



ILEP



BOLETIM TÉCNICO

Recomendações da Comissão Médico-Social da ILEP

Número 7, dezembro de 1994

## A MDT/PQT AO ALCANCE DE TODOS OS PACIENTES DE HANSENÍASE

### 1 INTRODUÇÃO

O Boletim Técnico ILEP de setembro de 1990 continha informações à respeito do ponto de vista da Comissão Médica com relação ao fato de que a multidrogaterapia ou poliquimioterapia (MDT/PQT) deveria ser fornecida a todos os pacientes que necessitassem fazer uso da quimioterapia (1). O perigo da resistência medicamentosa não justificava mais tratar somente com a monoterapia.

Vários programas já conseguiram implementar eficazmente a MDT/PQT, ou seja, todos seus pacientes registrados para recebimento de quimioterapia estão sendo tratados com MDT/PQT (cobertura 100% de MDT/PQT) e a proporção de pacientes que chegam ao término do tratamento com sucesso, e dentro do período estipulado, é adequada (mais de 75%). Entretanto, diversos programas tem encontrado dificuldades para atingir a cobertura de 100% MDT/PQT, assim como também atingir alta proporção de pacientes que concluíram MDT/PQT entre os que iniciaram tratamento com este esquema.

É importante entender as razões que levam alguns programas a encontrarem dificuldades e ao mesmo tempo, aprender com os resultados obtidos por outros programas. Com este intuito, a Comissão Médica da ILEP organizou em 1994, um questionário para estudo que atingiu 228 projetos de campo na África, Ásia, América Latina e Europa, atingindo um total de 239,574 pacientes registrados para recebimento de quimioterapia. O levantamento cobriu cerca de 40% dos projetos e pacientes que recebem apoio dos Membros da ILEP. As recomendações contidas neste boletim Técnico se baseiam nos resultados obtidos neste levantamento e na análise dos formulários B da ILEP (relatório anual do projeto) para o ano de 1993. O enfoque é dado para os problemas de maior importância e para os obstáculos relatados com maior frequência e que dificultam o uso da MDT/PQT em todos os pacientes.

Embora este boletim seja direcionado principalmente aos programas que tenham dificuldades para alcançar uma cobertura total de MDT/PQT, e/ou alcançar alta proporção de pacientes que concluíram MDT/PQT entre os que iniciaram tratamento com este esquema, o mesmo poderá ser útil também para os programas que tenham obtido cobertura total de MDT/PQT mas desejam aumentar a relação custo/eficiência de seu processo operacional. A implementação das recomendações contribuiram para a obtenção da meta da ILEP de “MDT/PQT para todos os doentes de hanseníase até o ano 2000”, assim como para a meta da OMS de “eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000”.

### 2 PRINCIPAIS DESCOBERTAS

- No final de 1993, 1 em cada 3 dos pacientes registrados para tratamento em programas assistidos pelos Membros da ILEP, não estavam recebendo MDT/PQT (em termos mundiais, quase 1 em cada 2 pacientes registrados para tratamento não estavam recebendo MDT/PQT).
- Mais de 22% dos programas ainda prescrevem monoterapia utilizando dapsona para alguns de seus casos novos; embora este tratamento seja considerado obsoleto há mais de dez anos.
- Mais de 10% dos novos pacientes detectados não são submetidos a MDT/PQT.
- Um em cada quatro projetos, relatam que menos de 75% dos pacientes que iniciaram a MDT/PQT chegaram a completar o tratamento dentro do prazo recomendado.
- Muitas oportunidades para implementação da MDT/PQT são perdidas. Os principais obstáculos para a implementação eficaz da MDT/PQT podem ser colocados sob duas categorias.

### 3 OBSTÁCULOS RELACIONADOS COM OS PACIENTES

#### 3.1 Pré-requisitos inadequados e contra-indicações para a MDT/PQT

**Problema:** Muitos programas adotam pré requisitos inadequados antes de iniciar a MDT/PQT e muitas contra-indicações igualmente inadequadas ainda são amplamente utilizadas.

**Exemplos:** Muitos programas relatam que excluem de MDT/PQT pacientes que: são idosos - tem tuberculose concomitantemente - estão grávidas - residem muito distante do serviço - não podem comparecer mensalmente - não tem endereço fixo - tem distúrbios mentais - tem hipertensão.

**Recomendação:** MDT/PQT deve ser administrada a todos pacientes de hanseníase exceto nos casos raros de doença hepática grave ou séria hipersensibilidade à droga.

#### 3.2 Demora entre o diagnóstico e o início da MDT/PQT

**Problema:** Frequentemente observa-se demora entre o diagnóstico e o início da MDT/PQT. Durante este período de atraso o doente recebe somente monoterapia com dapsona ou então nenhum tratamento.

**Exemplos:** Antes de serem incluídos em MDT/PQT, os pacientes têm que provar que seguirão o regularmente.

Aguardar os resultados da baciloscopia ou biópsia para iniciar o tratamento, mesmo tendo-se confirmado o diagnóstico clinicamente.

Esperar que a equipe de saúde confirme o endereço do paciente antes de iniciar o tratamento.

**Recomendação:** Todos os pacientes devem iniciar a MDT/PQT no momento do diagnóstico.

#### 3.3 Revisão inadequada dos pacientes registrados em tratamento com monoterapia (dapsona)

**Problema:** Muitos programas não iniciaram ou não completaram a revisão dos casos antigos par inclusão dos mesmos em MDT/PQT.

**Exemplo:** Alguns projetos possuem vários pacientes registrados para a monoterapia com dapsona os quais não têm se apresentado por diversos anos ou então foram curados, não havendo portanto necessidade de tratamento.

Estes pacientes são incluídos nos cálculos da cobertura com MDT/PQT, resultando em valores menores que o real.

**Recomendação 3:** Todos os projetos que ainda possuem pacientes sendo tratados com a monoterapia com dapsona deverão, o mais rápido possível, submetê-los a uma revisão, definindo se os mesmos serão liberados do tratamento ou medicados com a MDT/PQT.

Todos os casos novos diagnosticados deverão ser tratados com a MDT/PQT.

#### 3.4 Sistema inflexível para entregados medicamentos

**Problema:** Vários programas não fornecem mais que um suprimento mensal dos medicamentos, mesmo nos casos em que o paciente apresenta uma justificativa válida para levar medicamentos por um prazo maior.

**Exemplo:** Pacientes que não podem comparecer à clínica de hanseníase mensalmente (ex: pacientes vivendo em regiões distantes da clínica, aqueles que vivem em áreas de difícil acesso durante a estação das chuvas, pacientes que não podem se ausentar do trabalho durante a época das colheitas para não perderem o rendimento, outros de trabalho da mulher, marinheiros, etc.) ou ocasionalmente (ex.: casamento, nascimento de um filho, funerais, peregrinações, etc.).

**Recomendação:** Os pacientes deverão receber as doses supervisionadas nos serviços de saúde. Nos casos em que isto se mostre impraticável, a tomada da dose supervisionada poderá ser acompanhada por uma pessoa responsável, como por exemplo: um líder comunitário ou um membro da família. Nos casos em que a supervisão do consumo da droga for inviável ou quando os pacientes não possuem condições de comparecer à clínica todos os meses, deve-se entregar aos doentes quantidade de drogas suficiente para vários meses.

#### 3.5 Continuação do tratamento desnecessariamente

**Problema:** Vários programas continuam a utilizar a MDT/PQT Multibacilar (MB) até a comprovação, através de lâminas de laboratório, de resultados negativos; continuando também a utilizar a MDT/PQT Paucibacilar (PB) até o momento em que as lesões da pele se apresentem inativas. isto pode ocasionar um dado estatístico que mostra baixas taxas de conclusão de tratamento.

**Exemplo:** Pacientes MB que completaram 36 doses mensais, foram mantidos em MDT/PQT e abandonaram o tratamento antes da negatificação baciloscópica e são considerados por estes programas como tratamento incompleto.

**Recomendação:** A multidrogaterapia de duração fixa, para doentes de hanseníase classificados como MB é realizada através da administração de 24 doses mensais num período de 36 meses. Essa é a recomendação da Comissão Médica da ILEP (1) e da OMS (2) e deverá ser adotada por todos os programas de controle de hanseníase. Para os doentes classificados como PB, o tratamento de duração fixa recomenda 6 doses mensais até 9 meses.

### 3.6 Educação inadequada do paciente

**Problema:** Muitos programas fazem referência a educação inadequada dos pacientes como um dos fatores principais responsáveis pela baixa proporção de pacientes que concluíram MDT/PQT entre os que iniciaram tratamento com este esquema.

**Exemplo:** Pacientes param de seguir o tratamento devido a melhora das lesões, ou por causa de efeitos colaterais da droga, ou ainda, devido às reações hanseníase ou devido a complicações neurológicas.

**Recomendação:** Os programas de controle da hanseníase devem dar prioridade máxima a educação de pacientes. Funcionários de todos os níveis deverão receber treinamento adequado para a educação dos pacientes bem como materiais educativos apropriados para serem utilizados.

### 3.7 Cuidados inadequados dos pacientes

**Problema:** Cuidados inadequados do paciente ocasionam não somente incapacidades que poderiam ser prevenidas, mas contribuem também para a baixa proporção de pacientes que concluíram MDT/PQT entre os que iniciaram tratamento com este esquema.

**Exemplo:** Pacientes que desenvolvem incapacidade durante a MDT/PQT, tratamento inadequado das reações hanseníase perdem a confiança no programa podendo abandonar o tratamento da MDT/PQT.

**Recomendação:** Cuidados adequados ao paciente, incluindo diagnóstico precoce e tratamento dos acometimentos neurológicos e prevenção do agravamento de incapacidades

já instalados devem ser partes integrantes de um programa de controle de hanseníase.

### 3.8 Procedimentos inadequados dos faltosos

**Problema:** Muitos projetos não adotam procedimentos adequados para a recuperação dos faltosos.

**Exemplo:** Diversos projetos, especialmente aqueles com base dentro de hospitais não adotam nenhum tipo de atividade para recuperação dos faltosos (ex: cartas, mensageiros, mensagens através de outros pacientes, envio às vilas de funcionários do setor da saúde, visitas domiciliares, etc.).

**Recomendação:** Todos os programas devem adotar um procedimento padrão para recuperação dos faltosos, sendo o mesmo condizente com as condições locais. Projetos que não possuam funcionários para atividades de recuperação de faltosos deverão trabalhar em colaboração com programas de controle já existentes. Deve-se adotar como regra geral o fato de que todos os pacientes deverão ser enviados para o local de tratamento mais próximo às respectivas residências.

## 4 OBSTÁCULOS PARA O GERENCIAMENTO DE PROGRAMAS

### 4.1 Capacidade inadequada de gerenciamento

**Problema:** A maioria dos programas com baixa cobertura de MDT/PQT apresentam como causas importantes para a implementação deficiente da MDT/PQT, o fato de possuírem uma organização e capacidade de gerenciamento inadequados.

**Exemplo:** Vários gerentes de programas a nível nacional, regional e/ou distrital, possuem dificuldades para planejar a expansão de cobertura com MDT/PQT. Alguns se mostram incapazes de identificar os pontos fracos de seus programas através da utilização do monitoramento de rotina e vários não sabem identificar soluções para dificuldades ou situações de exceção.

**Recomendação:** Gerentes de programas a nível nacional, regional e distrital, deverão receber treinamento a respeito de aspectos relevantes para a rotina do gerenciamento do programa. A adoção dos módulos de treinamento para gerenciamento propostos pela OMS e ILEP deverão ser ampliados (4, 5). Treinamento para solucionar problemas específicos de

gerenciamento (pesquisas de sistema de saúde) poderão ser adotados.

#### 4.2 Falta de um manual de controle padronizado

**Problema:** Muitos programas não possuem um manual padronizado para a orientação dos funcionários responsáveis pelas ações de controle.

**Exemplo:** A falta de manual de controle causa confusão e incerteza entre trabalhadores de nível local resultando num programa de baixa qualidade.

**Recomendação:** Todos os programas de controle de hanseníase deverão adotar linhas de orientação operacionais bem definidas e práticas, as quais deverão ser publicadas na forma de um manual nacional para controle de hanseníase. Programas que não possuam tal manual deverão utilizar a publicação da ILEP *Diretrizes para Escrever um Manual de Controle da Hanseníase para os Trabalhadores da Saúde*.

#### 4.3 Sistema de informação inadequado

**Problema:** Muitos programas são incapazes de fornecer dados a respeito da taxa de proporção de pacientes que concluíram MDT/PQT entre os que iniciaram tratamento, com este esquema.

**Exemplo:** Os gerentes de programas que não podem monitorar a proporção de pacientes que concluíram MDT/PQT entre os que iniciaram tratamento com este esquema não têm conhecimento da qualidade da implementação da MDT/PQT em seus programas.

**Recomendação:** A implementação eficaz da MDT/PQT envolve tanto a cobertura de MDT/PQT quanto o término da mesma. Conseqüentemente, as avaliações a respeito da proporção de pacientes que concluíram MDT/PQT entre os que iniciaram tratamento com este esquema deverão ser incluídas na rotina da avaliação de resultados do programa de controle da hanseníase.

**Problema:** Muitos programas mantêm em registro do doentes em abandono de tratamento por longo período de tempo.

**Exemplo:** Pacientes mantidos em registro e que não tenham comparecido ao serviço por mais de 5 ou até 10 anos.

**Recomendação:** Todos os pacientes que não tenham comparecido para tratamento por mais de dois anos e que tenham sido submetidos a ações de recuperação de faltosos deverão ser

retirados do registro de pacientes em tratamento.

#### 4.4 Dificuldades operacionais e/ou falta de pessoal treinado

**Problema:** Muitos programas dos quais apresentam baixas taxas de cobertura de MDT/PQT, relatam dificuldades no setor de saúde (faltam instalações para clínicas, dificuldades para pacientes internados, falta de laboratórios e de veículos) e/ou funcionários, uma vez que eles não recebem atenção por parte do setor de saúde.

**Exemplo:** Um funcionário do setor de hanseníase sediado próximo de um Centro de Saúde por não poder visitar regularmente uma vila isolada com muitos pacientes, manteve os mesmos fazendo uso da monoterapia com dapsona. Ele poderia ter envolvido a equipe do Centro de Saúde que visitava esta vila pelo menos uma vez por mês, no sentido de supervisionar os trabalhadores de saúde desta vila. Alguns programas que envolvem este tipo de funcionários só permitem que os mesmos utilizem a monoterapia com dapsona.

**Recomendação:** Sempre que possível os programas de controle da hanseníase deverão resolver as dificuldades e envolver os funcionários dos serviços de saúde em geral para a implementação da MDT/PQT. Nos casos em que os funcionários de nível local estiverem despreparados para o diagnóstico e tratamento das complicações causadas pela hanseníase, isto deverá ser corrigido da forma mais rápida possível.

#### 4.5 Suprimento inadequado de medicamentos utilizados na MDT/PQT

**Problema:** Alguns programas enfrentam problemas de suprimento insuficiente ou de interrupção de tratamento por falta de medicamentos utilizados na MDT/PQT.

**Exemplo:** Os pacientes não recebem a MDT/PQT quando se apresentam para o tratamento devido a fatores tais como: planejamento inadequado, falhas de comunicação, atrasos por motivos de transporte e falta de orçamento destinado ao transporte das drogas. Isto causa uma queda em termos de credibilidade no programa e conseqüentemente, produz uma redução da proporção de pacientes que concluíram MDT/PQT entre os que iniciaram tratamento com este esquema, podendo até mesmo levar à redução de informação da ocorrência de casos por parte de novos pacientes.

**Recomendação:** Os responsáveis pelo gerenciamento de programa deverão assegurar que seja feito um fornecimento ininterrupto de medicamentos. As drogas empregadas na MDT/PQT deverão ser solicitadas com antecedência, incluindo a manutenção de um estoque de alarme. Os gerentes de programa deverão supervisionar constantemente o estoque de medicamentos nos postos da periferia. Os fornecedores deverão ser informados imediatamente de novo carregamento.

#### 4.6 Falta de infra-estrutura ou problema de segurança

**Problema:** Alguns programas enfrentam falhas para a implementação da MDT/PQT em áreas muito isoladas, áreas de difícil acesso sem infra-estrutura de saúde ou em áreas que apresentam problemas de segurança.

**Exemplo:** Mesmo nos casos em que a MDT/PQT já tenha sido implementada com sucesso por vários anos, alguns projetos alcançaram um estágio onde existem pacientes que se encontram em áreas de difícil acesso. Como resultado, os dados apontam uma taxa de cobertura com MDT/PQT mais baixa. Embora isto não seja considerado uma restrição no estágio inicial da MDT/PQT, poderá se tornar mais e mais importante no futuro, não apenas a nível de programa em si, mas também a nível global.

**Recomendação:** Soluções criativas deverão ser desenvolvidas para estas situações especiais. Em termos globais, a solução deve ser encontrada de forma específica, levando em consideração a situação a nível local.

## 5 CONCLUSÕES

A meta da ILEP de MDT/PQT para todos até o ano 2000 tem por objetivo incluir em MDT/PQT todos os casos de hanseníase.

No momento muitos paciente ainda não têm acesso aos benefícios proporcionados pela MDT/PQT. Isto se refere principalmente aos pacientes situados em áreas onde os programas de controle da hanseníase são organizados e/ou gerenciados de forma adequada, ou pacientes que moram em áreas de difícil acesso ou ainda, áreas expostas à falta de segurança.

Com a aplicação das recomendações mencionadas acima, são grandes as chances de que a meta proposta pela ILEP seja alcançada. Uma meta intermediária, mencionada a seguir, auxiliará o alcance da meta final:

Com exceção das áreas com total falta de infra-estrutura ou das áreas de insegurança para o cidadão:

No final do ano de 1995, todos os casos registrados nos projetos apoiados pelas organizações membro da ILEP deverão estar fazendo uso da MDT/PQT.

### Referências

*Basic Requirements for Implementation of Multidrug Therapy*, Boletim Técnico da ILEP No 1, Sep. 1990.

*Chemotherapy of Leprosy*, Report of a WHO Study Group, WHO Technical Report Series, no. 847. WHO, Geneva, 1994.

*Guidelines for Writing a Healthworkers Manual for Leprosy Control*, Vol. 1 & 2, ISBN 0947543 11, 1994, Available from TALMILEP, c/o ILEP, 234 Blythe Road, London W14 0HJ UK.

*Managing Programmes for Leprosy Control*, (Training modules). WHO, Leprosy Unit, Geneva, 1993.

*ILEP Functional Management Tools Training Module*.

*A ILEP é uma Federação de associações autônomas de luta contra à hanseníase. Os membros da ILEP não têm a obrigação de seguir as recomendações contidas neste boletim.*

*O texto deste Boletim Técnico pode ser citado à vontade desde que seja dado o devido crédito à fonte.*