

O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA POLIQUIMIOTERAPIA EM PACIENTES COM HANSENÍASE

Annelise Ribeiro Machado Souza¹
Eduardo Martins Lopes²
Aline de Sousa Brito³
Jaqueline Gleice Aparecida de Freitas⁴

RESUMO

A hanseníase, é uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, uma bactéria (bacilo) que acomete principalmente a pele e nervos periféricos. Compreende altos registros de casos no Brasil, a hanseníase é considerada uma questão de saúde pública. Desde 1991, o tratamento da hanseníase no Brasil, é realizado através da poliquimioterapia utiliza-se três antimicrobianos recomendado pela Organização Mundial da Saúde, esse tratamento é gratuito no Sistema Único de Saúde. O objetivo desse trabalho foi expor o papel do farmacêutico na equipe multiprofissional que atua na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa utilizando as bases de dados *SciELO* e *MedLine* assim como documentos oficiais do Ministério da Saúde. Na pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: farmacêutico, hanseníase, *Mycobacterium leprae* e poliquimioterapia. Como critérios de inclusão foram divididos os artigos em duas categorias: artigos originais, publicados em língua portuguesa do ano de 1960 a 2022 abrangendo a parte histórica, a doença e seu tratamento. Os critérios de exclusão dos artigos foram publicações não disponíveis na íntegra e os que poderiam interferir na correlação do tema. A atuação do farmacêutico junto com a equipe multiprofissional no tratamento da hanseníase, assegura a adesão ao tratamento, diminuindo os custos para o Sistema Único de Saúde e aumentando a confiança dos pacientes na equipe de saúde.

Palavras chaves: Farmacêutico, hanseníase. *Mycobacterium leprae*.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história humana, a questão sanitária e de saúde sempre foi alvo de atenção e motivo de segregação entre os indivíduos. Na antiguidade, este fato pode ser evidenciado por meio do estudo da hanseníase, que em seus primórdios foi denominada como lepra. Nesse tempo, as pessoas doentes eram obrigadas a se

¹ Discente do Curso de Farmácia do Centro Universitário Universo Goiânia.

² Discente do Curso de Farmácia do Centro Universitário Universo Goiânia.

³ Docente do curso de Farmácia Centro Universitário Universo Goiânia. Mestra em Assistência e Avaliação em Saúde pela Universidade Federal de Goiás, 2018.

⁴ Docente do curso de Farmácia Centro Universitário Universo Goiânia, Doutora em ciências da saúde pela Universidade Federal de Goiás, 2014.

isolar até a “cura divina” ou óbito. Usavam roupas diferentes para serem identificadas como portadores da doença e em alguns casos teriam que andar soando um sino para avisar as pessoas sadias que ela estava se aproximando. Teve seu nome alterado por causa de uma homenagem ao médico pesquisador Gerhard Armauer Hansen, que foi o descobridor do bacilo de Hansen em 1873 (ARAÚJO, 2003).

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, de notificação compulsória e investigação obrigatória no Brasil. Tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), caracterizado como uma bactéria (bacilo) que acomete principalmente a pele e nervos periféricos, podendo ocasionar lesões neurológicas quando não tratada precocemente. Por se tratar de uma doença que tem como principal porta de entrada a vias respiratórias, conta com a capacidade de infectar outros indivíduos que estejam convivendo com o paciente infectado (BRASIL, 2021).

A doença de Hansen apresentava uma complicação que resultava da herança histórica de preconceito com as pessoas que tiveram essa doença. No Brasil, muitas pessoas com hanseníase eram abandonadas em hospitais-colônias para não conviver com integrantes da família sadia. Por deixar sequelas físicas em casos mais graves da doença, afeta a autoestima do indivíduo levando ao isolamento social e dificultando as relações interpessoais, além da exclusão do mercado de trabalho por causa das deformidades oriundas dessa doença, mesmo que já tenha completado todo tratamento (LASTÓRIA E ABREU, 2012).

Por causa dos altos registros de casos no Brasil, a hanseníase é considerada uma questão de saúde pública. Com casos por todo país, utiliza-se como método para diagnóstico o exame clínico, epidemiológico e baciloscopia. O exame dermatoneurológico aponta alteração na sensibilidade térmica, dolorosa e tátil da pele e comprometimento de nervos periféricos (BRASIL, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), classifica os pacientes com hanseníase de acordo com quantidade de lesões com a finalidade de estabelecer o tratamento mais adequado. Pacientes paucibacilares (PB) apresentam no máximo 5 (cinco) lesões cutâneas e pacientes multibacilares (MB) tem mais de 5 (cinco) lesões. Conforme a classificação de Madri (1953), a hanseníase pode ser classificada como: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana (BRASIL, 2021).

O tratamento da hanseníase no Brasil desde 1991, consiste na poliquimioterapia (PQT) realizada pela combinação de três antimicrobianos

(rifampicina, clofazimina e dapsona) e conta com esse tratamento gratuito por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) e recomendado pela OMS. Conforme Nota Técnica nº 16/2021, o Ministério da Saúde (MS) padronizou a poliquimioterapia como esquema ambulatorial único no tratamento de hanseníase multibacilar e paucibacilar, tendo as respectivas doses para o tipo do bacilo, alterando apenas o tempo do tratamento. Esse tratamento é eficaz na melhora da doença de Hansen, pois promove uma redução nos agravamentos dessa doença (BRASIL, 2021).

A poliquimioterapia da hanseníase deve ser acompanhada de forma multiprofissional. Os profissionais da saúde devem ser capacitados para acompanhar os pacientes diagnosticados com a doença. A participação do farmacêutico é notória nessa equipe que deve cumprir suas competências com perfeição para contribuir com a adesão ao tratamento, pois esse cuidado farmacêutico tem um papel importante para a cura (BRASIL, 2022).

O farmacêutico deve conferir as prescrições e dispensar os medicamentos desse tratamento, conferir as interações medicamentosas caso o paciente faça o uso de outros medicamentos diariamente, orientar sobre efeitos colaterais que poderão ocorrer ao longo do tratamento, estar atento as queixas do paciente nas consultas clínicas, além de diminuir os custos para o SUS (BRASIL, 2007).

O objetivo desse trabalho foi expor o papel do farmacêutico na equipe multiprofissional que atua na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos pacientes.

1. MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa selecionando assuntos pertinentes a atuação do farmacêutico na poliquimioterapia da hanseníase. A pesquisa foi realizada no banco de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Public Medline* (MedLine). Utilizando os seguintes descritores: farmacêutico, hanseníase, *Mycobacterium leprae* e poliquimioterapia. Como critérios de inclusão foram utilizados artigos originais, publicados em língua portuguesa do ano de 1960 a 2022 abrangendo a parte histórica, a doença e seu tratamento. Foram encontrados 1.824 artigos publicados entre 1960 à 2022. Os critérios de exclusão dos artigos foram

publicações não disponíveis na íntegra e os que poderiam interferir na correlação do tema. Sendo, portanto, incluídos neste estudo 20 (vinte) publicações. Também foram utilizados 8 (oito) documentos oficiais do Ministério da Saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 HISTÓRICO DA DOENÇA

A hanseníase, muito conhecida como lepra, cujo nome foi alterado por uma homenagem ao médico pesquisador que descobriu o bacilo de Hansen em 1873 Gerhard Armauer Hansen. É uma das doenças mais antigas já conhecidas pelo homem, tendo registros de quatro mil e trezentos anos antes de Cristo no Egito. Há evidências dessa doença em esqueletos que foram descobertos no Egito, no século II antes de Cristo (FOSS, 1999).

Essa doença já era bem conhecida na Grécia por volta de 150 a.C. quando se encontraram referências feitas por Aretaeus e Galeno. E assim, da Grécia, a hanseníase foi sendo transmitida na Europa por soldados infectados, comerciantes e colonizadores, sendo mais predominante entre os séculos X e XV. A América Latina tornou-se, uma nova área endêmica mundial durante o período da colonização. (OPROMOLLA, 1981).

Os primeiros casos de hanseníase no Brasil foram notificados em 1600 na cidade do Rio de Janeiro e anos mais tarde foi criado o primeiro local destinado a abrigar os doentes leprosos. Após os primeiros casos da doença serem identificados, foram observados outros focos na Bahia e no Pará (EIDT, 2004).

Os hansenianos sofriam e sofrem até hoje preconceito, pois a doença acarreta deformidades e cicatrizes no corpo se não tratada precocemente, contudo a vitalidade e consciência do doente não se alteram e assim eles sofrem mais com a moral do que fisicamente. Essa doença é um verdadeiro estigma social, sendo comparada a um castigo divino desde os tempos mais antigos até os dias atuais sendo uma humilhação extrema para o doente (FOSS, 1999).

A doença é considerada endêmica no Brasil, o país encontra-se em segundo lugar no ranking mundial de casos absolutos ficando atrás somente da Índia

(MARTINS *et al.*, 2020). Em 2016, foram notificados 25.218 casos novos da doença, com uma taxa de detecção de 12,2/100 mil habitantes (BRASIL, 2021).

2.2 A DOENÇA E SUAS FORMAS

A hanseníase, é uma doença infectocontagiosa crônica e transmissível causada pelo agente etiológico *M. leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, que acomete pele e mucosas com lesões cutâneas e principalmente afetando os nervos periféricos, mais especificamente, as células de *Schwann*, podendo causar deformidades e incapacidades físicas (CRESPO E GONÇALVES, 2014).

O *M. leprae* tem uma alta infectividade e uma baixa patogenicidade, no qual significa que ele infecta muitas pessoas, mas poucas acabam adoecendo, o homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. Sua transmissão ocorre pelo contato direto com a pessoa enferma através das vias respiratórias, o qual o contágio se dá pela liberação de gotículas contaminadas, existe também o contato indireto por objetos contaminados e vetores (BRASIL, 2021).

Se não tratada precocemente, a hanseníase quase sempre evolui de forma lenta e progressiva, se tornando transmissível e trazendo incapacidades físicas, nas imagens abaixo (figura 1) é possível observar a lenta e progressiva evolução da doença, desde a fase inicial até a forma disseminada, em um paciente diagnosticado antes da descoberta dos antibióticos e da utilização da PQT (BRASIL, 2017).

Figura 1 – Imagens de uma criança com hanseníase e sua evolução ao longo dos anos.



Fonte: BRASIL, 2002.

Uma das características da hanseníase é de que as lesões de pele sempre se apresentam com uma alteração da sensibilidade que se diferencia de outras lesões de pele provocadas por diferentes doenças dermatológicas (BRASIL, 2017).

Figura 2 - Tipos de lesões.



Fonte: BRASIL, 2002.

Os sinais e sintomas (figura 2) mais comuns dessa doença são: manchas pigmentares ou discromias, que são alterações na coloração da pele, aumentando ou diminuindo a melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele, placa: lesões de formas e tamanhos variados, pode ter uma ou um aglomerado de placas, infiltração, aumento da espessura e consistência da pele, tubérculo: nódulo que evolui deixando cicatriz e o nódulo, que é uma lesão sólida, circunscrita, elevada ou não, de 1 a 3 cm de tamanho (BRASIL, 2002).

Além de lesões na pele, a hanseníase apresenta sintomas neurológicos, eles se manifestam através de dor, choque e/ou espessamento de nervos periféricos, perda de sensibilidade nas áreas dessa inervação, principalmente nos olhos, mãos e pés e a perda de força nos músculos e nos membros superiores e inferiores (BRASIL, 2002).

2.3 DIAGNÓSTICO

Podemos agrupar os pacientes em paucibacilar, aqueles com até 5 lesões na pele e em multibacilar, aqueles com presença de 6 ou mais lesões na pele, porém alguns pacientes não apresentam lesões facilmente visíveis na pele, e podem ter lesões apenas nos nervos, sendo assim, para melhor compreensão do diagnóstico, utiliza-se a classificação de Madri (1953) (SOUZA, 1997).

Sendo assim, por causa dos grandes números de casos, a hanseníase é uma questão de saúde pública no Brasil, utilizando como método para classificação da hanseníase quatro critérios: (MARTINS *et al.*, 2020).

1) clínico, que observa o aspecto das lesões cutâneas, incluindo número, extensão, definição das margens e simetria de distribuição;

2) bacteriológico, referente a presença ou ausência do bacilo *M. leprae* e seus aspectos morfológicos;

3) imunológico, pela imunorreatividade ao teste de Mitsuda, e

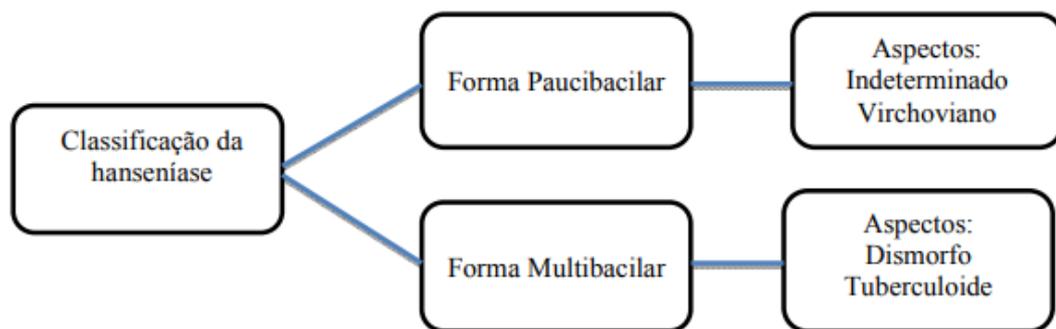
4) histológico: observando os aspectos microscópicos das lesões.

A OMS em 1982, para simplificar o diagnóstico e tratamento, lançou uma classificação (figura 3) se baseando no número de lesões dos pacientes, de acordo com a baciloscopia, realizada em vários pontos definidos, como lóbulos de orelhas, cotovelos, joelhos e lesões.

A classificação de Madri apresenta 2 polos da doença conforme seus critérios de classificação, definindo 2 grupos polares intransitáveis e da fase inicial da doença como, tuberculóide (T) e virchowiano (V) e 2 tipos transitáveis, indeterminada (I), no qual tem a capacidade de evoluir para qualquer tipo polar da hanseníase, permanecer ou se curar espontaneamente e a apresentação dimorfa (D), que é o grupo instável e intermediário da doença (FOSS, 1999).

De acordo com a classificação de Ridley e Jopling (1966), existem subgrupos para classificar os polos, seguindo critérios clínicos e bacteriológicos, e enfatizando os aspectos imunológicos e histopatológicos, a apresentação dimorfa se subdivide em 3: dimorfa-tuberculóide (DT), dimorfa-dimorfa (DD) e dimorfa-virchowiana (DV) e as duas outras formas polares tuberculóide e virchowiana são divididas em tuberculóide-tuberculóide (TT) e virchowiana-virchowiana (VV).

Figura 3 – Classificação da hanseníase e suas formas.



Fonte: BRASIL, 2017.

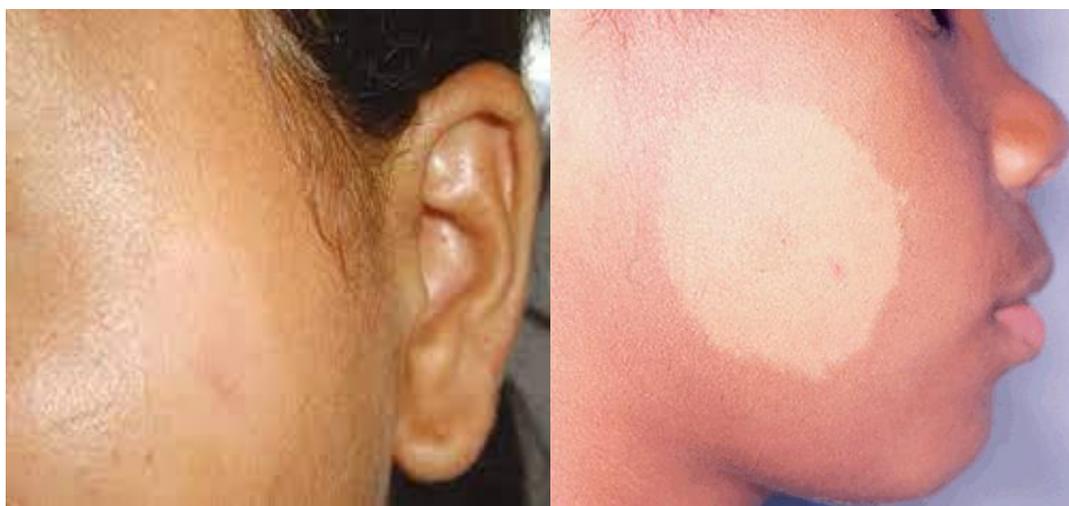
2.4 FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE

2.4.1 Hanseníase Indeterminada

Essa é a fase inicial, todos os pacientes passam por ela, podendo ser ou não visível, tem um período de incubação variando de 2 a 5 anos, se enquadra no grupo paucibacilar, atingindo crianças e raramente adolescentes e adultos que tiveram contato com pacientes com hanseníase se manifestando (figura 4) com manchas hipocrômicas mais claras do que a própria pele, sem alteração de relevo, com uma perda de sensibilidade térmica (hipoestesia) e dolorosa (anestesia), porém a tátil geralmente é preservada, não ocorre a sudorese na área afetada e assim a lesão é seca (BRASIL, 2017).

Sua transmissão ocorre geralmente através de um paciente com hanseníase multibacilar não diagnosticado, que ainda convive com outra pessoa devido ao pouco tempo de doença, sua baciloscopia é negativa, porém os exames laboratoriais negativos não descartam a doença, a hanseníase indeterminada é uma fase transitória da doença, podendo evoluir para cura espontânea ou se desenvolver lentamente, e ainda involuir retornando tardiamente com características clínicas definidas (BRASIL, 2017).

Figura 4 – Hanseníase Indeterminada



Fonte: BRASIL, 2017.

2.4.2 Hanseníase Tuberculóide

Essa doença também se encontra no grupo paucibacilar, tem um tempo de incubação de cerca de cinco anos e suas lesões (figura 5) se manifestam por uma mancha elevada totalmente indolor com bordas pronunciadas, são únicas ou em pequeno número, bem delimitadas e com o centro mais claro (ARAÚJO, 2003).

Figura 5 – Manifestações da Hanseníase Tuberculóide



Fonte: BRASIL, 2017

Apresentando áreas da pele eritematosas ou hipocrômicas, geralmente as lesões não passam de 10 cm de diâmetro, o seu crescimento é centrífugo lento e isso leva à atrofia no interior da lesão, que pode, ainda, assumir aspecto tricofitóide, com descamação das bordas. Os danos neurais se desenvolvem rapidamente, resultando em alterações sensitivas e autonômicas que evoluem para a perda total de sensibilidade térmica e dolorosa, em pele de superfície seca, com diminuição ou ausência de pelos, nesses casos a baciloscopia é negativa e quase sempre a biópsia de pele não se encontra bacilos, quando realizados esses exames, é sempre necessário fazer a correlação clínica com o resultado da baciloscopia e/ou biópsia (ARAÚJO, 2003).

2.4.3 Hanseníase Virchowiana

Trata-se da forma mais contagiosa da doença, sendo multibacilar, sua evolução crônica avança através dos anos com máculas mal definidas, pele sem manchas visíveis, avermelhada, seca, apresentando poros dilatados com um aspecto de “casca de laranja”, com infiltração progressiva e difusa da pele mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos e nervos (BRASIL, 2021).

Conforme a evolução da doença é comum aparecerem caroços (pápulas e nódulos) escuros, endurecidos e assintomáticos havendo também a perda parcial a total das sobrancelhas (figura 6) chamada de madarose, e também dos cílios e outros pelos, exceto do couro cabeludo, a face costuma ter uma acentuação do eritema e infiltração, com pápulas, nódulos e tubérculos, geralmente as regiões mais quentes,

como, axilas, o meio da coluna lombar, períneo e virilhas são poupadas (BRASIL, 2017).

Figura 6 - Tipo de manifestações da hanseníase virchowiana



Fonte: BRASIL, 2017.

O comprometimento nervoso acomete os troncos nervosos, afetando simetricamente, se tornando firmes, a espessados, fibrosos e endurecidos, e pouco a pouco ocorrendo a perda sensitiva e motora, conseqüentemente, levando à perda da função, atrofia muscular, paralisias, deformidades e câimbras (BRASIL, 2022).

A hanseníase virchowiana apresenta baciloscopia fortemente positiva podendo ser diagnosticada facilmente pelos lóbulos das orelhas e cotovelos, é importante avaliar e buscar alterações da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nos nervos periféricos da face, ulna, fíbula e tíbia, e em áreas frias do corpo, como cotovelos, joelhos, nádegas e pernas (SOUZA, 1997).

2.4.4 Hanseníase Dimorfa

Esta se caracteriza por sua instabilidade imunológica, apresenta lesões infiltradas e suas colorações variam de eritematosas a ferruginosas, faz parte do grupo multibacilar, devido a essa instabilidade ela faz com que haja grande variação em suas manifestações clínicas, podendo ser na pele (figura 7), nervos (figura 8). O comprometimento sistêmico, na sua morfologia, mescla aspectos da hanseníase virchowiana e Tuberculóide, até no mesmo paciente, ocorre, geralmente, após um longo período de incubação, cerca de 10 anos ou mais, devido a lenta multiplicação do bacilo (BRASIL, 2017).

Figura 7 - Lesão avermelhada, mal delimitada e anestésica.



Fonte: BRASIL, 2017.

Figura 8 - Espessamento do nervo fibular.



Fonte: BRASIL, 2017.

Quando a predominância é da forma tuberculóide, se observa lesões mais delimitadas, sem sensibilidade (anestésica) e de superfície seca, de acordo com pesquisas é raro a presença de bacilos, entretanto, quando há boa avaliação do exame clínico, os exames laboratoriais quase sempre são desnecessários, o comprometimento nervoso é precoce, assimétrico e, com frequência, leva a incapacidades físicas (BRASIL, 2017).

Figura 9 - Manchas hipocromias.



Fonte: BRASIL, 2017.

Quando há predominância da forma virchowiana, podemos observar máculas, eritematosas, em pele clara, e hipocrômicas, em pele escura (figura 9), que tem por vezes tonalidade acobreada, sendo comum também a presença de pápulas, tubérculos, nódulos e placas, quando essas lesões são numerosas, são chamadas de queijo suíço ou em renda, e de acordo com pesquisas apresentam maior números de bacilos (ARAÚJO, 2003).

2.5 TRATAMENTO DA HANSENÍASE

O tratamento da hanseníase foi implementado pela OMS em 1982 com o objetivo de erradicar a doença. O tratamento da hanseníase quando feito na sua integralidade tem a função de curar o paciente e interromper a transmissão do bacilo de Hansen. Esse problema de saúde pública, pode ser solucionado com o controle dessa endemia que afeta a sociedade por décadas (BRASIL, 2002).

O tratamento da hanseníase compreende em um tratamento quimioterápico específico conhecido como a poliquimioterapia que são o uso de três medicamentos associados (rifampicina, dapsona e clofazimina) caracteriza-se na principal forma de tratamento (BRASIL, 2022).

Para pacientes que apresentam alguma hipersensibilidade tem o tratamento com drogas alternativas conhecido como ROM (Rifampicina, Ofloxacino e Minociclina). Essa terapia deve ser fornecida pelo SUS inteiramente gratuita e devendo ser realizada nas unidades de saúde supervisionada pelo profissional de saúde integrante da equipe multiprofissional que acompanham os pacientes hansenianos (Gráfico 1). Os integrantes da equipe multiprofissional que colaboram com o tratamento do paciente são compostos pelo médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, farmacêutico e se necessário psicólogo (BRASIL, 2002).

Logo no início do tratamento a transmissão da doença é interrompida. O tratamento para crianças é ajustado de acordo com a idade. O esquema de tratamento é definido de acordo com a classificação do paciente em paucibacilar e multibacilar. Lembrando que pacientes paucibacilares (PB) apresentam no máximo 5 (cinco) lesões cutâneas e pacientes multibacilares (MB) tem mais de 5 (cinco) lesões (BRASIL, 2021).

Gráfico 1 – Tipos de tratamento utilizados em pacientes com hanseníase.



Fonte: BRASIL, 2021.

No Brasil esse tratamento PQT foi adotado em 1986 na cura da hanseníase. Essa associação de medicamentos (bactericida e bacteriostático) mata e inativa o bacilo que evita a proliferação, transmissão e agravamento da doença. A PQT atua na cura em menos tempo de tratamento e reduzindo as taxas de deformidades que acometem nas formas mais graves da doença (BRASIL, 2002).

Além de trazer a cura ao paciente, pode causar eventos de recidivas, reações hansênicas e efeitos colaterais que devem ser observados e solucionados para evitar a interrupção do tratamento. A alta medicamentosa é concedida após chegar ao final do tratamento tendo sido administrados todos os medicamentos conforme a orientação da OMS (FIGUEIREDO et al., 2017).

A duração do tratamento irá depender principalmente da adesão do paciente. O esquema de doses supervisionadas poderá ser realizado de 28 em 28 dias. Se o paciente não comparecer na unidade de saúde, a equipe do programa de hanseníase deverá entrar em contato com o paciente e orientar sobre a administração da dose supervisionada e a entrega das cartelas para continuar o tratamento diário no seu domicílio (BRASIL, 2021).

Quando ou embora não haja colaboração do paciente na adesão ao tratamento é indicado a internação em um hospital de referência para garantir a continuidade do tratamento. Após o tratamento PQT o paciente não poderá ser considerado como um caso de hanseníase, mesmo que tenha ficado com alguma sequela (SOUZA, 2010).

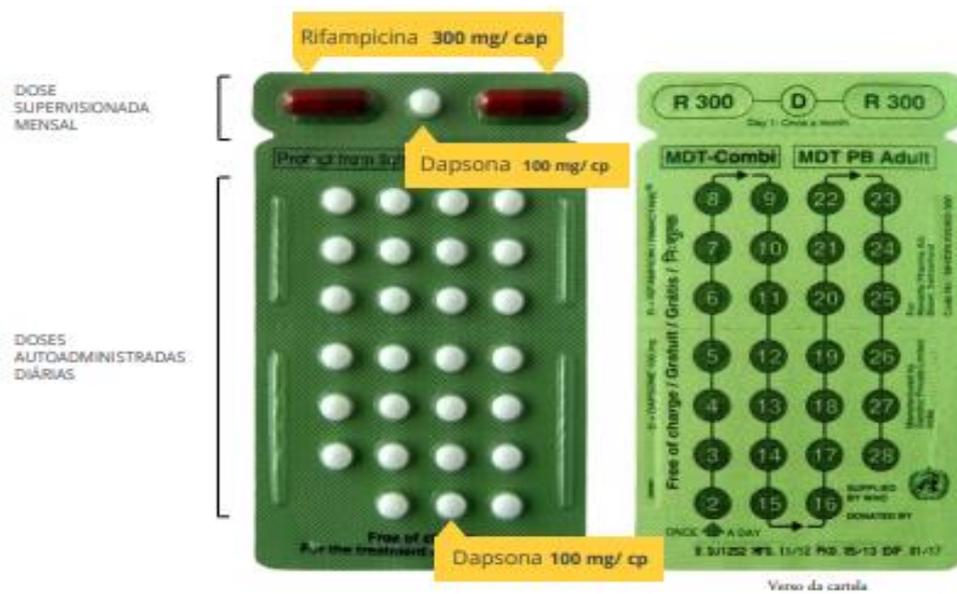
2.6 POLIQUIMIOTERAPIA

Todos os receituários devem conter as seguintes informações: identificação do paciente, classificação operacional e tempo de duração do tratamento.

2.6.1 Poliquimioterapia de tratamento em Adulto Paucibacilar

- Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada pelo enfermeiro;
- Dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada;

Figura 10 – Esquema padrão adulto PB.



Fonte:

BRASIL, 2014.

- Duração do tratamento: 6 doses mensais supervisionadas de rifampicina.
- Critério de alta: 6 doses supervisionadas em até 9 meses (Figura 10).

2.6.2 Poliquimioterapia de tratamento em Adulto Multibacilar

- Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada pelo enfermeiro;
- Clofazimina: uma dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e uma dose diária de 50mg auto-administrada;
- Dapsona: uma dose mensal de 100mg supervisionada e uma dose diária autoadministrada;
- Duração do tratamento: 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina;
- Critério de alta: 12 doses supervisionadas em até 18 meses (Figura 11).

2.6.4 Poliquimioterapia de tratamento em Criança Multibacilar

- Idade: 0 – 5

Dapsona - Dose diária auto-administrada: 25 mg;

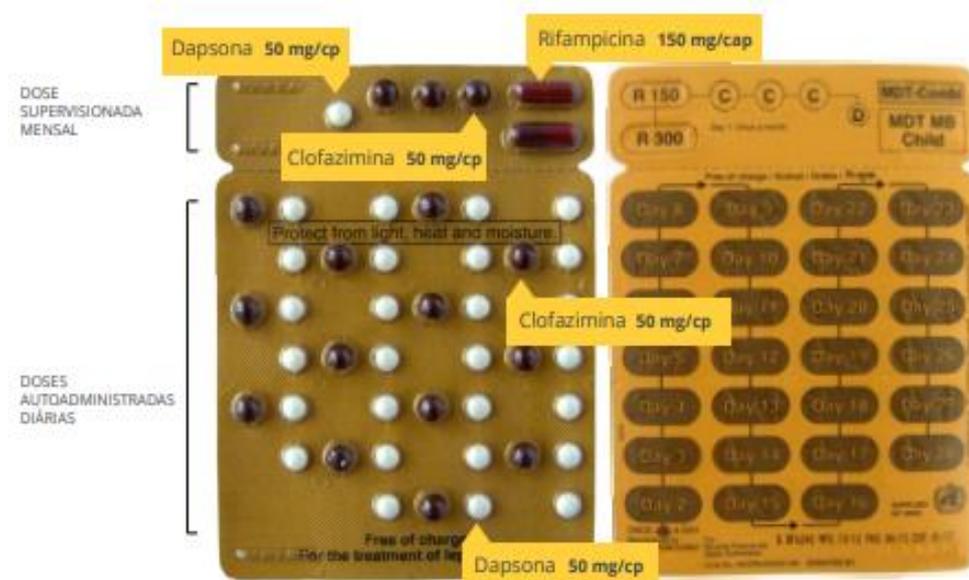
Dapsona – Dose supervisionada: 25 mg;

Rifampicina – Dose mensal supervisionada: 150 – 300 mg;

Clofazimina – Dose diária auto-administrada: 100 mg/semana;

Clofazimina - Dose mensal supervisionada: 100 mg (Figura 13).

Figura 13 – Esquema padrão Multibacilar infantil.



Fonte: BRASIL, 2002.

- Idade 6 - 14

Dapsona - Dose diária auto-administrada: 50 - 100 mg;

Dapsona – Dose supervisionada: 50 - 100 mg;

Rifampicina – Dose mensal supervisionada: 300 - 450 mg;

Clofazimina – Dose diária auto-administrada: 150 mg/semana

Clofazimina - Dose mensal supervisionada: 150 - 200 mg.

2.6.5 Tratamento Alternativo

O tratamento alternativo é reconhecido pelo MS e é recomendado para pacientes classificados como PB e que tem lesão única e sem envolvimento de troncos nervosos. Esse tipo de tratamento é utilizado em casos de pacientes que possuem alguma restrição ao uso de dapsona que faz parte do tratamento PQT. A sugestão para indicar esse tratamento alternativo é o efeito colateral da associação

de dapsona e rifampicina que causa hepatotoxicidade. Suas doses devem ser administradas sob supervisão preferencialmente dos profissionais nas unidades de saúde. Nesse tratamento existe a introdução do Ofloxacino que é o bactericida do bacilo de Hansen (NERY *et al.*, 2006).

Esse tratamento é conhecido como ROM, pois é a associação das iniciais de cada medicamento utilizado nesse tratamento. Utiliza-se esse esquema para administração dos medicamentos do tratamento alternativo:

- Rifampicina 600mg, em dose única, supervisionada
- Minociclina 100mg, em dose única, supervisionada
- Ofloxacino 400mg, em dose única, supervisionada

2.7 REAÇÕES ADVERSAS DA POLIQUIMIOTERAPIA DA HANSENÍASE

O paciente colocado a exposição da poliquimioterapia da hanseníase pode apresentar efeitos colaterais com o uso dos medicamentos indicados para o tratamento (GOULART *et al.*, 2002).

- Reações adversas da dapsona:
 - cutâneos: síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia;
 - hepáticos: icterícias, náuseas e vômitos;
 - hemolíticos: tremores, febre, náuseas, cefaléia, às vezes choque, podendo também ocorrer icterícia leve, metahemoglobinemia, cianose;
 - dispnéia, taquicardia, cefaléia, fadiga, desmaios, náuseas, anorexia e vômitos;
 - Outros efeitos colaterais raros podem ocorrer, tais como insônia e neuropatia motora periférica.
- Reações adversas da clofazimina:
 - cutâneos: ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose, alteração na coloração da pele e suor. Nas pessoas de pele escura a cor pode se acentuar, e em pessoas claras a pele pode ficar com uma coloração avermelhada ou adquirir um tom acinzentado, devido à impregnação e ao ressecamento. Estes efeitos ocorrem mais acentuadamente nas lesões hansênicas e regridem, muito lentamente, após a suspensão do medicamento;

○ gastrointestinais: diminuição da peristalse e dor abdominal, devido ao depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e linfonodos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. Estes para-efeitos poderão ser encontrados com maior frequência na utilização de doses de 300 mg/dia por períodos prolongados, superiores a 90 dias.

- Reações adversas da rifampicina:

- cutâneos: rubor de face e pescoço, prurido generalizado;
- gastrointestinais: diminuição do apetite e náuseas. Ocasionalmente, podem ocorrer vômitos, diarreias e dor abdominal leve;

- hepáticos: mal-estar, perda do apetite, náuseas, podendo ocorrer também icterícia. São descritos dois tipos de icterícias: a leve ou transitória e a grave, com danos hepáticos importantes. O medicamento deve ser suspenso e o paciente encaminhado à unidade de referência se as transaminases e/ou as bilirrubinas aumentarem mais de duas vezes o valor normal;

- hematopoéticos: trombocitopenia; púrpuras ou sangramentos anormais, como epistaxes. Poderão, também, ocorrer hemorragias gengivais e uterinas. Nestes casos, o paciente deve ser encaminhado ao hospital;

- anemia hemolítica: tremores;

- febre, náuseas, cefaléia e às vezes choque, podendo também, ocorrer icterícia leve. Ocorre raramente;

- síndrome pseudogripal: febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaléia, dores ósseas. Pode, também, apresentar eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque. A síndrome ocorre raramente, e quando ocorrem se dá principalmente a partir da 2 ou 4 doses supervisionadas devido à hipersensibilidade por formação de anticorpos anti-rifampicina, quando o medicamento é utilizado em dose intermitente (GOULART *et al.*, 2002).

2.8 CONTRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO COM O PACIENTE DE HANSENÍASE

A assistência farmacêutica realizada pelo farmacêutico durante o tratamento da hanseníase, tem um papel fundamental de proporcionar a eficácia do tratamento. Nesse contato com o paciente será feita as orientações acerca do tratamento e as reações adversas que poderá acometer (GUIA *et al.*, 2011).

Pereira *et al.* (2008) apresentam em sua pesquisa que a atuação do farmacêutico integrada a equipe multiprofissional no tratamento de doenças, diminui os custos para o SUS, por garantir uma precisão correta do tratamento, cria a adesão ao tratamento e aumenta a confiança dos pacientes na equipe de saúde.

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) dispõe sobre o código de ética farmacêutica que todas as atividades voltadas no âmbito profissional farmacêutico, deve contribuir para promoção, proteção e recuperação da saúde individual ou coletiva com base nas competências que foram designadas ao farmacêutico (BRASIL, 2021).

Deve ocorrer a orientação do paciente, desde a sua entrada no serviço de saúde público, avaliando as expectativas para obter o sucesso desse tratamento. Apresentar experiências realistas sobre pacientes que estiveram sob os mesmos cuidados da equipe e relacionar com a rotina de vida do paciente que está em busca da cura da Hanseníase (BAKIRTZIEF, 1996).

O farmacêutico poderá estar inserido no campo de desenvolvimento das novas substâncias e combinações farmacológicas que devem contribuir com a PQT para diminuir a duração do tratamento e reações adversas. Dessa forma, poderá garantir que o tratamento seja efetivo e colaborar para diminuir as taxas de abandono ao tratamento dessa doença que assola a população a muito tempo (CRESPO, 2014).

A abordagem farmacêutica deve abranger a padronização e adesão ao tratamento. Esse paciente deverá ser acompanhado pelo farmacêutico por todo o período do seu tratamento. Tendo a preocupação com a inclusão e substituição de drogas em casos especiais, além do bem-estar e qualidade de vida em sociedade (CRESPO, 2014).

CONCLUSÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa que assola a população desde os primórdios da humanidade. Com o início da implementação da PQT ocorre a redução gradativa dos casos de hanseníase. Essa doença tem como características

lesões na pele com alteração da sensibilidade e agravos no tronco nervoso com a evolução da doença sem tratamento adequado.

O diagnóstico pode ser feito por meio de exames físicos e a baciloscopia em todo centro de saúde do SUS. No Brasil existe o esquema padrão poliquimioterápico com a associação de três antimicrobianos (rifampicina, dapsona e clofazimina). Esse tratamento é distribuído por todo país, sendo gratuito para toda população que for diagnosticada com o bacilo de Hansen. O tratamento é indispensável para obtenção da cura e diminuir a cadeia de transmissão.

Durante o tratamento, essa poliquimioterapia pode apresentar efeitos adversos que são relatados pelos pacientes nas consultas mensais. Os efeitos adversos ocorrem por conta da alta dose dos antimicrobianos contra essas bactérias. Tem a função de diminuir e bloquear a síntese de proteína da bactéria, além da rifampicina ser um potente bacteriostático. O fato é que esse tratamento não pode ser interrompido mesmo tendo essas reações adversas.

O farmacêutico consegue definir, implementar e executar metas para o enfrentamento da doença. A colaboração dele se faz necessária para conseguir a adesão ao tratamento e diminuir interações medicamentosas se o paciente apresentar outras doenças agudas ou crônicas. Para isso, o farmacêutico precisa assumir seu papel na equipe multiprofissional e promover a recuperação integral do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. 3ª edição. 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf. Acesso em 07 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. 1ª edição. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_hanseniose.pdf. Acesso em 07 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas. **Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022**. 1ª edição. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_enfrentamento_hanseniose_2019.pdf. Acesso em 07 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária em Saúde. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase**. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hanseniose-_25-01-2022.pdf. Acesso em 07 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberto do SUS. Fundação Oswaldo Cruz & SE/UNA-SUS. **Hanseníase na Atenção Básica Tratamento**. 2014. Disponível em: [file:///dcfs/profiles\\$/eduardolopes/Downloads/u3a1%20-%20Tratamento.pdf](file:///dcfs/profiles$/eduardolopes/Downloads/u3a1%20-%20Tratamento.pdf). Acesso em 07 de novembro de 2022.

BRASIL. Governo do Estado de Goiás. Secretária de Estado de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. **Estratégia estadual para o enfrentamento da hanseníase em Goiás 2019-2023**. 1ª edição. 2021. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/files/boletins/informes/hepatites_agudas_etiologia/estrategia0403.pdf. Acesso em 07 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. 1ª edição. 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progesteres_livro7.pdf. Acesso em 07 de novembro de 2022.

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n. 36, p. 373-382, 2003.

BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. **Caderno Saúde Pública Rio de Janeiro**, v. 12, p. 497-505, 1996.

CRESPO, M.J.; GONÇALVES, A. Avaliação das possibilidades de controle da hanseníase a partir da poliquimioterapia. **Revista Portal da Saúde Pública**, v. 32, p. 80-88, 2014.

EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 76-88, 2004.

FIGUEIREDO, P.V. *et al.* Poliquimioterapia no tratamento da Hanseníase. **Revista Saúde Física & Mental**, v. 5, n. 2, 2017.

FOSS, N. T. Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 113-19, 1999.

GOMES, A. C. B. O processo de Armauer Hansen. **Jornal do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul**, p.13, fev. 2000.

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**, v. 35, n. 5, p. 453-460, 2002.

GUIA, A. *et al.* **Assistência farmacêutica voltada a pacientes com hanseníase**. Monografia. Faculdade de Ceres, 2011.

JOPLING, W. H. *et. al.* **Manual de hanseníase**. 4a. ed. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu Editora, 1991.

LASTORIA, J.C.; ABREU, M.A.M.M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde**, n. 17, p. 173-179, 2012.

MARTINS, B.C. *et al.* Caracterização das Incapacidades Físicas em Pacientes Diagnosticados com Hanseníase Multibacilar Almenara-MG. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, n. 52, p. 924-935, 2020.

MAURANO, F. Tratado de leprologia. **História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, v. 1, 1944.

NERY, J.A.C. *et al.* Contribuição ao diagnóstico e manejo dos estados reacionais. Uma abordagem prática. **An Bras Dermatol**, v. 81, n. 4, p. 367-75, 2006.

OPROMOLLA, D. V. A. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 1981.

OPROMOLLA, D.V.A. Terapêutica na hanseníase. **Medicina**, v. 30, p. 345-350, 1997.

PEREIRA, L. R. L. *et al.* A evolução da atenção farmacêutica e as perspectivas para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, 2008.

SOUZA, C.S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, v. 30, p. 325-334, 1997.

SOUZA, L.W.F. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Revista Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, p. 737-739, 2010.