): 158-70.
- 15 Meima A, Saunderson PR, Gebre S, Desta K, Van Oortmarsen GJ, Habbema JDF. Factors associated with impairments in new leprosy patients: the AMFES cohort. *Lepr Rev* 1999; 70(2): 189-203.
- 16 Croft IRP, Niicholls PG, Richardus JH, Smith WCS. Incidence rates of acute nerve function impairment in leprosy: a prospective cohort analysis after 24 months (Bangladesh Acute Nerve Damage Study). *Lepr Rev* 2000; 71(1): 18-33.

- 17 Nery JAC, Vieira LMM, Matos HJ, Gallo MEN, Sarno EN. Reactional states in multibacillary hansen disease patients during multidrug therapy. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 1998; 40(6): 363-70.
- 18 Martelli CMT, Andrade ALSS, Grossi MAF, Leboeuf MAA, Lombardi C, Zicker F. Change in leprosy clinical pattern after multidrug therapy implementation. *Int J Lepr* 1995; 63(1): 95-7.
- 19 Croft IRP, Niicholls PG, Richardus JH, Smith WCS. Nerve function impairment in leprosy: design, methodology and intake status of a prospective cohort study of 2664 new leprosy cases in Bangladesh. *The Bangladesh Nerve Damage Study. Lepr Rev* 1999; 70(2): 140-59.
- 20 Nery JAC, Garcia CC, Wanzeller SHO, Sales AM, Gallo MEN, Vieira LMM. Características clínico-histopatológicas dos estados reacionais na Hanseníase em pacientes submetidos à poliquimioterapia (PQT). *An Bras Dermatologia* 1999; 74(1): 27-33.
- 21 Feliciano KVO, Kovacs MH, Sevilla E, Alzate A. Percepción de la lepra y las discapacidades antes del diagnóstico en Recife, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 1998; 3(5): 293-302.
- 22 Bechelli LM. Alguns aspectos psicológicos, sociais e econômicos relacionados com a lepra. *J Bras Psiqu* 1987; 36(6): 321-4.
- 23 Amilarian MLT, Pinto EB, Ghirardi MIG, Lichtig I, Masini EFS, Pasqualin L. Conceituando deficiência. *Rev Saúde Pública* 2000; 34(1): 97-103.
- 24 Centers for Disease Control and Prevention (CDC - Atlanta - USA), Aplicativo Epi-Info versão 6.04d [CD ROM].
- 25 Statistical Package for Social Sciences (SPSS) em sua versão 9.0 [CD ROM].

