

Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase (2011-2015) Diretrizes Operacionais (Atualizadas)



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde



Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase

(2011-2015)

Diretrizes Operacionais (Atualizadas)



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde



© 2010 Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 1.000 exemplares

Tradução, distribuição e informações:

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – REPRESENTAÇÃO BRASIL

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19

CEP: 70800-400 Brasília/DF – Brasil

<http://www.paho.org/bra>

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase

Endereço: Setor Comercial Sul, Quadra 4, edifício Principal, bloco A, 3º andar. CEP: 72304-000, Brasília-DF

E-mails: svs@saude.gov.br; hanseníase@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/svs>

Revisão técnica: Samira Bühner

Tradução: Globo tradução de línguas (Tradutora Priscila Leiko Fuzikawa)

Projeto gráfico e capa originais: Regional Office for South-East Asia

Diagramação da tradução: Grifo Design

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Organização Mundial da Saúde

Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015 : diretrizes operacionais (atualizadas). / Organização Mundial da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
70 p.: il.

Título original: Enhanced global strategy for further reducing the disease burden due to leprosy : 2011-2015 : operational guidelines (updated).

1. Hanseníase - 2. Prevenção e controle I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título.

NLM: WC 335

Unidade Técnica de Informação em Saúde,
Gestão do Conhecimento e Comunicação da OPAS/OMS – Representação do Brasil

© Versão original em inglês. Organização Mundial de Saúde 2009

Todos os direitos reservados

Pedidos de publicações, ou de permissão para reproduzir ou traduzir publicações da OMS, seja para venda ou distribuição não comercial, podem ser encaminhados a: Publishing and Sales, World Health Organization, Regional Office for South-East Asia, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Marg, New Delhi 110 002, India (fax: +91 11 23370197; e-mail: publications@searo.who.int).

As designações empregadas nesta publicação e a apresentação do material nela contido não constituem a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial da Saúde quanto à situação legal de qualquer país, território, cidade ou região, ou de suas autoridades, ou quanto à delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas sobre as quais pode ainda não existir consenso.

A referência a empresas específicas ou a certos produtos comerciais não implica que sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, em comparação com outros de natureza similar, não mencionados. Excetuando-se erros e omissões, os nomes de produtos patenteados estão destacados com iniciais maiúsculas.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Mundial da Saúde para verificar as informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem nenhum tipo de garantia expressa ou implícita. Cabe ao leitor a responsabilidade pela interpretação e pelo uso do material. Em nenhum caso a Organização Mundial da Saúde será responsável pelos danos decorrentes de sua utilização.

Esta publicação não necessariamente representa as decisões ou as políticas da Organização Mundial da Saúde.

Sumário

Prefácio	vii
Resumo Executivo	ix
1. Introdução	1
1.1 Qual o lugar e o propósito das <i>Diretrizes Operacionais atualizadas</i> ?	1
1.2 Qual o público alvo das <i>Diretrizes Operacionais atualizadas</i> ?	1
1.3 Como que a <i>Estratégia Global Aprimorada</i> e as <i>Diretrizes Operacionais</i> atualizadas podem ser aplicadas a países que têm sistemas de saúde tão diferentes?	2
1.4 O que significa “reduzir a carga da hanseníase”?	3
1.5 O que são “serviços de hanseníase de qualidade”?	4
1.6 Quais são os “princípios de equidade e justiça social” nesse contexto?	5
1.7 Que medidas podem ser tomadas para assegurar a equidade e a justiça social?	6
2. Integração e referência	7
2.1 Como funciona o sistema de referência em um serviço de saúde integrado?	7
2.2 Que condições da hanseníase exigem encaminhamento?	10
2.3 Como parcerias podem fortalecer o sistema de referência?	11
3. Detecção de casos	13
3.1 Como a detecção de casos deve ser organizada?	13
3.2 Qual a função do exame de contatos intradomiciliares na detecção de casos?	13
3.3 Como é possível promover a detecção precoce de casos?	13
3.4 Qual a importância da conscientização da comunidade no controle da hanseníase?	15
3.5 Quais são as mensagens mais importantes sobre hanseníase para o público geral?	16

4. Diagnóstico	17
4.1 O que é um caso de hanseníase e quando que se deve suspeitar da doença?	17
4.2 Como a hanseníase é diagnosticada?	17
4.3 Como e por que os casos de hanseníase são classificados?	20
4.4 O que deve ser feito quando há suspeita de hanseníase mas o diagnóstico for inconclusivo?	21
4.5 Como assegurar a precisão do diagnóstico de hanseníase?	22
4.6 Como é avaliada e registrada a incapacidade em hanseníase?	22
4.7 Quais as mensagens mais importantes para a pessoa recém diagnosticada com hanseníase?	26
5. Tratamento	27
5.1 O que é PQT e que medidas precisam ser tomadas ao iniciar tratamento?	27
5.2 Que medicamentos são incluídos na PQT e qual a dosagem para adultos e para crianças?	29
5.3 O que deve ser feito quando uma pessoa não comparece regularmente ao serviço para tratamento?	30
5.4 Quem é o paciente que interrompeu o tratamento (<i>defaulter</i>) e o que deve ser feito quando uma pessoa retorna ao serviço depois de interromper o tratamento?	31
5.5 O que é uma recidiva? Como ela é identificada e abordada?	32
5.6 A resistência às drogas é um problema?	33
5.7 Que complicações podem ocorrer na hanseníase e como elas são abordadas?	34
5.8 O que são reações hansênicas? Como que elas são identificadas e tratadas?	36
5.9 Como se distingue uma recidiva de uma reação hansênica?	39
5.10 Quais as mensagens importantes para a pessoa que está completando tratamento com êxito?	40
6. Prevenção de Incapacidades (PI) e autocuidados	41
6.1 Alguns pacientes têm maior risco de dano neural do que outros?	41
6.2 Quais são os efeitos do dano neural na hanseníase?	41
6.3 O que pode ser feito pelas pessoas com incapacidades resultantes da hanseníase?	42
6.4 Como incentivar as pessoas a praticarem os autocuidados em casa?	46
6.5 Qual a importância de um calçado adequado para as pessoas afetadas pela hanseníase?	46

7. Reabilitação	47
7.1 O que é reabilitação?	47
7.2 Qual é o papel dos profissionais de saúde na reabilitação?	47
7.3 O que é reabilitação baseada na comunidade?	49
7.4 Que ações são necessárias para promover a inclusão de pessoas afetadas pela hanseníase na RBC?	50
8. Monitoramento, documentação e informação	51
8.1 Quais os principais indicadores para monitorar o progresso e como que eles são usados?	51
8.2 Quais os principais indicadores para avaliar as atividades de detecção de casos?	53
8.3 Quais os indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase?	54
8.4 Que registros são usados em serviços que tratam hanseníase?	55
9. Questões organizacionais para gerentes de programas ...	59
9.1 O que são populações pouco assistidas?	59
9.2 Como o acesso de grupos populacionais pouco assistidos a serviços de hanseníase pode ser melhorado?	59
9.3 Como os programas podem melhorar o acesso a serviços de hanseníase em áreas urbanas?	61
9.4 Como a supervisão técnica deve ser organizada?	62
9.5 Como os gerentes de programas podem assegurar a facilidade de acesso à PQT?	63
9.6 Como poderão ser desenvolvidas parcerias para aprimorar as atividades de controle da hanseníase?	63
9.7 Qual o papel das pessoas afetadas pela hanseníase no controle da doença?	64
9.8 Que tipo de capacitação deverá ser ministrado aos profissionais de saúde em geral?	65
9.9 O que é a avaliação de programa e como ela é realizada?	65
10. Anexos	67
10.1 Leitura complementar	67
10.2 Glossário	69

Prefácio



Apesar da redução significativa da carga da doença associada à prevalência da hanseníase, que foi conseguida por meio de uma estratégia bem elaborada e de um esforço unificado, novos casos continuarão a surgir, possivelmente em menor número, por muitos anos ou nas próximas décadas. Hoje, o diagnóstico e o tratamento da hanseníase são simples e estão disponíveis gratuitamente no serviço de saúde mais próximo. Há expectativas crescentes de que as pessoas afetadas pela hanseníase e suas famílias não precisarão carregar a carga devastadora causada pela doença sem esperança.

Nosso desafio é manter a qualidade dos serviços de hanseníase e assegurar que todas as pessoas afetadas pela hanseníase, independentemente de onde morem, tenham igual oportunidade de serem diagnosticadas e tratadas por profissionais da área de saúde competentes, sem demoras desnecessárias e a custos acessíveis. Para alcançar esse objetivo, a maior parte de nossos esforços deverá direcionar-se à integração da hanseníase nos serviços gerais de saúde. Os profissionais de saúde de todos os níveis de atenção devem ser capacitados em relação aos métodos simples para o diagnóstico e abordagem da pessoa com hanseníase. Isso irá melhorar o acesso aos serviços de hanseníase e reduzir o estigma e a discriminação enfrentados pelas pessoas afetadas pela doença.

A Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase: 2006-2010 e a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015 da OMS enfocam a sustentabilidade dos ganhos conquistados até agora e a redução ainda maior da carga da doença em todas as comunidades endêmicas. Ao mesmo tempo, atenção especial deve ser dada para assegurar que a qualidade dos serviços não seja comprometida. Toda pessoa afetada pela hanseníase deverá ter fácil acesso

ao diagnóstico e ao tratamento gratuito com a poliquimioterapia. Precisamos garantir que sejam realizadas atividades sustentáveis, e que serviços de qualidade sejam oferecidos dentro de uma estrutura integrada que inclua uma rede eficaz de referência para abordar de forma eficiente as complicações relacionadas à hanseníase.

A implementação da *Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase* por meio dessas *Diretrizes Operacionais atualizadas* vai requerer um comprometimento renovado de todos os parceiros trabalhando em direção ao objetivo comum de um mundo sem hanseníase. Juntos, poderemos aliviar ainda mais a carga da hanseníase e assegurar que as consequências físicas e sociais da doença continuem a diminuir em todo o mundo. Espera-se que essas *Diretrizes* contribuam para um melhor entendimento da *Estratégia Global Aprimorada* e dos princípios que a respaldam, e contribuam para melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas afetadas pela hanseníase.



Dr. Samlee Plianbangchang
Diretor Regional

Resumo Executivo

Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase: 2006-2010 e a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase: 2011-2015 têm sido amplamente bem recebidas e endossadas. O objetivo geral é oferecer, a todas as comunidades afetadas, acesso a serviços de hanseníase de qualidade em conformidade com os princípios de equidade e justiça social. O objetivo dessas *Diretrizes Operacionais atualizadas* é ajudar os gerentes de serviços nacionais de saúde a implementar a *Estratégia Global Aprimorada* em seus próprios países. Isso será alcançado à medida que desenvolvam políticas nacionais detalhadas aplicáveis às suas próprias realidades, e revisem o Manual Nacional de Controle da Hanseníase em seus respectivos países.

Os serviços de hanseníase vêm sendo integrados aos serviços gerais de saúde na maioria dos países onde a doença é endêmica; uma ênfase muito maior é dada aqui à necessidade de haver um sistema de referência eficiente, como parte de um programa integrado. É essencial haver boa comunicação entre todos os envolvidos no gerenciamento de uma pessoa afetada pela hanseníase e daqueles incapacitados devido à doença. Essas diretrizes devem ajudar os gerentes a selecionar quais atividades podem ser realizadas no nível primário de atenção à saúde e em que situações os pacientes deverão ser encaminhados. Isso dependerá da natureza da complicação e da capacidade dos profissionais de saúde em prestar os cuidados adequados nos diferentes níveis do sistema de saúde.

A estratégia de controle continuará a depender da detecção precoce e do tratamento com a poliquimioterapia. Portanto, a promoção da demanda espontânea é, agora, essencial à detecção de casos. A utilização de campanhas em pequena escala deverá restringir-se a situações especiais ou circunstâncias excepcionais, dado que as campanhas de busca ativa de casos, em grande escala, têm se tornado menos custo-efetivas. É importante identificar e remover obstáculos que possam impedir que novos casos se apresentem. Os procedimentos para o estabelecimento do diagnóstico de hanseníase permanecem firmemente

ligados aos sinais cardinais da doença, mas a precisão do diagnóstico deve ser monitorada. As *Diretrizes Operacionais* propõem dar maior ênfase à avaliação da incapacidade no momento do diagnóstico para que aqueles com maior risco possam ser identificados e abordados de forma adequada.

O tratamento da hanseníase com a PQT vem apresentando um sucesso contínuo; nem a questão da recidiva, nem resistência a drogas têm sido problemas significativos e os esquemas são bem tolerados. Relatos esporádicos de pacientes recidivantes com cepas de *M. leprae* resistentes às drogas anti-hansênicas foram divulgados recentemente, ainda que não de forma alarmante até momento. O risco potencial de surgimento e transmissão de cepas resistentes à rifampicina deve ser contido assegurando a maior regularidade do tratamento e a rigorosa adesão aos esquemas da PQT. Além disso, é importante estabelecer uma rede de vigilância mundial para monitorar a resistência a drogas na hanseníase, e promover pesquisas sobre esquemas de tratamento mais eficazes e breves contra a doença. Procedimentos claros são fornecidos para tratar pacientes que utilizaram a PQT de forma irregular. As reações hansênicas são uma complicação séria que afeta alguns pacientes. As *Diretrizes* abordam esse tópico, enfatizando a necessidade da identificação precoce e do tratamento oportuno das reações hansênicas e neurites. Uma decisão chave dos gerentes de programas é determinar como e em que nível do sistema de saúde as reações hansênicas devem ser tratadas em seus países. Os diferentes países membros devem desenvolver suas próprias diretrizes detalhadas sobre essa questão.

A prevenção de incapacidades (PI) e as práticas de autocuidado também são descritas com algum detalhe, já que existe necessidade de aumento cobertura das atividades básicas de PI. Os programas precisam considerar essas atividades como parte integral da abordagem de pacientes com hanseníase. Isso é também um importante componente dos “serviços de hanseníase de qualidade” enfatizados na *Estratégia Global Aprimorada*.

A reabilitação pode ter um componente médico (como a cirurgia reconstrutiva), porém seu escopo é muito mais amplo. É provável que algumas pessoas afetadas pela hanseníase possam se beneficiar da reabilitação sócio-econômica, por exemplo, do treinamento profissionalizante ou de um empréstimo. As *Diretrizes Operacionais* também fornecem alguns detalhes sobre a importância da reabilitação baseada na comunidade como uma abordagem sustentável e custo-efetiva para atender as necessidades de reabilitação de pessoas afetadas pela hanseníase. Os profissionais dos serviços de saúde devem estar familiarizados com o que existe na localidade e devem saber como e para onde encaminhar as pessoas que precisem desses serviços.

Registros e relatórios são essenciais para manter padrões de qualidade em qualquer programa. Os indicadores selecionados na *Estratégia Global Aprimorada* são úteis para o monitoramento e a avaliação, e determinam que dados devem ser registrados. A ênfase agora está principalmente no monitoramento da ocorrência de casos novos, especialmente o número daqueles detectados com grau 2 de incapacidade. Os dados necessários para monitorar a qualidade das atividades não têm sido coletados rotineiramente por muitos programas. Os gerentes dos programas nacionais deverão, portanto, decidir por si quais indicadores serão utilizados para assegurar qualidade, visto que eles irão variar de país para país.

A gestão do programa é um assunto amplo; os tópicos abordados nessa Seção são aqueles mais importantes para o funcionamento dos serviços integrados de controle da hanseníase, incluindo supervisão, fornecimento de PQT, parcerias, capacitação e avaliação do programa.

1.1 Qual o lugar e propósito das *Diretrizes Operacionais atualizadas*?

As *Diretrizes Operacionais atualizadas* são um documento que complementa a *Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015*, que foi extensivamente revista e revisada com base em sugestões oriundas de uma variedade de especialistas, gerentes de programas nacionais e parceiros. Enquanto o documento estratégico apresenta uma visão geral sobre a ética e os princípios orientadores da *Estratégia Global Aprimorada*, as *Diretrizes Operacionais atualizadas* tentam oferecer sugestões práticas, baseadas em conhecimento profissional atualizado, para a implementação das atividades de campo.

Essas *Diretrizes Operacionais* têm duas funções:

- Definir e explicar termos, conceitos e atividades mencionadas na *Estratégia*;
- Mostrar como a estratégia deve ser implementada no contexto de um programa nacional.

Considerando que a *Estratégia Global Aprimorada* e as *Diretrizes Operacionais atualizadas* são globais, em termos de escopo, elas não apresentam direção e orientação sobre todo e qualquer aspecto do Programa Nacional. Entretanto, pretende-se que os gerentes dos programas nacionais possam ajustá-las às realidades locais e desenvolver um Manual Nacional abrangente para o Controle da Hanseníase.

1.2 Qual o público alvo das *Diretrizes Operacionais atualizadas*?

O público-alvo das *Diretrizes Operacionais atualizadas* inclui os gerentes de serviços nacionais de saúde e os gerentes de nível médio responsáveis

pelas atividades de controle da hanseníase em seus países. Eles serão solicitados a implementar a *Estratégia Global Aprimorada*.

1.3 Como que a *Estratégia Global Aprimorada* e as *Diretrizes Operacionais atualizadas* podem ser aplicadas a países que têm sistemas de saúde tão diferentes?

Considerando às grandes variações na forma em que os pacientes de hanseníase são abordados por diferentes serviços de saúde – devido à cobertura dos serviços de saúde, variações da endemicidade, capacitação, provisão de recursos humanos, supervisão, etc., – as mesmas diretrizes não poderão ser usadas em todas as situações. As *Diretrizes Operacionais* devem ser usadas em dois níveis: na Atenção Primária e em serviços de referência. A distinção entre esses dois níveis, tal como utilizada nesse documento, deve ser adaptada à situação prevalente em cada país.

As “Diretrizes para a atenção primária” são apresentadas para os profissionais dos serviços gerais de saúde trabalhando nas unidades de saúde integradas, onde eles atendem e tratam de uma ampla variedade de problemas de saúde, sendo a hanseníase uma parte relativamente pequena de seu volume de trabalho. As “Diretrizes para os serviços de referência” são para os profissionais das unidades de referência, incluindo supervisores de campo, que têm capacitação e experiência avançadas em hanseníase; e também para aqueles que possuem conhecimento especializado para atender a outras consequências relacionadas à hanseníase (oftalmologistas, cirurgiões ortopédicos, etc.). Como parte do processo de integração, os serviços de referência devem ser reforçados.

Em locais onde a hanseníase é uma ocorrência comum e os profissionais de saúde estão familiarizados com a doença, muitas das atividades de rotina para o diagnóstico, tratamento e prevenção de incapacidades podem ser realizadas nos serviços de atenção primária. Entretanto, os profissionais de saúde naquele nível precisam ter um razoável conhecimento sobre a hanseníase, mesmo em uma estrutura integrada. Nesse caso, algumas atividades mencionadas nas “diretrizes para os serviços de referência” podem ser adequadas à muitas unidades de atenção primária. Alguns aspectos podem ser determinados pelo governo, como, por exemplo, quem pode diagnosticar e tratar a hanseníase e quem pode diagnosticar e tratar as reações.

Exemplo 1: A determinação do grau de incapacidade é abordada na Seção 4.6. As diretrizes apresentadas naquela Seção para profissio-

nais de saúde da atenção primária requerem muito pouca experiência com hanseníase e exigem um nível mínimo de qualificação para a realização das tarefas. Existem programas onde profissionais da atenção primária já determinam o grau de incapacidade com um nível razoável de conhecimento técnico. Nesses programas, portanto, pode-se esperar que os gerentes do programa nacional decidam que as chamadas “diretrizes para os serviços de referência” desta Seção específica possam ser aplicadas por estes profissionais.

Exemplo 2: A identificação de reações e neurites, e o uso de corticoesteróides para tratar esses casos, são abordados na Seção 5.8. As “diretrizes para a atenção primária” não pressupõem que os profissionais desse nível tenham capacitação sobre esse assunto, e apresentam diretrizes bastante simples – basicamente no sentido de encaminhar os casos para os serviços de referência. Se a equipe da atenção primária tiver recebido capacitação específica nessa área, as “diretrizes para os serviços de referência” podem ser usadas.

A rede de referência será sempre um componente importante em sistema de saúde integrado (Ver Seção 2.1). Em qualquer nível, a equipe de saúde deverá estar pronta para encaminhar qualquer paciente que não possa ser adequadamente tratado no serviço de saúde onde estiver sendo acompanhado. Os profissionais em serviços de saúde selecionados, hospitais regionais ou qualquer outro local identificado como uma unidade de referência devem ser adequadamente capacitados, e estar prontos para receber esses pacientes e aproveitar estas oportunidades para capacitação da equipe da atenção primária.

1.4 O que significa “reduzir a carga da hanseníase”?

A “carga da hanseníase” pode ser vista sob três aspectos:

Primeiramente, a medida epidemiológica mais relevante da carga da hanseníase é a incidência da doença, que é o número de pessoas que desenvolvem a doença durante um determinado período de tempo – geralmente um ano, numa população específica. Considerando que a incidência de uma doença é algo difícil de mensurar diretamente, a *taxa de detecção de casos novos* é utilizada como um indicador proxy da taxa de incidência. Parece provável, no entanto, que alguns casos novos nunca compareçam para diagnóstico e tratamento. Portanto, o número de casos detectados é menor do que o número de casos incidentes. A taxa global de incidência da hanseníase parece estar diminuindo lentamente, mas, em muitas áreas, ela permanece estática, ao mesmo tempo em que parece estar aumentando em outras áreas. As mudanças relativas à incidência ocorrem vagarosamente, no decorrer de décadas, e estão relacionadas a fatores tais como imunização com

a BCG, desenvolvimento econômico, e boas práticas para o controle da hanseníase. Isso indica que a carga da hanseníase está diminuindo lentamente, mas novos casos continuarão a aparecer por muitos anos. Portanto, os serviços de diagnóstico e tratamento precisam ser mantidos em níveis adequados.

Em segundo lugar, a carga da hanseníase pode estar relacionada à prevalência registrada da doença, que é o número de pessoas em tratamento em dado momento. A prevalência da hanseníase diminuiu em todo o mundo nos últimos 20 anos graças à poliquimioterapia (PQT) fornecida através do Programa de Controle da Hanseníase. Ao diminuir a duração do tratamento, a PQT reduziu muito o número de pacientes em tratamento em qualquer dado momento e, desta forma, fez com que a “carga” sobre os serviços de saúde diminuísse. Entretanto, esse declínio desacelerou consideravelmente nos últimos anos, visto que registros de pacientes acumulados ao longo de anos foram retirados do registro ativo. Hoje, o maior volume da prevalência registrada é composto por casos novos detectados durante o ano e submetidos ao tratamento com a PQT.

A terceira forma de se ver a “carga da hanseníase” é pelos olhos das pessoas afetadas pela hanseníase. As complicações da hanseníase podem levar a incapacidades nas mãos e nos pés e, algumas vezes, à cegueira. Esses problemas físicos são muitas vezes ofuscados pela rejeição social e sofrimento mental causados pelo estigma que persiste, em diversas comunidades, em torno dessa doença tratável. Estima-se que mais de três milhões de pessoas estejam vivendo com alguma incapacidade resultante da hanseníase no mundo. Muitas dessas incapacidades podem ser prevenidas, e a *Estratégia Global Aprimorada*, novamente, clama por maiores esforços para reduzir essa “carga”, diminuindo, por meio da detecção precoce, o número de casos novos que são diagnosticados com incapacidades, o aprimoramento do tratamento de complicações agudas e crônicas causadas pelas reações hansênicas, a reabilitação de pessoas com incapacidades, e a luta contra o estigma e a discriminação onde quer que eles existam.

1.5 O que são “serviços de hanseníase de qualidade”?

A *Estratégia Global Aprimorada* enfatiza a qualidade dos serviços de hanseníase como um componente essencial de um programa eficiente. A qualidade é baseada na capacitação adequada dos profissionais em todos os níveis, na supervisão técnica regular e no monitoramento dos indicadores-chave. A busca pela qualidade pressupõe a disposição da equipe para efetuar mudanças com o objetivo de melhorar suas habilidades e o funcionamento dos serviços de saúde onde trabalham.

Serviços de hanseníase de qualidade são acessíveis a todos aqueles que necessitam deles em termos de:

- Cobertura: o tratamento com a PQT pode ser fornecido na unidade de saúde mais próxima.
- Ausência de obstáculos geográficos, econômicos ou de gênero.

Os serviços de hanseníase de qualidade também são centrados no paciente e observam os direitos dos mesmos, incluindo o direito a tratamento adequado e oportuno, e à privacidade e confidencialidade.

Eles também abordam todos os aspectos do tratamento dos casos, com base em sólidas evidências científicas. Esses aspectos são:

- Diagnóstico oportuno e preciso, com aconselhamento profissional de suporte (Seção 4).
- Tratamento com PQT disponível gratuitamente e de fácil utilização (Seção 5).
- Intervenções relacionadas à prevenção de incapacidades realizadas de forma adequada (Seção 6).
- Encaminhamentos, devido a complicações ou para reabilitação, realizados conforme a necessidade (Seção 2 e 7).
- Manutenção de registros simples e incentivo a revisões e avaliações (Seção 8).

1.6 Quais são os “princípios de equidade e justiça social” nesse contexto?

As comunidades têm várias necessidades relacionadas à saúde. Recursos (pessoal, tempo, dinheiro) deverão ser alocados de forma justa para diferentes programas, incluindo os serviços de hanseníase, de acordo com a carga da doença, para que cada um funcione da maneira mais efetiva possível. Equidade significa que os pacientes de hanseníase tenham a mesma oportunidade para comparecer aos serviços de saúde que estão adequadamente equipados para lidar com seus problemas. Também implica que os serviços de hanseníase não sejam piores nem melhores do que outros serviços de saúde disponíveis em dada comunidade. A justiça social refere-se a uma ausência de discriminação, por qualquer motivo, seja pelo tipo de doença, grau de incapacidade, raça, gênero, classe social ou religião, com a incorporação dos princípios de privacidade e confidencialidade.

1.7 Que medidas podem ser tomadas para assegurar a equidade e a justiça social?

A nível nacional

- Colocar leis e políticas em vigor, remover leis discriminatórias e criar mecanismos para assegurar que os direitos das pessoas afetadas pela hanseníase sejam respeitados, atendidos e protegidos.
- Trabalhar com parceiros que possuam idéias semelhantes em todos os setores de desenvolvimento (assistência social, educação, direito e indústria), grupos de pessoas afetadas pela hanseníase e organizações não governamentais (ONGs).

A nível municipal (local):

- Utilizar instrumentos educacionais adequados para fomentar atitudes positivas e combater a discriminação e o estigma na comunidade.
- Aumentar o poder das comunidades, por meio de educação que possibilite a compreensão de seus direitos e necessidades, e de parcerias que garantam sua participação nas tomadas de decisões.
- Promover atividades de reabilitação baseada na comunidade em colaboração com outros interessados, tanto dos setores da saúde como de outros setores.

Integração e referência

2.1 Como funciona o sistema de referência em um serviço de saúde integrado?

O controle eficaz da hanseníase exige uma abordagem integrada, que proporcione maior equidade e acessibilidade, melhor custo-efetividade e sustentabilidade a longo prazo. Isso significa que as atividades de controle da hanseníase devem ser implementadas pelos serviços gerais de saúde, com a inclusão de serviços de referência integrados. A integração não só melhora a acessibilidade ao tratamento, como também reduz o estigma e a discriminação enfrentados por pessoas afetadas pela hanseníase.

A integração implica que a abordagem de pacientes, registros e relatórios se tornem responsabilidade dos profissionais de serviços gerais de saúde. Entretanto, a integração não significa a ausência de conhecimento especializado no serviço de saúde. Pelo contrário, esse conhecimento especializado deve estar disponível dentro do serviço geral de saúde nos níveis central e intermediário para planejamento e avaliação, oferta de capacitação, supervisão técnica, orientação, oferta de serviços de referência (incluindo os dos hospitais) e pesquisa. Um sistema deverá ser estabelecido para o encaminhamento dos casos difíceis ou complicados aos hospitais ou especialistas (i.e. clínicos com algum treinamento adicional em hanseníase, dermatologistas ou cirurgiões); e para contra-referência às unidades de saúde da atenção primária para a continuidade do tratamento. Os serviços especializados de referência são parte dos serviços gerais de saúde da mesma forma que um cirurgião, em um hospital regional, faz parte desses serviços.

Dependendo das condições locais (i.e. disponibilidade e nível de capacitação de diversas categorias do corpo clínico), cada país ou região deverá decidir em que nível do sistema de saúde os serviços especializados deverão ser disponibilizados. Profissionais dos serviços gerais de

saúde na atenção primária devem ser capazes de diagnosticar e tratar a hanseníase sob supervisão técnica de especialistas do nível intermediário. Eles devem saber onde estão disponíveis os serviços especializados para o acompanhamento de pacientes com necessidades especiais. Eles também devem desenvolver conexões com organizações não-governamentais para intervenções especializadas. Os especialistas geralmente são responsáveis também por outras doenças, além da hanseníase.

Em locais onde a hanseníase for menos comum, a capacidade de fazer a suspeição e encaminhar o paciente a uma unidade de referência se torna a habilidade mais importante exigida dos profissionais de saúde da atenção primária. Essas unidades de referência (incluindo hospitais regionais e determinadas unidades de saúde) devem diagnosticar a hanseníase e iniciar o tratamento. A continuidade do tratamento poderá ser delegada à unidade de saúde da atenção primária que atende a comunidade à qual o paciente pertence. A comunidade deve ser informada sobre os sintomas da hanseníase e sobre a disponibilidade de serviços. Nas áreas com um pequeno volume de pacientes, a abordagem do comprometimento neural terá de ser centralizada nas unidades de referência. As unidades que tratam as complicações da hanseníase e oferecem serviços cirúrgicos de reabilitação serão ainda mais centralizadas, mas podem também oferecer alguns serviços de referência por meio de unidades móveis.

Um sistema de referência adequado implica que os serviços especializados devem ser acessíveis e disponibilizados a qualquer paciente que precise deles. O principal obstáculo ao encaminhamento em muitos países está na dificuldade de o paciente chegar à unidade de referência no momento certo. Nessas situações, um supervisor visitante pode ser útil em prover os serviços de apoio necessários.

Toda a equipe da atenção primária deve ter conhecimento dos serviços e dos profissionais a quem podem encaminhar pacientes, para que possam orientar seus pacientes de forma adequada, de modo a minimizar suas dificuldades. Uma boa comunicação é essencial para permitir a discussão do progresso dos pacientes e também como oportunidade para capacitação adicional. A conveniência de telefones móveis (celulares) e da troca de mensagens de texto pode facilitar essa comunicação, possibilitando que ela ocorra no momento oportuno.

A OMS preconiza seis princípios básicos para uma integração bem sucedida:

- (1) As unidades de saúde as mais próximas possíveis da residência do paciente devem ser identificadas para oferecer serviços de hanseníase em todos os dias úteis;

- (2) Pelo menos um profissional capacitado deverá estar disponível na unidade de saúde que oferece serviços de hanseníase;
- (3) Todas as unidades de saúde que tenham pacientes em tratamento deverão ter um estoque adequado de medicamentos;
- (4) Material de Informação, Educação e Comunicação (IEC) deverá estar disponível para os membros da comunidade;
- (5) Deverá haver alguma forma simples de documentar o tratamento;
- (6) Os serviços de referência deverão estar disponíveis e acessíveis, e a equipe de saúde da atenção primária deverá saber quando, onde e como encaminhar pacientes.

Diretrizes para serviços da atenção primária

Os profissionais da atenção primária devem desenvolver conexões eficazes com as unidades de referência que provavelmente utilizarão com maior regularidade. Isso inclui:

- O supervisor técnico visitante;
- Uma unidade de saúde próxima (que tenha profissionais com capacitação adicional em hanseníase) ou um hospital regional;
- Um serviço de oftalmologia para pacientes com problemas nos olhos;
- Um especialista em hanseníase ou dermatologia: para diagnóstico, realização de baciloscopia e tratamento de reações;
- Redes locais de reabilitação para aqueles com incapacidades de longa duração.

Diretrizes para serviços de referência

Os profissionais do nível de referência devem conhecer os serviços especializados e outros profissionais a quem possam encaminhar pacientes. Esses profissionais são das seguintes áreas:

- oftalmologia para patologias oculares importantes;
- dermatologia para diagnósticos de condições cutâneas complexas;
- laboratório para a realização de baciloscopia e histopatologia;
- fisioterapia para a avaliação e acompanhamento de reações;
- podiatria para abordagem dos pés e calçados;
- terapia ocupacional para reabilitação e adaptações;

- cirurgia plástica e reconstrutiva;
- serviço social para avaliação e posterior encaminhamento;
- especialistas em reabilitação baseada na comunidade.

2.2 Que condições da hanseníase exigem encaminhamento?

Os profissionais deverão encaminhar pacientes cujas necessidades eles não sejam capazes de atender, ou porque não foram capacitados para tanto, ou porque não possuem os recursos necessários (medicamentos, equipamentos, outros profissionais, etc.) para tratar o problema.

Encaminhamentos de rotina: Condições não-urgentes incluem:

- Diagnóstico: se houver suspeita de hanseníase, mas o diagnóstico for inconclusivo (Seção 4.4);
- Suspeita de recidiva (Seção 5.5);
- Qualquer incapacidade estável, duradoura, que poderá ser indicada para cirurgia ou qualquer outra intervenção de reabilitação (Seções 6 e 7);
- Encaminhamentos não-médicos, por exemplo, a um assistente social ou a um programa de RBC;
- Outras condições de saúde não-relacionadas à hanseníase.

Encaminhamentos urgentes: Condições que exigem tratamento urgente, tais como:

- Reações hansênicas severas (Seção 5.8), incluindo:
 - Reação reversa severa.
 - Reação reversa sobre o trajeto de um tronco nervoso importante.
 - Neurite, incluindo a neurite silenciosa.
 - Reações de ENH.
- Infecção severa da mão ou pé (geralmente relacionadas a uma úlcera com secreção fétida): a mão ou pé estará quente, vermelho, edemaciado e provavelmente dolorido.
- Envolvimento ocular na hanseníase – quatro problemas específicos que exigem encaminhamento urgente:
 - Diminuição recente da acuidade visual.
 - Olho vermelho e dolorido.

- Perda recente da capacidade de fechar o olho (Lagoftalmo).
- Reação numa lesão cutânea na face.
- Reação adversa severa à medicação (Seções 5.7).

Os programas nacionais devem documentar e divulgar os detalhes de contato dos serviços e consultores prontos para receber encaminhamentos relacionados à hanseníase para que se estabeleça um sistema de referência mais eficiente.

2.3 Como parcerias podem fortalecer o sistema de referência?

Existem diversas organizações de base comunitária (OBCs), ONGs e instituições privadas que oferecem uma variedade de serviços de hanseníase próximos à comunidade que atendem. Eles podem ser pontos focais muito eficazes para a prestação de serviços e intervenções especializados. Também é importante desenvolver parcerias público-privadas com outros setores e dentro da comunidade, inclusive com organizações de pessoas afetadas pela hanseníase.

Detecção de casos

3.1 Como a detecção de casos deve ser organizada?

Existem dois métodos de detecção de casos: ativo e voluntário. A promoção da demanda espontânea é hoje crucial para a detecção de casos. Em geral, os métodos de busca ativa de casos incluindo campanhas em larga escala não são recomendados visto que têm se tornado cada vez menos eficientes. A utilização de campanhas de menor escala deverá restringir-se a situações especiais ou a circunstâncias excepcionais. Deverá ser uma atividade realizada uma única vez com o principal objetivo de estabelecer serviços sustentáveis. Os programas nacionais deverão promover iniciativas para incentivar as pessoas com suspeita de hanseníase a se apresentarem voluntariamente nas unidades de saúde mais próximas de suas residências.

3.2 Qual a função do exame de contatos intradomiciliares na detecção de casos?

Os contatos intradomiciliares de pacientes de hanseníase têm risco significativamente maior de desenvolver a doença do que os contatos que não residem na mesma casa. Quando um caso novo é detectado, os contatos intradomiciliares do paciente devem ser examinados em busca de sinais da doença. Eles devem receber informações sobre os sinais precoces da doença e a importância deles, e orientados a retornar ao serviço diante do aparecimento de qualquer lesão cutânea ou de qualquer mudança motora ou de sensibilidade.

3.3 Como é possível promover a detecção precoce de casos?

Esforços para aumentar a detecção de casos concentram-se em facilitar a demanda espontânea de pessoas que desenvolvam hanseníase. Isso é feito aumentando a conscientização do público em geral a respeito dos

sinais e sintomas precoces da hanseníase. Os obstáculos que impedem que as pessoas se apresentem para serem examinadas deverão ser eliminados. Aqui, eles são divididos em cinco categorias.

Os obstáculos incluem o desconhecimento de que a hanseníase pode ser tratada e que o tratamento é gratuito e está disponível no nível local. Essa questão pode ser abordada de forma mais eficaz por meio de campanhas de informação pública através de diferentes veículos da mídia, incluindo meios tradicionais de comunicação.

Em segundo lugar, o medo é um obstáculo comum. Pode ser o medo do diagnóstico, o medo de deformidades futuras, o medo de expor-se como tendo hanseníase, ou o medo de que a família sofra por conta da doença do paciente. Os últimos dois estão relacionados às atitudes negativas ou a outras formas de estigma e discriminação inerentes à sociedade. Esses medos podem persistir até muito depois que a atitude e percepção gerais tenham se tornado mais tolerantes, e que as situações de discriminação pública tenham se tornado raras.

O medo e o estigma são difíceis de erradicar. Eles só são enfrentados com êxito por meio de uma combinação de estratégias que incluam: a disseminação de informação factual sobre a hanseníase e seu tratamento; mensagens na mídia direcionadas especificamente a cada contexto, abordando conceitos equivocados e crenças tradicionais sobre a hanseníase; a construção de uma imagem positiva da hanseníase; e a utilização do testemunho de pessoas que foram curadas da doença. Outras ações que contribuem para criar uma imagem positiva das pessoas afetadas pela hanseníase são: estabelecer contatos entre a comunidade e pacientes tratados; o êxito dos autocuidados; a reabilitação com o objetivo de aumentar o poder dos pacientes e oferecer-lhes serviços de aconselhamento profissional para aumentar sua autoestima. Ao mesmo tempo, quaisquer atitudes negativas, estruturas ou formas de organização inadequadas dos serviços de saúde deverão ser abordadas de forma urgente. A garantia à privacidade e confidencialidade e ao tratamento com dignidade são particularmente importantes.

Um terceiro grupo de obstáculos inclui outras desvantagens, algumas das quais são culturalmente determinadas, tais como gênero, identidade étnica e pobreza. Esses aspectos exigem abordagens específicas, que incluem aumento da conscientização e educação, bem como advocacia em prol de uma legislação mais adequada, serviços de apoio, e medidas gerais de alívio de pobreza.

A quarta categoria de obstáculos inclui as barreiras físicas, tais como topografia ou terrenos difíceis, onde estão localizados os pacientes, e longas distâncias até a unidade de saúde mais próxima. Esses fatores

também impõem desafios específicos, especialmente em áreas com baixa cobertura de serviços de saúde, e exigem soluções flexíveis para a prestação de serviços de diagnóstico e tratamento.

O último grupo de obstáculos, que inclui as questões de segurança em áreas de guerra ou distúrbio civil, é o mais difícil de abordar. Não obstante, é uma triste realidade em muitos países onde a hanseníase é endêmica.

3.4 Qual a importância da conscientização da comunidade no controle da hanseníase?

O objetivo de ações de saúde visando à conscientização da comunidade é melhorar os níveis de entendimento sobre a doença, sobre o programa e sobre suas consequências para a comunidade, tanto em termos dos benefícios, quanto das responsabilidades. Também visa incentivar os membros da comunidade a aceitar um papel ativo no serviço. O resultado esperado é um aumento no índice de demanda espontânea e das atitudes positivas da sociedade com relação à pessoa afetada pela hanseníase.

A informação e educação do público em relação ao controle da hanseníase tem como objetivo a conscientização das pessoas por meio:

- de um melhor entendimento sobre a doença e sobre o programa;
- do incentivo à preocupação cívica sobre qualidade e responsabilidade;
- do aumento da demanda e do apoio aos serviços de saúde;
- da desconstrução dos mitos e do combate a concepções equivocadas;
- da não aceitação do estigma e da discriminação;
- do desenvolvimento de um senso de propriedade da comunidade;
- da possibilidade de que a comunidade desenvolva atitudes e comportamentos positivos para a ação social;
- da oferta de apoio às pessoas afetadas pela hanseníase ao possibilitar que elas superem barreiras que as impedem de exercer suas responsabilidades sociais.

3.5 Quais são as mensagens mais importantes sobre hanseníase para o público geral?

As mensagens devem ser objetivas, positivas, específicas e levar em conta idade, gênero, localidade, idioma, e cultura. O enfoque deve ser sobre a cura, a disponibilidade gratuita de medicamentos, os sinais precoces, a eliminação de discriminação e estigma e a oferta de apoio e incentivo às pessoas afetadas.

As seguintes áreas devem ser enfocadas:

- **A cura da hanseníase:** a hanseníase é uma doença infecciosa, mas o risco de se desenvolver a doença é baixo. Ela pode ser curada com drogas que são ampla e gratuitamente disponíveis.
- **Os sinais precoces** da hanseníase são lesões de pele hipocrômicas ou avermelhadas, com perda de sensibilidade. A detecção precoce e o tratamento adequado ajudam a evitar incapacidades resultantes da hanseníase.
- **Medo:** a doença pode ser tratada como qualquer outra; as pessoas afetadas não devem sofrer discriminação. As pessoas tratadas deixam de transmitir a doença.
- **Suporte:** as pessoas afetadas precisam do apoio e incentivo de suas famílias e comunidade, primeiro para tomar a PQT e qualquer outro tratamento conforme prescrito e, segundo, para poder viver uma vida normal.

4.1 O que é um caso de hanseníase e quando se deve suspeitar da doença?

Um caso de hanseníase é uma pessoa que apresente sinais clínicos da doença, e que requeira quimioterapia (PQT).

Deve-se suspeitar de hanseníase diante da presença de quaisquer dos seguintes sinais ou sintomas:

- lesões de pele hipocrômicas ou avermelhadas (o sinal mais comum de hanseníase);
- perda, ou diminuição da sensibilidade na lesão cutânea;
- dormência ou formigamento nas mãos ou pés;
- fraqueza nas mãos, pés ou pálpebras;
- nervos doloridos ou sensíveis;
- edema ou nódulos no rosto ou orelhas;
- feridas ou queimaduras indolores nas mãos ou pés.

Apesar de a maioria dos pacientes de hanseníase apresentar lesões cutâneas visíveis, profissionais experientes sabem que existe uma grande variedade de lesões cutâneas que se manifestam em casos da doença. Algumas lesões cutâneas são bastante difusas e difíceis de distinguir da pele normal. Nesses casos, outros sintomas e sinais tornam-se importantes para o diagnóstico.

4.2 Como a hanseníase é diagnosticada?

Um grau razoável de certeza é exigido antes de se fazer o diagnóstico de hanseníase. Um caso suspeito não deverá ser imediatamente notificado

como um caso novo, pois o diagnóstico de hanseníase tem consequências sociais adversas.

A hanseníase é diagnosticada quando pelo menos um dos sinais cardinais se manifesta:

- (1) Evidente perda de sensibilidade numa lesão cutânea esbranquiçada (hipocrômica) ou avermelhada.
- (2) Um nervo periférico espessado, com perda de sensibilidade e/ou fraqueza da musculatura inervada por ele.
- (3) Presença de bacilos álcool-ácido-resistentes em um raspado intradérmico.

A perda evidente da sensibilidade numa lesão cutânea poderá ser detectada tocando a pele suavemente (utilizando algo como um chumaço de algodão). Toca-se a pele da pessoa em diferentes locais. Pede-se, então, a ela que indique os pontos que foram tocados. Se a pessoa não conseguir sentir os pontos de contato na lesão cutânea, mas identifica os outros pontos que foram tocados em região de pele normal, o diagnóstico de hanseníase é confirmado.

A avaliação dos nervos é uma parte importante do exame de uma pessoa afetada pela hanseníase. Porém, exige experiência e só deverá ser realizada por profissionais especificamente capacitados para isso.

A baciloscopia requer um laboratório devidamente equipado com profissionais capacitados para a realização do exame. Os serviços de baciloscopia podem ser disponibilizados em determinadas unidades selecionadas (tais como as que já realizam a baciloscopia de escarro para diagnóstico da tuberculose). Na maioria dos pacientes, a baciloscopia não é essencial para o diagnóstico da hanseníase, mas, em alguns casos de hanseníase MB, ela pode ser o único sinal conclusivo da doença. A maioria das pessoas com hanseníase apresenta baciloscopia negativa.

Diretrizes para serviços da atenção primária

Examinar a pele em local com iluminação adequada para identificar todas as lesões cutâneas. Em seguida:

- Anotar o número de lesões;
- Testar a sensibilidade nas lesões cutâneas para verificar a existência de perda de sensibilidade;
- Avaliar o grau de incapacidade (Seção 4.6).

Se houver perda evidente de sensibilidade em uma lesão cutânea, fechar o diagnóstico de hanseníase, contar o número de lesões para fazer a classificação (Seção 4,3), e iniciar a PQT imediatamente (Seção 5.1). Se não houver perda de sensibilidade, não iniciar tratamento, mas encaminhar a pessoa para uma avaliação mais detalhada.

Da mesma forma, deve ser possível suspeitar de dano neural por meio da investigação de sintomas, como formigamento nos membros, fraqueza nas mãos (incapacidade de segurar um copo ou abotoar uma camisa) ou nos membros inferiores ou olhos (lacrimejamento, incapacidade de fechá-los), e encaminhar a pessoa a um centro de referência para tratamento adequado.

Diretrizes para serviços de referência

- (1) Examinar toda a pele sob boa iluminação; identificar todas as lesões cutâneas. Anotar o número de lesões. Verificar se há nódulos ao redor da face ou orelhas, áreas de placas ou infiltração da pele.
- (2) Testar a sensibilidade das lesões cutâneas, para verificar a existência de perda de sensibilidade, conforme descrito acima.
A perda evidente de sensibilidade na lesão cutânea determina o diagnóstico de hanseníase.
- (3) Examinar os nervos para verificar a presença de espessamento e verificar se há perda de sensibilidade e/ou fraqueza muscular. Isso deve ser feito somente por um profissional capacitado.

Os nervos que geralmente estão espessados são:

- O **nervo auricular** na lateral do pescoço, abaixo da orelha, às vezes fica visivelmente espessado: palpe-o suavemente para certificar-se de que é o nervo (sólido) e não uma das veias do pescoço (cheias de fluido).
- O **nervo ulnar** na altura do cotovelo, o **nervo cutâneo radial** e o **nervo mediano** no punho, o **nervo fibular comum** na altura do joelho, e o **nervo tibial** no tornozelo, devem suavemente palpados para verificar se estão espessados. Essa é uma habilidade prática que precisa ser aprendida e praticada em alguma capacitação.

O espessamento evidente de um nervo, com perda de sensibilidade ou fraqueza muscular, determina o diagnóstico de hanseníase, mas é necessária experiência para realizar esse exame adequadamente.

Exame para verificar perda de sensibilidade e fraqueza muscular nas mãos e pés:

- Veja todos os aspectos envolvidos na avaliação da função neural na Seção 4.6.
- (4) Se possível, realizar a baciloscopia, principalmente se houver lesões nodulares ou se a maior parte da pele estiver infiltrada com lesões bastante indistintas e se não houver evidente perda de sensibilidade. Essas características são mais sugestivas de hanseníase multibacilar, na qual a baciloscopia é geralmente positiva, mas outros sinais, como a perda de sensibilidade, podem não estar presentes.

Uma baciloscopia positiva em um indivíduo virgem de tratamento determina o diagnóstico de hanseníase.

4.3 Como e por que os casos de hanseníase são classificados?

A hanseníase é uma doença muito variável, afetando diferentes pessoas de diferentes formas, de acordo com as respostas imunológicas dos indivíduos. Aqueles em um dos pólos do espectro, com um elevado nível de imunidade hospedam um pequeno número de bacilos e são chamados paucibacilares ou pacientes **PB**.

Aqueles com muitos bacilos no corpo recebem a denominação de multibacilares ou casos **MB**. Os pacientes MB precisam de tratamento mais intensivo que os pacientes PB – precisam de três, ao invés de duas drogas anti-hansênicas, tomadas por mais tempo. A **classificação** em programas de rotina é, portanto, um passo prático que categoriza os pacientes de hanseníase em dois grupos para fins de tratamento.

Atualmente, utiliza-se uma regra clínica simples para dividir os pacientes nesses dois grupos. Conta-se o número de lesões cutâneas (isso significa que todo o corpo deve ser examinado para garantir uma contagem precisa):

Os casos PB têm até cinco lesões cutâneas no total.

Os casos MB têm seis ou mais lesões cutâneas.

Se a baciloscopia for realizada e o resultado for positivo, o paciente deverá ser classificado como **MB** independentemente do número de lesões cutâneas. Se a baciloscopia for negativa, a classificação é definida pelo número de lesões cutâneas. Outros fatores, como o comprometimento

mento neural, podem ser considerados, em serviços de referência, para a classificação da doença (por exemplo, envolvimento de múltiplos nervos periféricos, independentemente do número de lesões cutâneas).

O risco de dano neural é maior em pacientes MB. Portanto, a classificação é útil para a avaliação dos riscos futuros (Seção 6.1) e para orientar os cuidados com paciente.

4.4 O que deve ser feito quando há suspeita de hanseníase mas o diagnóstico for inconclusivo?

Em geral, os casos mais difíceis de diagnosticar são pessoas que apresentam uma ou duas lesões hipocrômicas, sem perda de sensibilidade e sem outros sinais de hanseníase. Nesses casos, há três opções:

- Saber para onde encaminhar os casos de difícil diagnóstico; discutir os casos com colegas que têm experiência no tratamento da hanseníase (Seção 2.2).
- Considerar a possibilidade de outra doença dermatológica e tratar adequadamente.
- Esperar de três a seis meses e reavaliar as lesões cutâneas; se for um caso de hanseníase, a perda de sensibilidade poderá agora estar evidente e a PQT poderá ser iniciada.

Se não houver perda de sensibilidade nas lesões cutâneas e nenhum espessamento dos nervos, mas, houver, não obstante, sinais sugestivos de hanseníase – como nódulos ou edema na face ou orelhas, ou infiltração da pele, é importante tentar realizar uma baciloscopia. Nesses casos, uma baciloscopia positiva confirma o diagnóstico de hanseníase, enquanto um resultado negativo (na ausência de outros sinais cardinais) iria, na prática, descartar a possibilidade de hanseníase. Um diagnóstico alternativo deverá, então, ser considerado.

Nos casos PB (em que a baciloscopia será negativa), a perda de sensibilidade é quase sempre detectada. Nos casos MB, a sensibilidade pode ainda estar preservada em parte dos casos, mas esses pacientes frequentemente têm um ou mais nervos espessados e uma baciloscopia positiva. Ocasionalmente, os sinais de comprometimento neural (nervos espessados ou sinais de dano neural, como dormência, formigamento, ou fraqueza afetando mãos e pés) poderão ocorrer sem nenhuma lesão cutânea evidente. Nesses casos, conhecidos como hanseníase neural pura, a doença só pode ser diagnosticada por um profissional com experiência na avaliação do comprometimento neural na hanseníase.

4.5 Como assegurar a precisão do diagnóstico de hanseníase?

O diagnóstico da hanseníase é bastante direto na maioria dos casos. Esses casos devem ser diagnosticados em serviços o mais próximos possível da residência dos pacientes, e o tratamento com a PQT deve ser iniciado imediatamente, ou no máximo alguns dias após do diagnóstico.

Em alguns casos, o diagnóstico é mais complicado. Conforme afirmado acima (Seção 4.4), os de mais difícil diagnóstico são casos iniciais de hanseníase PB, com apenas uma ou duas lesões cutâneas hipocrômicas. Outro grupo difícil (especialmente se não houver possibilidade de se fazer a baciloscopia) são os casos iniciais de hanseníase MB com lesões cutâneas pouco evidentes e nenhuma perda de sensibilidade.

Os passos seguintes assegurarão a precisão do diagnóstico de hanseníase:

- (1) Adesão aos critérios de definição de casos (Seção 4.2).
- (2) Capacitação adequada sobre o diagnóstico da hanseníase para os profissionais de saúde (Seção 9.8).
- (3) Supervisão regular e eficiente, com capacitação em serviço (Seção 9.4).
- (4) Parâmetros claros de encaminhamento para casos suspeitos, quando o diagnóstico for inconclusivo (Seção 2.2).
- (5) Disponibilidade de capacitação e material para consulta adequados (Seção 10.1).

A qualidade do diagnóstico deverá ser monitorada como parte da supervisão técnica regular. Se houver indicação da existência de casos falsos positivos (*overdiagnosis*), um exercício de validação utilizando uma amostra representativa de casos poderá ser conduzido (Seção 8.3) de forma a se entender a magnitude do problema.

4.6 Como é avaliada e registrada a incapacidade em hanseníase?

Incapacidade é um termo amplo que inclui qualquer impedimento, limitação de atividade ou restrição de participação que afete uma pessoa.

Gradação da incapacidade na hanseníase

Deve-se determinar o “grau de incapacidade” para cada caso novo de hanseníase. O grau, que descreve a situação do paciente no momento do

diagnóstico, varia em uma escala de 0 a 2. Determina-se o grau de incapacidade para cada olho, cada mão e cada pé. Assim sendo, o paciente tem, na verdade, seis “graus de incapacidade”. Utiliza-se o maior grau atribuído como o Grau de Incapacidade do paciente.

Grau 0 significa que **nenhuma incapacidade** foi encontrada.

Grau 1 significa que se observou **perda de sensibilidade** nas mãos ou nos pés (aos olhos não é dado grau 1). Perda de sensibilidade nas mãos ou nos pés significa que um dos principais troncos nervosos periféricos foi lesado pela hanseníase. Isso é mais comum nos estágios mais avançados da doença do que durante o diagnóstico. Isso não deve ser confundido com a perda de sensibilidade em uma lesão cutânea, que é causada por dano local nos pequenos nervos da pele e não nos principais troncos de nervos periféricos.

As pessoas com anestesia (Grau 1 de incapacidade) na planta dos pés, mas, sem nenhuma outra anormalidade, correm risco significativo de desenvolver úlceras plantares. Pessoas com grau 1 de incapacidade que utilizem rotineiramente os calçados apropriados estão protegidos de úlceras e têm bem menos problemas de longa duração nos pés. Portanto, a mensuração e o registro do grau 1 de incapacidade é um passo essencial para prevenir danos aos pés das pessoas afetadas por hanseníase. É, portanto, um componente chave dos serviços de hanseníase de boa qualidade.

Grau 2 indica a presença de uma **lesão ou incapacidade visível**.

Com relação aos olhos, isso inclui a incapacidade de fechar os olhos completamente ou hiperemia evidente do olho (na hanseníase, isso é geralmente causado ou por uma úlcera de córnea ou por uveíte). Uma diminuição da acuidade visual ou cegueira também determina o grau 2 de incapacidade.

Para as mãos e pés, os danos visíveis incluem feridas e úlceras, bem como deformidades resultantes de fraqueza muscular, como o pé caído ou a mão em garra. Perda de tecido, com perda parcial ou reabsorção dos dedos ou dos artelhos, é um sinal tardio da hanseníase, mas também determina grau 2 de incapacidade para aquela mão ou pé específico.

Diretrizes para serviços da atenção primária

- (1) Verificar a presença de grau 1 de incapacidade perguntando ao paciente sobre a anestesia nas mãos e pés.
- (2) Procurar por sinais de incapacidades visíveis (grau 2):
 - Feridas ou úlceras nas mãos ou pés.
 - Hiperemia acentuada dos olhos.

- Fraqueza muscular, causando:
 - Fechamento incompleto do olho.
 - Mão em garra
 - Pé caído.
- (3) Perda de tecido, como o encurtamento ou ausência de dedos ou artelhos.

Qualquer paciente apresentando os sinais acima deverá ser encaminhado a uma unidade de referência onde serviços de prevenção de incapacidades (PI) são oferecidos. A incapacidade visível deverá ser registrada antes do encaminhamento.

Diretrizes para serviços de referência

Examinar o paciente cuidadosamente em busca de qualquer incapacidade, registrando os resultados completos da avaliação no prontuário do paciente para referência futura.

Olhos

- Avaliar a acuidade visual de cada olho separadamente, utilizando uma escala de Snellen. Se não houver uma escala disponível, pedir à pessoa para contar dedos a uma distância de seis metros. Se a pessoa não conseguir ler a linha de cima da tabela ou contar dedos a uma distância de seis metros, ela tem comprometimento da acuidade visual e possui grau 2 de incapacidade naquele olho.
- Verificar se existe incapacidade de fechar um ou os dois olhos (lagofalmo) e verificar se há força muscular normal no fechamento dos olhos.
- Observar se há qualquer hiperemia nos olhos.

Sensibilidade nas mãos e pés

Testar a sensibilidade na palma das mãos e planta dos pés utilizando uma caneta esferográfica:

- Explicar o teste ao paciente.
- Pedir ao paciente que feche ou cubra os olhos.
- Tocar a pele muito suavemente com a caneta esferográfica.
- Solicitar que o paciente indique o local tocado.

- Testar no mínimo quatro pontos em cada mão e pé.
- Observar se há áreas em que o toque da caneta não foi percebido.

NB: Na palma da mão, o 5º dedo é inervado pelo **nervo ulnar**. A parte do polegar, 2º e 3º dedos é inervada pelo **nervo mediano**. A planta do pé é inervada pelo **nervo tibial**.

Verificar a existência de fraqueza muscular

Os três músculos principais são:

(1) Polegar para cima (para testar o nervo mediano):

- Pedir à pessoa que estenda a mão, com a palma para cima.
- Apoiar a mão dela sobre a sua.
- Pedir a ela que aponte o dedão em direção de seu próprio nariz.
- Testar se o polegar tem força para permanecer nessa posição.

(2) 5º dedo para fora (para testar o nervo ulnar):

- Pedir à pessoa que estenda a mão, com a palma para cima.
- Apoiar a mão dela na sua.
- Pedir que ela movimente o 5º dedo para fora (abrir).
- Testar se o 5º dedo tem força para permanecer nessa posição.

(3) Pé para cima (para testar o nervo fibular):

- Pedir à pessoa para sentar-se.
- Apoiar a parte inferior da perna da pessoa na sua mão.
- Pedir que ela aponte o pé para cima em direção ao teto.
- Testar se o pé tem força para permanecer nessa posição.

A força muscular deverá ser registrada como “Forte” (F), “Diminuída” (D) ou “Paralisada” (P). “Forte”(F) significa que o músculo testado apresenta força normal; “Diminuída” (D) significa que o músculo é capaz de mover-se, mas, apresenta fraqueza evidente, e “paralisado” (P) significa que o músculo não é capaz de mover-se.

4.7 Quais as mensagens mais importantes para a pessoa recém diagnosticada com hanseníase?

Quando uma pessoa é recém diagnosticada com hanseníase, deverá receber ajuda e aconselhamento profissional para que a doença possa ser tratada rapidamente, da melhor maneira possível. É importante que a pessoa saiba:

- que ela poderá levar uma vida normal.
- onde obter respostas a quaisquer perguntas sobre a hanseníase.
- que a hanseníase é causada por uma bactéria e é curável:
 - o tratamento é de 6 ou 12 meses.
 - efeitos colaterais comuns incluem urina avermelhada; o escurecimento da pele é inevitável.
 - os comprimidos deverão ser tomadas todos os dias, em casa.
 - é necessário um novo *blister* a cada 28 dias.
- consultas e tratamento são gratuitos:
 - esclareça a frequência de comparecimento do paciente à unidade de saúde, se uma vez por mês ou com menor frequência.
- a hanseníase deixa de ser infecciosa uma vez que o tratamento tenha sido iniciado:
 - pessoas em contato próximo com o paciente poderão desenvolver a doença; portanto, devem ser examinadas assim que possível.
- as lesões cutâneas demoram a desaparecer.
- reações hansênicas podem ocorrer e podem ser tratadas:
 - as lesões podem, subitamente, tornarem-se vermelhas e edemaciadas novamente.
 - pode haver dor ou dormência dos membros.
 - pode haver fraqueza muscular em mãos ou pés.
 - pode haver problemas oculares: diminuição da acuidade visual, dor ou hiperemia.
- novas incapacidades podem ocorrer a qualquer momento, mas podem ser tratadas.
- as incapacidades existentes podem ou não melhorar com o tratamento.
- quando ocorrerem problemas, o tratamento poderá estar disponível no serviço local ou o paciente poderá ser encaminhado a outro serviço para cuidados especializados.
- diversas habilidades terão que ser aprendidas para ajudar a prevenir e tratar as incapacidades.

5.1 O que é PQT e que medidas precisam ser tomadas ao iniciar tratamento?

Poliquimioterapia (PQT) é uma combinação de drogas que é muito segura e eficaz no tratamento da hanseníase para evitar o surgimento de resistência aos medicamentos. A hanseníase não deve ser tratada com uma única droga sob hipótese alguma. A PQT é distribuída gratuitamente a qualquer um que precise. As drogas são administradas por via oral. A PQT é distribuída em blisteres convenientes com tratamento para quatro semanas (nessas *Diretrizes*, refere-se ao período de quatro semanas como sendo um “mês”). Existem blisteres para crianças, com as mesmas drogas em dosagens menores. A PQT é segura para mulheres e para seus bebês durante a gravidez e amamentação. A PQT pode ser ministrada a pacientes HIV-positivos, àqueles em tratamento antiretroviral e a pacientes sendo tratados para tuberculose (TB). Se um paciente de hanseníase faz também o tratamento para TB, o esquema da PQT deverá ser feito sem a rifampicina desde que o esquema de tratamento da TB contenha essa droga.

Os pacientes **PB** necessitam de duas drogas durante seis meses, enquanto os pacientes **MB** necessitam de três drogas por 12 meses (Ver Seção 5.2 para drogas e dosagens). Todo o esforço possível deverá ser feito para assegurar a regularidade da ingestão das drogas de modo que os pacientes PB completem seu tratamento em seis meses e os casos MB em 12 meses.

Há diversos grupos de pessoas que precisam da PQT. Todo caso, ao iniciar a PQT deve ser notificado como **“Novo”** ou **“Outros”**:

- **Casos novos** incluem pessoas com sinais de hanseníase que nunca receberam tratamento antes.
- **Outros casos** incluem:

- Os casos de recidiva, que são tratados exatamente da mesma forma que os casos novos (PB ou MB) (Seção 5.5).
- Pacientes que interromperam o tratamento e retornam recebem exatamente o mesmo tratamento que os casos novos (PB ou MB) (Seção 5.4).
- Casos que entram por transferência: essas pessoas devem vir com registro do tratamento que receberam até então. Elas precisarão somente de tratamento suficiente para concluir o ciclo atual.
- Pessoas com mudança na classificação de PB para MB precisarão de um ciclo completo de tratamento MB.

NB: Nenhum dos “Outros casos” deverá ser notificado como “Caso Novo”.

Ao se determinar que uma pessoa precisa ser tratada com a PQT, os seguintes passos deverão ser seguidos:

- Preencher o Cartão de Registro do Paciente e incluir o paciente no Registro de Tratamento de Hanseníase (Seção 8.4).
- Determinar que tipo de PQT é necessária: PB ou MB (Seção 4.3).
- Determinar que dosagem é necessária: adulto ou criança (Seção 5.2).
- Orientar o paciente (e os pais, no caso de uma criança) quanto à:
 - necessidade de tratamento regular.
 - possibilidade do surgimento de complicações da hanseníase que poderão demandar outros tratamentos.
 - Disponibilidade do serviço para atendê-la se houver qualquer intercorrência.
- Administrar a primeira dose de tratamento e explicar como dar continuidade ao tratamento em casa.

Contanto que não exista nenhuma dificuldade de acesso, as drogas administradas uma vez por mês deverão ser supervisionadas; ou seja, o profissional de saúde deverá assegurar-se de que as drogas foram efetivamente ingeridas. As outras drogas são tomadas em casa. A forma mais conveniente de se organizar a administração da dose supervisionada é solicitar que o paciente compareça mensalmente ao serviço. Esse comparecimento mensal também ajuda no monitoramento da regularidade do tratamento e na identificação de quaisquer complicações (como neurite, reações, etc.) precocemente. A supervisão da dose mensal é importante para assegurar a regularidade do tratamento, a cura e para a prevenção de recidiva.

5.2 Que medicamentos são incluídos na PQT e qual a dosagem para adultos e para crianças?

O tratamento da PQT é fornecido em blisters, cada um contendo medicação para quatro semanas de tratamento. Blisteres específicos estão disponíveis para a hanseníase multibacilar (MB) e paucibacilar (PB), bem como para adultos e para crianças.

O esquema de tratamento padrão para um adulto com hanseníase MB é:

Rifampicina:	600 mg uma vez por mês
Clofazimina:	300 mg uma vez por mês, e 50 mg diariamente
Dapsona:	100 mg diariamente
	Duração: 12 meses (12 blisters)

O esquema de tratamento padrão para um adulto com hanseníase PB é:

Rifampicina:	600 mg uma vez por mês
Dapsona:	100 mg diariamente
	Duração: Seis meses (seis blisters)

O esquema de tratamento padrão para crianças (idade 10-14) com hanseníase MB é:

Rifampicina:	450 mg uma vez por mês
Clofazimine:	150 mg uma vez por mês, e 50 mg dia-sim, dia-não
Dapsona:	50 mg diariamente
	Duração: 12 meses (12 blisters)

O esquema de tratamento padrão para crianças (idade 10-14) com hanseníase PB é:

Rifampicina:	450 mg uma vez por mês
Dapsona:	50 mg diariamente
	Duração: Seis meses (seis blisters)

A dosagem adequada para crianças com menos de 10 anos de idade poderá ser determinada com base no peso corporal [Rifampicina: 10 mg por quilograma de peso; Clofazimina: 1 mg por quilograma de peso corporal diariamente e 6 mg por quilograma mensalmente; Dapsona: 2 mg por quilograma de peso diariamente. O blister infantil padrão pode ser fracionado de forma que a dosagem adequada seja administrada a crianças menores de dez anos. A administração da Clofazimina poderá ser espaçada conforme necessário.]

Raramente, poderá ser considerado aconselhável tratar um paciente com elevado Índice Baciloscópico (IB) por mais de 12 meses. Essa decisão deverá ser tomada somente por especialistas nas unidades de referência, após cuidadosa avaliação da evidência clínica e bacteriológica.

5.3 O que deve ser feito quando uma pessoa não comparece regularmente ao serviço para tratamento?

Todo esforço deve ser feito para persuadir pacientes recém diagnosticados a completarem seu tratamento conforme prescrito (Seção 5.1). É importante discutir a necessidade do comparecimento ao serviço. Se houver qualquer dificuldade, é preciso encontrar formas viáveis para facilitar a ida do paciente ao serviço de saúde.

Existem diversos motivos pelos quais alguém pode não comparecer ao serviço regularmente, tais como:

- Serviço com acessibilidade ruim (ele pode estar situado em local distante ou o percurso até lá pode ser difícil, ou o horário de funcionamento inconveniente).
- Dificuldade de se ausentar do trabalho ou estilo de vida tipo nômade.
- Falta de compreensão sobre a doença e sobre a importância do tratamento regular.
- Estigma, geralmente alimentado por atitudes negativas e medo da comunidade.
- Relacionamento ruim com o profissional de saúde.

Assim que uma pessoa falta a uma consulta de PQT, deverão ser tomadas providências para descobrir por que o paciente não compareceu ao serviço e, se necessário, para lembrar o paciente da importância de fazer o tratamento com regularidade e de terminar o ciclo completo da PQT. Se isso mostrar-se insuficiente, uma visita domiciliar por um agente comunitário de saúde deverá ser agendada para descobrir por que o paciente parou de comparecer ao serviço e, se necessário, para motivá-lo a retomar o tratamento. A visita domiciliar deverá ser realizada preferencialmente dentro de um mês da data do primeiro não-comparecimento.

Se a pessoa tem dificuldade em comparecer ao serviço, poderá ser útil providenciar a dispensação de vários blisteres de uma única vez para que as visitas à clínica possam ser menos freqüentes. Nesses casos, é recomendável envolver outra pessoa responsável para supervisionar o

tratamento (um voluntário da comunidade, um membro da família ou vizinho) para ajudar o paciente a continuá-lo adequadamente em casa (isso é chamado de PQT Acompanhada ou PQT-A). Orientação e informações sobre a importância da regularidade da tomada da medicação são essenciais. Os pacientes também devem ser orientados a comparecer ao serviço em caso de alguma intercorrência.

5.4 Quem é o paciente que interrompeu o tratamento (*defaulter*), e o que deve ser feito quando uma pessoa retorna ao serviço depois de interromper o tratamento?

Apesar de ser necessário fazer todo o esforço possível para garantir que os pacientes PB completem seu esquema de tratamento em seis meses e os pacientes MB em 12 meses, o esquema de tratamento da hanseníase PB deverá ser concluído num período **máximo** de nove meses. Da mesma forma, o esquema de tratamento para a hanseníase MB deverá ser concluído num período **máximo** de 18 meses.

Um indivíduo que interrompeu o tratamento é aquele que não completa o tratamento dentro do período máximo de tempo permitido. Portanto, sempre que um paciente PB tiver perdido mais de três meses de tratamento ou um paciente MB, mais de seis meses de tratamento, eles não conseguirão concluir o esquema no tempo máximo permitido e então deverão ser considerados pacientes que interromperam o tratamento. Isso deverá constar no Registro de Tratamento da Hanseníase sob o tópico “Resultado do Tratamento”.

Se um paciente retorna depois de ter interrompido o tratamento, deverá ser examinado da mesma forma que se examina um novo paciente, e os achados registrados.

Se o paciente que retorna tiver sido, previamente, um caso PB:

- Conte o número de lesões para confirmar a classificação original (Seção 4.3).
- Se a classificação agora for MB (mais de cinco lesões), notifique o paciente como outros reingressos, e não como um caso novo. Ele será tratado com um ciclo completo de PQT-MB (12 meses).
- Se a classificação permanecer como PB, notifique o paciente como outros reingressos, e não como um caso novo. Ele será tratado com um ciclo completo de PQT-PB.
- Se houver sinais de reação (Seção 5.8), trate adequadamente.

Se o paciente que retorna tiver sido, previamente, um caso MB:

- Notifique o paciente como outros reingressos, não como um caso novo e nem como recidiva (a recidiva só pode ocorrer depois de concluído um primeiro ciclo completo de PQT).
- Trate o paciente com um ciclo completo de 12 meses de PQT-MB.
- Lembre-se de que uma reação pode ser confundida com o retorno da doença (Seções 5.8 e 5.9).

Qualquer paciente que tenha interrompido o tratamento, particularmente aquele que continua comparecendo irregularmente e interrompe o tratamento repetidas vezes, apesar do esforço por parte dos profissionais de saúde, poderá ser encaminhado a uma pessoa mais experiente para que se possa decidir se é necessário tratamento adicional e em que quantidade.

5.5 O que é uma recidiva? Como ela é identificada e abordada?

A **Recidiva** é definida como a re-ocorrência da doença em qualquer momento depois da conclusão do ciclo completo de tratamento com o esquema de PQT recomendado pela OMS. A recidiva é diagnosticada pelo surgimento de novas lesões cutâneas e/ou um aumento do índice baciloscópico (IB) de duas ou mais unidades em qualquer sítio em comparação com o IB do mesmo local no exame anterior. Deve-se tomar cuidado para excluir desta categoria os pacientes que estão com reações hansênicas (Seção 5.8).

A PQT é um tratamento muito eficaz contra a hanseníase. Se um ciclo completo de tratamento tiver sido administrado corretamente, uma recidiva é, em geral, rara. Não obstante a vigilância continuada é importante, visto que casos esporádicos de recidivas devido à resistência a drogas têm sido relatados recentemente. Pacientes que iniciam tratamento com um IB elevado estão mais propícios a ter recidiva mais tarde. A maioria das recidivas ocorre muito tempo depois do tratamento, às vezes mais de dez anos depois. Felizmente, a utilização de uma combinação de drogas tem limitado o desenvolvimento da resistência medicamentosa na hanseníase, então, os casos de recidiva podem, geralmente, ser tratados eficientemente com o mesmo esquema de medicamentos – a PQT.

As recidivas de hanseníase PB são difíceis de diferenciar das reações reversas (Seção 5.9). Se houver sinais de dano neural recente, é muito provável que seja uma reação. A característica mais útil para se fazer essa distinção é o tempo transcorrido desde a época em que a pessoa foi tratada: se for menos de três anos é mais provável que seja uma reação; se for mais de três anos, uma recidiva se torna mais provável. Uma

reação pode ser tratada com corticoesteróides, enquanto uma recidiva não responderá bem à utilização dos mesmos. Portanto, a utilização de corticoesteróides como um “tratamento de prova” pode ajudar a esclarecer o diagnóstico.

As recidivas de hanseníase MB deverão ser investigadas utilizando-se a baciloscopia, histopatologia e, quando possível, deve-se pesquisar a sensibilidade às drogas, utilizando testes moleculares recém padronizados.

Diretrizes para serviços da atenção primária

As suspeitas de recidiva deverão ser encaminhadas para investigação mais aprofundada nos centros de referência.

Diretrizes para serviços de referência

Suspeita de recidiva PB: O diagnóstico de recidiva PB é determinado pelo surgimento de novas lesões cutâneas e/ou resultado positivo de baciloscopia. Nunca se terá certeza absoluta do diagnóstico de uma recidiva de hanseníase PB. A baciloscopia deverá ser realizada, sempre que possível, para certificar-se de que um caso MB não esteja sendo classificado equivocadamente como um caso PB. A evidência seja de uma recidiva, seja de uma reação, deverá ser analisada e então uma decisão deverá ser tomada. Se for tomada a decisão de tratar alguém como um caso de recidiva de hanseníase PB, ele receberá um ciclo completo de seis meses de PQT-PB.

As recidivas de hanseníase MB são diagnosticadas pelo surgimento de novas lesões cutâneas e/ou um aumento do índice baciloscópico (IB) de duas ou mais unidades em qualquer sítio em comparação com o IB do mesmo local no exame anterior. Deve-se tomar cuidado para excluir desta categoria os pacientes que estão com reações hansênicas. As recidivas de hanseníase MB geralmente são tratadas com 12 meses de PQT-MB.

5.6 A resistência às drogas é um problema?

É improvável que haja qualquer mudança significativa no tratamento atual baseado na poliquimioterapia recomendada pela OMS para hanseníase MB e PB. Entretanto, essa situação poderá ser ameaçada pelo surgimento de resistência à rifampicina. A disponibilidade limitada da técnica de inoculação em pata de camundongo determina que tenha havido muita pouca informação sobre resistência a drogas até recentemente. Com o recente desenvolvimento de métodos de seqüenciamento de DNA, diversos relatos sobre a resistência à rifampicina, à dapsona e à

ofloxacin foram publicados. Isso reforça a importância dessa condição e destaca a necessidade de monitorá-la. O problema da resistência às drogas pode não ser tão grave no momento, mas é importante coletar dados de forma mais sistemática e monitorar as tendências cuidadosamente para que medidas efetivas para combater esse problema possam ser desenvolvidas no futuro. Isso exige melhoria nas notificações de recidivas em nível nacional e destaca a necessidade de se padronizar a investigação e definição desses casos.

5.7 Que complicações podem ocorrer na hanseníase e como elas são abordadas?

As complicações da hanseníase podem ser categorizadas em cinco grupos:

- Reações hansênicas (Seção 5.8).
- Efeitos do dano neural (Seção 6.2).
- Efeitos adversos da PQT.
- Complicações da doença avançada.
- Problemas psicossociais.

Efeitos adversos da PQT

A PQT é notavelmente segura e os efeitos adversos graves são muito raros.

Problemas pouco graves	Droga	Conduta
Urina vermelha	Rifampicina	Assegurar ao paciente que isso é normal
Pigmentação marrom da pele	Clofazimina	Aconselhamento profissional
Irritação gastrointestinal	Todas as três	Ingerir medicamentos com alimento
Anemia	Dapsona	Administrar ferro e ácido fólico
Problemas mais sérios	Droga	Conduta
<i>Rash</i> cutâneo com prurido	Dapsona	Suspender a dapsona, encaminhar
Alergia, urticária	Dapsona ou rifampicina	Suspender ambas, encaminhar
Hepatite	Rifampicina	Suspender a rifampicina, encaminhar
Choque, púrpura, insuficiência renal	Rifampicina	Suspender a rifampicina, encaminhar

Existem outras drogas disponíveis para utilização se o uso de uma ou mais dos medicamentos padrão tiver que ser interrompido, mas reações adversas graves às drogas são problemas complexos e devem ser tratadas por especialistas.

Complicações da doença avançada

A maioria das complicações tardias são facilmente evitadas pela PQT, e raramente são vistas atualmente, mas é importante encaminhar pacientes com complicações pouco comuns como as descritas a seguir.

Problemas oculares

A hanseníase pode levar à cegueira por causa de danos à córnea, ou danos às estruturas internas do olho. Se o paciente relatar diminuição da acuidade visual ou apresentar um olho vermelho ou dolorido, deverá ser encaminhado ao oftalmologista.

Deformidades da face e outras deformidades

O desabamento do septo nasal, a perda das sobrancelhas e a chamada face "leonina", que costumavam ser características de hanseníase MB não-tratada são problemas cosméticos e desfigurações visíveis que levam a grave estigma e discriminação. Felizmente, esses casos são raros atualmente. É necessária cirurgia plástica para corrigir essas lesões.

Complicações clínicas

A hanseníase crônica não tratada (felizmente não mais notificada) e reações crônicas de ENH (ainda uma complicação grave numa pequena proporção de pacientes) podem levar a complicações clínicas. Esses pacientes precisam ser encaminhados a especialistas adequados.

Problemas psicossociais

Problemas psicossociais estão relacionados a crenças difundidas e preconceitos enraizados com relação à hanseníase e suas causas subjacentes, e não apenas com o problema das incapacidades. As pessoas com hanseníase muitas vezes sofrem de baixa auto-estima e depressão, como resultado da rejeição e hostilidade que enfrentam na família e na comunidade. Essas atitudes negativas também são observadas em profissionais dos serviços de saúde, inclusive entre médicos. Precisam ser abordadas com urgência. As pessoas apresentando problemas psicossociais podem precisar ser encaminhadas para aconselhamento profissional ou outro tipo de ajuda.

5.8 O que são reações hansênicas? Como que elas são identificadas e tratadas?

Os problemas de longa duração relacionados à hanseníase (deformidade e incapacidade que resultam em estigma e sofrimento para o paciente e para a família) são resultantes dos danos causados pelas reações hansênicas. A identificação precoce e o tratamento eficaz são, portanto, muito importantes. A assistência de mais longo prazo para pessoas com danos neurais será abordada nas seções 6 e 7.

A reação hansênica consiste no surgimento repentino de sintomas e sinais de inflamação das lesões cutâneas em uma pessoa com hanseníase. Poderá haver vermelhidão, edema e, ocasionalmente, as lesões cutâneas podem tornar-se doloridas. Novas lesões poderão aparecer. Pode haver, também, edema, dor ou incômodo nos nervos, geralmente acompanhados de perda da função. Às vezes a perda de função dos nervos ocorre sem outros sinais de inflamação, fazendo com que ela seja bem menos óbvia – a chamada “neurite silenciosa”.

A perda recente da função (nos últimos seis meses) de um ou mais nervos periféricos é a principal razão para a prescrição de corticoesteróides na hanseníase. O monitoramento regular da função neural e a utilização do *checklist* da Seção 4.6 possibilitam que danos neurais recentes sejam detectados a tempo e tratados.

Diretrizes para serviços da atenção primária

Pode-se suspeitar de reações que demandem tratamento com corticoesteróides quando os pacientes têm sintomas sugestivos de dano neural recente, como dormência ou fraqueza muscular nas mãos ou pés. Eles devem ser encaminhados a um serviço especializado onde possam ser monitorados e tratados de forma eficaz.

Os sinais listados abaixo também indicam que a reação é grave e que o paciente deve ser encaminhado:

- Um único ou múltiplos nódulos subcutâneos vermelhos, doloridos, com ou sem ulceração.
- Dor ou incômodo em um ou mais nervos, com ou sem perda da função neural.
- Neurite silenciosa – deficiência da função neural, sem inflamação cutânea.
- Uma lesão vermelha, edemaciada, na face ou sobre o trajeto de um tronco nervoso importante.

- Uma lesão cutânea que se torna ulcerada, ou que é acompanhada de febre alta.
- Edema significativo das mãos, pés ou face.
- Dor e vermelhidão nos olhos, com ou sem diminuição da acuidade visual.
- Edema dolorido das articulações, com febre.

Reações que não apresentem nenhum desses sinais de gravidade, e que se limitem a lesões cutâneas pouco inflamadas poderão ser tratadas sintomaticamente com aspirina.

Diretrizes para serviços de referência

Pacientes MB com presença de dano neural no momento do diagnóstico correm grande risco de piora da função neural no futuro (Seção 6.1). Devem, portanto, ser examinados regularmente para verificar a existência de novo dano neural.

Monitore a função neural mensalmente (ou pelo menos a cada três meses) utilizando as informações da Seção 4.6. O comprometimento recente da função neural (que se instalou nos últimos seis meses) é o sinal mais importante de uma reação que demanda tratamento com corticoesteróides.

Existem dois tipos de reação: reação reversa (ou Tipo 1) e Eritema Nodoso Hansênico (ENH ou Tipo 2). Os dois tipos podem ocorrer antes, durante, ou depois do tratamento com a PQT. Os dois tipos podem ser divididos em leve ou severo: somente as reações severas são tratadas com corticoesteróides. Os pacientes com uma única lesão têm menor probabilidade de terem reações, mas a maioria dos outros pacientes tem algum risco de desenvolver uma reação reversa. Um grupo bem menor de pacientes MB, com uma elevada carga de bacilar, corre o risco de desenvolver uma reação de ENH.

Geralmente não é difícil distinguir entre os dois tipos de reações: em uma reação reversa, as lesões cutâneas hansênicas já existentes ficam inflamadas, vermelhas e edemaciadas. Já na reação de ENH, novos nódulos vermelhos e inflamados (de 1 a 2 cm de largura) aparecem sob a pele dos membros ou tronco, enquanto as lesões originais da hanseníase permanecem como estavam. Além disso, as reações de ENH causam febre e mal-estar generalizado, enquanto as reações reversas causam menos mal-estar sistêmico.

Sinais de uma reação reversa grave

A reação deverá ser tratada como severa diante da presença de qualquer um dos seguintes sinais ou sintomas:

- Comprometimento da função neural, isto é, diminuição de sensibilidade ou da força muscular.
- Dor ou incômodo em um ou mais nervos.
- Neurite silenciosa.
- Uma lesão vermelha, edemaciada, na face ou sobre o trajeto de um tronco nervoso importante.
- Uma lesão cutânea, em qualquer local, que se torne ulcerada.
- Edema acentuado das mãos, pés ou face.

Reações reversas severas deverão ser tratadas com um ciclo de corticoesteróides, geralmente de três a seis meses de duração. Os corticoesteróides devem ser prescritos por alguém devidamente capacitado na utilização desses medicamentos. Existem inúmeros efeitos colaterais importantes associados ao uso de corticoesteróides e, portanto, qualquer paciente que precise utilizá-los deve ser submetido a uma avaliação cuidadosa.

Sinais de reação ENH severo

A reação deverá ser tratada como severa diante da presença de qualquer um dos seguintes sinais:

- Dor ou incômodo em um ou mais nervos, com ou sem perda de função.
- Ulceração dos nódulos de ENH.
- Dor ou vermelhidão nos olhos, com ou sem diminuição da acuidade visual.
- Edema dolorido nos testículos (orquite) ou nos dedos (dactilite).
- Artrite ou linfadenopatia acentuada.

As reações de ENH são problemas médicos complexos que exigem acompanhamento cuidadoso por profissionais experientes. Ciclos curtos de corticoesteróides são frequentemente usados, mas outras drogas também são úteis.

5.9 Como se distingue uma recidiva de uma reação hansênica?

Diversos critérios podem ajudar a distinguir uma recidiva de uma reação:

Critério	Recidiva	Reação
Tempo desde a conclusão do tratamento	Mais de três anos	Menos de três anos
Progressão dos sinais ou sintomas	Lenta	Rápida
Local das lesões cutâneas	Em novos locais	Sobre lesões já existentes
Dor, incômodo ou edema	Não	Sim – pele e nervos
Dano	Ocorre lentamente	Instalação súbita
Estado geral	Não afetadas	Inflamação

Diretrizes para serviços de atenção primária

Encaminhar os pacientes para uma avaliação especializada.

Diretrizes para serviços de referência

A avaliação de qualquer paciente que tenha recebido tratamento anterior para hanseníase deverá ser realizada da seguinte forma:

Colher o histórico completo do problema, incluindo:

- Quando apareceram os novos sintomas?
- Onde e quando foi realizado tratamento prévio?
- As novas lesões apareceram rapidamente ou ao longo de um período de tempo prolongado?
- Qual a relação com as manchas cutâneas antigas?
- Tem havido dor, incômodo ou edema?
- Tem havido qualquer perda recente da função de qualquer um dos nervos?

Realizar um exame completo da pele e da função neural para identificar qualquer sinal de uma reação recente. Realizar uma baciloscopia, uma vez que uma recidiva de hanseníase MB está associada

a um aumento da carga bacilar. Obviamente, se não houver baciloscopia anterior, será impossível identificar um aumento. Nesse caso, a presença de bacilos íntegros no exame corrobora o diagnóstico de uma recidiva.

Se, após essas investigações, não for possível chegar a alguma conclusão definitiva, pode-se considerar a realização de um tratamento de prova com corticoesteróides. A reação começaria a melhorar entre 10 e 14 dias, enquanto a recidiva permaneceria inalterada pelo tratamento.

5.10 Quais as mensagens importantes para a pessoa que está completando o tratamento com êxito?

A maioria dos pacientes nessa situação não terá problemas futuros. Entretanto, depois de serem parabenizados por terem concluído o tratamento, eles precisam ser alertados sobre possíveis complicações:

- A recidiva da doença é rara, mas, se os pacientes suspeitarem que a doença tenha voltado, deverão ser avaliados novamente. Se a hanseníase voltar, ela poderá ser tratada novamente.
- Reações podem ocorrer mesmo depois que o tratamento tiver sido concluído com êxito. Diante do aparecimento de qualquer sintoma (incluindo fraqueza, dormência ou dor nos membros, diminuição da acuidade visual ou outros problemas oculares) a pessoa deverá retornar ao serviço para avaliação e tratamento. Isso é especialmente importante para pacientes MB.
- Se alguma incapacidade já estiver presente, certifique-se de que a pessoa saiba o que precisa fazer em casa para cuidar do problema (Seções 6.3, 6.4 e 6.5). Agende qualquer acompanhamento ou encaminhamento que possa ser necessário.

Prevenção de Incapacidades (PI) e autocuidados

6.1 Alguns pacientes têm maior risco de dano neural do que outros?

Quanto maior o tempo decorrido entre o surgimento dos primeiros sintomas da hanseníase e o início de tratamento, maior a probabilidade da ocorrência de dano neural. Por isso, todo o esforço possível deverá ser feito para informar a população de que o diagnóstico e tratamento precoces da hanseníase evitam a ocorrência de complicações a longo prazo.

É importante perceber que dano neural significativo pode também ocorrer durante a PQT e mesmo depois que o paciente tiver completado o ciclo de tratamento; o risco diminui gradual e consistentemente ao longo dos três anos seguintes. Os casos de hanseníase MB com comprometimento da função neural no momento do diagnóstico apresentam risco muito maior de dano neural futuro do que outros pacientes e, portanto, devem ser cuidadosamente monitorados (Seção 5.8).

6.2 Quais são os efeitos do dano neural na hanseníase?

O dano neural recente (presente há menos de seis meses) geralmente consegue ser revertido com corticoesteróides, mas, em muitos casos, o dano ocorreu há muito tempo e então não se espera mais recuperação. Essas pessoas precisam aprender a minimizar os efeitos adversos e a evitar que o dano piore.

Existem cinco incapacidades físicas comuns que afetam o cotidiano de pessoas que tiveram hanseníase. Muitas delas precisam lidar com mais de um desses problemas:

- (1) Dificuldade para fechar os olhos:** A falta de força muscular para fechar os olhos faz com que a córnea fique exposta. Isso causa ressecamento e danifica a córnea levando à ulceração.

Essas úlceras cicatrizam, porém, úlceras cicatrizadas também interferem na visão, levando, eventualmente, à cegueira. O objetivo das intervenções de PI é preservar a visão.

- (2) **Diminuição de sensibilidade nas mãos:** A dormência é geralmente acompanhada de diminuição de sudorese e, conseqüentemente, ressecamento extremo da pele. Juntos, eles levam a feridas recorrentes, rachaduras e ulceração. Estas, por sua vez, levam a infecção crônica, rigidez e perda de tecido, tornando a mão mais e mais incapacitada. As intervenções de PI visam manter a pele em boas condições e evitar feridas, por meio da adaptação das atividades de rotina, se necessário,
- (3) **Fraqueza muscular e deformidade das mãos:** A fraqueza muscular é uma incapacidade em si, mas frequentemente leva a contraturas e deformidades permanentes com o tempo. As atividades de PI ajudam a preservar a força muscular e evitar contraturas e deformidades.
- (4) **Diminuição de sensibilidade e ulceração nos pés:** Os mesmos problemas de ressecamento, feridas recorrentes (resultante, especialmente, da deambulação), rachaduras e ulceração ocorrem no pé anestésico. As complicações tardias incluem a infecção crônica (osteomielite), que às vezes exige amputação. As intervenções de PI são direcionadas às condições da pele e à provisão de calçados adequados para ajudar a evitar feridas. Mudanças nas atividades de rotina também poderão ser recomendadas.
- (5) **Fraqueza muscular e deformidade dos pés:** A fraqueza muscular afetando os artelhos é bastante comum, mas, geralmente não afeta a deambulação. O pé caído leva a problemas na deambulação.

6.3 O que pode ser feito pelas pessoas com incapacidades resultantes da hanseníase?

As intervenções úteis podem ser descritas sob três categorias:

Autocuidado no domicílio (ver também Seção 6.4):

- São atividades praticadas pela pessoa em casa.
- Os autocuidados têm um bom resultado quando as pessoas assumem plenamente a responsabilidade por seu próprio cuidado.
- Os curativos das feridas podem ser feitos em casa, diariamente, usando material disponível.

Intervenções simples organizadas no serviço de saúde local:

- O serviço pode ajudar com algumas atividades simples de PI.

Serviços de referência para intervenções mais complexas:

- Algumas intervenções requerem o acompanhamento de especialistas.

No domicílio

Atividades para evitar incapacidades que podem ser praticadas pela pessoa em casa.

- Problemas com o fechamento dos olhos:
 - Inspeccionar os olhos no espelho todos os dias para verificar se há vermelhidão.
 - Aprender a piscar com frequência para manter os olhos úmidos e exercitar as pálpebras.
 - Usar chapéu ou óculos escuros para evitar que entre poeira nos olhos.
 - Usar uma tela ou rede mosquiteira para cobrir a cabeça durante a noite.
- Problemas com as mãos:
 - Inspeccioná-las diariamente em busca de sinais de feridas.
 - A perda da sensibilidade está associada ao ressecamento da pele, portanto, a mão anestésica deve ser submersa em água por 30 minutos por dia, para manter a elasticidade da pele.
 - Utilizar uma pedra áspera para lixar os calos e depois aplicar óleo ou vaselina, enquanto a pele ainda estiver úmida, para evitar que ela resseque.
 - Utilizar um pano limpo para cobrir feridas abertas.
 - Se houver fraqueza da musculatura da mão, alongamentos ou exercícios ativos podem prevenir contraturas e levar a algum ganho de força muscular.
- Problemas com pés:
 - Inspeccionar os pés diariamente para verificar a existência de feridas.
 - Hidratar e lubrificar os pés. Usar uma pedra áspera para lixar os calos, como nas mãos.

- Andar o mínimo possível e andar devagar. Descansar com frequência.
- Se houver úlceras, o repouso é fundamental.
- Usar um pano limpo para cobrir feridas abertas.
- Se houver um pé caído, alongamentos ajudarão a evitar a contração do tendão de Aquiles.

“Todas as úlceras simples cicatrizarão se houver repouso suficiente. Nenhuma úlcera cicatrizará sem o repouso necessário.”

Diretrizes para serviços da atenção primária

Essas atividades podem ser realizadas em serviços da atenção primária.

É impossível que os profissionais da atenção básica aprendam todas essas intervenções rotineiramente. No entanto, quando eles têm um paciente com determinadas incapacidades, poderão combinar de atender o paciente junto com o supervisor para que possam discutir intervenções específicas, relevantes para aquele paciente (Seção 9.4). As incapacidades relacionadas à hanseníase são problemas de longa duração e cada profissional de saúde deve aprender a tratar os problemas específicos encontrados nos pacientes que ele acompanha.

É importante oferecer qualquer ajuda que possa ser necessária para que o paciente realize as atividades de autocuidado em seu domicílio, conforme descrito acima.

- Problemas com fechamento dos olhos:
 - Fornecer colírio para utilização se os olhos estiverem muito secos.
 - Tratar a conjuntivite com antibióticos e um tampão.
 - Encaminhar problemas oculares mais graves à oftalmologia.
- Problemas com as mãos:
 - Reavaliar, orientar e encaminhar, se necessário.
- Problemas com os pés:
 - Orientar sobre o uso de calçados adequados (Seção 6.5)
 - Reavaliar, orientar e encaminhar, se necessário.

Diretrizes para os serviços de referência

São intervenções que, em geral, só poderão ser realizadas em centros de referência.

- Problemas com os olhos:
 - Qualquer problema agudo nos olhos deverá ser tratado em um serviço de oftalmologia.
 - A cirurgia corretiva poderá ser útil nos casos de lagofthalmo grave.
 - Lembrar que a catarata é a causa mais comum de cegueira em pessoas idosas, independentemente de terem ou não hanseníase. A hanseníase não impede a realização da cirurgia de catarata feita rotineiramente.
- Problemas com as mãos:
 - Ajudar a pessoa a adaptar os instrumentos para evitar machucar as mãos anestésicas.
 - Remover calos grossos e desbridar úlceras com uma lâmina de bisturi.
 - Se houver fraqueza muscular ou contratura, confeccionar uma órtese para ser utilizada durante a noite.
 - A infecção invasiva (a mão está quente, vermelha e edemaciada) configura uma emergência e o paciente deverá ser encaminhado para antibioticoterapia intensiva e cirurgia.
 - A cirurgia pode ser útil em alguns casos de fraqueza ou de mão em garra.
- Problemas com os pés:
 - Remover calos grossos e desbridar úlceras com uma lâmina de bisturi.
 - Úlceras crônicas podem melhorar com a utilização de órteses, ou com cirurgia.
 - No caso do pé caído, confeccionar um aparelho dorsiflexor para manter o pé na posição correta ao andar.
 - A infecção invasiva (o pé está quente, vermelho e edemaciado) configura uma emergência, e o paciente deverá ser encaminhado para antibioticoterapia intensiva e cirurgia.
 - Cirurgia para correção de pé caído.

6.4 Como incentivar as pessoas a praticarem os autocuidados em casa?

Há várias maneiras de minimizar as complicações resultantes da hanseníase por meio da prática de autocuidados em casa, conforme citado anteriormente. As pessoas devem ser claramente orientadas sobre os cuidados que podem ser praticados em casa e que são adequados para sua situação específica.

O profissional de saúde pode ser a principal fonte de orientação, mas outras pessoas podem ser recrutadas para ajudar:

- Membros da família podem ajudar e incentivar a pessoa a fazer o que é preciso de forma regular.
- Outras pessoas afetadas pela hanseníase podem oferecer orientações sobre como elas têm conseguido cuidar de si mesmas em casa.

Alguns grupos de autocuidados foram iniciados em algumas comunidades. Algumas pessoas que necessitam praticar autocuidados se reúnem regularmente para discutir questões práticas dos mesmos. Esses grupos, em geral, são uma forma surpreendente de apoio e podem ser uma fonte importante de motivação para seus membros.

6.5 Qual a importância de um calçado adequado para as pessoas afetadas pela hanseníase?

A perda de sensibilidade na região plantar e a ulceração são muito comuns em pessoas com hanseníase. Portanto, a utilização de calçados adequados é muito importante para evitar incapacidades.

A melhor solução para as pessoas afetadas pela hanseníase é usar sapatos que estejam disponíveis no comércio local, e que sejam socialmente aceitos, sempre que estiverem em pé ou andando. Não adianta usar os sapatos somente em ocasiões especiais.

A maior parte das pessoas não precisa de sapatos confeccionados sob medida; os sapatos certos encontrados no comércio local podem ser igualmente eficientes. Sapatos tipo tênis, em geral, são bem adequados. Outra alternativa é a utilização de sandálias ou sapatos com um solado firme e uma palmilha macia. Além de um solado externo rígido e uma palmilha interna macia, devem se ajustar confortavelmente aos pés. Tiras de velcro são mais fáceis de usar do que outros tipos de fechos, e as sandálias precisam ter uma tira em torno do calcanhar.

7.1 O que é reabilitação?

"A reabilitação inclui toda e qualquer medida que vise reduzir o impacto da incapacidade para um indivíduo, possibilitando que ele(a) alcance independência, integração social, melhor qualidade de vida e auto-realização."

UN Standard Rules for Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (PWD)

7.2 Qual é o papel dos profissionais de saúde na reabilitação?

Diretrizes para a atenção primária

Os profissionais de saúde talvez não tenham tempo ou capacitação para se envolverem com as atividades de reabilitação. Entretanto, devem ser capazes de identificar problemas físicos, funcionais ou sócio-econômicos resultantes das incapacidades, ter informação sobre os serviços de reabilitação disponíveis, e sobre como encaminhar as pessoas a esses serviços. Os profissionais de saúde têm que desempenhar um papel de advocacia para assegurar que aqueles afetados pela hanseníase tenham acesso aos serviços de saúde, incluindo unidades de reabilitação, da mesma forma que outras pessoas.

Diretrizes para os serviços de referência

Seguem exemplos de intervenções que podem estar disponíveis.

Problemas	Intervenções de reabilitação
<i>Anatômico:</i>	
Anestesia das mãos e pés	Autocuidado
Deformidade da mão	Cirurgia reconstrutiva e fisioterapia
Pé caído	Órtese (aparelho dorsiflexor) e cirurgia reconstrutiva
Amputação	Prótese
<i>Psicológico:</i>	
Depressão	Aconselhamento profissional
<i>Funcional:</i>	
Limitação de movimentos finos das mãos	Terapia ocupacional
Limitação de mobilidade	Muletas ou cadeiras de rodas
<i>Participação social:</i>	
Estigma na família	Aconselhamento
Exclusão dos eventos comunitários	Educação e advocacia
Crianças com incapacidades	Promoção de educação inclusiva
<i>Econômicos:</i>	
Perda de vaga de emprego	Treinamento profissionalizante
Pobreza	Micro-crédito para trabalho autônomo

7.3 O que é reabilitação baseada na comunidade?

A hanseníase pode levar a problemas físicos, sociais e/ou econômicos. A reabilitação física inclui fisioterapia e terapia ocupacional, serviços de órteses e próteses, equipamento assistivo e de proteção e, às vezes, cirurgia corretiva. A reabilitação social e econômica visa à integração social, igualdade de oportunidades e avanço econômico.

É necessária uma abordagem abrangente da reabilitação para maximizar os benefícios para o indivíduo, para a família e para a sociedade como um todo. Considerando a disponibilidade limitada de serviços institucionais especializados, a Organização Mundial de Saúde introduziu uma estratégia chamada Reabilitação baseada na comunidade (RBC). A RBC é definida como “uma estratégia dentro do desenvolvimento geral da comunidade para reabilitação, equalização de oportunidades e inclusão social de pessoas com incapacidades” (referência ao Documento de Posição Conjunta sobre a RBC, 2004). A RBC enfatiza a participação comunitária e o aumento de poder dos indivíduos envolvidos. A pobreza foi identificada como um problema fundamental que causa e agrava a incapacidade. Combater a pobreza é, portanto, parte essencial da reabilitação.

Apesar de a maioria das atividades de reabilitação poder ser realizada na própria comunidade onde a pessoa reside, muitas pessoas com incapacidades precisam ser temporariamente encaminhadas a serviços especializados. A cooperação entre serviços especializados e programas de RBC é essencial. O estabelecimento de redes entre os serviços existentes deve ser ativamente promovido. A RBC é um esforço de equipe e exige a participação plena dos clientes, de suas famílias e comunidades no processo de reabilitação. Organizações de pessoas com incapacidades devem estar ativamente envolvidas no planejamento e no gerenciamento de serviços de reabilitação.

As pessoas com hanseníase que precisem de reabilitação devem ter acesso a quaisquer serviços (gerais) de reabilitação. Da mesma forma, pessoas com outras incapacidades devem ter acesso aos serviços de reabilitação específicos para a hanseníase. Isso facilita a integração, ajuda a diminuir o estigma e promove a sustentabilidade dos serviços de reabilitação.

7.4 Que ações são necessárias para promover a inclusão de pessoas afetadas pela hanseníase na RBC?

Não pode haver um modelo único de reabilitação baseada na comunidade porque as condições sócio-econômicas, o meio ambiente, a cultura e os sistemas políticos são diferentes. Alguns dos passos seguintes podem ajudar a formulação de uma estratégia viável de RBC:

- Desenvolver um plano nacional de reabilitação baseada na comunidade com uma política e objetivo claros, e um plano de implementação coordenado, envolvendo outros setores e parceiros relevantes.
- Preparar diretrizes para mobilizar recursos locais e oferecer serviços especiais, e para orientar as intervenções de organizações governamentais e não-governamentais.
- Estabelecer uma rede de serviços.
- Desenvolver as capacidades de prestadores de serviços.
- Promover uma abordagem de equipe para a prestação de serviços.
- Introduzir técnicas específicas, de acordo com a cada localidade, para capacitar e desenvolver habilidades e o conhecimento das pessoas com incapacidades e de suas famílias.
- Promover oportunidades de capacitação educacional, funcional e profissionalizante e vagas de trabalho.
- Envolver as pessoas com incapacidades e suas famílias no processo de tomada de decisões.

Monitoramento, documentação e informação

8.1 Quais os principais indicadores para monitorar o progresso e como que eles são usados?

Estes são os principais indicadores utilizados para monitorar as tendências epidemiológicas da hanseníase:

- Número absoluto e taxa de casos novos detectados por cada 100.000 habitantes por ano.
- Número absoluto e taxa de casos novos com grau de incapacidade 2 por cada 100.000 habitantes por ano.
- Proporção de pacientes que completam o tratamento no tempo previsto como indicador proxy de cura.

O número de casos novos indica a extensão do problema de hanseníase na área. Isso mostra a quantidade de PQT que deve ser fornecida para aquela área durante o ano seguinte. Se houver esforços e procedimentos consistentes para a detecção de casos ao longo de vários anos, as estatísticas irão revelar se há um aumento ou redução dos números, o que, por sua vez, pode indicar se as atividades visando ao controle da doença são eficazes. Se a população da área é conhecida, é possível calcular a taxa de detecção de casos novos (o número de novos casos por cada 100.000 habitantes), o que pode ser comparado com outras áreas.

O número de casos com grau 2 de incapacidade detectado numa população dá uma idéia da subnotificação que pode ocorrer por várias razões. Mudanças na taxa de casos novos com grau 2 de incapacidade por cada 100.000 habitantes devem refletir mudanças na taxa de detecção de casos novos.

A proporção de novos pacientes que completam o tratamento no tempo previsto é um indicador de quanto os pacientes de hanseníase

estão sendo bem acompanhados pelos serviços de saúde. A informação necessária para calcular esse indicador pode ser coletada por meio do sistema de informação de rotina, ou utilizando-se uma amostra representativa dos serviços de saúde como parte de uma supervisão. A proporção é calculada separadamente para pacientes PB e MB, no que é conhecido como uma "análise de coorte". Uma coorte é simplesmente um conjunto de pacientes que iniciaram tratamento todos no mesmo grupo, geralmente no mesmo ano.

O cálculo da taxa de conclusão é feito da seguinte maneira:

- (1) A data do relatório será normalmente o início de um novo ano, mas o relatório irá se referir a dados do ano que acaba de terminar (Ano "A"). Para as estatísticas relativas à conclusão de tratamento, a coorte PB será do ano A – 1 (relativa aos pacientes que foram notificados no ano anterior ao ano A); a coorte MB será do ano A – 2 (relativa aos pacientes que foram notificados dois anos antes do ano A)
- (2) Identificar todos os pacientes PB notificados como casos novos no sistema de informação (Seções 5.1 e 8.4) e que iniciaram PQT no ano A – 1. Anotar esse número.
- (3) A partir dessa coorte, conte quantos desses pacientes completaram o tratamento em até nove de nove meses após a notificação.
- (4) A taxa de conclusão de tratamento PB é calculada da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de novos casos PB que completaram a PQT}}{\text{Número de novos casos PB que iniciaram a PQT}} = x 100$$

- (5) Identificar todos os pacientes MB notificados como casos novos, e que iniciaram a PQT no ano A-2. Anotar esse número.
- (6) A partir dessa coorte, contar quantos desses pacientes completaram o tratamento em até 18 meses após a notificação.
- (7) A taxa de conclusão de tratamento MB é calculada da seguinte forma:

$$\frac{\text{Número de novos casos MB que completaram a PQT}}{\text{Número de novos casos MB que iniciaram a PQT}} = x 100$$

- (8) Observe que cada coorte inclui todos os casos novos que iniciaram tratamento durante o ano, inclusive qualquer paciente que tenha interrompido o tratamento ou que tenha falecido antes de concluir o tratamento.

Por exemplo, o relatório do ano A=2010 incluirá as estatísticas de conclusão para os casos de PB notificados em 2009 (Ano A-1) e casos de MB notificados em 2008 (Ano A-2)

8.2 Quais os principais indicadores para avaliar as atividades de detecção de casos?

Os seguintes indicadores podem ser usados para avaliar as atividades de detecção de casos. A informação necessária para calcular esses indicadores é coletada e informada de rotina.

Número absoluto e proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade (Seção 4.6)

A proporção de casos novos com grau 2 de incapacidade entre todos os casos novos notificados durante o ano é usada para avaliar a demora do diagnóstico como um indicador da qualidade das atividades de detecção de casos.

Número absoluto e proporção de casos em crianças (menores de 15 anos de idade) entre todos os casos novos

Se a transmissão da hanseníase estiver diminuindo em determinada área, espera-se que o número de crianças afetadas pela doença irá diminuir. O monitoramento deste indicador ao longo de vários anos poderá mostrar uma tendência. Esse controle também é exigido para assegurar o reabastecimento correto do estoque de blisters infantis de PQT.

Número absoluto e proporção de casos do sexo feminino entre os casos novos

Muitos programas diagnosticam a hanseníase com mais frequência em homens do que em mulheres, mas existe a preocupação de que as mulheres possam ter menos acesso a serviços de saúde em algumas situações. Portanto, uma proporção de dois homens para cada mulher é bastante comum. Se a proporção for maior do que isso, devem ser tomadas medidas para garantir que as mulheres estejam tendo acesso adequado aos serviços de diagnóstico.

Número absoluto e proporção de casos multibacilares dentre os casos novos (Seção 4.3)

Este é um parâmetro útil para se ter idéia dos casos em risco de desenvolver complicações, e é necessário para o correto reabastecimento do estoque de PQT.

8.3 Quais os indicadores para avaliar a qualidade dos serviços de hanseníase?

Cada programa pode ter que definir seus padrões nacionais mínimos de qualidade para os serviços de hanseníase, levando em consideração a capacidade e a competência dos profissionais de saúde e a disponibilidade de recursos. A qualidade dos serviços de hanseníase pode ser avaliada usando uma ampla variedade de instrumentos, desde indicadores epidemiológicos coletados de rotina até pesquisas operacionais altamente sofisticadas. Dependendo da capacidade do programa de coletar e analisar dados, outros indicadores podem ser mensurados e informados para dar uma melhor indicação da qualidade dos serviços que estão sendo oferecidos. A qualidade dos serviços deve ser vista como parte das responsabilidades de cada unidade de saúde que presta serviços de hanseníase e deve ter a adesão de todos os profissionais. Os indicadores de qualidade dos serviços de hanseníase descritos a seguir podem ser coletados, geralmente com base em uma **amostra** representativa ou como parte de um processo integrado de supervisão.

Proporção de novos casos diagnosticados corretamente (Seção 4.5)

A precisão do diagnóstico pode ser avaliada por meio da supervisão técnica regular. Se houver qualquer indicação de um número significativo de falsos positivos (*overdiagnosis*), uma amostra dos casos novos deverá ser reavaliada em até três meses após o diagnóstico. A proporção de casos novos incluídos na reavaliação dependerá do número total de casos e dos recursos disponíveis (profissionais e verba). Isso servirá para identificar áreas-problema onde capacitação e supervisão adicionais são necessárias, mas não impedirá o tratamento de forma alguma.

Proporção de pacientes que interromperam o tratamento (defaulters) (Seção 5.4)

Essa área só exige acompanhamento se a taxa de conclusão de tratamento for baixa. A proporção de pacientes que interrompem o tratamento ou que são transferidos é calculada exatamente da mesma forma que se calcula o índice de cura. Se a transferência for o principal motivo da não conclusão do tratamento, a situação precisa ser investigada para descobrir se os pacientes transferidos estão realmente continuando o tratamento em outro serviço, ou se estão simplesmente interrompendo o tratamento.

Número de recidivas notificadas durante o ano (seção 5.5)

Os casos de recidiva ocorrem esporadicamente e geralmente não são parte de nenhuma coorte definida, portanto, essas estatísticas podem ser difíceis de analisar. Se números mais elevados forem relatados em alguma área específica, investigações mais aprofundadas devem ser realizadas.

Proporção de pacientes que desenvolvem incapacidades novas ou adicionais durante o PQT (Seção 4.6)

Alguns métodos possíveis para calcular esse indicador são descritos abaixo.

Esse indicador é uma medida de quão bem o dano neural recente é detectado e tratado pelo programa. Existem duas formas de coletar informações no serviço para calcular esse indicador: a graduação OMP (olhos-mãos-pés) e o Formulário Resumido de Deficiências (*Impairment Summary Form* - ISF). Os dois sistemas de graduação também podem ser usados depois da conclusão do tratamento para monitorar as atividades de PI.

- (1) A **graduação OMP** é calculada com base em dados que já são coletados rotineiramente. É a soma de todos os graus de incapacidade individuais referentes aos dois olhos, às duas mãos e aos dois pés. O grau de incapacidade pode ser pontuado como 0, 1 ou 2. Conseqüentemente, a graduação OMP varia de 0 a 12. Uma graduação OMP=12 indicaria grau 2 de incapacidade em ambos os olhos, ambas as mãos e ambos os pés.

A graduação OMP tem se mostrado mais sensível a mudanças ao longo do tempo, do que o grau de incapacidade em si. A maneira mais simples de usar a graduação OMP para medir o desenvolvimento de incapacidades novas ou adicionais durante a PQT é graduar no momento do diagnóstico (esse exame já é feito na avaliação inicial do grau de incapacidade) e repetir o exame no momento da alta por cura. As duas medidas podem então ser comparadas. Quando a taxa de cura é calculada para qualquer coorte, a proporção de aumento do OMP pode ser calculada simultaneamente – um aumento na graduação indicaria incapacidades novas ou adicionais.

- (2) O **Formulário Resumido de Deficiências (ISF)** pode ser usado para monitorar deficiências e incapacidades em pacientes e para calcular a proporção de pacientes que desenvolvem incapacidades novas ou adicionais durante a PQT. O ISF contém mais detalhes sobre as deficiências e incapacidades individuais de cada paciente. Assim, se usado de forma eficiente, permite-se manter melhor qualidade de cuidados. O ISF está descrito em mais detalhes no Guia de Aprendizado Quatro da ILEP: Como prevenir incapacidades em hanseníase.

8.4 Que registros são usados em serviços que tratam hanseníase?

As informações sobre casos novos de hanseníase são necessárias por dois motivos:

- Detalhes sobre os indivíduos são documentados no **Cartão de Registro do Paciente**. Durante os meses e anos seguintes,

qualquer profissional de saúde que estiver tratando aquela pessoa poderá ler seu o histórico médico, o que é muito importante na hora de considerar a conduta diante de um novo problema. Bons registros são essenciais para uma assistência à saúde com qualidade. Bons registros não precisam ser muito detalhados; podem ser relativamente simples, mas devem ser precisos e organizados para que sejam úteis para os outros profissionais de saúde que irão consultá-los.

- Os dados sobre os casos novos de hanseníase são alimentados no **Registro de Tratamento de Hanseníase**, que é imprescindível para o planejamento, para o cálculo de indicadores e para o monitoramento.

O **Cartão de Registro do Paciente** deve ser usado para anotar as seguintes informações básicas sobre cada paciente:

Dados mínimos a serem registrados no Cartão de Registro do Paciente de hanseníase

	No momento do diagnóstico	Durante o acompanhamento e na alta por cura
Nome	✓	
Idade	✓	
Sexo	✓	
Endereço	✓	
Status do paciente (novo/retorno após interrupção de tratamento/transferência/recidiva)	✓	
Duração dos sintomas	✓	
Número de lesões cutâneas com perda de sensibilidade	✓	
*Nervos espessados	✓	
Classificação	✓	
Olho (D/E): grau de incapacidade (0,1,2)	✓	✓
Mão (D/E): grau de incapacidade (0,1,2)	✓	✓
Pé (D/E): grau de incapacidade (0,1,2)	✓	✓
*Baciloscopia (se disponível)	✓	
*Sinais suspeitos de reação?	✓	✓
Data de início da PQT	✓	
Data de conclusão da PQT ou outro motivo de saída do registro (abandono, falecimento, transferência, mudança de classificação)		✓

* Esses dados podem ser omitidos em serviços de atenção primária. Um esquema do corpo poderá ser usado para mostrar a localização das lesões cutâneas.

Os serviços que atendem pacientes de hanseníase apenas esporadicamente talvez não precisem de um Registro de Tratamento de Hanseníase; o tratamento pode ser anotado no Cartão de Registro do Paciente. Se não houver nenhum cartão de registro disponível, pode-se usar uma folha de papel em branco. Entretanto, algum tipo de documentação é necessário para garantir bons cuidados ao paciente, supervisão e monitoramento eficazes.

O **Registro de Tratamento de Hanseníase** deve listar todos os pacientes que recebem a PQT num dado serviço. Esse registro deverá conter as seguintes informações:

- Nome de cada paciente que tenha iniciado a PQT.
- O esquema de tratamento que os pacientes estão recebendo (PB ou MB) e a dosagem (adulto ou infantil).
- Tipo de paciente (Novo ou Outros: Seção 5.1).
- Grau de incapacidade (Seção 4.6).
- Data do início do tratamento.
- Data de comparecimento sempre que o paciente vem para a dose supervisionada e o número de blisters dispensados (isso indicará quando o paciente deverá retornar).

O Registro deverá conter cada visita do paciente para recebimento da PQT. Deverá ser fácil perceber, a partir do registro, quando um paciente estiver em atraso para a dose supervisionada, ou seja, quando já não mais possui PQT em casa. O Registro deve ser examinado todo mês para descobrir que pacientes (se houver) não compareceram para a dose supervisionada no último mês. Deve-se fazer uma anotação se mais de um mês de tratamento tiver sido dispensado. Todo o esforço possível deve ser feito para ajudar os pacientes a cumprir o tratamento regularmente. Quando um paciente recebe a última dose da PQT (a sexta dose de PQT-PB, ou a décima segunda dose da PQT-MB), deve ser registrado como “Alta por cura” e sua saída será informada no registro de tratamento. Eles deverão ser informados de que estão curados após a conclusão dessa última dose e alertados quanto à importância de retornarem para ao serviço caso apareça alguma complicação futura. Outros tipos de saída que podem ser registradas incluem:

“Transferido” (i.e., o paciente começou o tratamento e foi transferido para outro serviço; o resultado do tratamento não é conhecido no momento da avaliação dos resultados), “Paciente que interrompeu o tratamento” (Seção 5.4) e “Óbito” (i.e., o paciente que faleceu por qualquer motivo durante o curso do tratamento de PQT).

A análise da coorte (Seção 8.1) é realizada utilizando o Registro de Tratamento da Hanseníase.

Alguns países preferem manter um **Registro Central** no nível regional com todos os detalhes dos pacientes sendo tratados na região. Esse registro inclui, além dos detalhes pessoais como nome, endereço, sexo e classificação, o grau de incapacidade e o resultado do tratamento (tipo de saída). Tal registro é mantido, em geral, por um supervisor regional, que reúne as informações para elaboração de relatórios.

Questões organizacionais para gerentes de programas

9.1 O que são populações pouco assistidas?

As populações pouco assistidas são grupos de pessoas que moram em áreas geográficas de difícil acesso, como florestas, margens de rios, desertos e montanhas, ou regiões que, por conta de condições especiais, não têm igual oportunidade de acesso (i.e. áreas tribais, populações nômades, residentes de favelas, imigrantes, pessoas internamente desalojadas devido à guerra, distúrbios civis, inquietação social, crises econômicas ou climáticas e outros, sem local de moradia definido; ou aqueles que moram em unidades especiais, como prisões). Esses grupos podem ter dificuldade em obter cuidados de saúde adequados por causa de uma infra-estrutura de saúde deficitária, falta de informação, ou discriminação devido a seus antecedentes sociais, políticos, culturais ou econômicos, ou por causa de uma estrutura de transporte limitada.

9.2 Como o acesso de grupos populacionais pouco assistidos a serviços de hanseníase pode ser melhorado?

Os serviços de hanseníase devem começar programas para identificar esses grupos e suas necessidades em termos de serviços de saúde. Um levantamento das agências de desenvolvimento governamentais ou não governamentais existentes na área poderá oferecer uma oportunidade de articular-se com elas para introduzir serviços de controle de hanseníase sustentáveis e custo-efetivos na área. Ações devem ser implementadas nos níveis da organização, do paciente, do prestador e da comunidade.

Ações no nível organizacional

- A intervenção deverá ser sensível às necessidades e prioridades de grupos populacionais específicos e deverá ser sustentável e integrada com outros programas de saúde.
- Uso adequado de toda a tecnologia disponível para alcançar localidades remotas (i.e. mídia, incluindo telemedicina).
- Apoio de unidades móveis em áreas em que os serviços existentes são espaçadamente distribuídos, ou onde há barreiras geográficas ao acesso.

Ações no nível do paciente

- Fornecer informação e educação adequadas, preferencialmente em idiomas locais.
- Introduzir horários convenientes de funcionamento dos serviços.
- Assegurar o fornecimento adequado de PQT e de medicamentos e material de apoio.

Ações no nível do prestador

- Iniciativas de capacitação para desenvolver as habilidades locais.
- Envolver líderes comunitários, representantes do governo local e pessoas afetadas pela hanseníase no processo de planejamento e tomada de decisões.
- Ser sensível à cultura local e a questões de interpretação e tradução, e sempre que possível, incentivar o recrutamento de recursos humanos do local.

Ações no nível da comunidade

- Capacitar membros da comunidade e envolvê-los como voluntários na disseminação de mensagens de educação em saúde, no encaminhamento de casos suspeitos, na organização de grupos de saúde, assegurando o tratamento regular e apoiando pessoas com incapacidades na realização do autocuidado. Em áreas pouco assistidas é necessário implementar estratégias que promovam a autoconfiança e auto-ajuda, e que envolvam organizações baseadas na comunidade para garantir a sustentabilidade das atividades.

9.3 Como os programas podem melhorar o acesso a serviços de hanseníase em áreas urbanas?

“Urbano” refere-se a “populações que moram e trabalham em uma área, como uma cidade, com condições ambientais similares”¹. Algumas características de áreas urbanas são:

- Uma população de 100.000 habitantes ou mais, com elevada densidade populacional.
- Um grande grupo de pessoas sem-teto e uma população de favela significativa.
- Obstáculos perceptíveis para acesso aos serviços, incluindo cuidados de saúde para os pobres.
- Dependência do setor privado para o atendimento a necessidades de atenção à saúde.

As desigualdades de saúde entre diferentes grupos populacionais nos ambientes urbanos refletem desigualdades inerentes de condições econômicas, sociais e de moradia. Abordagens integradas são necessárias para promover mudanças nas práticas de atenção à saúde, especialmente nas populações marginalizadas vivendo em favelas. Isso pode demandar as seguintes ações:

- Fazer a atenção à saúde, incluindo o controle da hanseníase, parte integral de um plano de saúde urbana.
- Promover sentimento de propriedade na população local – envolver líderes locais e pessoas afetadas pela hanseníase na coordenação e tomada de decisões.
- Expandir parcerias público-privadas com setores do governo, organizações privadas e não-governamentais, organizações comunitárias (clubes, associações, sindicatos, dermatologistas, etc.) e representantes de pessoas afetadas pela hanseníase.
- Facilitar a recepção de mensagens pelo público alvo: disseminar as informações corretas para os grupos alvo utilizando redes de mídia adequadas.
- Assegurar acesso aos serviços de referência para cuidados especializados.

¹ Linden E. The exploding cities of the developing world. *Foreign Affairs* (75) 1, 1996

9.4 Como a supervisão técnica deve ser organizada?

A supervisão é uma forma de assegurar a competência e a eficiência da equipe por meio de observação, discussões, apoio e treinamento em serviço. O seu objetivo é garantir que:

- as habilidades técnicas necessárias para o controle da hanseníase estejam presentes;
- quaisquer obstáculos enfrentados pelos profissionais da atenção primária sejam identificados e eliminados;
- planos para o trabalho futuro e para o aprimoramento do desempenho sejam elaborados;
- os profissionais de saúde sejam apoiados e motivados para a realização do trabalho;
- informações adicionais, não disponíveis no sistema de notificação de rotina, sejam coletadas e analisadas.

O agente central na supervisão é um indivíduo designado, localizado no primeiro nível de referência (geralmente com outras responsabilidades num ambiente integrado), que visita os serviços regularmente. Existem muitas denominações diferentes para tal cargo, mas o elemento chave é que exista uma ligação pessoal com os profissionais de saúde dos serviços de atenção primária, onde a maioria dos pacientes é atendida.

A capacitação em habilidades e atitudes adequadas é essencial para uma supervisão eficiente. O supervisor deve conhecer suas próprias tarefas e responsabilidades e também as das pessoas que ele deve supervisionar.

Um dos aspectos mais importantes de uma visita de supervisão é ver e examinar os pacientes junto com os profissionais do serviço. O supervisor também utilizará métodos como a revisão de documentação (cadastros e registros), a observação de técnicas e atividades, e entrevistas com profissionais de saúde. Para realizar a supervisão de forma sistemática, o supervisor deverá utilizar uma lista de checagem. Os itens a serem incluídos nesta relação estarão listados em “Serviços de hanseníase de qualidade” na Seção 1.5 e “Seis princípios básicos para integração” na Seção 2.1. Em alguns países, o supervisor no nível regional mantém um Cadastro Regional de Hanseníase (Seção 8.4), que é bastante útil para o monitoramento do desempenho do programa e para a elaboração de relatórios.

Antes de cada visita, o supervisor deverá rever a avaliação feita durante a visita anterior, e destacar quaisquer pontos que possam exigir maior atenção. Depois de cada visita, uma descrição dos achados, tanto positivos quanto negativos, com recomendações, deverá ser incluída na retroinformação (*feedback*) que é dada à equipe supervisionada e ao superior imediato da mesma.

9.5 Como os gerentes de programas podem assegurar facilidade de acesso à PQT?

Isso pode ser alcançado pela:

- Estimativa correta da demanda de drogas e realização regular de pedidos, com base nos dados epidemiológicos.
- Integração do fornecimento de PQT com o sistema de fornecimento das outras drogas.
- Existência de um sistema de monitoramento da distribuição do estoque de drogas para assegurar que existam quantidades adequadas de medicamentos disponíveis em todos os níveis.
- Fornecimento de PQT gratuitamente para todos os pacientes.

9.6 Como poderão ser desenvolvidas parcerias para aprimorar as atividades de controle da hanseníase?

As parcerias sempre tiveram um papel importante no controle da hanseníase. A Organização Mundial de Saúde e ONGs nacionais e internacionais desempenham uma função de apoio significativa em parcerias com os governos nacionais. Dentre as ONGs envolvidas, os membros da Federação Internacional de Associações de Combate à Hanseníase (ILEP), a Fundação Nippon (TNF), a Fundação Novartis para o Desenvolvimento Sustentável e o Banco Mundial têm desempenhado um papel importante.

As parcerias podem ser definidas como “relações inter-organizacionais envolvendo atividades (além daquelas que seriam exigidas por contratos ou por autoridades isoladamente) que visam alcançar metas compartilhadas, baseadas em relações de trabalho conjunto”. Existem outras definições de parceria, mas todas incluem esses temas comuns: comprometimento com objetivos compartilhados; mutualidade, igualdade e diálogos abertos; um sentimento de confiança e respeito entre parceiros; obrigações recíprocas e responsabilização. Uma parceria não significa que os parceiros deverão concordar a respeito de tudo, mas implica que deve haver disposição dos dois lados de “dar e receber”, de forma a chegar a um consenso. As parcerias serão mais eficazes quando os objetivos são claramente expressos e acordados por todos os parceiros; o papel de cada parceiro também é acordado, aceito e reconhecido, e as atividades e problemas são amplamente discutidos e negociados.

O papel dos parceiros a curto e médio prazo deverá se concentrar no fortalecimento da capacidade nacional de prover serviços de hanseníase de qualidade, de prover aconselhamento técnico, financiamento para atividades chave, logística para fornecimento gratuito de medicamentos da PQT e advocacia global.

É importante que os parceiros envolvidos no controle da hanseníase continuem a colaborar e a coordenar suas atividades de forma a aumentar a efetividade das mesmas. O governo, particularmente o Ministério da Saúde (MS), é o proprietário do programa e deve coordenar o apoio de doadores nacionais e internacionais para o país.

A coordenação eficiente de doadores é um requisito importante para uma implementação consistente e uniforme das atividades do programa em todo o país. Todos os parceiros devem saber como seus recursos são utilizados e devem, portanto, estar envolvidos nos processos de planejamento e avaliação. É importante que o MS e seus parceiros, incluindo a OMS e os membros da ILEP, cheguem a um consenso acerca da implementação da *Estratégia*, do planejamento a longo prazo e de planos de ação anuais, bem como acerca dos orçamentos. Isso poderá ser facilitado por meio da organização de reavaliações conjuntas do programa pelo MS e todos os parceiros.

Além das ONGs e organizações internacionais multilaterais e bilaterais, há também departamentos do governo, além do MS, que precisam estar envolvidos na manutenção de serviços de hanseníase eficazes, tais como os departamentos de educação, bem-estar social, finanças, comunicação e publicidade. É necessário um elevado grau de colaboração e coordenação entre os diversos departamentos, ONGs e outros parceiros. No nível nacional, a coordenação deverá ser responsabilidade primordial do MS.

9.7 Qual o papel das pessoas afetadas pela hanseníase no controle da doença?

As pessoas afetadas pela hanseníase têm um papel importante a desempenhar no controle da doença, especialmente na área de advocacia, conscientização e reabilitação. Esforços organizados por pessoas afetadas pela hanseníase são absolutamente necessários para promover uma percepção e atitude positivas em relação à doença entre o público. Isso também levará a mudanças essenciais nas disposições legais que são vistas como sendo de natureza discriminatória em diversos países, e assegurará que o controle da hanseníase continue a ocupar um lugar importante na estrutura da política de saúde do país.

9.8 Que tipo de capacitação deverá ser ministrado aos profissionais de saúde em geral?

A capacitação dos profissionais de saúde em geral deverá instrumentalizá-los para:

- diagnosticar e classificar corretamente um caso de hanseníase;
- tratar um paciente de hanseníase com o esquema de PQT adequado;
- acompanhar ou encaminhar os casos com complicações;
- manter cartões de cadastro do paciente e registro do tratamento e enviar relatórios regularmente;
- manter estoques adequados de medicamentos para a PQT;
- fornecer informações sobre a doença aos pacientes, membros da comunidade e tomadores de decisões;
- identificar pacientes que precisem de reabilitação e encaminhá-los aos serviços adequados.

Em uma estrutura integrada, é importante certificar-se de que o conteúdo dessa capacitação esteja incluído no cerne do currículo de todos os profissionais de saúde.

9.9 O que é avaliação de programa e como ela é realizada?

Avaliação é a análise sistemática do desempenho do programa após um período de tempo específico de sua implementação. Ela compara os resultados alcançados com os resultados esperados, conforme definidos no plano estratégico (plano anual ou plano de médio prazo, de três, cinco ou mais anos). Para a realização de uma avaliação eficaz, é vital que esse plano seja desenvolvido no nível nacional e inclua indicadores de resultados bem definidos.

A avaliação considerará principalmente a eficácia do programa, mas poderá incluir também inúmeros outros aspectos relacionados à qualidade, como eficiência, equidade, relevância, sustentabilidade, qualidade dos cuidados e impacto sobre a população alvo. O objetivo da avaliação é determinar se um programa em andamento está no caminho certo ou se precisa ser ajustado, bem como fornecer recomendações sobre o direcionamento futuro do programa.

O programa, no nível nacional, deverá planejar e organizar as missões de avaliação. Deve definir os termos de referência e escolher a equipe de avaliação. Os membros da equipe podem ser:

- **Internos:** a própria equipe do programa, que é diretamente responsável pela sua implementação e gestão.
- **Externos:** especialistas de fora do programa (podem ser especialistas nacionais ou internacionais).
- **Mistos:** avaliação participativa por avaliadores internos e externos.

Ao planejar a missão de avaliação, a autoridade em nível nacional deverá levar em consideração os interesses de todas as partes envolvidas, especialmente as pessoas afetadas pela hanseníase.

10.1 Leitura complementar

Muitos dos itens mencionados nessa Seção estão disponíveis gratuitamente no sítio da OMS: <http://www.who.int/lep> ou no sítio da ILEP: <http://www.ilep.org.uk>

OMS

- Leprosy disabilities: magnitude of the problem. *Weekly Epidemiological Record*, 1995, 70: 269-275.
- Expert Committee on Leprosy, Seventh Report (Technical Report Series, No 874). OMS, Genebra, 1998.
- *The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000-2005*. Genebra, 2000.
- The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem: questions and answers. OMS, Genebra, 2003.
- The Global Strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (Período – plano: 2006 – 2010). OMS, 2005.
- I can do it myself: Tips for people affected by leprosy who want to prevent disabilities. OMS, 2007 (SEA-GLP-2007.2)
- Organização Mundial de Saúde. Workshops for Health Service Managers in charge of Leprosy Control Programmes: From Global Strategy to national Action. Facilitators guide and Participants guide. OMS, 2008 (SEA-GLP-2008.1 and SEA-GLP-2008.2)
- Organização Mundial de Saúde. Guidelines for Global Surveillance of Drug Resistance in Leprosy, 2009. (SEAGLP-2009.2).
- The Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy (Plan period: 2011 – 2015). OMS, 2009. (SEA-GLP-2009.3: No prelo)

Associação Internacional de Hanseníase (ILA)

- Technical Forum: *International Journal of Leprosy*, 2002:70 (Suppl): S3-S62.

Federação Internacional de Associações de Combate à Hanseníase (ILEP)

- Learning Guide One: How to diagnose and treat leprosy. 2001
- Learning Guide Two: How to recognise and manage leprosy reactions. 2002
- Learning Guide Three: How to do a skin smear examination for leprosy. 2003
- Learning Guide Four: How to prevent disability in leprosy. 2006
- Technical Guide: Facilitating the integration process. 2003
- Technical Guide: Training in leprosy. 2003
- Technical Guide: Meeting the needs of people affected by leprosy through CBR. 2006
- Joint WHO/ILEP Technical Guide: CBR and Leprosy: Meeting the rehabilitation needs of people affected by leprosy and promoting quality of life. 2007

Outros

- van Hees C & Naafs B. Common skin diseases in Africa. 2001
- Cross H. Wound care for people affected by leprosy. ALM 2003
- Van Brakel, Wim H. Measuring leprosy stigma – a preliminary review of the leprosy literature. *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*, setembro de 2003.
- United Nations Human Rights Council. Elimination of discrimination against persons affected by leprosy and their family members. Resolution A/HRC/8/L.18, 2008.

10.2 Glossário

Alta por cura:	Final do tratamento; isso ocorre quando o tratamento com PQT foi concluído com sucesso.
Caso de hanseníase:	Um caso de hanseníase é uma pessoa com sinais clínicos de hanseníase que requer quimioterapia (PQT).
Caso novo:	Caso de hanseníase nunca antes tratado com quimioterapia anti-hansênica.
Comprometimento da função do nervo:	Comprometimento do funcionamento normal do nervo, demonstrada por perda da sensibilidade (diminuição da sensibilidade tátil ou dormência) na pele inervada pelo nervo e/ou fraqueza dos músculos inervados pelo nervo.
Corticoesteróides:	Grupo de drogas conhecido pela sua capacidade de suprimir respostas inflamatórias.
Deficiência:	Um problema na função ou estrutura corporal, como, por exemplo, um desvio ou uma perda significativos.
Dose supervisionada mensal:	Frequentemente refere-se à PQT como sendo administrada "mensalmente"; na verdade, o blister da PQT fornece 28 dias, ou 4 semanas de tratamento. As consultas, portanto, devem ser agendadas a cada quatro semanas, não necessariamente a cada mês.
Graduação OMP:	A soma dos graus de incapacidades individuais para cada olho, mão, e pé.
IEC:	Informação, educação e comunicação.
Incapacidade:	Termo amplo que inclui qualquer deficiência, limitação de atividade, ou restrição de participação social que afete uma pessoa.
Indicador:	Um aspecto mensurável do programa, que pode indicar o nível e mudanças de desempenho.
ISF:	Formulário Resumido de Deficiências.
Multibacilar (MB):	Paciente com seis ou mais lesões cutâneas.
OBC:	Organização de base comunitária.

ONG:	Organização não-governamental.
Órtese:	Palmilha especialmente moldada para corrigir alguma anormalidade do pé, incluindo a tendência à ulceração.
Paciente que interrompeu o tratamento (defaulter):	Um indivíduo que não conseguiu completar o tratamento dentro do período de tempo prescrito.
Paucibacilar (PB):	Um paciente de hanseníase com até cinco lesões cutâneas.
PQT:	Poliquimioterapia.
RBC:	Reabilitação baseada na comunidade
Reação:	Aparecimento repentino de sintomas e sinais de inflamação na pele de uma pessoa com hanseníase.
Recidiva:	A re-ocorrência da doença em qualquer momento após a conclusão do ciclo completo de tratamento.

A *Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Doença associada à Hanseníase: 2011-2015* e as *Diretrizes Operacionais Atualizadas* foram amplamente bem recebidas e endossadas. O objetivo geral é oferecer, a todas as comunidades afetadas, acesso a serviços de hanseníase de qualidade em conformidade com os princípios de equidade e justiça social.

O objetivo dessas *Diretrizes Operacionais Atualizadas* é ajudar os gerentes de serviços nacionais de saúde a implementar a *Estratégia Global Aprimorada* de forma abrangente em seus próprios países. Isso será alcançado à medida que desenvolvam políticas nacionais detalhadas aplicáveis às suas próprias realidades, e revisem o *Manual Nacional de Controle da Hanseníase* em seus respectivos países.



Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



**World Health
Organization**