

A HANSENÍASE APÓS A CURA

Editorial

Foi muito importante a decisão da Organização Mundial da Saúde (OMS), através da comissão de peritos, de recomendar a poliquimioterapia (PQT) para todos os países em que a hanseníase é endêmica.

Apesar de haver alguns ressentimentos quanto a estratégia da implantação dos novos esquemas terapêuticos, estes vieram em boa hora. Talvez a parte mais importante das recomendações tenha sido a coragem de declarar um paciente curado após a PQT. Muitos pacientes haviam-se curado com a sulfona, mas nunca receberam alta porque pelo fato de que certo número deles, quando se suspendia o tratamento, recidivava. Temia-se que o mesmo acontecesse com os outros. Por outro lado, é preciso acrescentar também que nunca se fez uma campanha com a sul-fona, como a que está sendo realizada com a PQT, apesar de se saber que em lugares onde a dapsona foi utilizada regularmente os resultados terapêuticos foram muito bons.

A grande responsável pela introdução da PQT foi a ênfase dada ao aparecimento de bacilos resistentes à sulfona e também à rifampicina, fato este comprovado em várias partes do mundo. Isso atingiu seu clímax em 1981, apesar de em 1963 já terem sido propostas associações medicamentosas para tratar a hanseníase, mediante constatação clínica de casos resistentes à sulfona.

Seja como for, os novos esquemas vieram para ficar, e o grande problema que surge agora é a transformação da hanseníase, de uma doença de origem bacteriana, em uma doença imunológica. Para dizer a verdade, essa maneira de definir a situação atual é mais figurativa porque a doença sempre atormentou os pacientes pelo estímulo às reações imunológicas causadas pelo *M. leprae*. O que está acontecendo realmente é que essas mesmas manifestações continuam ocorrendo mesmo após a destruição bacilar, devido à persistência dos restos bacilares. Este é um problema difícil de se explicar para o doente, sua família e mesmo para a equipe de saúde, porque

se a doença curou, como é que continua acontecendo, após tal cura, o mesmo que acontecia no início da doença e durante o tratamento?

Aqui não vem ao caso discutir quantos pacientes continuam tendo as manifestações imunológicas após a cura, porque isso já foi definido pelos epidemiologistas, sanitaristas e microbiologistas e constatado que esse grupo de pacientes não vai criar entraves para a eliminação da doença do mundo no ano 2000. O mais importante agora é definir como esses pacientes devem ser tratados.

Quando ocorrem reações hansênicas tipo 1 sem comprometimento neural importante, a rigor, não há necessidade de tratamento, a não ser que a manifestação aguda seja muito intensa. Neste último caso a opção é utilizar o corticoesteróide, mas é preciso lembrar que o medicamento tem que ser administrado por longo tempo, pois uma reação desse tipo leva 4 a 6 meses para desaparecer espontaneamente e a corticoterapia não diminui esse período de duração.

No caso das reações tipo 2, o eritema nodoso hansênico, sem neurite, sem reação ocular, e sem "mão reacional", o tipo de tratamento é realizado de acordo com a intensidade do quadro. Nas reações leves o tratamento pode ser sintomático, com antiinflamatórios não-hormonais, analgésicos e antipiréticos, e nas demais, com exceção daquelas muito intensas, a terapêutica de escolha é a talidomida. Nos casos em que esta droga não pode ser administrada, e nos surtos graves, novamente, o recurso disponível é o corticoesteróide. É importante chamar a atenção que naqueles casos graves com eritema nodoso necrotizante, mesmo a corticoterapia pode não ser eficaz e esses pacientes devem ser encaminhados para um hospital, pois necessitam ser tratados como grandes queimados, com reposição de líquidos, eletrólitos, proteínas e controle de infecções, quando ocorrerem. Os antiinflamatórios hormonais são, então, o único recur-

so terapêutico para um certo número de casos reacionais e indispensáveis naqueles pacientes com comprometimento neural.

A administração dos corticoesteróides, contudo, não é fácil. Prescrever esquemas de duração limitada não seria a forma mais correta de utilizar esses medicamentos. Uma dose útil deve ser usada até que o quadro agudo comece a ceder. Somente depois disso é que se começa a diminuição progressiva da droga e, muitas vezes, é preciso haver uma dose de manutenção. Admite-se que uma dose de 40 a 60 mg seja suficiente para controlar uma reação tipo 1 ou 2. Essa margem de 40 a 60 mg implica casos que respondem bem com 40 mg, 50 mg ou 60mg. Sendo assim, com que dose se deve iniciar o tratamento? Uma resposta plausível seria: iniciar com 40 mg e se não melhorar aumentar para 60 mg. Como fazer isso se a orientação dos manuais é de quando determinada dose for administrada, após alguns dias ela tem que começar a ser reduzida? A resposta seria: isso é uma questão de bom-senso e o médico deve saber como agir nessas circunstâncias. Mas o paramédico, que é quem trata os pacientes em muitos lugares, tem remédio suficiente e está em condições de agir dessa forma?

Seja médico ou paramédico, que esteja tratando o indivíduo com reação, o caso é que muitas vezes não há uma resposta terapêutica e também podem ocorrer complicações devido à corticoterapia.

O que será que está acontecendo em todos os países endêmicos com aqueles pacientes que receberam alta e continuam tendo reações se os paramédicos não tem mais obrigação de tratá-los (porque eles estão curados) e, também, não se faz mais o registro desses casos?

No Brasil o que se está ocorrendo, particularmente, em algumas regiões onde o médico é quem faz o tratamento desses doentes, é que os corticóides são utilizados com maior frequência, inclusive nos casos que não precisariam recebê-los. Ao contrário do que se disse acima, doses altas do medicamento são, então, mantidas por muito tempo, e há muito doente "cushingóide" perambulando por hospitais para controlar sua reação e tentar retirar-se dos corticoesteróides. Por outro lado, há também o caso do paciente que, conhecendo o efeito antiinflamatório da

droga, exige que a mesma seja fornecida, quando não a adquire por meios próprios, procurando ficar livre dos seus sintomas, criando inadvertidamente mais problemas.

Para complicar mais esta situação, há aqueles casos com neurites incontroláveis. É interessante ler em livros-texto sobre o tratamento das neurites; neles o problema parece bem mais simples. O certo, porém, é que não se consegue resolver satisfatoriamente muitos casos e não se sabe, com certeza, quando deve ser realizada uma intervenção cirúrgica no nervo ou se ela deve ser feita realmente. O pior de tudo é que muita coisa sobre comprometimento neural na hanseníase ainda é desconhecida. Estão as lesões nervosas, que são responsáveis pela maior parte das incapacidades que ocorrem nos pacientes, pelas deformidades que mantêm os tabus e pelos preconceitos com relação a uma doença "contagiosa" e "deformante", ainda não têm um tratamento satisfatório.

Hoje, 600.000 novos casos/ano de hanseníase são diagnosticados, sendo no Brasil 45.000. Quase todos eles no início do tratamento já apresentam uma forma clínica definida, tuberculóide, dimorfa ou virchoviana. Estão, portanto, sujeitos a reações durante ou após a alta, com todas as suas conseqüências, sem dizer daqueles multibacilares que, quando identificados, já deixaram certo número de pessoas contaminadas.

A única maneira de resolver todo esse problema seria descobrir os casos no seu início e tratá-los com a PQT. É preciso lembrar, porém, que desde a década de 50 já se sabia que a sulfona era capaz de impedir que casos indeterminados Mitsuda negativos se transformassem em futuras fontes de contágio e, por conseguinte, que a descoberta dos pacientes nessa fase extingiria a moléstia, mas não se conseguiu muita coisa nesse sentido.

É por tudo isso que se antevê com grande preocupação o "Ano da Eliminação" que se aproxima, a partir do qual a hanseníase não deverá mais ser considerada um problema de saúde pública. Em não sendo mais uma das doenças infecciosas prioritárias para a OMS, haverá, com toda certeza, diminuição dos recursos financeiros investidos pelos países endêmicos para o controle da doença e, o que é pior de tudo, vamos continuar com uma massa de doentes que não são mais considerados "doentes".

D.V.A. Opromolla