

# Estratégia global

para

maior redução da carga da hanseníase e  
a sustentação das atividades de controle da  
hanseníase

(período do Plano: 2006–2010)

Tradução do documento original WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53  
<http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf>



Organização Mundial da Saúde

# Estratégia Global

para  
maior redução da carga da hanseníase e  
a sustentação das atividades de  
controle da hanseníase

(período do Plano: 2006–2010)

Tradução do documento original WHO/CDS/CPE/CEE/2005.53  
<http://www.who.int/lep/Reports/GlobalStrategy-PDF-verison.pdf>



Organização Mundial da Saúde

© Organização Mundial da Saúde 2005

Todos os direitos reservados.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não constituem expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial da Saúde quanto à situação legal de qualquer país, território, cidade, ou área ou das suas autoridades, ou à definição de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam linhas fronteiriças aproximadas para as quais ainda não existe consenso.

A menção de empresas específicas ou produtos de determinados fabricantes não implica endosso ou recomendação por parte da Organização Mundial da Saúde ou preferência sobre outros de natureza similar que não são mencionados. Com exceção de erros e omissões, os nomes de marca dos produtos são diferenciados por começarem com letra maiúscula.

A Organização Mundial da Saúde tomou todas as precauções razoáveis para verificar as informações contidas nesta publicação. Entretanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer garantia, expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e pelo uso do material descansa no leitor. Em nenhuma circunstância a Organização Mundial da Saúde será responsável por danos resultados de seu uso.

## Sumário

Siglas .....	1
Resumo executivo .....	1
Breve descrição da doença.....	2
1. Introdução.....	3
1.1 Principais realizações da estratégia de eliminação.....	4
1.2 Histórico e justificativa .....	5
2. Situação Atual.....	6
2.1 Global.....	6
2.2 Regiões da OMS.....	8
2.2.1 Região da África .....	8
2.2.2 Região das Américas .....	8
2.2.3 Região do Sudeste Asiático .....	8
2.2.4 Região do Mediterrâneo Oriental.....	8
2.2.5 Região do Pacífico Ocidental.....	8
2.3 Principais desafios.....	8
3. Conceitos básicos e princípios norteadores da Estratégia Global.....	9
3.1 Atividades de controle da hanseníase.....	9
3.2 Questões-chave.....	9
3.3 Princípios norteadores .....	10
3.4 Meta.....	10
3.5 Principais objetivos.....	11
4. Sustentação das atividades de controle da hanseníase.....	11
4.1 Justificativas para a sustentação das atividades de controle da hanseníase .	11
4.2 Atividades de sustentação do controle da hanseníase .....	11
4.3 Mecanismos de sustentação das atividades de controle da hanseníase .....	12
4.4 Importância da integração em relação à sustentabilidade.....	12
4.5 Atividades que deveriam ser integradas.....	13

5.	Questões estratégicas.....	13
5.1	Situação epidemiológica.....	13
5.1.1	Países que ainda não alcançaram a meta de eliminação.....	13
5.1.2	Países de baixa endemicidade.....	14
5.2	Situações difíceis/desastrosas.....	14
5.3	Questões operacionais.....	14
5.3.1	Melhoria da qualidade dos serviços.....	14
5.3.2	Poliquimioterapia gratuita.....	14
5.3.3	Boas práticas de registro.....	15
5.3.4	Construindo capacidade e competência no âmbito dos programas integrados.....	15
5.3.5	Aumentando a conscientização e o envolvimento comunitários.....	15
5.3.6	Monitoramento, supervisão e avaliação.....	16
5.4	Eqüidade e justiça social.....	16
5.4.1	Hanseníase e direitos humanos.....	16
5.4.2	Gênero.....	16
5.4.3	Alcançando grupos demográficos especiais.....	17
5.4.4	Hanseníase em áreas urbanas.....	17
5.5	Atenção ao paciente.....	17
5.5.1	Serviços de encaminhamento e atenção de longa duração.....	17
5.5.2	Prevenção e gestão de deficiências e incapacidades.....	18
5.5.3	Reabilitação.....	18
5.6	Pesquisa.....	18
5.7	Parcerias.....	18
6.	Indicadores de monitoramento e avaliação.....	19
6.1	Principais indicadores para monitorar o progresso.....	19
6.1.1	Número e coeficiente de novos casos detectados por ano.....	19
6.1.2	Coeficiente de conclusão de tratamento/cura.....	20
6.2	Indicadores adicionais para detecção de casos.....	21
6.3	Indicadores para gestão e acompanhamento dos pacientes.....	21
7.	Sistema de vigilância da hanseníase.....	21
7.1	Sistema de notificação.....	21
7.2	Revisão do programa.....	21
7.3	Base de dados do estoque de medicamentos.....	21
8.	Resultados esperados até 2010.....	22
9.	Bibliografia.....	22

## Siglas

BCG	bacilo de Calmette-Guerin
IEC	informação, educação e comunicação
MB	hanseníase multibacilar
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	organização não-governamental
PB	hanseníase paucibacilar
PQT	poliquimioterapia

## Resumo executivo

Os princípios básicos do controle da hanseníase, baseados na detecção oportuna de novos casos e seu tratamento com quimioterapia eficaz, em forma de poliquimioterapia (PQT), não mudará nos próximos anos. O enfoque continuará sendo a provisão de atenção de qualidade aos pacientes, atenção que deve ser eqüitativamente distribuída, financeiramente exequível e facilmente acessível. Não há, por enquanto, ferramentas técnicas ou informações novas que justifiquem qualquer mudança drástica na estratégia de controle da hanseníase.

Faz-se premente, entretanto, implementar mudanças decisivas na organização do controle da hanseníase, na atitude dos profissionais e beneficiários de atenção à saúde e em acordo entre os parceiros.

Os **principais elementos da estratégia** são os seguintes:

- sustentar as atividades de controle da hanseníase em todos os países endêmicos;
- usar a detecção de casos como principal indicador para monitorar o progresso;
- assegurar diagnóstico de qualidade, gestão de casos, registro e notificação em todas as comunidades endêmicas;
- fortalecer os serviços rotineiros e de encaminhamento;
- descontinuar a abordagem baseada em campanhas;
- desenvolver ferramentas e procedimentos baseados na atenção domiciliar/comunitária, integrados e localmente apropriados para a prevenção de incapacidades/deficiências e para a provisão de serviços de reabilitação;
- promover pesquisa operacional a fim de melhorar a implementação de uma estratégia sustentável;
- incentivar o apoio mútuo dos parceiros, em todos os níveis.

Essa estratégia exigirá o aval e o compromisso de todos os que trabalham em prol da meta comum de controle da hanseníase, a fim de assegurar que a carga física e social da doença continue a declinar no mundo inteiro.

## Breve descrição da doença

A hanseníase é uma doença infecciosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Afeta, em geral, a pele e os nervos periféricos, embora possua um amplo espectro de manifestações clínicas. Dependendo da carga bacilar, classifica-se a doença como paucibacilar ou multibacilar,. A hanseníase paucibacilar é uma doença menos grave, caracterizada por poucas (até cinco) lesões de pele hipocrômicas (pálidas ou avermelhadas), com perda de sensibilidade. A hanseníase multibacilar está associada a múltiplas (mais de cinco) lesões de pele, nódulos, placas, espessamento da derme ou infiltração cutânea e, em alguns casos, envolvimento da mucosa nasal, causando congestão nasal e epistaxe. Observa-se, também, acometimento de certos nervos periféricos, que algumas vezes resulta em padrões característicos de incapacidade. Na maioria dos casos, tanto na doença paucibacilar como na multibacilar, o diagnóstico não apresenta dificuldades, embora, num pequeno número de casos, doentes suspeitos sem manchas anestésicas requeiram exame por especialista para identificar outros sinais cardinais da doença, incluindo acometimento de nervos, assim como baciloscopia positiva (exame de esfregaço do bordo interno de corte na pele), quando confiável e disponível.

A hanseníase é a principal causa de incapacidade física permanente dentre as doenças infecto-contagiosas. A maneira mais eficaz de prevenir as incapacidades decorrentes da hanseníase é o diagnóstico e tratamento oportunos dos casos, antes de ocorrerem lesões nervosas. O tratamento adequado das complicações da hanseníase, incluindo reações e neurites, pode prevenir ou minimizar o aparecimento de outras incapacidades. A doença e as deformidades a ela associadas são responsáveis pelo estigma social e pela discriminação contra os pacientes e suas famílias em muitas sociedades. O modo de transmissão do bacilo da hanseníase permanece indeterminado, mas a maioria dos pesquisadores acredita que o *M. leprae* passa de uma pessoa para outra, principalmente através de gotícula nasal infectada. O período de incubação é atipicamente longo para uma doença bacteriana: 5-7 anos, em geral. O início das manifestações costuma ocorrer no adulto jovem, indivíduos de 20-30 anos de idade, principalmente, sendo a doença raramente vista em crianças de menos de cinco anos. Embora os seres humanos sejam considerados o principal hospedeiro e reservatório do *M. leprae*, outras fontes animais, incluindo o tatu, têm sido incriminadas como reservatórios da infecção. Desconhece-se a significância epidemiológica desses achados, mas é provável que seja muito limitada, com exceção, quiçá, da América do Norte. Ao contrário da tuberculose, não há evidências sugerindo a existência de uma associação entre as infecções pelo HIV e a hanseníase. Sabe-se que a vacinação com BCG possui algum efeito protetor contra a doença.

## 1. Introdução

O Plano Estratégico para Eliminação Hanseníase 2000-2005<sup>1</sup> da OMS incentivava os países endêmicos a assumir o compromisso de tratar dos desafios lançados pela doença. O componente mais importante da estratégia era assegurar que as atividades de controle da hanseníase estariam disponíveis e acessíveis a todo indivíduo afetado no serviço de saúde mais próximo. (As atividades de controle da hanseníase incluem diagnóstico, tratamento poliquimioterápico (PQT), aconselhamento ao paciente e sua família, educação comunitária, prevenção de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento nas complicações.) A implementação em grande escala do Plano Estratégico aumentou a cobertura das atividades de controle da hanseníase e levou muitos casos não detectados aos serviços de saúde para tratamento. Entretanto, em muitos países, a implementação do Plano foi vagarosa. Além disso, a dependência continuada de profissionais e instituições especializados inibiu o processo de desenvolvimento da capacidade e competência dos profissionais da saúde em geral para assumir a responsabilidade pelo controle da hanseníase nas suas áreas. A meta do Plano Estratégico 2000-2005 era a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, definida como a redução da prevalência a menos de um caso em cada 10.000 habitantes, em nível nacional. A Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase 2006-2010 resulta da evolução natural do Plano Estratégico, projetado para tratar dos desafios remanescentes e diminuir ainda mais a carga sanitária decorrente da doença.

O princípio cardinal do controle da hanseníase é o "controle da morbidade", i.e., a detecção oportuna de novos casos, seu tratamento com quimioterapia eficaz na forma de poliquimioterapia, a prevenção de incapacidades e a reabilitação. Isso não deverá mudar nos próximos anos. A ênfase continuará sendo a provisão de serviços de diagnóstico e tratamento equitativamente distribuídos, financeiramente exequíveis e facilmente acessíveis. Não há, por enquanto, ferramentas ou informações novas que justifiquem qualquer mudança significativa na estratégia.

Este documento apresenta uma visão geral da Estratégia Global. Junto com as diretrizes operacionais mais detalhadas (a serem publicadas durante 2005), permitirão que cada país desenvolva sua própria estratégia e planos de ação específicos.

---

<sup>1</sup> World Health Organization. *The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000–2005* (documento OMS/CDS/CPE/CEE/2000.1). Geneva, 2000.

## 1.1 Principais realizações da estratégia de eliminação

As realizações significativas na redução da carga global da hanseníase nas últimas duas décadas resultaram de dois eventos importantes na história da luta contra a hanseníase. O primeiro evento ocorreu em 1981, quando o Grupo de Estudos sobre Quimioterapia da Hanseníase da OMS recomendou o uso de poliquimioterapia como tratamento padrão para a hanseníase.<sup>2</sup> O êxito da poliquimioterapia levou ao segundo evento, em 1991, quando a 44<sup>a</sup> Assembléia Mundial da Saúde aprovou a resolução WHA44.9,<sup>3</sup> declarando seu compromisso com a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o fim de 2000, i.e., alcançar uma prevalência inferior a um caso em cada 10.000 habitantes.

Entre 1985 e o início de 2005, mais de 14 milhões de casos de hanseníase foram diagnosticados e completaram um curso de poliquimioterapia, com muito poucas notificações de recidiva.

O número de países que notificaram coeficientes de prevalência acima de um em cada 10.000 habitantes foi reduzido de 122 em 1985 para nove no início de 2004.

Houve um aumento considerável na cobertura dos serviços de hanseníase em áreas remotas e junto a populações marginalizadas.

A partir de 1995, os medicamentos necessários para a poliquimioterapia têm sido disponibilizados gratuitamente, em todos os países endêmicos, através da OMS.

Há maior conscientização e compromisso político em todos os países endêmicos.

Há maior aceitação da idéia de integrar os serviços de controle da hanseníase aos serviços gerais de atenção à saúde, o que está sendo implementado como política na maioria dos países.

---

<sup>2</sup> World Health Organization. *Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a OMS Study Group* (OMS Technical Report Series, No. 675). Geneva, 1982.

<sup>3</sup> Disponível na Internet no endereço [www.who.int](http://www.who.int), "Governance" (acessado em 8 de junho de 2005).

## 1.2 Histórico e justificativa

Visto a necessidade de continuar a sustentar os serviços de hanseníase durante muitos anos ainda, é indispensável passar do enfoque de eliminação baseado em campanhas para um processo de longo prazo de sustentação de serviços integrados e de alta qualidade de controle da hanseníase, o que, além da detecção de casos e de seu tratamento com poliquimioterapia, também inclui prevenção de incapacidades e reabilitação, compromisso político e participação dos serviços gerais de atenção à saúde.

Embora a carga da hanseníase tenha sido reduzida substancialmente, novos casos de hanseníase continuarão a surgir no futuro próximo, na maioria dos países endêmicos. Os princípios básicos do controle da hanseníase além do ano 2005 continuarão a se basear na detecção e no tratamento precoces dos pacientes de hanseníase. Os serviços de saúde devem continuar a oferecer, a essas comunidades, serviços de controle da hanseníase de qualidade, no futuro próximo. É necessário, também, contar com serviços especializados em hanseníase e com os elementos necessários para seu controle, nos níveis nacional e subnacional. Essas unidades devem constituir os pontos focais do trabalho de hanseníase, tratando das questões técnicas e coordenando as atividades, como parte do plano nacional de saúde. Entretanto, essas unidades especializadas devem, idealmente, integrar-se aos serviços providos para outras doenças endêmicas. Uma unidade central, normalmente sediada no Ministério da Saúde, responsabilizar-se-ia pelas atividades de advocacia, formulação de políticas, orientação técnica, capacitação técnica, planejamento, monitoramento e avaliação. Componentes especializados também devem estar disponíveis nos serviços gerais de atenção à saúde, nos níveis intermediários, a fim de fornecer supervisão técnica, aconselhamento, serviços de encaminhamento (incluindo aqueles nos hospitais) e pesquisa. Dependendo das condições locais (por exemplo, a incidência e prevalência da hanseníase; a disponibilidade e o nível de capacitação das várias categorias de profissionais da saúde), cada país ou região deverá decidir em que nível do sistema de saúde deve ser disponibilizado esse serviço especializado de apoio. Em países ou áreas endêmicos com prevalência muito baixa, essas unidades poderão constituir a única maneira eficiente de oferecer serviços de hanseníase à comunidade.

As realizações conseguidas até agora precisam ser mantidas, havendo necessidade de prevenção e vigilância constantes para monitorar e lidar com as recidivas e o possível surgimento de resistência aos medicamentos, particularmente à rifampicina. Além disso, à medida que a carga da doença continuar a diminuir, tornar-se-á cada vez mais difícil manter o interesse da população e do governo no controle da hanseníase, uma vez que há outras questões sanitárias mais graves competindo pela atenção.

Será fundamental integrar todos os componentes essenciais das atividades de controle da hanseníase ao sistema existente de atenção primária de saúde, o que deverá incluir o uso e fortalecimento de serviços integrados de encaminhamento para lidar com as complicações da hanseníase e as questões relacionadas à atenção de longa duração. Tal

estratégia deverá ser planejada muito cuidadosamente e poderá exigir enfoques diferentes, nos níveis nacional e subnacional, dentro de um mesmo país, dependendo da carga local da hanseníase e a disponibilidade de infra-estrutura de saúde apropriada.

Portanto, em consulta permanente com os Estados Membros, as regiões e os parceiros da OMS, foi desenvolvida uma Estratégia Global com o propósito de sustentar as atividades de controle da hanseníase onde quer que a doença esteja presente. Isso ajudará a manter os ganhos obtidos pela estratégia de eliminação e a reduzir ainda mais a carga da doença em todos os países endêmicos.

## 2. Situação Atual

A OMS coleta regularmente dados sobre a prevalência registrada e a detecção de novos casos nas diferentes regiões e países da OMS. Sabe-se que esses dados são afetados por diversos fatores operacionais e mudanças na metodologia de detecção, tratamento e registro de casos.

### 2.1 Global

Nas duas últimas décadas, a carga global de casos diminuiu em quase 90%. No início de 2004, apenas 460.000 pacientes, aproximadamente, estavam registrados para tratamento, sendo que, durante o ano de 2003, aproximadamente 500.000 novos casos foram detectados em nível global (Tabela 1).

**Tabela 1: Situação da hanseníase por região da OMS no início de 2004 (com exceção da Europa)**

Região da OMS	Prevalência registrada no início de 2004 (por 10.000)	Casos detectados durante 2003 (por 100.000)
África	51.233 (0,8)	47.006 (7,2)
Américas	86.652 (1,0)	52.435 (6,2)
Sudeste Asiático	304.296 (2,0)	405.147 (26,5)
Mediterrâneo Oriental	5.780 (0,1)	3.940 (0,8)
Pacífico Ocidental	10.449 (0,1)	6.190 (0,4)
<b>Total</b>	<b>458.428</b>	<b>514.718</b>

A detecção global relatada alcançou um pico de 804.000 em 1998, permaneceu num patamar em torno de 750.000 antes de cair para aproximadamente 621.000 em 2002 e 515.000 em 2003 (Tabela 2).

**Tabela 2: Novos casos detectados 2001-03, por região da OMS (com exceção da Europa)**

Região da OMS	Número de casos novos detectados durante o ano:		
	2001	2002	2003
África	39.612	48.248	47.006
Américas	42.830	39.939	52.435
Sudeste Asiático	668.658	520.632	405.147
Mediterrâneo Oriental	4.758	4.665	3.940
Pacífico Ocidental	7.404	7.154	6.190
<b>Total</b>	<b>763.262</b>	<b>620.638</b>	<b>514.718</b>

A Tabela 3 apresenta a prevalência da hanseníase no início de 2004 e a detecção de casos durante 2003 para os nove países onde a prevalência de casos de hanseníase registrados para tratamento ainda está acima da meta de eliminação de 1 em cada 10,000 habitantes, de acordo com as informações disponíveis mais recentes. Juntos, esses países representam aproximadamente 88% dos novos casos detectados durante o ano de 2003, e 84% dos casos registrados no início de 2004. Nessa relação estão: Angola, o Brasil, a República Central Africana, a República Democrática do Congo, a Índia, Madagascar, Moçambique, o Nepal e a República Unida da Tanzânia.

**Tabela 3: Países que ainda não tinham alcançado a meta de eliminação no início de 2004**

País	Número de casos registrados no início de 2004	Número de casos detectados durante 2003
	(Coeficiente/10.000)	(Coeficiente/100.000)
Angola	3,776 (2,8)	2.933(22,1)
Brasil	79,908 (4,6)	49.206 (28,6)
República Central Africana	952 (2,6)	542(14,7)
República Democrática do Congo	6,891 (1,3)	7.165(13,5)
Índia	265,781 (2,4)	367.143 (34,0)
Madagascar	5,514(3,4)	5.104(31,1)
Moçambique	6,810(3,4)	5.907 (29,4)
Nepal	7,549(3,1)	8.046 (32,9)
República Unida da Tanzânia	5,420(1,6)	5.279(15,4)
<b>Total</b>	<b>382,601</b>	<b>451.325</b>

## **2.2 Regiões da OMS**

### **2.2.1 Região da África**

O coeficiente anual de detecção de novos casos aumentou ao longo dos últimos anos, em vários países da Região (Angola, a República Democrática do Congo, Madagascar, Moçambique e a República Unida da Tanzânia). Isso pode refletir esforços para expandir as atividades de controle da hanseníase, particularmente em áreas antes sujeitas a questões de segurança. Certos países podem precisar de esforços especiais para estabelecer as atividades de controle da hanseníase em áreas de guerra civil.

### **2.2.2 Região das Américas**

É difícil interpretar os dados da Região devido à expansão dos serviços de saúde e às diferenças na definição de casos e nas políticas de registro nos vários países. O maior contribuinte à carga da doença nessa Região é o Brasil. Embora a prevalência tenha sido reduzida substancialmente durante 2004, a tendência de detecção de casos não tem apresentado declínio no Brasil nos últimos anos.

### **2.2.3 Região do Sudeste Asiático**

Essa região é responsável pela maior carga da hanseníase em nível global. Há evidência de declínios recentes nos coeficientes de detecção de casos na Região: na Índia, em Bangladesh e em Mianmar, mas não na Indonésia. A tendência de detecção de casos na Indonésia permaneceu inalterada nos últimos três anos.

### **2.2.4 Região do Mediterrâneo Oriental**

As tendências de prevalência e detecção de novos casos mostram que a hanseníase já não é um problema importante de saúde pública na maioria dos países dessa Região. Entretanto, os serviços de hanseníase têm sido muito prejudicados por distúrbios civis em vários países, como o Afeganistão, a Somália e as regiões sul e oeste do Sudão.

### **2.2.5 Região do Pacífico Ocidental**

Houve um declínio da hanseníase na maioria dos países dessa Região. A China, as Filipinas e o Vietnã continuam a notificar 1.000 ou mais casos todo ano.

## **2.3 Principais desafios**

- Continuar a avançar em direção à meta de <1 caso em cada 10.000 habitantes nos países que ainda não alcançaram essa meta.
- Manter a qualidade dos serviços nos sistemas integrados de saúde e em situações de baixa endemicidade.
- Fortalecer a vigilância; logística de abastecimento de medicamentos; informação, educação e comunicação (IEC); o desenvolvimento de capacidade

orientada ao trabalho para os profissionais de saúde em geral; e uma rede eficiente de encaminhamento.

- Avaliar a magnitude da carga de incapacidade resultante da hanseníase e desenvolver ferramentas e procedimentos adequados para lidar, nos serviços integrados, com as questões relacionadas com incapacidades e deficiências.
- Expandir a cobertura das atividades de controle da hanseníase em comunidades e áreas não-atendidas/marginalizadas.
- Diminuir ainda mais o estigma e a discriminação contra as pessoas afetadas e suas famílias e promover a correção ou eliminação de legislação ultrapassada.
- Reduzir o desequilíbrio entre os gêneros que se percebe na detecção de novos casos em alguns programas.
- Desenvolver parcerias eficazes baseadas em confiança mútua, igualdade e unidade de propósito.
- Verificar o nível apropriado de prioridade da hanseníase em relação a outros desafios mais graves de saúde pública e desenvolvimento com que as comunidades se defrontam.
- Assegurar um nível apropriado de prioridade na alocação de recursos externos no contexto da mudança nas prioridades e da transferência dos recursos para outros desafios.

### **3. Conceitos básicos e princípios norteadores da Estratégia Global**

#### **3.1 Atividades de controle da hanseníase**

O controle de uma doença significa a redução da incidência e prevalência dessa doença, e da morbidade e mortalidade decorrentes, a um nível localmente aceitável, como resultado de esforços propositais. Intervenção continuada é necessária para manter a redução desses coeficientes. As atividades de controle da hanseníase desempenhadas pelo sistema de saúde incluem diagnóstico, poliquimioterapia, aconselhamento do paciente e de sua família, educação comunitária, prevenção de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento nas complicações.

Uma tradução literal da palavra "serviços" pode criar confusão em alguns idiomas, uma vez que o termo "serviços de hanseníase" pode ser interpretado, incorretamente, como programas verticais de hanseníase. Nesses casos, pode-se usar um termo alternativo, como "atividades anti-hanseníase".

#### **3.2 Questões-chave**

- Oportunidade para reduzir a carga da doença mediante a detecção de casos e seu tratamento, vacinação com BCG e melhoria das condições socioeconômicas.
- Nível apropriado de prioridade para a hanseníase em relação a outros desafios mais graves de saúde ou desenvolvimento confrontando as comunidades.

- Nível apropriado de prioridade a ser assegurado em relação a recursos externos no contexto da mudança nas prioridades e transferência dos recursos para outros desafios.

### 3.3 Princípios norteadores

- A pedra angular no controle da hanseníase continua sendo a detecção precoce de casos e provisão de poliquimioterapia.
- Um enfoque integrado usando profissionais dos serviços gerais de atenção à saúde.
- Continuação do compromisso político e de recursos adequados para o controle da hanseníase.
- Aceitação, envolvimento e participação forte por parte das comunidades.
- Provisão de serviços de controle da hanseníase de alta qualidade, que sejam fácil e equitativamente acessíveis a todos, incluindo serviços de encaminhamento nos casos de complicações e atenção de longa duração.
- Consenso e vontade de trabalhar junto por parte dos parceiros.
- A Estratégia Global deveria manter o impulso proporcionado pelo Plano Estratégico 2000-2005 e reduzir a incidência da doença nas comunidades endêmicas. Deve se dar atenção especial aos nove países que ainda têm uma alta carga de doença.
- A Estratégia Global pede um compromisso nacional e recursos adequados, com apoio das agências internacionais, a fim de assegurar a sustentabilidade dos serviços de hanseníase.
- A Estratégia Global só será bem sucedida se for consensualmente aceita e apoiada por um forte espírito de colaboração e parceria por parte das comunidades afetadas, dos governos nacionais e das organizações não-governamentais internacionais e locais.
- Em vista da heterogeneidade da situação da hanseníase no mundo, a Estratégia Global incentivará os governos nacionais a desenvolver metas e objetivos específicos a cada país, assim como planos de ação eficazes que assegurem disponibilidade, detecção oportuna de casos e tratamento completo. As autoridades nacionais são encorajadas a adaptar a Estratégia Global à própria situação epidemiológica, ao próprio compromisso, à disponibilidade de recursos e às capacidades dos sistemas de saúde locais.

### 3.4 Meta

A meta da Estratégia Global é alcançar uma maior redução da carga de hanseníase e prover acesso a serviços de controle da hanseníase de qualidade para todas as comunidades afetadas, seguindo os princípios de equidade e justiça social.

### 3.5 Principais objetivos

- Prover serviços de qualidade a todas as pessoas afetadas pela hanseníase.
- Melhorar o coeficiente de custo-eficácia mediante a integração e/ou descentralização das atuais atividades de controle da hanseníase à infraestrutura local de saúde, incluindo os serviços de encaminhamento e os componentes de monitoramento.
- Manter o compromisso político e aumentar as atividades colaborativas com os parceiros nos níveis global, nacional e regional.
- Intensificar os esforços de advocacia, a fim de reduzir o estigma e a discriminação contra as pessoas e famílias afetadas pela hanseníase.
- Fortalecer os componentes de monitoramento e supervisão do sistema de vigilância.
- Desenvolver a capacidade dos profissionais de saúde nos serviços integrados.

## 4. Sustentação das atividades de controle da hanseníase

**Sustentabilidade** é a capacidade de um programa de manter a qualidade e cobertura dos serviços num nível que permita controle permanente e maior redução de um problema de saúde, a um custo exequível para o programa e a comunidade.

### 4.1 Justificativas para a sustentação das atividades de controle da hanseníase

- As realizações alcançadas devem ser protegidas.
- Novos casos ocorrerão, que exigirão diagnóstico, tratamento e atenção de saúde.
- Há necessidade de monitoramento para detectar reações e recidivas e prevenir o surgimento de resistência aos medicamentos e ressurgimento da doença.
- Muitas pessoas sofrem as conseqüências da hanseníase e/ou estão em risco de ter reações e deficiências associadas com a hanseníase.

### 4.2 Atividades de sustentação do controle da hanseníase

Para sustentar os benefícios sanitários resultantes do controle da hanseníase, os "serviços de alta qualidade de controle da hanseníase" devem incluir os seguintes elementos:

- **Criação de uma consciência comunitária em relação à auto-notificação, a IEC e ao desenvolvimento da capacidade nos serviços de saúde:**
  - diagnóstico oportuno nos serviços periféricos de saúde—casos simples com manchas anestésicas, tanto paucibacilar como multibacilar; e
  - encaminhamento de outros casos suspeitos para mais exames.

- **Condução dos pacientes:**
  - poliquimioterapia gratuita, fornecida de maneira amistosa e flexível;
  - aconselhamento eficaz e IEC para os pacientes e os membros de suas famílias;
  - identificação e gestão das complicações;
  - encaminhamento para atendimento das complicações, quando necessário;
  - condução correta de casos suspeitos de recidiva;
  - prevenção de incapacidades e autocuidado (incluindo calçado de modelo aceitável) para os pacientes com danos neurais;
  - participação nos programas de reabilitação baseados na comunidade; e
  - encaminhamento a serviços de reabilitação especializados, quando indicado.
- **Eqüidade e justiça social:**
  - as pessoas afetadas pela hanseníase são tratadas como qualquer outro paciente em todos os serviços de saúde;
  - respeito pela privacidade e pelo sigilo;
  - advocacia e informação junto à população em geral, visando a reduzir o estigma e a discriminação; e
  - inclusão em toda regulamentação governamental de dispositivos visando aos deficientes (por exemplo, pensão por incapacidade).

#### 4.3 Mecanismos de sustentação das atividades de controle da hanseníase

- Integração nos serviços básicos/gerais de atenção à saúde que tenham apoio adequado de uma rede de encaminhamento, que também presta serviços a outras doenças/condições.
- Desenvolver a capacidade e competência dos profissionais de atenção à saúde através de capacitação em escolas médicas/paramédicas, motivação, capacitação e atualização em serviço, bem como supervisão técnica. Maior conscientização da comunidade e fortalecimento da capacidade por meio de IEC e participação comunitária.

#### 4.4 Importância da integração em relação à sustentabilidade

No contexto da sustentação dos serviços de hanseníase, integração significa participação ativa dos serviços gerais de atenção à saúde nas atividades de controle da hanseníase. Os serviços gerais de atenção à saúde devem assumir total responsabilidade pelo controle da hanseníase nas suas áreas, como parte de suas atividades rotineiras cotidianas. Entretanto, a natureza da atenção à saúde e as categorias de profissionais envolvidos variam consideravelmente dependendo da estrutura e dos recursos dos serviços gerais de atenção à saúde.

A base lógica subjacente é que os serviços gerais de atenção à saúde estão muito espalhados e têm contato estreito e freqüente com as comunidades locais e, por isso, envolvê-los no controle da hanseníase melhorará o achado e a retenção de casos, assim como a conscientização da doença por parte da comunidade local. Fora os recursos necessários para capacitar os profissionais dos serviços gerais de atenção à saúde para as novas tarefas, estima-se que o custo operacional de um programa integrado, ao longo do tempo, será muito inferior do que o de um programa especializado exclusivamente para hanseníase.

A integração acrescentará eficiência e eficácia, otimizará o uso dos recursos, promoverá maior equidade, reduzirá o estigma e a discriminação e assegurará sustentabilidade de longo prazo.

#### **4.5 Atividades que deveriam ser integradas**

- Todas as tarefas e funções relacionadas com a hanseníase, que devem ser desempenhadas, permanentemente, no sistema de atenção primária de saúde existente, para evitar a segregação ou lugares ou serviços especiais para hanseníase, na medida do possível.
- Todas as atividades de gestão e apoio, e.g. planejamento, sistema de informação, capacitação e supervisão.
- Todos os componentes organizacionais, e.g. serviços de encaminhamento, atividades de apoio e conscientização comunitários e compartilhamento de outros recursos.
- Promoção de pesquisa básica e operacional visando a melhorar a compreensão da hanseníase e de seu controle.

### **5. Questões estratégicas**

#### **5.1 Situação epidemiológica**

##### **5.1.1 Países que ainda não alcançaram a meta de eliminação**

Os países que ainda não alcançaram a meta de eliminação deverão continuar seus esforços para reduzir a carga da doença nos próximos anos, conforme recomendado na estratégia definida no presente documento. Os países que incluíram a meta de eliminação no seu planejamento de longo prazo, além de 2005, podem manter essa meta, incluindo o uso da "prevalência" como indicador principal, além dos mencionados na Seção 6, a seguir. Vários desses países confrontam graves desafios, em particular problemas de segurança, em muitas nações africanas. Esses países deveriam reconhecer também a necessidade dar continuidade aos serviços de hanseníase no futuro, uma vez que casos da doença continuarão a ocorrer em números apreciáveis, durante muitos anos, após terem alcançado a meta de eliminação.

### **5.1.2 Países de baixa endemicidade**

Nos contextos onde ocorrem ainda muito poucos casos, como, por exemplo, em alguns países das regiões do Mediterrâneo Oriental e Pacífico Ocidental, pode se tornar impraticável, insustentável e dispendioso manter todo o espectro de conhecimentos especializados necessários à gestão da doença no nível periférico. Assim, deve se fornecer serviços de encaminhamento com atenção de saúde especializada em hanseníase num nível acima, a fim de cobrir uma área maior, e, portanto, aumentar a eficácia em relação ao custo.

Para tornar os programas mais eficientes, esses serviços de encaminhamento devem estar integrados aos serviços de encaminhamento que fornecem apoio aos serviços de atenção à saúde em geral, como departamentos de dermatologia, neurologia, (ortopedia) cirurgia, etc. Será necessário identificar serviços de encaminhamento apropriados, nos níveis distrital/provincial/estadual, para fornecer apoio aos profissionais de saúde do nível periférico no diagnóstico e gestão de casos de hanseníase. A supervisão das atividades realizadas em nível periférico deverá ser responsabilidade dos supervisores dos serviços gerais de atenção à saúde.

## **5.2 Situações difíceis/desastrosas**

Alguns países enfrentam dificuldades devido a distúrbios sociais e/ou operações militares. Nesses contextos, todas as funções de atenção à saúde ficam mais difíceis. Existem diretrizes para lidar com tais dificuldades durante situações de desastre naturais e causadas pelo homem. Poderá ser necessário realizar as atividades de controle da hanseníase usando essas abordagens.

## **5.3 Questões operacionais**

### **5.3.1 Melhoria da qualidade dos serviços**

Pode ser necessário que cada programa defina suas próprias normas de qualidade para a atenção à saúde, levando em consideração a capacidade e competência do pessoal dos serviços gerais de atenção à saúde e a disponibilidade de recursos. Isso deveria se refletir nos objetivos estabelecidos para os indicadores de qualidade (ver a Seção 6, a seguir).

A qualidade da atenção à saúde só pode ser tão boa quando a qualidade da supervisão técnica fornecida pelo programa. Além disso, a disponibilidade de apoio de um sistema eficaz de encaminhamento melhorará a qualidade da atenção fornecida pelos serviços integrados de hanseníase.

### **5.3.2 Poliquimioterapia gratuita**

A detecção precoce de casos e seu tratamento com poliquimioterapia continuarão sendo elementos fundamentais da Estratégia Global no futuro próximo. Assim, continuará

havendo necessidade de manter a qualidade e a distribuição dos medicamentos da poliquimioterapia em nível global, bem como em países endêmicos. A partir de 1995, graças à generosa doação da Nippon Foundation e Novartis, a OMS tornou-se o principal fornecedor mundial de medicamentos gratuitos para poliquimioterapia (PQT) anti-hanseníase. Um número crescente de países depende agora da OMS como única fonte de medicamentos de alta qualidade para seus programas de eliminação da hanseníase. A Novartis comprometeu-se a continuar fornecendo gratuitamente os medicamentos para a PQT após 2005. Atualmente, mais de 100 países usam os medicamentos de poliquimioterapia fornecidos pela OMS. Além dos principais países endêmicos que recebem remessas regulares dos medicamentos para a PQT todo ano, outros países de endemicidade menor têm solicitado medicamentos de emergência da OMS.

### **5.3.3 Boas práticas de registro**

Essas práticas incluem:

- obediência às diretrizes nacionais e da OMS relativas à duração do tratamento;
- atualização regular dos registros de tratamento no nível de atenção primária de saúde;
- disponibilização de uma variedade de horários/dias de visita baseados nas necessidades do paciente e levando em consideração o meio ambiente e os serviços disponíveis;
- aconselhamento de rotina, acompanhamento e recuperação de pacientes que abandonaram o tratamento; e
- não registrar novamente (reciclar) os casos antigos como casos novos.

### **5.3.4 Construindo capacidade e competência no âmbito dos programas integrados**

Uma estratégia-chave para melhorar e sustentar os serviços de hanseníase é envolver os profissionais dos serviços gerais de atenção à saúde e os agentes de saúde voluntários nas comunidades nas tarefas de controle da hanseníase, descendo até o nível de pequeno povoado. Todos os serviços de saúde que prestam serviços de hanseníase devem elaborar e disponibilizar diretrizes simplificadas para os agentes de saúde. As instituições de capacitação de pessoal médico e paramédico que trabalham com agentes de saúde nos países endêmicos devem incluir a hanseníase no seu currículo, de maneira que a próxima geração de agentes de saúde possa manter os serviços de controle da hanseníase no futuro.

### **5.3.5 Aumentando a conscientização e o envolvimento comunitários**

O principal tema das atividades de conscientização comunitária deveria ser fornecer informações precisas sobre a hanseníase, a possibilidade de cura e a disponibilidade de serviços na unidade de saúde mais próxima. O objetivo desses esforços de IEC deveria ser incentivar a autnotificação de novos casos e reduzir o estigma e a discriminação

contra os indivíduos afetados e suas famílias. A maioria dos programas tem usado diversos enfoques de comunicação, incluindo os meios de comunicação de massa. Embora alguns atestem sua eficácia, há pouca evidência publicada que apóie essa opinião. Há alguma evidência de que a comunicação interpessoal ainda é a melhor maneira de transmitir as mensagens certas sobre a hanseníase.

### **5.3.6 Monitoramento, supervisão e avaliação**

Os programas integrados podem fornecer apenas um volume limitado de dados sobre a hanseníase, uma vez que também têm de colher e relatar dados sobre outras doenças. Por isso, a coleta de dados sobre hanseníase deve se restringir ao mínimo básico, devendo fazer parte dos formulários preenchidos mensalmente pelos serviços locais de saúde, e.g., relatórios mensais de mortalidade e morbidade (ver a Seção 6, a seguir).

Entretanto, exercícios especiais de monitoramento podem ser realizados periodicamente, a fim de validar os indicadores de detecção de casos e qualidade da atenção, como parte das atividades rotineiras de supervisão, ou por equipes independentes com base em amostragem.

## **5.4 Equidade e justiça social**

### **5.4.1 Hanseníase e direitos humanos**

Os direitos humanos básicos incluem os direitos à vida, à dignidade da pessoa, a igualdade perante a lei e a não ser submetido a tratamento desumano ou degradante. Esses direitos têm sido incorporados aos direitos constitucionais em muitos países. As principais questões de direitos humanos para as pessoas afetadas pela hanseníase são o direito à dignidade da pessoa e ao acesso equitativo a tratamento apropriado.

A eficácia da poliquimioterapia na cura da hanseníase e a intensificação das atividades de advocacia nos últimos anos trouxeram mudanças positivas nas atitudes da população em geral em relação às pessoas afetadas pela hanseníase em muitas comunidades. Entretanto, o estigma social associado com a hanseníase ainda não desapareceu completamente em muitos países. O impacto da discriminação é particularmente grave entre as mulheres que padecem de hanseníase em muitos países. Qualquer dispositivo legal ou regulamentar que possa comprometer o direito a emprego de um indivíduo afetado pela hanseníase, no seu próprio ou em outro país, deve ser abolido.

### **5.4.2 Gênero**

Embora a hanseníase pode afetar mais indivíduos do sexo masculino do que feminino, em termos relativos, isso nem sempre é verdade. Os programas devem se assegurar de que todos os membros da comunidade têm acesso fácil e equitativo aos serviços de hanseníase.

### **5.4.3 Alcançando grupos demográficos especiais**

É importante chegar até pacientes que vivem em áreas remotas ou em condições excepcionais, ou aqueles que pertencem a grupos marginalizados ou que carecem de serviços de atenção à saúde, uma vez que o elemento mais crucial no programa de controle da hanseníase é alcançar cada paciente. Primeiramente, é indispensável desenvolver iniciativas especiais visando a encontrar pessoas que vivem em áreas remotas ou em condições precárias e que precisam de tratamento e, em segundo lugar, assegurar-se de que os indivíduos afetados completem a poliquimioterapia. São necessárias estratégias práticas e inovadoras envolvendo, principalmente, soluções operacionais, a fim de fornecer serviços de hanseníase a esses pacientes. Quando a infra-estrutura de saúde é fraca ou inexistente no contexto em que um projeto opera, será particularmente necessário dispor de estratégias que promovam a autodependência e a auto-ajuda, além de envolver a comunidade e as organizações de base para garantir a sustentabilidade das atividades.

### **5.4.4 Hanseníase em áreas urbanas**

Embora a estratégia básica para o controle da hanseníase em áreas urbanas e periurbanas seja similar à estratégia usada em áreas rurais, a industrialização rápida e densidade crescente das populações migrantes nas favelas criam desafios operacionais.

É necessário incentivar a coordenação entre as organizações governamentais e não-governamentais, assim como as autoridades locais de saúde, os dermatologistas e os clínicos gerais, a fim de assegurar, em especial, que todas as agências estão prestando serviços de hanseníase e que todos os novos casos estão sendo tratados com poliquimioterapia.

## **5.5 Atenção ao paciente**

### **5.5.1 Serviços de encaminhamento e atenção de longa duração**

Todo programa integrado deve dispor de um sistema de encaminhamento que fornece apoio técnico e serviços hospitalares. A rede de encaminhamento deve fazer parte do sistema integrado, fornecendo serviços de encaminhamento para outras doenças e condições na área, e.g., hospitais distritais ou escolas de medicina. Os requisitos básicos são disponibilidade de profissionais adequadamente capacitados e necessária a infra-estrutura. Os serviços de encaminhamento a determinadas especialidades são úteis na prestação da atenção necessária.

Um aspecto freqüentemente negligenciado é a prestação de serviços de longa duração para pacientes que sofrem de seqüelas de danos neurais como, por exemplo, úlceras crônicas nos pés ou reações hansênicas crônicas. Esses casos precisarão, além de intervenções clínicas e cirúrgicas, apoio de serviços apropriados de orientação.

### **5.5.2 Prevenção e gestão de deficiências e incapacidades**

A situação atual em termos do número de pessoas que vivem com deficiências e incapacidades relacionadas à hanseníase poderia ser reavaliada, especialmente em nível nacional. Além disso os programas deveriam se assegurar de que as pessoas afetadas pela hanseníase têm acesso a serviços prestados por outros programas que trabalham com outras doenças ou condições incapacitantes.

As intervenções que visam à prevenção da ocorrência e/ou agravamento de incapacidades/deficiências incluem a detecção precoce e a conduta eficaz dos danos neurais e das reações hansênicas; orientação apropriada sobre autocuidados; participação dos membros da família na atenção de saúde baseada no lar; desenvolvimento e uso de calçado de proteção e outros dispositivos produzidos localmente e cultural e esteticamente aceitáveis.

### **5.5.3 Reabilitação**

Todas as sociedades são organizadas, basicamente, em torno dos estilos de vida das pessoas sem deficiências, e esperam que os deficientes mudem, ao invés de fazer um esforço e se reorganizar para acomodar seus deficientes. O conceito de reabilitação abrange questões diretamente relacionadas com a situação socioeconômica do país, bem como aquelas relacionadas com pobreza, desigualdade e desenvolvimento sustentável. Assim, é importante que a sociedade inclua as pessoas afetadas pela hanseníase nos programas em andamento que tratam da reabilitação de outros membros deficientes da comunidade. Muitos projetos têm demonstrado os benefícios reais e o custo-eficácia positivo que resultam do uso de enfoques de reabilitação baseados na comunidade para tratar dessa questão.

## **5.6 Pesquisa**

A Estratégia Global requer informações das pesquisas em andamento e futuras realizadas em nível global, a fim de melhorar a qualidade e a quantidade de ferramentas e procedimentos disponíveis para o controle da hanseníase. As áreas prioritárias de pesquisa são prevenção e gestão das reações hansênicas e deficiências de função neural; aprimoramento da quimioterapia; desenvolvimento e aprimoramento do diagnóstico para identificar indivíduos na comunidade que estão em alto risco de desenvolver a hanseníase; e pesquisa operacional para melhorar a sustentabilidade e integração dos serviços de hanseníase.

## **5.7 Parcerias**

A parceria é um arranjo operacional conjunto em que vários parceiros independentes cooperam para alcançar uma meta comum.

O termo cooperação inclui: planejamento, implementação, compartilhamento de

informações e compartilhamento equitativo de riscos e recompensas. O propósito da parceria é aprimorar o desempenho, evitar duplicações, melhorar o custo-eficácia e prevenir conflitos ideológicos. O resultado esperado é a prestação de serviços de alta qualidade às pessoas afetadas pela hanseníase.

As parcerias baseiam-se em confiança, respeito e compreensão mútuos. Devem ser consideradas como um processo de trabalho conjunto com os governos dos países endêmicos para atingir a meta comum de sustentar serviços de controle da hanseníase de alta qualidade para as comunidades afetadas. Isso impedirá a duplicação de esforços e o desperdício de recursos e, portanto, aumentará a eficácia do programa em todos os níveis.

## 6. Indicadores de monitoramento e avaliação

Os indicadores são ferramentas para medir a magnitude do problema de hanseníase e o progresso alcançado na consecução dos objetivos do programa. Podem ser usados para estabelecer os objetivos de qualidade do programa (e.g., a proporção de pacientes com incapacidade de grau 2 entre os casos novos, como indicador da qualidade da detecção de casos; o coeficiente de conclusão do tratamento, como indicador da qualidade da gestão dos pacientes). Em vista da variedade de situações nos diferentes países, os objetivos devem ser específicos para cada país e baseados nas tendências mais recentes.

### 6.1 Principais indicadores para monitorar o progresso

1. Número e coeficiente de novos casos detectados em cada 100.000 habitantes por ano.
2. Coeficiente de conclusão de tratamento/cura.
3. Prevalência registrada: no caso dos países que ainda não alcançaram a meta de eliminação, a prevalência de casos registrados continuará sendo um indicador até que a meta tenha sido atingida (ver a Seção 5.1.1, anterior).

#### 6.1.1 Número e coeficiente de novos casos detectados por ano

A natureza (e.g., tipo, grau de incapacidade, etc.) e o número de novos casos detectados numa determinada área são influenciados, principalmente, por **quatro fatores**:

1. eficácia das atividades de IEC na conscientização da população e na autnotificação;
2. competência dos profissionais de saúde para fazer diagnósticos acurados e oportunos;
3. qualidade do monitoramento e da supervisão pelos gerentes do programa;
4. integralidade da cobertura do programa, assegurando que todos os habitantes estão sendo alcançados.

A fim de garantir a qualidade das atividades de detecção de novos casos, os programas devem se assegurar de que:

- a procura de casos focaliza, principalmente, na promoção da autonotificação, com exame clínico e anamnese apropriados para evitar erros de diagnóstico e registro repetido;
- as definições de casos são obedecidas conforme estabelecido nas diretrizes nacionais;
- casos que tenham recebido tratamento completo ou parcial não são registrados como casos novos – os casos que tenham recebido tratamento parcial devem receber tratamento.
- Os programas nacionais devem coletar e relatar essas informações, diferenciando a hanseníase paucibacilar da multibacilar e os pacientes adultos dos infantis (importante para o cálculo das necessidades de medicamentos para a PQT).

#### 6.1.2 Coeficiente de conclusão de tratamento/cura<sup>4</sup>

Os **dois componentes mais importantes** do programa de controle da hanseníase são:

1. detectar oportunamente os novos casos e
2. assegurar que todos os pacientes novos que começam a poliquimioterapia completem o tratamento dentro de um período razoável.

Um coeficiente satisfatório de conclusão de tratamento indica eficiência na retenção e orientação dos pacientes e satisfação dos pacientes com os serviços. A conclusão do tratamento significa que um paciente de hanseníase paucibacilar tomou seis doses mensais de PB-PQT num período de nove meses e um paciente de hanseníase multibacilar tomou 12 doses mensais de MB-PQT num período de 18 meses.

Os programas nacionais deveriam realizar uma análise de coortes dos coeficientes de conclusão do tratamento para os pacientes tanto paucibacilares como multibacilares de hanseníase. A notificação de um coeficiente insatisfatório de conclusão de tratamento aponta a necessidade de o supervisor/gerente do programa obter informações mais detalhadas sobre os resultados do tratamento do serviço/distrito notificador, a fim de identificar a ação corretiva apropriada, incluindo o uso de poliquimioterapia acompanhada como opção para certa categoria de pacientes que não podem visitar o serviço de saúde com suficiente regularidade.

---

<sup>4</sup> Calcular o "coeficiente de cura" exigiria que os pacientes completassem o tratamento recomendado e, além disso, fossem submetidos a um exame confirmatório da ausência de exacerbação ou ocorrência de novas lesões. Isso exigiria um exame mais minucioso do paciente e um período maior de acompanhamento. Para fins práticos, o coeficiente de conclusão do tratamento pode ser usado, em campo, como substituto do indicador de coeficiente de cura.

## **6.2 Indicadores adicionais para detecção de casos**

Os seguintes indicadores podem ser coletados como parte de exercícios especiais de monitoramento para avaliar o programa e calcular as necessidades de medicamentos para PQT.

1. Proporção de casos novos com incapacidades/deficiências de grau 2 no momento do diagnóstico.
2. Proporção de casos infantis entre os novos casos.
3. Proporção de casos multibacilares entre os novos casos.
4. Proporção de pacientes do sexo feminino entre os novos casos.

## **6.3 Indicadores para gestão e acompanhamento dos pacientes**

O programa poderá coletar periodicamente os seguintes indicadores, com base em amostra, como parte de um processo integrado de supervisão.

1. Proporção de casos novos cujo diagnóstico foi verificado como correto.
2. Proporção de pacientes que abandonaram o tratamento.
3. Número de recidivas.
4. Proporção de pacientes que desenvolveram incapacidade nova/adicional durante a poliquimioterapia.

# **7. Sistema de vigilância da hanseníase**

## **7.1 Sistema de notificação**

O sistema global simplificado de informações deveria ser adaptado de maneira a assegurar sua coerência com os indicadores mencionados na Seção 6.

## **7.2 Revisão do programa**

A OMS deverá elaborar diretrizes para ajudar os gerentes dos programas a determinar as prioridades relativas à sustentabilidade das atividades de controle da hanseníase e a sugerir quais ações podem ser implementadas. As diretrizes revisadas, desenvolvidas no âmbito da estratégia de eliminação, ainda são válidas e, após algumas modificações, também serão importantes para a estratégia de sustentar as atividades de controle da hanseníase. As revisões do programa também continuarão a ser organizadas e coordenadas pelo programa global de hanseníase da OMS em países endêmicos selecionados. Baseiam-se em informações que podem ser coletadas pelo pessoal de saúde em condições de campo. Todo programa de hanseníase é sujeito a revisões periódicas pelo seu gerente e pela OMS.

## **7.3 Base de dados do estoque de medicamentos**

A OMS desenvolveu uma base de dados com as informações necessárias para monitorar o fluxo completo dos medicamentos, do fornecedor até o país beneficiário.

Também foram produzidos sistemas de gestão de planilhas e bases de dados, a fim de auxiliar na preparação de relatórios periódicos, no caso de disponibilidade de sistemas informatizados em nível nacional.

## 8. Resultados esperados até 2010

- Maior redução da carga da doença até níveis muito baixos.
- Aprimoramento da qualidade dos diagnósticos, práticas de gestão e registro de casos e um bom sistema de gestão das informações.
- Serviços de hanseníase sustentáveis em todos os países endêmicos.
- Acesso fácil e equitativo a serviços de qualidade, através dos serviços gerais de atenção à saúde, incluindo uma rede integrada e eficiente de encaminhamento.
- Ferramentas e recursos adequados para a prevenção de incapacidades e a reabilitação.
- Fortalecimento das parcerias e atividades colaborativas entre todos os parceiros.

Podemos esperar um mundo com uma carga menor de hanseníase, menos estigma e discriminação, atividades baseadas nos princípios de equidade e justiça social, bem como parcerias fortes baseadas em igualdade e respeito mútuo em todos os níveis.

## 9. Bibliografia

- Cairncross S et al. Vertical health programmes. *Lancet*, 1997, 349 (Suppl. iii):20-22.
- Canadian Public Health Association. *Sustainability and equity: primary health care in developing countries* (position paper sponsored by the Task Force on Sustainable Development of Primary Health Care Services in Developing Countries). Ottawa, 1990.
- Culyer AJ. Equity —some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics*, 2001,27:275-283.
- Dowle WR. The principles of disease elimination and eradication. *Bulletin of the World Health Organization*, 1998, 67:22-25.
- FeenstraP, Visschedijk J. Leprosy control through general health services: revisiting the concept of integration. *Leprosy Review*, 2002, 73:111-122.
- Feenstra P. Elimination of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. *International Journal of Leprosy*, 2003, 71:248-256.
- Guyatt H. The cost of delivering and sustaining a control programme for schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis. *Acta Tropica*, 2003, 86:267-274.
- International Federation of Anti-Leprosy Associations. *A guide to the integration of leprosy services within the general health system* (ILEP Technical Guide). London, 2003.
- International Leprosy Association Technical Forum. The current leprosy situation, epidemiology and control and the organization of leprosy services. *International Journal of Leprosy*, 2002, 70(Suppl.).
- Lockwood NJ, Suneetha S. Leprosy: too complex a disease for simple elimination paradigm. *Bulletin*

- of the World Health Organization, 2005, 83(3):230-235.
- Manderson L. Applying medical anthropology in the control of infectious disease. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3(12): 1020-1027.
- Morgan LM. Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(3):221-230.
- Noordeen SK. Eliminating leprosy as a public health problem - is the optimism justified? *World Health Forum*, 1996,17:109-118.
- Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2004, 58:655-658.
- Olsen IT. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 1998, 13(3):287-295.
- Pfeiffer J. International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725-738.
- Shediak-Rizkallah M, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 1998, 13(1):87-108.
- Stephenson R et al. Measuring family planning sustainability at the outcome and programme level. *Health Policy and Planning*, 2004, 19(2):88-100.
- Swerissen H, Crisp B. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organizations. *Health Promotion International*, 2004, 19(1): 123-130.
- Unger JP, Paepe PD, Green A. A code of best practices for disease control programmes to avoid damaging health care services in developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 2003, 18:S27-S39.
- Utzinger J. et al. Sustainable schistosomiasis control—the way forward. *Lancet*, 2003, (362): 1932-1934.
- Visschedijk J et al. Leprosy control strategies and the integration of health services: an international perspective. *Cadernos de saude publica*, 2003, 19(6): 1567-1581.
- OMS Leprosy Elimination Group. *Report on the fifth meeting of the OMS Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy, Yangon, Myanmar, 9–10 February 2003* (document OMS/CDS/CPE/CEE/2003.36). Geneva, World Health Organization, 2003.
- OMS Leprosy Elimination Group. *Report on the sixth meeting of the OMS Technical Advisory Group on Elimination of Leprosy* (document OMS/CDS/CPE/CEE/2004.41). Geneva, World Health Organization, 2004.
- World Health Organization. *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978* (Health for All Series, No. 1). Geneva, 1978.
- World Health Organization. *Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a OMS Study Group* (OMS Technical Report Series, No. 675). Geneva, 1982.
- World Health Organization. *Epidemiology of leprosy in relation to control: report of a OMS Study Group* (OMS Technical Report Series, No. 716). Geneva, 1985.
- World Health Organization. *Report of a consultation on implementation of leprosy control through primary health care* (document OMS/CDS/LEP/86.3). Geneva, 1986.
- World Health Organization. Leprosy disabilities: magnitude of the problem. *Weekly*

*Epidemiological Record*, 1995, 70:269-275.

World Health Organization. *Integration of health care delivery: report of a OMS Study Group* (OMS Technical Report Series, No. 861). Geneva, 1996.

World Health Organization. *OMS Expert Committee on Leprosy: Seventh report* (Technical Report Series, No. 874). Geneva, 1998.

World Health Organization. *Guide to eliminate leprosy as a public health problem*, 1<sup>st</sup> ed. Geneva, 2000.

World Health Organization. *The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000-2005* (document OMS/CDS/CPE/CEE/2000.1). Geneva, 2000.

World Health Organization. Leprosy elimination campaigns: impact on case detection. *Weekly Epidemiological Record*, 2003, 78(3):9-16.

World Health Organization. *The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem: questions and answers*, 1<sup>st</sup> ed. Geneva, 2003.