

Declaração de Consenso sobre Prevenção de Incapacidades

Essa Declaração é o resultado de uma Conferência para o Desenvolvimento de um Consenso sobre Prevenção de Incapacidades, co-patrocinada pela American Leprosy Missions (ALM), Organização Mundial de Saúde (OMS) e International Federation of Anti-Leprosy Associations (ILEP), realizada no Waterfront Hotel na cidade de Cebu, Filipinas, de 13 a 16 de setembro de 2006.

Os participantes (de aproximadamente 30 países) incluíram profissionais da OMS, coordenadores nacionais de programas e uma ampla gama de terapeutas e médicos. A contribuição de pessoas afetadas pela hanseníase incrementou tanto o conteúdo, quanto a validade do consenso resultante. A evidência de seu empoderamento (*empowerment*) e entusiasmo foi um estímulo para todos.

Introdução

Intervenções para prevenir incapacidades têm sido desenvolvidas em muitos programas de hanseníase há décadas. A base científica para tais intervenções tem suas origens no trabalho do Prof. Paul Brand, no sul da Índia, na década de 50, quando ele percebeu que mão e pés insensíveis devido ao dano neural causado pela hanseníase, podiam ser facilmente danificados por lesões sofridas na realização de atividades do dia-a-dia. Ele percebeu que a modificação da maneira como as tarefas eram realizadas, poderia reduzir as chances de se machucar ou desenvolver outros danos. Ele entendeu que o papel das pessoas afetadas é vital – elas precisam entender os princípios da prevenção e encontrar motivação para aplicá-los no dia-a-dia.

No contexto da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), **incapacidade** é definida como “um termo que abrange deficiências, limitação de atividades e restrição na participação. Denota os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os fatores contextuais desse indivíduo (fatores ambientais e pessoais)”. O impacto da prevenção de incapacidades (PI) poderia, portanto, ser avaliado em termos de deficiências, atividades e participação, mas o principal foco das intervenções tem sido a prevenção de deficiências, i.e., o nível físico. A CIF define **deficiência** como “problemas nas funções ou estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda”. A PI pode, portanto, ser definida como “um conceito que inclui todas as atividades realizadas no nível individual, comunitário ou de programa, que têm como objetivo a prevenção de deficiências, limitação de atividade e restrição de participação social”. É amplamente reconhecido que atitudes e circunstâncias pessoais, combinadas com fatores ambientais, podem precipitar ou ajudar a evitar incapacidades. Frequentemente, são alvo de intervenção, como no caso de baixa auto-estima ou atitudes negativas por parte da comunidade. Podem também ser abordadas por meio de educação preventiva, como no caso de condições de trabalho de alto risco.

Medidas específicas para prevenção de incapacidades em outras condições crônicas, nos países onde a hanseníase é endêmica, incluindo a filariose linfática, diabetes e úlcera de Buruli, foram, em geral, desenvolvidas mais recentemente. Elas utilizam estratégias muito parecidas e dependem, de forma semelhante, da motivação e participação das pessoas afetadas. A combinação de estratégias e intervenções para prevenção de incapacidades em pessoas afetadas por uma gama de condições relacionadas pode reduzir o estigma, ser mais custo-efetiva e melhorar a sustentabilidade.

As declarações contidas nesse documento refletem um consenso dos participantes, baseado em evidência ou na melhor prática. A implementação de tais recomendações deve levar em conta as políticas nacionais existentes sobre prevenção de incapacidades, bem como fatores sócio-culturais prevalentes em dado país ou área.

O desafio agora é tornar a prevenção de incapacidades parte da rotina de acompanhamento dos casos com condições crônicas incapacitantes. Na década de 90, a cobertura da PQT avançou de bem menos do que 50% para 100%. Para que a prevenção de incapacidades seja implementada universalmente, deve haver um acordo sobre as estratégias e intervenções essenciais.

Objetivos da Conferência

- 1 Discutir as atividades de PI no contexto da hanseníase e de outras doenças crônicas, tais como úlcera de Buruli, filariose linfática e diabetes.
- 2 Chegar a um consenso sobre definições básicas.
- 3 Chegar a um consenso, com base em evidências, sobre uma abordagem básica de prevenção de incapacidades que seja parte da rotina de acompanhamento dos casos.
- 4 Chegar a um consenso sobre quais seriam os elementos do autocuidado a serem realizados em casa.
- 5 Chegar a um consenso sobre métodos para monitorar e elaborar relatórios sobre as atividades de PI.
- 6 Chegar a um consenso sobre prioridades para futuras pesquisas clínicas e operacionais em PI.

Perguntas a serem respondidas

1. Como podemos assegurar que pessoas com reações e neurites sejam tratadas o mais precocemente possível?
2. Que abordagens simples podem ser desenvolvidas para promover o autocuidado em casa?
3. Quais são os pré-requisitos para um programa de calçados efetivo?
4. Quais são os requisitos para uma PI efetiva, e quais são as informações mínimas que devem ser registradas e incluídas na elaboração de relatórios?
5. Quais são as prioridades para pesquisa em prevenção de incapacidades?

Declaração de consenso

P1. Como podemos assegurar que pessoas com reações e neurites sejam tratadas o mais precocemente possível?

Reações e neurites ocorrem em aproximadamente 10–30% dos casos de hanseníase. A efetividade dos corticoesteróides é de 50–70%, mas são inefetivos se já se passaram mais de 6 meses desde o último episódio agudo. Assim sendo, é importante que o tratamento seja iniciado o mais precocemente possível. A melhor prática sugere que a dose inicial de corticoesteróides deve ser baseada no peso corporal. No entanto, a dose inicial é menos importante para a eficácia do que a duração do tratamento. Cursos mais longos dão resultados melhores. Não há evidência suficiente para se recomendar profilaxia com corticoesteróides no início da poliquimioterapia (PQT). Além do uso de corticoesteróides, o tratamento cirúrgico da neurite é realizado em alguns locais, mas não há, no momento, qualquer evidência sólida de custo-efetividade comparado com o uso somente dos corticoesteróides.

A educação e conscientização de pacientes são importantes para que eles busquem tratamento para reações e neurites precocemente. Há exemplos de boas práticas nessa área tanto no Brasil, quanto em Myanmar. Uma educação estruturada é necessária tanto no diagnóstico, quanto na alta. A avaliação regular da função neural é a intervenção mais efetiva no campo para a detecção precoce de neurites, e depende da capacitação cuidadosa dos profissionais de saúde. Onde não é possível realizar a avaliação da função neural de rotina em todos os pacientes, é útil identificar pacientes em alto risco para acompanhamento mais freqüente. Esses pacientes incluem aqueles com dano neural pré-existente ou atualmente em reação, pacientes multibacilares (MB) e mulheres no pós-parto.

Dificuldades comumente enfrentadas no campo incluem o excesso de trabalho do profissional de saúde, acesso limitado ao tratamento com corticoesteróides, e poucos beneficiados, mesmo quando o tratamento está disponível. Sistemas de referência pouco organizados resultam em poucos pacientes elegíveis sendo beneficiados. A disponibilidade de corticoesteróides e da Clofazimina avulsa é, algumas vezes, precária. Supervisão mais rigorosa ajudará a identificar e enfrentar esses problemas.

A melhor prática ocorre quando os profissionais de saúde são adequadamente capacitados e estão conscientes da importância de se tratar as neurites; um sistema de referência bem organizado é essencial, já que muitos casos não podem ser acompanhados nas unidades de saúde periféricas.

As respostas ao tratamento devem ser monitoradas e avaliadas, incluindo a verificação de efeitos

colaterais dos medicamentos.

Para mais detalhes sobre o manejo de reações e neurites, consulte as Diretrizes Operacionais da OMS (2006) e o Guia de Aprendizagem 2 da ILEP.

Conclusão

Existe tratamento razoavelmente efetivo para reações e neurites, e a prioridade atual é aumentar a cobertura de modo que todos os pacientes tenham acesso a ele. Os pacientes devem ser conscientizados do problema por meio de educação em saúde estruturada, no diagnóstico e na alta, para que busquem o tratamento espontaneamente. Durante o acompanhamento de rotina, algumas perguntas-chave podem ajudar a identificar pacientes com sintomas sugestivos de reações ou neurites. Aqueles com risco maior devem ser submetidos mensalmente à avaliação da função neural. Um sistema de referência efetivo deve estar disponível para pacientes que tenham queixas indicativas de neurite ou dano neural recente comprovado.

P2. Que abordagens simples podem ser desenvolvidas para promover o autocuidado em casa?

O autocuidado é um componente importante do manejo de qualquer condição crônica (Referência ICC). No autocuidado, a pessoa afetada assume o controle do manejo de sua condição. Ela recebe apoio de uma equipe de profissionais de saúde e de assistência social, e de parceiros na comunidade, incluindo sua família. A hanseníase é uma condição crônica para a qual a abordagem do autocuidado foi desenvolvida e documentada (Diretrizes Operacionais da OMS, Seção 6.4 e Guia de Aprendizagem 4 da ILEP). No entanto, sua implementação, até o momento, é limitada. Na abordagem de autocuidado, a pessoa afetada não é mais dependente dos profissionais de saúde; o papel desses profissionais é apoiar o desenvolvimento do autocuidado. Essa abordagem é imprescindível para garantir sustentabilidade.

A comunidade tem uma função de apoio no autocuidado. A comunidade inclui a família, pessoas afetadas pela hanseníase, e pessoas afetadas por outras doenças crônicas, bem como a comunidade em geral. O desenvolvimento e implementação do autocuidado em hanseníase pode ser integrado a abordagens de autocuidado para outros problemas de saúde que geram incapacidades, de modo a promover sustentabilidade e redução do estigma. O desenvolvimento do autocuidado pode ser facilitado ou pela formação de grupos, ou pela capacitação de monitores. As duas opções devem estar disponíveis para atender diferentes necessidades locais. Os grupos também podem funcionar de outras maneiras, tais como ajudando com os encaminhamentos, calçados ou com atividades de auto-ajuda. Barreiras ambientais ao autocuidado devem ser identificadas e abordadas.

O autocuidado deve ser desenvolvido dentro da estrutura e dos recursos existentes no local, de modo a se alcançar tanto sustentabilidade, quanto cobertura populacional. Indivíduos identificados no nível local, que assumam a responsabilidade de facilitadores, não necessitam de habilidades tanto em facilitação, quanto em aconselhamento. Deve-se avaliar cuidadosamente o uso de financiamento externo, uma vez que isso pode comprometer a sustentabilidade a longo prazo. É importante que o acesso a serviços de referência, tais como calçados especializados, oftalmologia, aconselhamento ou cirurgia, seja disponível para apoiar o autocuidado com acompanhamento adequado.

O autocuidado na prevenção de incapacidades em hanseníase é um dos principais componentes da Estratégia Global para a Hanseníase (Guia Operacional da OMS, 2006). Para mais detalhes veja o Guia de Aprendizagem 4 da ILEP, 2006.

Conclusão

O autocuidado é uma estratégia-chave na prevenção de incapacidades, e é um componente vital do controle da hanseníase, mas a extensão de sua cobertura, no geral, é muito limitada. A participação integral das pessoas afetadas é essencial em qualquer programa de autocuidado. O desenvolvimento de

habilidades de facilitação e aconselhamento dentro da estrutura local existente é necessário para se alcançar cobertura adequada e sustentabilidade do autocuidado na prevenção de incapacidades.

P3. Quais são os pré-requisitos para um programa de calçados efetivo?

A evidência biomecânica apóia a efetividade de palmilhas macias na redução de picos de pressão, tanto em calçados confeccionados sob medida, quanto em calçados disponíveis no mercado. Palmilhas macias (e.g. borracha microcelular (MCR) e etil vinil acetato (EVA)) diminuem picos de pressão no pé e auxiliam a prevenção de úlceras plantares. A prescrição de um calçado deve ser feita a partir do momento em que o paciente apresentar perda de sensibilidade plantar (Grau de incapacidade 1); é importante, portanto, que isso seja avaliado e registrado. Aguardar o surgimento de úlceras antes de se indicar calçados é muito tarde. Os Graus de Incapacidade estão descritos nas Diretrizes Operacionais da OMS e no Guia de Aprendizagem 1 da ILEP.

Houve uma mudança definitiva do uso de calçados para proteção feitos sob medida em sapatarias especiais para a utilização de calçados disponíveis no comércio no caso de pessoas com pés com anestesia plantar, sem deformidades. A evolução na moderna tecnologia de calçados determinou que muitos tipos de calçados disponíveis no mercado (e.g. sandálias e tênis) tenham palmilhas de EVA. Esse tipo de calçado está mais prontamente disponível (no comércio em geral) e é mais facilmente aceito pelas pessoas, pois está de acordo com normas sociais e culturais de cada país. Deve-se auxiliar as pessoas na escolha de seus calçados, para que escolham adequadamente (Diretrizes Operacionais da OMS, p.35).

Além de estimular o uso de calçados adequados disponíveis no mercado, recomenda-se, sempre que possível, o desenvolvimento de serviços especializados, incluindo o fornecimento de palmilhas modificadas para pessoas que não consigam encontrar um calçado adequado no mercado. Pessoas com anestesia que compraram seus próprios calçados podem receber órteses/palmilhas do programa de calçados, como está ocorrendo cada vez mais no Brasil. Para que isso funcione na prática, é necessária uma ligação sólida de referência para o programa de calçados com critérios de encaminhamento claros. Esses serviços especializados são oportunidades para fortalecer os laços com outras incapacidades.

Pequenos projetos de calçados podem ser bem sucedidos dentro de comunidades, com a utilização de mão-de-obra local, tais como sapateiros, que receberam capacitação adequada. No entanto, é interessante notar que em vários países os Programas Nacionais passaram a dar mais atenção para o fornecimento de calçados. Essa é uma mudança positiva, que aumentou a cobertura do fornecimento de calçados de proteção, melhorando o acesso a calçados adequados e órteses. Normas sócio-culturais devem ser consideradas pelos programas ao avaliar a escolha de calçados.

Os calçados são parte integrante dos programas de autocuidados e de reabilitação. É importante dar poder às pessoas para que cuidem de si mesmas, inclusive assumindo a responsabilidade por seus próprios calçados.

A sustentabilidade é uma questão importante e deve ser considerada em programas de calçados. Diferentes modelos de financiamento são adequados a diferentes contextos. O desenvolvimento de sistemas de informação é necessário para o planejamento, implementação e monitoramento de programas de calçados.

Conclusão

O uso rotineiro de calçados adequados é uma das intervenções mais importantes de PI em hanseníase, pois a perda de sensibilidade e úlceras plantares são muito comuns. Qualquer pessoa com grau de incapacidade 1 deveria receber ajuda na aquisição de um calçado adequado, seja comprando calçados adequados no comércio, seja por meio de um programa organizado.

P4. Quais são os requisitos para uma PI efetiva e quais são as informações mínimas que devem ser registradas e incluídas na elaboração de relatórios?

A avaliação de um novo paciente, ou de alguém que já tenha iniciado ou até mesmo completado o tratamento, tem como objetivo identificar problemas potenciais o mais rápida e facilmente possível. Alguns dados ou resultados dessa avaliação devem ser registrados por duas razões: primeiramente, consultando registros anteriores, qualquer mudança ou piora na condição clínica pode ser identificada, e tratamento adequado iniciado; em segundo lugar, alguns dados podem ser compilados em vários indicadores, que serão enviados em um relatório e utilizados para gerenciar e avaliar o programa, e assegurar o financiamento contínuo necessário.

A quantidade de informação que pode ser colhida varia muito. Em alguns locais, colhe-se informação suficiente para completar o Formulário Resumido de Deficiências (*Impairment Summary Form – ISF*), que permite um alto nível de monitoramento clínico e de envio de informações em relatórios. Atualmente, em muitos locais, no entanto, muito pouco é registrado – freqüentemente apenas a presença de deformidade visível (Grau de incapacidade 2) nos casos novos, o que é inadequado, pois não identifica aqueles pacientes com perda de sensibilidade, e portanto em risco de futuras incapacidades. A perda de sensibilidade plantar (Grau de incapacidade 1) já foi mencionada como um dado essencial para a adequada condução do caso, isto é, para uma decisão sobre o calçado adequado. O Grau de incapacidade 2, isoladamente, é um indicador muito pobre de mudança ou deterioração, portanto não serve como instrumento para monitorar atividades de PI.

O programa de PI é planejado com ênfase no autocuidado realizado em casa e na comunidade. As práticas de autocuidado são primariamente sobre a prevenção de feridas, prevenção de contraturas e preservação da visão. Acuidade visual e ausência de feridas/úlceras são, portanto, indicadores essenciais para se avaliar a eficácia de práticas de autocuidados, e monitorar o programa na comunidade.

Formulários para registro de dados e relatórios devem ser elaborados com participação do pessoal de campo, que são responsáveis pelo preenchimento dos mesmos. A participação de profissionais de campo é vital para fazer o sistema de registro e informação mais específico para cada contexto. Esse sistema deve incluir encaminhamento de casos complicados. Os formulários devem ser simples e devem facilitar a tomada de decisão em diferentes níveis; também devem facilitar o encaminhamento a serviços gerais de reabilitação. O sistema também deve incluir mecanismos de *feedback* sobre o paciente para os profissionais de saúde ou cuidadores do nível periférico para facilitar o acompanhamento.

O sistema de registro e informação deve atender as necessidades do usuário imediato, além de ser fonte de informação sobre as atividades de PI realizadas no campo. Deve-se ter cuidado ao se definir a estrutura dos registros. Eles devem ser capazes de gerar relatórios periódicos para monitorar o programa de PI. Seria ideal que o registro do estado clínico do paciente fosse feito mensalmente, enquanto o repasse dessa informação em relatórios deve ser feito trimestralmente ou semestralmente.

Conclusão

Um sistema simples de registro e envio de informações em relatórios é vital para o gerenciamento da prevenção de incapacidades. A coleta de dados deve orientada por seu uso tanto na clínica, quanto no gerenciamento. Avaliar e registrar o Grau de incapacidade 1 é necessário para se definir a necessidade de calçados de proteção. Acuidade visual e ausência de feridas/úlceras são indicadores chaves para se avaliar a eficácia das atividades de PI.

P5. Quais são as prioridades para pesquisa em PI?

As questões prioritárias para pesquisa em PI emergiram das apresentações e discussões durante o processo da Conferência para o Desenvolvimento de um Consenso. O tema fundamental para pesquisa era como alcançar 100% de cobertura de autocuidados e calçados, globalmente, de modo a prevenir incapacidades causadas pela hanseníase. A PQT para hanseníase foi recomendada pela primeira vez em 1982, mas levou mais de uma década para se alcançar 100% de cobertura por meio de adaptações e simplificações, e envolvimento dos serviços de atenção básica em cada país.

Uma abordagem multidisciplinar e colaborativa será necessária para enfrentar esse desafio de pesquisa e para desenvolver meios inovadores para identificar e superar as barreiras que impedem indivíduos de adotarem o autocuidado em diferentes realidades e contextos. Também será necessário realizar pesquisas para identificar barreiras individuais, comunitárias e do sistema, bem como testar métodos novos e custo-efetivos para promover o autocuidado e o uso de calçados adequados. A pesquisa também deve avaliar a efetividade de componentes individuais de intervenções de PI. O programa multidisciplinar incluirá disciplinas como psicologia, sociologia, pesquisa operacional, investigação sobre sistemas de saúde, ciências do comportamento, economia, bem como métodos biomédicos e biomecânicos para alcançar os objetivos da pesquisa. A participação ativa dos profissionais do campo, da comunidade e das pessoas afetadas pela hanseníase deve ser assegurada no processo de pesquisa e no desenvolvimento de soluções.

A colaboração de especialistas acadêmicos do campo geral do autocuidado será necessária. Os resultados terão aplicabilidade no desenvolvimento e implementação do autocuidado na carga, cada vez maior, de doenças crônicas em países em desenvolvimento, tais como filariose linfática, diabetes e outras doenças crônicas incapacitantes. O número de pessoas que se poderão beneficiar dessa pesquisa no campo da hanseníase excederá 3 milhões na Ásia, África e Américas, e os benefícios incluirão melhora na qualidade de vida, produtividade econômica e diminuição da pobreza.

O segundo tema para pesquisa que emergiu da Conferência foi a necessidade do desenvolvimento de sistemas para alcançar 100% de tratamento das reações e da lesão neural na hanseníase. Isso exigirá o aperfeiçoamento de métodos para detecção de reações, sistemas de referência efetivos e intervenções terapêuticas efetivas para reduzir danos neurais resultantes de reações. Será necessário um redirecionamento da atual pesquisa em reações para que se alcance esse objetivo de pesquisa.

Conclusão

A prioridade para pesquisa agora deve abordar a questão de cobertura e acesso, primeiramente na área de autocuidado e provisão de calçados, e, em segundo lugar, na área de tratamento de reações e neurites. Pesquisas objetivando o aumento da eficácia de intervenções específicas de PI ainda são necessárias, mas devem ser vistas como de menor prioridade.

Sumário Executivo

A Conferência para o Desenvolvimento de um Consenso reuniu 100 pessoas de 30 países com interesse em prevenção de incapacidades (PI) em condições crônicas incapacitantes, especialmente hanseníase, filariose linfática, úlcera de Buruli e diabetes. Os participantes incluíram pessoas afetadas pela hanseníase, profissionais da OMS e ILEP, coordenadores nacionais de programas, especialistas e médicos.

Cinco perguntas foram discutidas, com as seguintes conclusões:

Como podemos assegurar que pessoas com reações e neurites sejam tratadas o mais precocemente possível?

Existe tratamento razoavelmente efetivo para reações e neurites, e a atual prioridade é expandir a cobertura para que todos os pacientes tenham acesso a esse tratamento. Os pacientes mesmos devem ser alertados do problema, por meio de educação em saúde estruturada no diagnóstico e na alta, para que busquem o tratamento espontaneamente. Durante o acompanhamento de rotina, fazer algumas perguntas-chave pode ajudar a identificar pacientes com sintomas sugestivos de reações ou neurites. Aqueles com maior risco devem ter a função neural avaliada mensalmente. Um sistema de referência efetivo deve estar disponível para pacientes que tenham queixas indicativas de neurite ou evidência de lesão neural recente.

Que abordagens simples podem ser desenvolvidas para promover o autocuidado em casa?

O autocuidado é uma estratégia-chave na prevenção de incapacidades e é um componente vital do controle da hanseníase, mas a extensão de sua cobertura é, em geral, muito limitada. A participação ativa das pessoas afetadas é essencial em qualquer programa de autocuidado. O desenvolvimento de habilidades de facilitação e aconselhamento dentro da estrutura local existente é necessário para alcançar cobertura adequada e sustentabilidade do autocuidado na prevenção de incapacidades.

Quais são os pré-requisitos para um programa de calçados efetivo?

O uso rotineiro de calçados adequados é uma das intervenções mais importantes de PI na hanseníase, pois a perda de sensibilidade plantar e úlceras plantares são muito comuns. Qualquer pessoa com Grau 1 de incapacidade deve ser ajudada a obter tais calçados, seja comprando calçados adequados no comércio, seja por meio de um programa organizado.

Quais são os requisitos para um PI efetiva, e quais são as informações mínimas que devem ser registradas e incluídas na elaboração de relatórios?

Um sistema simples de registro e de envio de informações em relatórios é vital para o gerenciamento da prevenção de incapacidades. A coleta de dados deve ser orientada pelo seu uso tanto clínico, quanto gerencial. Avaliar e registrar o Grau de incapacidade 1 é necessário para definir a necessidade de um calçado de proteção. A acuidade visual e a ausência de feridas/úlceras são indicadores-chave para a avaliação da eficácia das atividades de PI.

Quais são as prioridades para pesquisa em PI?

A prioridade para pesquisa agora deve abordar a questão de cobertura e acesso, primeiramente na área de autocuidado e provisão de calçados, e segundo na área de tratamento de reações e neurites. Pesquisas objetivando o aumento da eficácia de intervenções específicas de PI ainda são necessárias, mas devem ser vistas como de menor prioridade.

Membros do Painel:

Valsa Augustine, Pierre Brantus, Hugh Cross, Jannine Ebenso, Zhang Goucheng, Ernst Hisch, Ranganadh Rao, Paul Saunderson (secretário), Cairns Smith (presidente), Doug Soutar, Wim van Brakel

Conferencistas:

Valsa Augustine, Hugh Cross, Jannine Ebenso, Diana Lockwood, Gift Norman, Wim van Brakel

Comitê Organizador:

Hugh Cross, Jannine Ebenso, Ernst Hisch, Vijay Pannikar, Paul Saunderson (presidente), Doug Soutar

Referências: livros e monografias

Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities (Plan period: 2006-2010) *WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53* WHO, Geneva 2005

Operational Guidelines [Diretrizes Operacionais] *SEA/GLP/2006.2* WHO, New Delhi 2006

ILEP Learning Guide One: How to diagnose and treat leprosy. [Guia de Aprendizagem 1 da ILEP: Como diagnosticar e tratar hanseníase] London 2001

ILEP Learning Guide Two: How to recognize and manage leprosy reactions. [Guia de Aprendizagem 2 da ILEP: Como reconhecer e tratar reações hanseníase] London 2002

ILEP Learning Guide Four: How to prevent disability in leprosy. [Guia de Aprendizagem 4 da ILEP: Como prevenir incapacidades na hanseníase] London 2006

Wound care for people affected by leprosy: a guide for low resource situations. Hugh Cross

Prevention of Blindness in Leprosy (2nd Edition) Courtright and Lewallen 2006

Referências: literatura científica

Reações e neurites:

Croft RP et al. A clinical prediction rule for nerve-function impairment in leprosy patients. *Lancet* (2000) **355**: 1603-6.

Richardus JH, Nicholls PG, Croft RP, Withington SG, Smith WC. Incidence of acute nerve function impairment and reactions in leprosy: a prospective cohort analysis after 5 years of follow-up. *Int J Epidemiol.* 2004; **33**:337-43.

van Brakel WH, Nicholls PG, Das L, Barkataki P, Suneetha SK, Jadhav RS, et al. The INFIR Cohort Study: investigating prediction, detection and pathogenesis of neuropathy and reactions in leprosy. Methods and baseline results of a cohort of multibacillary leprosy patients in north India. *Lepr Rev.* 2005; **76**:14-34.

Rao PS, Sugamaram DS, Richard J, Smith WC. Multi-centre, double blind, randomized trial of three steroid regimens in the treatment of type-1 reactions in leprosy. *Lepr Rev.* 2006; **77**:25-33.

Croft RP, Nicholls PG, Richardus JH, Smith WC. The treatment of acute nerve function impairment in leprosy: results from a prospective cohort study in Bangladesh. *Lepr Rev.* 2000; **71**:154-68.

Saunderson P, Gebre S, Desta K, Byass P, Lockwood DN. The pattern of leprosy-related neuropathy in the AMFES patients in Ethiopia: definitions, incidence, risk factors and outcome. *Lepr Rev.* 2000; **71**:285-308.

Autocuidado:

WHO. Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC) Framework.
http://www.who.int/chronic_conditions/framework/en/ 2006.

Smith WC, Zhang G, Zheng T, Watson JM, Lehman LF, Lever P. Prevention of impairment in leprosy; results from a collaborative project in China. *Int.J.Lep.* 1995;**63**:507-17.

Benbow C., Tamiru T. The experience of self-care groups with people affected by leprosy: ALERT, Ethiopia. *Lepr.Rev.* 2001;**72**:311-21.

Cross H., Choudhary R. STEP: an intervention to address the issue of stigma related to leprosy in Southern Nepal. *Lepr.Rev.* 2005;**76**:316-24.

Calçados:

Brand P. *Insensitive Feet. A Practical Handbook on Foot Problems in Leprosy.* TLMI

Birke J, Foto F, Deepak S, Watson J. Measurement of pressure walking in footwear used in leprosy. *Lep Rev* 1994; **65**: 262-271

Seboka G., Saunderson P. Cost effective footwear for leprosy control programmes: a study in rural Ethiopia. *Lep Rev* 1996; **67**:208-216

Praet S, Louwerens J. The Influence of shoe designs on plantar presses in Neuropathic Feet. *Diabetes Care* 2003; **26**:441-445

Registro e elaboração de relatório.:

Reed NK, van Brakel WH, Reed DS. Progress of impairment scores following commencement of chemotherapy in multibacillary leprosy patients. *Int. J. Lepr.* 1997; **65**:328 – 336

Pesquisa:

Nicholls PG, et al. Risk factors for participation restriction in leprosy and development of a screening tool to identify individuals at risk. *Lepr Rev* 2005; **76**:305-315

Wim H. Van Brakel, Alison M. Anderson, R. K. Mutatkar, Zoica Bakirtzief, Peter G. Nicholls, M. S. Raju, & Robert K. Das-Pattanayak. The Participation Scale: Measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, 2006; **28**(4): 193 – 203.

The SALSA Collaborative Study Group. The development of a short questionnaire for Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. *Disability and Rehabilitation* (in press).