

Discussão

Nosso trabalho iniciou-se na década de 80 e uma das motivações para sua realização foram as ponderações do Comitê Assessor de Peritos em Alternativas Terapêuticas (Brasil, 1982) sobre a necessidade de resultados da utilização em nosso meio dos esquemas propostos pela OMS (WHO, 1982). No momento em que apresentamos os resultados do estudo, uma nova recomendação: mantendo as mesmas drogas e a mesma posologia, o tratamento para os MB deve ser reduzido de 24 para 12 doses supervisionadas. Os resultados divulgados do estudo multicêntrico que fundamentou a recomendação (WHO, 1997) certamente contribuirão para que os responsáveis pelos programas de controle da doença nos países endêmicos, alvo prioritário das recomendações da OMS, entre eles o Brasil, aceitem a implantação da redução do tempo de tratamento para os pacientes MB. Quanto maior o número de informações disponíveis sobre a utilização de tratamentos com duração fixa, melhor será o entendimento da doença, de uma forma genérica, o que certamente contribuirá para a agilização da recomendação referida. Nas publicações originadas da nossa experiência com poliquimioterápicos com duração fixa apresentamos dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais da evolução dos pacientes MB na vigência, na suspensão dos tratamentos e no seguimento pós-alta terapêutica. Alguns aspectos que consideramos relevantes e que não foram suficientemente detalhados nas publicações serão abordados a seguir.

Nos pacientes avaliados no estudo, os critérios utilizados na constituição dos pares para o estudo comparativo entre os dois esquemas terapêuticos foram o IB e a classificação clínico-histopatológico. A utilização destes critérios resultou na alocação de 16 mulheres e 54 homens com média de faixa etária de 36 anos em cada um dos Grupos. De acordo com as informações epidemiológicas da CNDS/MS (Brasil, 1997) nas taxas de prevalência das formas classificadas operacionalmente como MB o predomínio é do sexo masculino em adultos jovens, coincidindo com os nossos dados. A coincidência dos números de homens, mulheres e faixa etária média,

absolutamente idênticos resultantes do pareamento baseado em parâmetros baciloscópicos e clínicos é, no mínimo, um fato curioso. Utilizando a classificação espectral de Ridley e Jopling encontramos o predomínio da forma BL, considerada por autores que estudam a epidemiologia das reações como as formas em que estes episódios ocorrem com maior frequência (Van Brakel et al, 1994; Nery, 1995). Não foi objeto de nosso trabalho a comparação da frequência e tipo reacional das formas da classificação utilizada.

A avaliação fisioterápica, pela determinação do grau de incapacidade (GI), constatou que em apenas 36.4% (51/140) casos não foram encontradas alterações neuromotoras (GI = 0) no momento do diagnóstico. O GI é um dos indicadores utilizados na avaliação da qualidade dos programas de Controle de Hanseníase (Glatt et al, 1995), sendo o tempo de evolução da doença pré-diagnóstico relacionado com o agravamento das incapacidades (Pimentel et al, 1997), portanto o $GI \geq 1$ determinado em 63,5% dos casos é indicativo de diagnóstico tardio. No relatório da Gerência do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase do Rio de Janeiro de 1996, encontramos que a média de tempo entre a exteriorização clínica e o diagnóstico da hanseníase foi de 2 anos, o que pode explicar o percentual de alterações neuromotoras detectado. No final dos tratamentos, 47,1% dos pacientes apresentaram $GI \geq 1$. Admitindo que nenhum esquema poliquimioterápico atua na evolução do comprometimento neuromotor, (WHO, 1993) constatamos que uma intervenção fisioterápica adequada e o tratamento precoce das reações proporcionou um decréscimo do número de casos com $GI \geq 1$. Permanece no entanto, a constatação da necessidade do acompanhamento fisioterápico após a suspensão dos quimioterápicos e da orientação sobre a possibilidade da ocorrência de reações com comprometimento neurológico além dos autos cuidados específicos. Nas informações epidemiológicas operacionais (Brasil, 1997) encontramos para os casos MB o $GI = 0$ em 65% dos casos no diagnóstico e em 78% dos que receberam alta por cura no ano de 1996. Estes percentuais de casos sem comprometimento neurológico nos registros oficiais atuais são praticamente o dobro dos determinados em nosso estudo, realizado há quase uma década. A

explicação para esta diferença pode ser devido a melhor qualidade no atendimento da rede assistencial decorrente do investimento na qualificação de recursos humanos específicos promovidos pela CNDS/MS nos últimos anos. Pode também resultar de interpretações diversas das técnicas utilizadas para a avaliação das incapacidades. Jakeman (Jakeman et al, 1994) discute a dificuldade existente na comparação dos resultados das deformidades em Hanseníase pela não padronização dos métodos empregados.

A carga bacilar quantitativa dos pacientes hansenianos é avaliada pela determinação do IB e podemos considerá-lo como indicador do tempo de evolução da infecção, se admitirmos que, quanto maior a quantidade de bacilos encontrados nos esfregaços e biópsias cutâneas, maior é o tempo de evolução da doença. O maior percentual dos casos do estudo apresentou valores do IB entre 3.16 a 4.16 e apesar destas médias serem menores do que as determinadas na Amazônia (Oliveira, 1996) demonstram, mais uma vez, o diagnóstico tardio.

A possibilidade de recidiva pós PQT/OMS parece estar relacionada com a carga bacilar no momento do diagnóstico. Teriam os pacientes com $IB \geq 4$ maior risco de recidiva (Jamet et al, 1995). Dos 140 casos avaliados, apenas 9 (6,4%) apresentaram no diagnóstico índices com valores iguais ou maiores que o referido. Admitindo que este resultado represente o universo dos multibacilares, o percentual não justificaria alterações nas recomendações com aumento do número de doses da PQT/OMS como sugerido (Jamet et al, 1995).

O índice morfológico (IM) parâmetro utilizado para determinação da população de bacilos íntegros, uniformemente corados, presumivelmente viáveis, foi negativo em 3,5% (5/140) dos casos antes do início da terapêutica. Tivemos portanto, a maioria dos pacientes no diagnóstico eliminando bacilos com condições de infectividade, contribuindo para a manutenção da cadeia epidemiológica da infecção. Importante ressaltar que os parâmetros que constataram o diagnóstico tardio são prejudiciais não só para o indivíduo doente, pela presença de alterações sensoriais e/ou motoras, como para a coletividade exposta ao contágio.

No término dos tratamentos todos os casos apresentavam IM negativo e apenas 20.7% (29/140) IB negativo. Se o critério utilizado para alta terapêutica fosse a negatividade dos esfregaços cutâneos, apenas 29 casos seriam liberados, apesar da regularidade na ingestão dos medicamentos. Não foi encontrada diferença significativa na evolução do índice baciloscópico entre os dois esquemas, na avaliação da alta terapêutica, resultado idêntico ao referido em estudo comparativo avaliando monoterapia com RFM e DDS (Belda et al, 1979).

Quando analisou-se o IB pós alta, observamos, nos dois Grupos estudados, uma oscilação ascendente no período compreendido entre o 1º e 2º ano pós alta (Fig.3, p. 10. Hansen Int 22 (1), 1997). Os testes estatísticos realizados mostraram não existir diferença significativa comparando as médias dos valores neste período. A explicação mais simplista para esta oscilação pode estar relacionada com problemas técnicos nas diversas etapas da coleta, fixação, coloração e leitura das lâminas com os esfregaços cutâneos. Isto seria absolutamente correto se em todos os casos os procedimentos tivessem sido realizados no mesmo intervalo de tempo. O tempo total de inclusão dos casos nos esquemas terapêuticos foi de 37 meses, conseqüentemente, as avaliações não só dos dois primeiros anos após a alta, mas de todo o seguimento foram realizadas em diferentes períodos. Uma possibilidade que não deve ser esquecida é a de uma multiplicação do *M. leprae*, ocorrendo caprichosamente apenas neste período pós alta. A partir do 2º ano observamos um decréscimo gradativo dos IB dos casos avaliados com média de queda de $0.6 + a 0.7+ \log/\text{ano}$, semelhante a referida na literatura (WHO, 1991). Na continuidade do seguimento, encontramos em alguns dos casos avaliados 6 anos após alta, baciloscopias positivas.

Na opinião de Jopling (1983) a RMP não é mais efetiva do que o DDS na erradicação da infecção hansênica exatamente pela presença de bacilos após 5 anos de tratamento contínuo com a RMP. A evolução comparativa de pacientes MB submetidos a 3 esquemas terapêuticos diferentes, sendo um deles o PQT/OMS por 24 meses, constatou positividade baciloscópica em 13.0% dos

casos avaliados 6 anos pós alta (Ganatapi et al, 1997). Na China, o seguimento dos casos pós PQT/OMS refere a negatificação, independente do IB inicial no 5º ano (Huan-Yng et al, 1997). Waters (1995) refere que para negatificação baciloscópica dos casos LL são necessários de 6 a 11 anos, dos BL de 4 a 5 anos e dos BB de 2 a 3 anos.

Na avaliação do quadro cutâneo, no término dos tratamentos, exceto os episódios reacionais, observou-se regressão acentuada, comparando com o diagnóstico, na maioria dos casos, independente do esquema de tratamento. Nas avaliações pós alta a regressão das lesões dermatológicas foi uma constante. A involução das lesões cutâneas precedeu, na maioria dos casos estudados a negatificação baciloscópica, fato já evidenciado desde a época dos primeiros estudos com a sulfonoterapia (Rabelo, 1947).

Um questionamento freqüente em reuniões para discussão da poliquimioterapia em Hanseníase é referente a "impressão" dos técnicos da área de saúde que na rotina assistencial o esquema PQT/OMS seria responsável por um aumento das manifestações reacionais. Jacobson (Jacobson et al, 1971) refere que a incidência de estados reacionais na vigência da sulfonoterapia constituía um impedimento para sua utilização. A crença de que a droga específica seja a responsável pela ocorrência de reações, incentivando o paciente a interromper o tratamento, propiciando a resistência medicamentosa é referida por especialistas com anos de experiência no tratamento da doença (Talhari et al, 1984). Verificamos portanto, que a tentativa de correlacionar a ocorrência de reações com os tratamentos específicos não surgiu com a implantação dos esquemas poliquimioterápicos. Nossa interpretação é que a "impressão" referida decorre da necessidade do contato mensal entre o técnico de saúde e o paciente, requisito obrigatório devido a dose supervisionada da PQT/OMS. Estudos comparativos, com metodologia adequada seriam necessários para elucidar o problema.

As análises estatísticas da ocorrência das reações entre os dois esquemas terapêuticos de nosso estudo demonstrou diferença significativa, tendo o esquema PQT/OMS apresentado menor

número de casos com reações, principalmente do tipo eritema nodoso hansênico (Tabela 1, p. 8 Hansen Int. 22(1), 1997). Atribuímos este achado a presença da CFZ no esquema. Vários estudos comprovam a redução de frequência do ENH com a clofazimina (Beck Bleuminck et al, 1992; Beck Bleuminck, 1994; WHO, 1994). Segundo Waters (1969) a associação da clofazimina com a dapsona não propicia melhora clínica ou bacteriológica, mas reduz, consideravelmente, a incidência do ENH. Os mecanismos de ação da droga no controle deste tipo de reação ainda não estão elucidados, necessitando de estudos imunológicos para um melhor entendimento. A ação anti-inflamatória da clofazimina parece estar relacionada a múltiplos fatores como a inibição dos neutrófilos e a transformação linfocitária (Jamet et al., 1991); a capacidade de interferir no metabolismo oxidativo, liberação do TNF α e produção de IFN γ (Martins, 1998). Após a alta terapêutica continuamos observando a menor frequência de casos com reação tipo ENH no grupo que recebeu o esquema PQT/OMS comparando ao da DNDS adaptado. Este achado pode ser explicado por uma possível ação residual da clofazimina já que cristais da droga permanecem, depositados em vários tecidos (Jopling, 1976). Seria interessante a realização de investigações para avaliar o potencial farmacológico dos cristais de depósito da droga e seus mecanismos de ação.

Uma importante polêmica que necessita ser melhor documentada é a relação entre os episódios reacionais e a positividade das baciloscopias pós alta terapêutica. Trabalho realizado em nosso laboratório avalia 44 casos com 5 anos pós alta da PQT/OMS; 22 apresentaram reação após a suspensão do tratamento e 22 não apresentaram nenhuma manifestação reacional no seguimento pós alta. Dos que apresentaram reação, em 27% (6/22) o IB determinado na vigência do quadro reacional (1 RR e 5 ENH) foi negativo. Não foi encontrada diferença significativa na queda dos IB comparando os valores determinados na alta terapêutica com os do 5º ano pós alta, entre os dois grupos estudados (Marques et al, 1997).

Apesar do pequeno número de casos da amostra estudada os resultados indicam que episódios reacionais podem ocorrer tanto nos casos baciloscopicamente positivos quanto nos

negativos e que a involução do IB é semelhante nas duas situações. Importante lembrar que todos os casos com reação foram tratados exclusivamente com drogas anti-reacionais (talidomida e/ou prednisona) e como não foi encontrado diferença significativa nos valores médios dos IB entre os dois grupos podemos deduzir que nos casos avaliados, as drogas imunossupressoras não interferiram na queda gradativa dos IB.

A dificuldade mais relevante pós alta terapêutica parece ser o diagnóstico diferencial entre reações e recidiva. Em relação ao ENH a questão não é tão problemática. Lesões de eritema nodoso são clássicas, de diagnóstico clínico relativamente fácil para profissionais de saúde. O problema é a diferenciação entre a reação reversa e as recidivas. Reconhecendo esta dificuldade encontramos no Guia de Controle da Hanseníase (Brasil, 1994) uma tabela, com as características de cada uma das situações (Tabela IV, p. 353, Medicina, Ribeirão Preto 30, 1997).

Analisando o quadro reproduzido na publicação, achamos oportuno comentar sobre o item - intervalo de tempo - que coloca o aparecimento da reação reversa "dentro de seis meses após completado o tratamento". Verificamos no seguimento dos nossos casos a ocorrência desta manifestação reacional até 4 anos pós tratamento. Sugerimos que este item seja revisto, que se compare os resultados com outros trabalhos e que se chegue a um consenso para sua aplicação na rede assistencial. A "resposta a esteróides" considerada excelente na reação reversa no referido quadro é, em nossa opinião o melhor critério para o diagnóstico diferencial. É importante lembrar que, uma recidiva não é um quadro clínico que necessite de intervenção imediata ao contrário da reação, aonde se não intervirmos precocemente, e isto significa utilizar drogas anti-inflamatórias potentes e em doses e por tempo adequados (corticoterapia), os danos neurológicos podem ser irreversíveis.

Exames baciloscópicos ou histopatológicos não são conclusivos para o diagnóstico de reação reversa. A expectativa que o exame histopatológico auxilie na hipótese do diagnóstico clínico não foi confirmada em avaliações de biópsias cutâneas pós PQT/OMS aonde observou-se

que, nas lesões diagnosticadas clinicamente como RR, foram encontrados granulomas considerados indistinguíveis dos observados em formas dimorfas (BT) sem tratamento (Pignataro et al., 1997; Trindade et al., 1997).

Interessantes ponderações foram feitas por Jopling (1983) que, mesmo antes da implantação de esquemas com duração fixa já abordava dificuldade da diferenciação entre ENH e recidiva. Considerava que o controle das baciloscopias pós alta terapêutica demonstra, muito antes das manifestações clínicas a ocorrência da recidiva e chama a atenção para o fato de, no caso de ENH só serem evidenciados bacilos granulosos. Esta referência comprova que a dificuldade diagnóstica entre as duas situações não é uma preocupação recente embora atualmente tenha maiores proporções relacionadas com a duração fixa dos tratamentos.

Nos seguimentos dos casos pós alta terapêutica, a conduta rotineira de nosso serviço na presença de novas lesões cutâneas, exacerbação de lesões pré-existentes e neurite isolada com ou sem sintomas sistêmicos foi a utilização do "Protocolo para diagnóstico diferencial entre reação e recidiva pós PQT" (Anexo I). Este foi idealizado fundamentado no proposto pela THELEP em estudo para diferenciação entre reação reversa e recidiva pós PQT em casos paucibacilares (THELEP, 1986) e demonstrou, pela resolutividade, ser efetivo como diagnóstico diferencial confirmando uma manifestação reacional. A experiência na assistência destes casos demonstrou, apesar das respostas individuais, a necessidade da dose mínima de 1 mg/kg/dia da Prednisona. A duração total da corticoterapia, da dose inicial e redução progressiva até a retirada total foi em média de 6 meses. É recomendado (WHO, 1997) a administração de CFZ 50 mg diárias caso a duração da terapia com esteróides exceda 4 meses como medida profilática do risco de multiplicação de bacilos localizados em focos latentes (reativação endógena). Em nenhum dos casos avaliados foi utilizado associado às drogas anti-reacionais (Prednisona / Talidomida) qualquer quimioterápico.

Se um paciente portador de doença infecciosa for tratado com quimioterápicos comprovadamente eficazes, por tempo suficiente e doses adequadas para a eliminação da população viável dos germes infectantes, podemos considerá-lo curado. O aparecimento após a interrupção do tratamento de novos sinais e sintomas da doença caracteriza a recidiva.

De acordo com as informações da OMS as taxas de recidiva com o esquema PQT/OMS e modificações deste para os casos MB é de 0.77% num seguimento de 9 anos ou 0.06% ao ano, tendo 50% dos casos recidivado nos 3 primeiros anos pós alta e 75% após 6 anos (WHO, 1993). Publicação recente (Huang-Yng et al, 1997) refere não ter encontrado diferenças nas taxas de recidiva entre pacientes com e sem quimioterapia antes do esquema PQT/OMS com duração fixa, encontrando taxa de recidiva de 0.15/1000 pessoas ano, sendo a ocorrência destas entre 4-7 anos pós alta.

As causas das recidivas são a resistência às drogas utilizadas e a persistência bacilar. A associação quimioterápica que compõe o esquema recomendado é considerada eficaz contra todas as cepas do *M. leprae* porque a resistente a uma das drogas é sensível às outras componentes da associação já que seus mecanismos de ação são diferentes. Em relação ao fenômeno da persistência bacilar, sabemos que os *M leprae* persistentes não respondem ao tratamento apesar de serem sensíveis as drogas dele constantes, devido ao estado de latência que os caracteriza. Não dispomos, até o momento, de nenhuma droga ou associação destas que atuem na eliminação dos bacilos persistentes. Independente da causa da recidiva, a reintrodução na PQT/OMS é eficaz (WHO, 1997).

Sabemos que um percentual de pacientes infectados pelo *M. leprae* não possui reatividade constitucional (Azulay, 1978) constituindo a "margem anérgica" de Rotberg (1957). Como seria o comportamento do sistema imunológico destes casos na permanência ou nova exposição ao agente infectante? Parece sensato admitirmos a possibilidade da ocorrência de uma reinfecção que se exteriorizaria clinicamente e responderia aos quimioterápicos da mesma maneira como na

primoinfecção. A reinfecção em Hanseníase é uma possibilidade lembrada e discutida por alguns autores (Reddy et al, 1991). Nos dois pacientes de nosso estudo diagnosticados como recidiva temos condições propícias para esta possibilidade: forma virchoviana, portanto com irreversibilidade imunológica específica e história epidemiológica de exposição continuada ao *M leprae*.

Seguindo as orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 1994), a ocorrência de sinais de atividade clínica da Hanseníase após alta por cura, que devem ser considerados para o diagnóstico de recidiva estão reproduzidos na Tabela III, p. 353, Medicina, Ribeirão Preto (30), 1997. Vamos, hipoteticamente, aplicar estes critérios na rotina ambulatorial da rede assistencial aonde, freqüentemente, não existe uma continuidade na equipe de saúde no acompanhamento dos casos:

- Cutâneos: o aparecimento de novas lesões é percebido e referido pelo paciente. Portanto, mesmo na ausência de informações prévias no prontuário, tem total credibilidade. Se for lesão tipo eritema nodoso, fica fácil o diagnóstico de reação. Se for placa ou mancha, a dúvida permaneçá que podem estar presentes tanto na vigência de reação reversa quanto na recidiva;
- Neurais: para utilizar este parâmetro temos que considerar a existência, nos prontuários dos pacientes de uma avaliação minuciosa e confiável que possibilitasse a comparação, o que sabemos não ser freqüente.

Portanto, em nosso entendimento, além do fato de que os sinais cutâneos e neurológicos referidos podem estar presentes nas duas situações, operacionalmente dificilmente poderiam ser aplicados. Há necessidade, portanto, de estudos clínicos e epidemiológicos que forneçam subsídios para elaboração de critérios mais precisos para definição de recidiva em Hanseníase, além de, como ressalta Oliveira (1997), uma sistematização de dados para avaliação a nível nacional.

Todos os casos do estudo estão há mais de 5 anos em alta terapêutica. O número de comparecimentos ao agenciamento anual foi decrescendo gradativamente a medida que o tempo de seguimento aumentou. Deduzimos que o não comparecimento significa que o paciente não

apresenta nenhuma lesão cutânea ou neurológica nova. Esta dedução decorre do investimento na educação em saúde e conseqüente conscientização dos casos. Consulta aos dados do nível central, Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária - SES/RJ, em novembro de 1996, constatou o registro de um único paciente, dos 140 agendados para acompanhamento pós alta, em unidade assistencial da rede, reforçando a dedução de que o não comparecimento significa ausência de reação e/ou recidivas. Oliveira (1996), verificou nos sistemas de informação notificação de recidiva ou recebendo algum tratamento para Hanseníase em casos de não comparecimento a convocação por aerograma não encontrando nenhum registro desta situação nos esquemas PQT/OMS. Croft (Croft et al, 1996) apresenta um estudo de 10 casos que apresentavam comprometimento neurológico pós PQT/OMS, referindo que 8 deles procurou a unidade assistencial na vigência dos sintomas espontaneamente, seguindo a orientação recebida na alta. Conclui que a educação em saúde é efetiva, motivando o paciente, tornando desnecessárias atividades de seguimento ativo dos casos pós alta, podendo a equipe de saúde despende mais tempo em outras atividades, como por exemplo na detecção de casos novos.

A inoculação no coxim plantar de camundongos imunocompetentes, de acordo com a técnica de Shepard (1960) foi realizada em 36 casos que apresentavam lesões cutâneas (tubérculos) com sinais de involução mas ainda presentes na alta terapêutica. Os resultados da contagem do *M. leprae* no material coletado 12 meses após a inoculação demonstrou, em todos os casos, valores inferiores ao considerado como padrão para caracterizar multiplicação bacilar. Este achado permite a suposição que a população de *M. leprae* viável (infectiva) se presente após os tratamentos é insuficiente para atingir os valores considerados como multiplicação nos animais imunocompetentes utilizados em nosso experimento.

Em apenas um dos casos de recidiva foi possível a inoculação. Neste caso específico foi verificada a viabilidade e a sensibilidade a DDS e RMP. Os resultados demonstraram que valores compatíveis com multiplicação bacilar só foram evidenciados nos animais que não receberam na

dieta as drogas utilizadas no tratamento. Este resultado sugere que a recidiva ocorreu por bacilos persistentes, sensíveis as drogas testadas. Os dois casos foram introduzidos no esquema PQT/OMS evoluindo favoravelmente.

Com o objetivo de uma melhor compreensão da ocorrência de recidivas, detalhamos nas tabelas do Anexo II algumas características dos casos de recidiva diagnosticados no seguimento de nosso estudo e relacionamos a seguir os dados coincidentes.

a) gerais:

- sexo masculino; adultos jovens;
- epidemiologia: residentes em área de alta prevalência (baixada fluminense); outros membros da família, consangüíneos, portadores da infecção;
- classificação clínico-histopatológico no diagnóstico da forma LL;
- esquema terapêutico adaptado do preconizado pela DNDS/MS;
- ocorrência de ENH na vigência do tratamento e no seguimento pós alta;
- regularidade ao tratamento: comparecimento mensal e sulfonúrias positivas;
- lb médio < 4+ log no diagnóstico.

b) na recidiva

- presença de lesões tipo tubérculos, em pequeno número, distribuídos nos membros superiores surgidos após 4 anos da interrupção do tratamento;
- ausência de sinais ou sintomas sistêmicos;
- IB da lesão cutânea (tubérculo) 4+ e média dos esfregaços 1.16+;
- ausência de comprometimento neurológico

O paciente MB que completa o número de doses do PQT/OMS dentro do prazo determinado, 24 doses supervisionárias em até 36 meses, recebe alta por cura, sai do registro ativo e não é mais computado nos cálculos das taxas de prevalência da doença. Ou seja, não existe mais, pelo menos oficialmente, como portador de Hanseníase.

De acordo com os dados do Ministério de Saúde (Brasil, 1997) dos casos MB diagnosticados em 1993 (ano de implantação da dose fixa) submetidos a PQT/OMS, foram considerados curados no final de 1996 um total de 13.563 casos. Nos resultados do nosso estudo encontramos no seguimento dos 70 casos submetidos a PQT/OMS 24 doses, que 32.8% (23/70) apresentaram um ou mais episódios reacionais após a alta. Estes casos continuaram sendo atendidos no Ambulatório, exigindo atenção de toda a equipe multidisciplinar e necessitando de drogas antireacionais. Aplicando os resultados do nosso trabalho no universo dos pacientes referidos pelo Ministério da Saúde, 32% dos 13.563, teremos um total de 4.368 casos não pertencentes ao registro ativo que poderão necessitar de atenção médica, utilizando medicamentos específicos para os quadros reacionais. Atualmente, os cálculos para previsão dos estoques das drogas para as reações são feitos com base no registro ativo, não levando em consideração os que não constam mais deste registro. A infecção hansênica ainda é um problema de saúde pública e isto implica em necessidade de recursos financeiros para, entre outras coisas, aquisição de medicamentos. Não entendemos como as autoridades sanitárias responsáveis pelo programa de controle da infecção poderão estimar os custos e a distribuição de drogas que consideramos de emergência (ex-portador de Hanseníase com reação hansênica é emergência) se continuarem realizando as previsões com base no registro ativo. A sugestão é que se implemente normas e procedimentos em todas as unidades assistenciais para o atendimento dos casos que se encontram fora do registro ativo (alta por cura) que possibilitem uma coleta de informações padronizadas. Com isto teremos uma avaliação real das necessidades operacionais após a alta terapêutica.

O que apresentamos reflete apenas parcialmente os objetivos propostos. Entendemos que conclusões definitivas só serão possíveis com a continuidade dos trabalhos o que pretendemos realizar por tempo ainda não definido.