

Directrizes Operacionais

para a implementação da Estratégia Global para
maior redução da carga de lepra e sustentação
das actividades do controlo da lepra
2006–2010

**TRADUÇÃO PROVISIONAL NÃO CONTROLADO
PARA REFERENCIA SOMENTE**



**Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional do Sudeste Asiático
Nova Deli**

Índice

Prefácio

Resumo executivo

1. INTRODUÇÃO

- 1.1 Que função têm as Directrizes Operacionais e qual é o seu objectivo?
- 1.2 Qual é a audiência visada pelas Directrizes Operacionais?
- 1.3 Como é que a Estratégia Global e as Directrizes Operacionais podem ser aplicadas em países com sistemas de saúde muito diferentes?
- 1.4 O que significa “maior redução da carga da lepra”?
- 1.5 O que são “serviços de qualidade da lepra”?
- 1.6 Neste contexto, o que são “princípios de equidade e justiça social”?

2 INTEGRAÇÃO E ENCAMINHAMENTO

- 2.1 Como é que o encaminhamento funciona num serviço de saúde integrado?
- 2.2 Quais são as afecções na lepra que exigem encaminhamento?

3 DETECÇÃO DE CASOS

- 3.1 Como é que deve ser organizada a detecção de casos?
- 3.2 Como é que pode ser fomentada a detecção de casos?
- 3.3 Quais são as mensagens chave sobre lepra para o público em geral?

4 DIAGNÓSTICO

- 4.1 O que é um caso de lepra e quando é que se deve suspeitar de lepra?
- 4.2 Como é diagnosticada a lepra?
- 4.3 Como e porque é que são classificados os casos de lepra?
- 4.4 O que se deve fazer quando existe a suspeita de lepra mas existem dúvidas em relação ao diagnóstico?
- 4.5 Como se pode garantir a exactidão do diagnóstico da lepra?

- 4.6 Como é que é avaliada e registada a incapacidade na lepra?
- 4.7 Quais são as mensagens chave para uma pessoa que foi recentemente diagnosticada com lepra?

5 TRATAMENTO

- 5.1 O que é a PQT e que medidas se devem tomar quando se inicia o tratamento?
- 5.2 Quais são os medicamentos que estão incluídos na PQT e quais são as doses para adultos e para crianças?
- 5.3 O que se deve fazer quando uma pessoa não comparece regularmente para o tratamento?
- 5.4 O que é um caso de abandono e o que deve ser feito em relação às pessoas que voltam à clínica depois de abandonarem o tratamento?
- 5.5 O que é uma recidiva? Como é reconhecida e tratada?
- 5.6 A resistência aos medicamentos é um problema?
- 5.7 Quais são as complicações que ocorrem na lepra e como são tratadas?
- 5.8 O que são reacções da lepra? Como é que se suspeita de uma reacção e como são tratadas?
- 5.9 Como se faz a distinção entre uma recidiva e uma reacção na lepra?
- 5.10 Quais são as mensagens chave para uma pessoa que está a terminar o tratamento com sucesso?

6 PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE E AUTO-SUFICIÊNCIA

- 6.1 Alguns doentes estão em maior risco de lesão nervosa do que outros?
- 6.2 Quais são os efeitos a longo prazo da lesão nervosa na lepra?
- 6.3 O que se pode fazer por pessoas com uma incapacidade de longa duração causada pela lepra?
- 6.4 Como é que se pode encorajar as pessoas a serem auto-suficientes em casa?
- 6.5 Qual é o valor do calçado especial para pessoas afectadas pela lepra?

7 REABILITAÇÃO

- 7.1 O que é a reabilitação?
- 7.2 Como é que a reabilitação ajuda uma pessoa afectada pela lepra?
- 7.3 Qual é o papel dos profissionais de saúde na reabilitação?

8 REGISTO, RELATÓRIO E MONITORIZAÇÃO

- 8.1 Quais são os principais indicadores para monitorizar o progresso e como são utilizados?
- 8.2 Quais são os outros indicadores utilizados para monitorizar a detecção de casos?
- 8.3 Quais são os indicadores utilizados para o tratamento e seguimento dos doentes?
- 8.4 Quais são os registos utilizados nas clínicas que tratam a lepra?

9 QUESTÕES ORGANIZACIONAIS PARA OS GESTORES DE PROGRAMAS

- 9.1 Como é que se deve organizar a supervisão técnica?
- 9.2 Como é que os gestores de programas podem garantir o fácil acesso à PQT?
- 9.3 Como é que se podem desenvolver parcerias para melhoramento das actividades de controlo da lepra?
- 9.4 Que tipo de formação deve ser dada aos profissionais gerais de saúde?
- 9.5 O que é a avaliação de programas e como é efectuada?

10 APÊNDICES

- 10.1 Leitura adicional
- 10.2 Glossário

Prefácio

A lepra já não é uma doença incurável, devido à qual os indivíduos afectados e as suas famílias sofrem as suas consequências devastadoras sem qualquer esperança. Presentemente, o diagnóstico e o tratamento são simples e são oferecidos gratuitamente no centro de saúde mais próximo.

O nosso desafio é o de sustentar a qualidade dos serviços da lepra e o de garantir que todas as pessoas afectadas pela lepra, onde quer que vivam, têm igual oportunidade de diagnóstico e tratamento por profissionais de saúde competentes sem atrasos desnecessários e a um preço acessível. Para atingir este objectivo, o ímpeto dos nossos esforços deve concentrar-se na integração da lepra nos serviços gerais de saúde. Deve ensinar-se aos profissionais de saúde a todos os níveis os métodos simples necessários para diagnosticar e tratar a lepra. Deste modo, o acesso aos serviços da lepra será melhor, diminuindo o estigma e a discriminação que as pessoas afectadas pela doença têm de enfrentar.

A Estratégia Global da OMS para maior redução da carga da lepra e sustentação das actividades de controlo da lepra, 2006-2010, concentra-se em manter os ganhos obtidos até à data e em diminuir a carga da doença em todas as comunidades onde a doença é endémica. Ao mesmo tempo, deve prestar-se uma atenção particular para assegurar que a qualidade dos serviços não é prejudicada. Todas as pessoas afectadas pela lepra deverão ter um acesso fácil ao diagnóstico e ao tratamento gratuito com poliquimioterapia. Necessitamos de assegurar que são realizadas actividades sustentáveis e que são fornecidos serviços de qualidade num cenário integrado que inclui uma rede de encaminhamento eficiente de modo a permitir o tratamento eficaz das complicações relacionadas com a lepra.

A implementação da Estratégia, através destas Directrizes Operacionais, exigirá o empenhamento renovado de todos os parceiros que trabalham para o objectivo comum de um mundo sem lepra. Todos juntos podemos reduzir a carga da lepra e assegurar que as consequências físicas e sociais da doença continuam a diminuir em todo o mundo. Esperamos que estas “Directrizes Operacionais” ajudem a uma melhor compreensão da nova Estratégia Global e dos princípios em que esta se fundamenta e contribuam para o

melhoramento da qualidade dos cuidados das pessoas afectadas pela lepra.

Samlee Plianbangchang, MD, DrPH
Director Regional

Resumo executivo

A Estratégia Global para maior redução da carga da lepra e sustentação das actividades de controlo da lepra (2006-2010) teve um acolhimento e aprovação generalizados. O objectivo global é o de assegurar o acesso a serviços de qualidade da lepra a todas as comunidades afectadas de acordo com os princípios de equidade e de justiça social. O fim desta Directrizes Operacionais é o de ajudar os directores dos serviços nacionais de saúde a implementar a nova Estratégia Global nos seus países. Este fim será atingido à medida que desenvolvem políticas detalhadas aplicáveis à sua própria situação e revêem o Manual Nacional de Controlo da Lepra.

Os serviços da lepra estão a ser integrados nos serviços gerais de saúde em todo o mundo; realça-se aqui a necessidade de um sistema de encaminhamento eficiente, como parte de um programa integrado. É essencial a boa comunicação entre todos os que estão envolvidos no tratamento de uma pessoa com lepra ou com complicações relacionadas com a lepra. Estas directrizes deverão ajudar os directores a escolher as actividades que podem ser efectuadas a nível dos cuidados primários de saúde e quais os aspectos de cuidados que devem ser considerados para encaminhamento dos doentes. Isto dependerá da natureza da complicação e da capacidade dos profissionais de saúde de prestar os cuidados apropriados a níveis diferentes do sistema de saúde.

Presentemente, a promoção da auto-notificação tornou-se crucial para a detecção de casos, dado que as campanhas de triagem de casos são cada vez menos rentáveis. É importante identificar e eliminar os obstáculos que podem impedir que os novos casos se apresentem. Os procedimentos para estabelecer o diagnóstico de lepra continuam firmemente ligados aos sinais cardinais da doença, mas a exactidão do diagnóstico tem de ser monitorizada. As Directrizes sugerem uma maior ênfase na avaliação da incapacidade na altura do diagnóstico, de modo a que aqueles com um risco específico possam ser reconhecidos e tratados apropriadamente.

O tratamento da lepra com PQT (poliquimioterapia) tem sido um sucesso contínuo; tanto as recidivas como as resistências aos medicamentos não constituem problemas significativos e os regimes são bem tolerados. São apresentados procedimentos claros para controlar o tratamento irregular com a PQT. As reacções leprosas são uma complicação grave que afecta alguns doentes. As Directrizes enfocam este aspecto com referências bibliográficas

adicionais na secção “Leitura adicional”. Uma decisão essencial para os directores de programas é o de determinar como e a que nível do sistema de saúde as reacções leprosas serão tratadas nos seus países. Os diferentes países devem desenvolver as suas próprias directrizes detalhadas sobre este assunto.

A prevenção da incapacidade (PI) também é descrita com algum detalhe, perante a necessidade de uma cobertura muito maior com as actividades básicas de PI. Este é um componente importante dos “serviços de qualidade da lepra” que é realçado na Estratégia Global. A documentação mencionada na secção “Leitura adicional” será essencial para o planeamento de programas para reforçar as capacidades e aumentar a prestação de serviços neste campo.

A reabilitação pode incluir um componente médico (como por exemplo, cirurgia reconstrutiva), mas o seu âmbito é muito mais vasto. É provável que muitas pessoas com lepra beneficiem de reabilitação socioeconómica (por exemplo, formação vocacional ou um pequeno empréstimo). O pessoal dos serviços de saúde tem de ter um bom conhecimento do que é feito na localidade e de saber como e para onde encaminhar as pessoas que necessitam desses serviços.

O registo e a notificação são essenciais para manter a qualidade de qualquer programa. Os indicadores seleccionados na Estratégia Global são úteis para se efectuar a monitorização e a avaliação e determinam quais são os dados que devem ser registados. Os dados necessários para monitorizar as actividades de PI não foram recolhidos por rotina no passado, portanto, estas medidas representam uma mudança significativa; os directores nacionais devem, por conseguinte, decidir por eles próprios quais os indicadores que serão usados para assegurar a qualidade, dado que estes variam de país para país.

A gestão de programas é um assunto vasto; os temas abrangidos nesta Secção são fundamentais para o funcionamento dos serviços integrados de controlo da lepra, incluindo a supervisão, fornecimento de PQT, parcerias, formação e avaliação de programas.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Que função têm as Directrizes Operacionais e qual é o seu objectivo?

A Estratégia Global para maior redução da carga da lepra e sustentação das actividades de controlo da lepra (2006 - 2010) foi sujeita a um extenso processo de exame e revisão durante a primeira parte de 2005. Foi agora completamente aprovada pela OMS e pela Federação Internacional das Associações contra a Lepra (*International Federation of Anti-Leprosy Associations - ILEP*) e, portanto, apresenta uma agenda acordada relativa ao trabalho a realizar contra a lepra em todo o mundo para o período de 2006 – 2010.

Estas Directrizes Operacionais têm duas funções:

- Definir e explicar os termos, conceitos e actividades mencionados na Estratégia Global
- Indicar como é que a Estratégia Global deve ser implementada no contexto de um programa nacional

Como a Estratégia Global e as Directrizes Operacionais têm um âmbito global, não podem servir de orientação no que respeita a cada aspecto de cada programa nacional. Contudo, a intenção é que os directores de programas nacionais sejam capazes de usar estes documentos para escrever um manual nacional de controlo da lepra de carácter polivalente.

1.2 Qual é a audiência visada pelas Directrizes Operacionais?

As directrizes operacionais dirigem-se aos directores dos serviços nacionais de saúde e directores de nível intermédio responsáveis pelas actividades de controlo da lepra nos seus países que terão de implementar a Estratégia Global.

1.3 Como é que a Estratégia Global e as Directrizes Operacionais podem ser aplicadas em países com sistemas de saúde muito diferentes?

Devido às grandes variações no modo de tratamento dos doentes com lepra pelos diferentes serviços de saúde, relacionadas com a cobertura dos serviços de saúde, endemicidade variável, formação, níveis de provisão de pessoal, supervisão, etc., as mesmas directrizes não podem ser utilizadas em todas as situações. As Directrizes

devem ser utilizadas em dois níveis, Nível periférico e Nível de encaminhamento, nas situações apropriadas. A distinção entre estes dois níveis, conforme utilizados neste documento, deve ser adaptada à situação que prevalece em cada país.

As “directrizes do nível periférico” destinam-se aos profissionais de cuidados gerais de saúde, que trabalham nas clínicas integradas onde vêem e tratam uma vasta gama de problemas de saúde; a lepra constitui uma parte relativamente pequena da sua carga de trabalho. As “directrizes do nível de encaminhamento” destinam-se ao pessoal dos centros de encaminhamento, incluindo os supervisores de campo, com uma formação mais aprofundada e maior experiência da lepra e também para aqueles com competências especializadas para tratar outras consequências da lepra (oftalmologistas, ortopedistas, etc.). Como parte do processo de integração, os processos de encaminhamento devem ser reforçados.

Nas regiões onde os casos de lepra são frequentes e os profissionais de saúde estão familiarizados com ela, muitas das actividades normais de diagnóstico, tratamento e prevenção da incapacidade podem ser efectuadas nas clínicas periféricas e, a este nível, deve ter-se conhecimentos bastante bons sobre a lepra, mesmo num enquadramento integrado; nestes casos, algumas das actividades mencionadas nas "Directrizes do nível de encaminhamento" podem ser apropriadas para muitas clínicas periféricas. Certos aspectos poderão ser determinados pelo governo, por exemplo, quem pode diagnosticar e tratar a lepra e quem pode diagnosticar e tratar as reacções.

Exemplo 1: *A classificação dos graus de incapacidade é tratada na secção 4.6. As directrizes dadas nesta secção para os profissionais de saúde do nível periférico pressupõem uma experiência da lepra muito pequena e exigem um nível mínimo de competência para efectuar as tarefas que lhes são confiadas. Em alguns programas, certos profissionais do nível periférico avaliam já o grau de incapacidade com um nível razoável de competência técnica. Por conseguinte, prevê-se que, nestes programas, os directores a nível nacional decidam que as directrizes designadas de “nível de encaminhamento” apresentadas nesta secção específica podem aplicar-se a este pessoal periférico.*

Exemplo 2: *O reconhecimento de reacções e de nevrite e a utilização de esteróides para tratar estes casos são tratados na secção 5.8. As directrizes do nível periférico pressupõem que o pessoal de saúde periférico não recebeu nenhuma formação e*

elas são muito simples, pedindo-lhes simplesmente que encaminhem os casos. Se o pessoal periférico tiver recebido a formação adequada neste campo, podem então utilizar-se as directrizes do “Nível de encaminhamento”.

O encaminhamento será sempre um componente essencial dos serviços de saúde integrados (ver a secção 2.1) e o pessoal de saúde a qualquer nível deve estar pronto a encaminhar qualquer doente que não pode ser devidamente tratado no local onde se encontra. O pessoal dos centros de saúde seleccionados, dos hospitais distritais ou de qualquer outro local identificado como centro de encaminhamento, deve ter a formação adequada e estar preparado para receber estes doentes e usar estas ocasiões como uma oportunidade de formação do pessoal periférico.

1.4 O que significa “maior redução da carga da lepra”?

A “carga da lepra” pode ser considerada de três maneiras:

Em primeiro lugar, a medida epidemiológica mais relevante da carga da lepra é a incidência da doença, que corresponde ao número de pessoas que desenvolvem lepra durante um período determinado, normalmente um ano. Como a incidência é difícil de medir directamente, utiliza-se a “Taxa de detecção de casos” como substituto da taxa de incidência. Contudo, parece provável que alguns novos casos nunca sejam diagnosticados e tratados e, portanto, o número de casos detectados é menor do que o número de casos reais. A taxa da incidência global da lepra parece estar a diminuir lentamente, mas o declínio é mais rápido em certas regiões do que noutras; em alguns locais, a taxa de incidência parece estar a aumentar. As alterações da incidência realizam-se lentamente, durante décadas, e estão relacionadas com factores tais como a imunização com BCG e o desenvolvimento económico, assim como com as boas práticas de controlo da lepra. De acordo com esta medida, a “carga” da lepra está a diminuir lentamente mas continuarão a aparecer novos casos durante muitos anos. Portanto, é necessário manter os serviços de diagnóstico e de tratamento.

Em segundo lugar, a carga pode estar relacionada com a prevalência registada da doença, que corresponde ao número de pessoas em tratamento num dado momento. A prevalência da lepra diminuiu em todo o mundo durante os últimos 20 anos devido à poliquimioterapia (PQT) fornecida através do Programa de Controlo

da Lepra. A PQT, ao reduzir a duração do tratamento para apenas um ano ou menos, diminuiu consideravelmente o número de doentes em tratamento em qualquer momento e, em consequência, a “carga” imposta aos serviços de saúde. Embora a prevalência registada seja um indicador útil para atingir a etapa importante de eliminação da lepra, não é um indicador adequado para reflectir as alterações que se produzem a nível da tendência epidemiológica da lepra.

A terceira maneira de observar a “carga da lepra” é através dos olhos das próprias pessoas afectadas. As complicações da lepra podem causar incapacidade das mãos e dos pés e, por vezes, levar à cegueira. Estes problemas físicos são muitas vezes obscurecidos pela rejeição social e sofrimento mental causados pelo estigma que persiste em muitas comunidades ligado a esta doença tratável. Calculou-se que mais de três milhões de pessoas vivem com uma incapacidade resultante da lepra. Na maior parte dos casos, esta incapacidade pode ser prevenida e a nova Estratégia Global pede que sejam feitos maiores esforços para reduzir esta “carga” prevenindo a incapacidade em novos casos, ajudando a reabilitar aqueles com incapacidades e lutando contra o estigma onde quer que exista.

1.5 O que são “serviços de qualidade da lepra”?

A Estratégia Global realça que os serviços de qualidade da lepra são um componente essencial de um programa eficaz. A qualidade baseia-se na formação apropriada do pessoal a todos os níveis, na supervisão técnica regular e na monitorização de indicadores chave. A procura da qualidade pressupõe a boa vontade do pessoal para efectuar mudanças que visam o melhoramento das suas competências e do funcionamento dos serviços de saúde nos quais trabalham.

Serviços de qualidade da lepra:

São acessíveis a todos os que necessitam deles.

Cobertura: O tratamento por PQT pode ser fornecido em todos os centros de saúde, sem barreiras geográficas, económicas ou de sexo.

São centrados nos doentes e respeitam os seus direitos, incluindo os direitos ao tratamento oportuno e apropriado e à privacidade e confidencialidade.

Abordam todos os aspectos do tratamento de casos, com base numa evidência científica sólida:

- O diagnóstico é oportuno e exacto, com aconselhamento de apoio (secção 4).

- O tratamento com PQT é rápido, gratuito e fácil de fazer (secção 5).
- As intervenções para prevenção da incapacidade são efectuadas de maneira apropriada (secção 6).
- O encaminhamento devido a complicações e para reabilitação é efectuado de acordo com as necessidades (secções 2 e 7).

Devem manter registos simples e encorajar a revisão e a avaliação (secção 8).

1.6 Neste contexto, o que são “princípios de equidade e justiça social”?

As comunidades têm necessidades de saúde que abrangem um grande número de aspectos. Os recursos (pessoal, tempo, dinheiro) devem ser atribuídos de maneira justa aos diferentes programas, incluindo os serviços da lepra, de acordo com a carga da doença, de modo a que cada um possa funcionar o mais eficientemente possível. “Equidade” significa que os doentes com lepra têm a mesma oportunidade de serem assistidos por serviços de saúde com a qualidade suficiente para tratar dos seus problemas. Implica também que os serviços da lepra não devem ser piores nem melhores do que os outros serviços de saúde existentes numa dada comunidade. Justiça social significa a ausência de discriminação, qualquer que seja o motivo, incluindo o tipo de doença, nível de incapacidade, raça, sexo, classe social ou religião; inclui também os princípios da privacidade e da confidencialidade.

2. INTEGRAÇÃO E ENCAMINHAMENTO

2.1 Como é que o encaminhamento funciona num serviço de saúde integrado?

Um controlo eficaz da lepra requer uma abordagem integrada, que assegure equidade e acessibilidade mais amplas, uma rentabilidade melhorada e uma sustentabilidade a longo prazo. Isto implica que as actividades de controlo da lepra devem ser implementadas pelos serviços gerais de saúde, incluindo centros de encaminhamento integrados. A integração melhora não só a acessibilidade ao tratamento, mas diminui também o estigma e a discriminação que as pessoas afectadas pela lepra têm de enfrentar.

A integração significa que o pessoal de saúde geral passa a ser responsável pelo tratamento, registo e notificação quotidianos dos doentes. Contudo, a integração não significa que os serviços de saúde deixem de ter competência especializada. Pelo contrário, esta competência deve existir nos serviços gerais de saúde a níveis central e intermédio para planeamento e avaliação, provisão de formação,

supervisão técnica, aconselhamento, serviços de encaminhamento (incluindo os serviços prestados em hospitais) e investigação. Deve ser implementado um sistema para o encaminhamento de casos difíceis ou complicados para os hospitais ou especialistas (por exemplo, médicos de clínica geral com determinada formação suplementar em lepra, dermatologistas ou cirurgiões) e o reencaminhamento pelos especialistas para os centros de saúde periféricos para continuação do tratamento. Os serviços de encaminhamento especializados da lepra fazem parte integrante dos serviços gerais de saúde tal como um cirurgião de um hospital distrital faz parte dos serviços gerais de saúde.

Dependendo das condições locais (por exemplo, da disponibilidade e do nível de formação das diferentes categorias do pessoal de saúde), cada país ou região deve decidir a que nível do sistema de saúde deve estar disponível a competência especializada. Os profissionais gerais de saúde a nível periférico devem ser capazes de diagnosticar e tratar a lepra sob a supervisão técnica de profissionais especializados de saúde que estão colocados a nível intermédio. Esta categoria de pessoal especializado é responsável por outras doenças além da lepra.

Nas regiões em que a lepra é menos frequente, a capacidade de suspeitar de lepra e de encaminhar o doente para um centro de encaminhamento é a aptidão mais importante exigida aos profissionais gerais de saúde a nível periférico. Estes centros de encaminhamento (incluindo hospitais distritais e centros de saúde seleccionados) devem diagnosticar a lepra e iniciar o tratamento. A continuação do tratamento pode ser entregue aos centros de saúde periféricos que servem a comunidade onde o doente reside. A comunidade deve ser informada sobre os sintomas da lepra e a disponibilidade de serviços. Em regiões com um pequeno número de doentes, o tratamento das lesões de nervos deverá concentrar-se nos centros de encaminhamento. Os centros que tratam as complicações difíceis da lepra e asseguram serviços cirúrgicos de reabilitação serão ainda mais centralizados mas poderão prestar alguns serviços de encaminhamento através de unidades móveis.

Um sistema de encaminhamento adequado significa que os serviços especializados devem ser acessíveis e estar disponíveis para todos os doentes que necessitem deles. Em muitos países, o principal obstáculo ao encaminhamento consiste na dificuldade do doente chegar ao centro de encaminhamento na altura devida. Nestas situações, verifica-se que o supervisor visitador pode ser útil na prestação dos serviços de apoio necessários.

Todo o pessoal de saúde periférico deve conhecer as clínicas e o pessoal de saúde para os quais encaminham os doentes, de modo a poderem aconselhar devidamente os seus doentes e reduzir ao mínimo as dificuldades que poderão ter. Deve manter-se uma boa comunicação para permitir a discussão sobre o progresso dos doentes e como oportunidade para formação suplementar. A conveniência de telefones portáteis e de mensagens de texto facilita esta comunicação no momento oportuno.

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

- Todos os estabelecimentos de saúde numa zona endémica devem assegurar serviços de PQT em todos os dias úteis.
- Todos estabelecimentos de saúde devem ter pelo menos um membro do pessoal formado.
- As quantidades adequadas de PQT devem estar disponíveis e ser gratuitas para os doentes.
- Materiais de Informação, Educação e Comunicação (IEC) devem estar disponíveis para os doentes e familiares.
- Deve estar disponível um registo simples de tratamento.
- Os serviços de encaminhamento devem estar disponíveis e ser acessíveis e o pessoal de saúde geral deve saber para onde e como encaminhar os doentes.

O pessoal no nível periférico deve: desenvolver boas relações com os centros de encaminhamento que utilizarão possivelmente com mais regularidade.

- O supervisor técnico visitador
- O centro de saúde mais próximo (com pessoal com formação suplementar em lepra) ou o hospital distrital
- Uma clínica oftalmológica para todos aqueles que tenham problemas nos olhos
- Um especialista da lepra ou um dermatologista: para o diagnóstico, esfregaços cutâneos, reacções
- As redes locais de reabilitação para todos aqueles com uma incapacidade a longo prazo

O pessoal no nível de encaminhamento deve conhecer as clínicas especializadas e outros profissionais para quem possam encaminhar doentes, tais como:

- Oftalmologia para patologia ocular grave

- Dermatologia para o diagnóstico de afecções cutâneas difíceis
- Laboratório para os esfregaços de pele e histopatologia
- Fisioterapia para avaliação e tratamento das reacções
- Podiatria para os pés e calçado
- Terapêutica ocupacional para reabilitação e adaptações
- Cirurgia plástica e reconstrutiva
- Assistente social para avaliação e encaminhamento futuro
- Especialistas da reabilitação e programas de reabilitação baseada na comunidade (RBC)

2.2 Quais são as afecções na lepra que exigem encaminhamento?

O pessoal deve encaminhar doentes cuja afecção não são capazes de tratar, ou porque não têm a formação adequada para o fazer ou porque não têm os recursos necessários (medicamentos, equipamento, outro pessoal, etc.) para tratar a afecção.

Encaminhamentos de rotina: as condições não urgentes incluem:

- Diagnóstico: no caso de suspeita de lepra mas o diagnóstico é incerto (secção 4.4)
- Suspeita de recidiva (secção 5.5)
- Incapacidade prolongada e estável que pode ser apropriada para cirurgia ou que pode beneficiar de intervenção de reabilitação (secções 6 e 7)
- Encaminhamentos não médicos, por exemplo, para um assistente social ou par um programa de RBC
- Outros problemas de saúde não relacionados com a lepra

Encaminhamentos de urgência: condições que exigem tratamento urgente como:

- Reacções graves da lepra (secção 5.7), incluindo:
 - Reacções de inversão graves
 - Reacções de inversão que se sobrepõem a um tronco nervoso principal
 - Nevrite, incluindo nevrite silenciosa
 - Reacções sob a forma de eritema nodoso leproso (ENL)
- Infecção grave da mão ou do pé (geralmente associada a uma úlcera com supuração nauseabunda)
- Envolvimento ocular na lepra – quatro problemas específicos que exigem encaminhamento urgente:

- Perda recente da acuidade visual
- Olho vermelho doloroso
- Incapacidade recente de fechar o olho (lagofthalmia)
- Uma reacção numa mancha cutânea leprosa da face
- Reacções adversas medicamentosas graves (secção 5.6)

Os programas nacionais devem documentar e fazer circular os detalhes das clínicas e dos especialistas que estejam prontos a examinar os casos de lepra que lhes são enviados de modo a estabelecer um sistema de encaminhamento mais eficaz.

3. DETECÇÃO DE CASOS

3.1 Como é que deve ser organizada a detecção de casos?

Existem dois métodos de detecção de casos, o método activo e o método voluntário. A detecção activa de casos não é recomendada, excepto em regiões de acesso difícil onde a infra-estrutura de saúde é inadequada. Os programas nacionais devem encorajar as pessoas com suspeita de lepra a apresentar-se voluntariamente. Analogamente, os familiares de doentes com lepra confirmada também devem apresentar-se voluntariamente.

3.2 Como é que pode ser fomentada a detecção de casos?

Os esforços para aumentar a detecção de casos concentram-se em facilitar o auto-encaminhamento pelas pessoas que desenvolvem lepra. Isto pode ser feito aumentando o conhecimento dos sinais e sintomas precoces da lepra entre o público em geral. Os obstáculos que impedem as pessoas de se apresentarem para exame devem ser eliminados; estes obstáculos são aqui discutidos sob cinco títulos.

Os obstáculos incluem a falta de conhecimento de que a lepra é tratável e o tratamento é gratuito e existe localmente. Este obstáculo pode ser abordado mais eficazmente através de campanhas de informação do público utilizando uma variedade de médias, incluindo os meios tradicionais de comunicação.

Em segundo lugar, o receio também constitui um obstáculo frequente. Este pode incluir o receio do diagnóstico, o receio da deformidade futura, o receio de ser exposto como tendo lepra ou o receio do sofrimento que a família possa vir a ter. Os últimos dois estão relacionados com atitudes negativas ou com outras formas de estigma e de discriminação existentes na sociedade. Estes receios podem persistir durante muito tempo, mesmo depois das atitudes gerais se terem tornado mais tolerantes e que os casos de discriminação manifesta terem passado a ser raros.

O receio e o estigma são difíceis de remover. Só podem ser abordados com sucesso através de uma associação de estratégias que incluem informações concretas sobre a lepra e o seu tratamento, mensagens específicas do contexto através das médias que abordam ideias preconcebidas e crenças tradicionais sobre a lepra, imagens positivas da lepra e testemunhos de pessoas completamente curadas da lepra. O

contacto entre a comunidade e os doentes tratados, a auto-suficiência bem sucedida, uma reabilitação dirigida à capacitação e ao aconselhamento dos doentes para fortalecerem a sua auto-estima, também ajudam a construir uma imagem positiva daqueles afectados pela lepra. Ao mesmo tempo, todas as atitudes, estruturas ou disposições negativas a nível dos serviços de saúde devem ser abordados com toda a urgência. A garantia da privacidade e da confidencialidade e o tratamento com dignidade são particularmente importantes.

Um terceiro grupo de obstáculos inclui outras desvantagens, algumas das quais são culturalmente determinadas, tais como sexo, grupo étnico e pobreza. Estas exigem abordagens específicas, que incluem a sensibilização e a educação, mas também a preconização de legislação, serviços de apoio e medidas gerais de luta contra a pobreza.

Os obstáculos físicos, como montanhas, rios ou distância, criam desafios particulares, especialmente em regiões onde os serviços de saúde têm pouca cobertura, e constituem uma quarta categoria. Estes exigem medidas flexíveis no que respeita aos serviços de diagnóstico e tratamento. O último grupo, os problemas de segurança em zonas de guerra ou de agitação civil, é o mais difícil de abordar, mas é no entanto uma realidade em vários países onde a lepra é endémica.

3.3 Quais são as mensagens chave sobre lepra para o público em geral?

Existem quatro mensagens chave para o público em geral, que podem ser expressas de muitas maneiras diferentes:

- **Curável:** A lepra é uma doença infecciosa mas o risco de desenvolver a doença é baixo. Pode ser curada com medicamentos que estão amplamente disponíveis e são gratuitos.
- Os **sinais precoces** da lepra consistem em manchas cutâneas pálidas ou avermelhadas, com perda da sensibilidade; a sua detecção precoce com o tratamento apropriado ajuda a prevenir a incapacidade causada pela lepra.
- **Não há necessidade de se ter receio:** A doença pode ser tratada exactamente como qualquer outra doença; as pessoas afectadas não devem ser sujeitas a qualquer discriminação. As pessoas tratadas já não são contagiosas.
- **Apoio:** As pessoas afectadas necessitam do apoio e encorajamento da família e da comunidade, em primeiro lugar para tomarem a PQT e qualquer outro tratamento prescrito e, em segundo lugar, para serem capazes de viver uma vida o mais normal que for possível.

As actividades de promoção da saúde devem ser efectuadas para o público em geral, utilizando todos os meios disponíveis, incluindo:

- A comunicação oral, incluindo experiências partilhadas por antigos doentes
- Actividades escolares, incluindo jogos de pergunta-resposta e prémios pelas melhores dissertações
- Conferências para o público, anúncios, peças de teatro, espectáculos de marionetas
- Posters e folhetos (menos úteis nos casos em que a alfabetização é baixa)
- Média de massas, incluindo jornais e a rádio local
- TV, vídeo, DVD.

4. DIAGNÓSTICO

4.1 O que é um caso de lepra e quando é que se deve suspeitar de lepra?

Um caso de lepra é uma pessoa que apresenta sinais clínicos de lepra e que necessita de quimioterapia (PQT).

Deve suspeitar-se de lepra em pessoas com qualquer um dos seguintes sintomas ou sinais:

- manchas pálidas ou avermelhadas na pele (o sinal mais frequente da lepra)
- perda ou diminuição da sensibilidade na mancha da pele
- dormência ou formigueiros nas mãos e nos pés
- fraqueza das mãos, pés ou pálpebras
- dor ou sensação dolorosa a nível dos nervos
- tumefacção ou nódulos na face ou nos lóbulos das orelhas
- feridas ou queimaduras indolores nas mãos ou nos pés

Embora a maioria dos doentes com lepra tenham lesões cutâneas simples e fáceis de ver, os profissionais com experiência sabem que há uma grande variedade de lesões cutâneas causadas pela lepra. Algumas lesões cutâneas são muito difusas e difíceis de distinguir da pele normal: nestes casos os outros sintomas e sinais tornam-se importantes.

4.2 Como é diagnosticada a lepra?

É necessário um grau razoável de certeza antes de se estabelecer o diagnóstico de lepra. Um suspeito não deve ser registado como um caso porque o diagnóstico de lepra tem consequências sociais adversas.

A lepra é diagnosticada através da detecção de pelo menos um dos seguintes sinais cardinais:

1. Perda definitiva da sensibilidade numa mancha cutânea pálida (hipopigmentada) ou avermelhada.
2. Um nervo periférico espessado ou engrossado com perda da sensibilidade e/ou fraqueza dos músculos inervados por esse nervo.
3. A presença de bacilos ácido-resistentes num esfregaço de pele cortada.

A **perda definitiva da sensibilidade** numa lesão da pele pode ser detectada tocando suavemente na pele (como por exemplo um bocado de algodão); pede-se à pessoa para fechar os olhos, em seguida toca-se na pele em diferentes locais e pede-se à pessoa para apontar para cada local que é tocado; se a pessoa não conseguir sentir nada nos locais onde a mancha de pele foi tocada, mas aponta para outros locais onde a pele é normal, confirma-se o diagnóstico de lepra.

O **exame dos nervos** constitui uma parte importante do exame de uma pessoa afectada por lepra mas exige experiência e deve ser efectuado apenas por pessoal com a formação específica para o fazer.

O **exame do esfregaço cutâneo** exige um laboratório devidamente equipado com pessoal formado para executar este teste. Devem estar disponíveis serviços da lepra para a realização de esfregaços cutâneos em unidades seleccionadas (tais como as que já fazem os esfregaços de expectoração para o diagnóstico da TB). Na maior parte dos doentes, o esfregaço cutâneo não é essencial para o diagnóstico da lepra, mas em casos de lepra MB precoce pode ser o único sinal conclusivo da doença. A maioria das pessoas com lepra tem um esfregaço negativo.

Nível periférico

Examine:

- toda a pele num local bem iluminado para identificar todas as manchas da pele
- registe o número de manchas
- efectue o teste para detectar a perda de sensibilidade nas manchas cutâneas
- avalie o grau de incapacidade (secção 4.6)

Se existir uma perda definitiva de sensibilidade numa lesão da pele, faça o diagnóstico de lepra, conte o número de lesões para verificar a classificação (secção 4.3) e inicie imediatamente o tratamento da pessoa com PQT (secção 5.1). Se não houver perda de sensação, não inicie o tratamento, mas encaminhe a pessoa para exames adicionais.

Nível de encaminhamento

1. Examine toda a pele num local bem iluminado. Identifique todas as manchas da pele. Registe o número de manchas. Registe se existem nódulos na face ou orelhas, zonas com placas ou infiltração da pele.

2. Efectue o teste para detectar a perda de sensibilidade nas manchas cutâneas como se indicou acima. **A perda definitiva de sensibilidade numa mancha cutânea é diagnóstico de lepra.**
3. Examine os nervos para verificar se estão mais espessos e efectue os testes para detectar a perda de sensibilidade e a fraqueza muscular: estes só podem ser efectuados por pessoal formado para o fazer.

Os nervos que frequentemente ficam mais espessos são:

- O **ramo auricular do plexo cervical superficial**, na parte lateral do pescoço por baixo da orelha, está por vezes visivelmente espessado: palpe-o cuidadosamente para se certificar que é o nervo (sólido) e não uma das veias do pescoço (cheias de líquido).
- O **nervo cubital** no cotovelo, o **ramo cutâneo do nervo radial** e o **nervo mediano** no pulso, o **nervo poplíteo externo** no joelho e o **nervo tibial posterior** no tornozelo devem ser palpados suavemente para verificar o seu espessamento. Esta é uma capacidade prática que deve ser aprendida e praticada numa sessão de formação.

O espessamento claro de nervos, com perda de sensibilidade ou fraqueza muscular, é diagnóstico de lepra, mas requer experiência para o exame ser efectuado correctamente.

Realização dos testes para detectar a perda sensorial e a fraqueza muscular nas mãos e pés:

- Consulte a secção 4.6 para todos os aspectos da avaliação da função dos nervos.
4. Se possível, organize um teste por esfregaço cutâneo, especialmente se existirem lesões nodulares ou se maior parte da pele estiver infiltrada com lesões muito pouco distintas e se houver uma perda óbvia da sensibilidade. Estas características são muito sugestivas de doença multibacilar, na qual o esfregaço cutâneo é muitas vezes positivo, mas em que alguns dos outros sinais, como perda da sensibilidade, podem não estar presentes.

Um esfregaço cutâneo positivo num indivíduo não tratado é diagnóstico de lepra.

4.3 Como e porque é que são classificados os casos de lepra?

A lepra é uma doença muito variável, que afecta pessoas diferentes de maneiras diferentes, em função da sua resposta imunitária. Aqueles que se encontram num dos extremos do espectro, com um nível de imunidade elevado, abrigam um pequeno número de bacilos e são designados por doentes paucibacilares ou **PB**. Aqueles que têm muitos bacilos no organismo são referidos como casos multibacilares ou **MB**. Os doentes MB necessitam de um tratamento mais intensivo do que os doentes PB, necessitando de três em vez de dois medicamentos antilepróticos tomados durante um período mais prolongado. Nos programas de rotina, a **classificação** constitui, portanto, uma medida prática que divide os doentes em dois grupos de tratamento.

Actualmente, utiliza-se uma regra clínica simples para dividir os doentes nestes dois grupos. Conta-se o número de lesões cutâneas individuais (isto significa que todo o corpo deve ser examinado, incluindo as regiões mais íntimas, para se fazer uma contagem exacta):

os casos **PB** têm no total até cinco lesões cutâneas.

os casos **MB** têm seis ou mais lesões cutâneas.

Se for efectuado o esfregaço cutâneo e este for positivo, o doente deve ser classificado como **MB** qualquer que seja o número de lesões cutâneas. Se o esfregaço for negativo, a classificação é decidida pelo número de lesões. Outros factores, como o envolvimento de nervos, podem ser considerados no nível de encaminhamento para classificar a doença.

O risco de lesão nervosa é maior em doentes MB. Portanto, a classificação é útil para avaliação do risco futuro (secção 6.1) e para orientação relativamente aos cuidados a prestar aos doentes.

4.4 O que se deve fazer quando existe a suspeita de lepra mas existem dúvidas em relação ao diagnóstico?

Geralmente, os casos mais difíceis de diagnosticar são pessoas com uma ou duas manchas pálidas, sem perda de sensibilidade ou sem outros sinais de lepra. Nestes casos há três opções:

- encaminhamento: informe-se para onde deve encaminhar os casos que são difíceis de diagnosticar; discuta os casos com colegas que tenham mais experiência no tratamento da lepra (secção 2).
- considerar a possibilidade de outra doença da pele e tratar da maneira apropriada
- aguardar 3 a 6 meses e tornar a examinar as lesões cutâneas; se realmente for lepra, a perda de sensibilidade pode agora ser detectada e iniciada a PQT.

Se não houver perda de sensibilidade nas lesões cutâneas e os nervos não estiverem espessados mas existirem sinais suspeitos, tais como nódulos ou inchaços da face ou dos lóbulos das orelhas ou infiltração da pele, é importante tentar obter um **esfregaço de pele** para exame. Nestas circunstâncias, um esfregaço cutâneo positivo confirma o diagnóstico de lepra, enquanto que, na prática, um resultado negativo (na ausência de outros sinais cardinais) deverá excluir a lepra. Neste caso, deve considerar-se um diagnóstico alternativo.

Em casos PB (nos quais um esfregaço cutâneo será negativo), a perda de sensibilidade é quase sempre detectada. Em casos MB, a sensação normal pode ainda estar presente numa certa percentagem de casos, no entanto estes doentes têm muitas vezes um ou mais nervos espessados e um esfregaço cutâneo positivo. Os sinais de envolvimento de nervos (nervos espessados ou sinais de lesão nervosa, tais como dormência, formigueiro ou fraqueza que afectam as mãos ou os pés) podem ocorrer ocasionalmente sem quaisquer lesões cutâneas óbvias. Nestes casos, conhecidos por lepra nervosa, a doença só pode ser diagnosticada por alguém com experiência na avaliação do envolvimento nervoso na lepra.

4.5 Como se pode garantir a exactidão do diagnóstico da lepra?

Na maioria dos casos, o diagnóstico da lepra é simples; estes casos devem ser diagnosticados em clínicas situadas o mais perto possível do domicílio dos doentes e o tratamento com PQT deve ser iniciado imediatamente ou pelo menos em alguns dias.

Em alguns casos, o diagnóstico da lepra é mais difícil. Como se mencionou acima (secção 4.4), os casos mais difíceis são casos PB num estadio precoce com uma ou duas manchas pálidas na pele; outro grupo difícil (especialmente se não estiverem

disponíveis esfregaços cutâneos) corresponde ao grupo de casos MB num estadio precoce com manchas cutâneas muito pouco precisas e sem perda de sensibilidade.

As medidas seguintes ajudam a garantir a exactidão do diagnóstico da lepra:

- 1) adesão aos critérios de definição de casos (secção 4.2)
- 2) uma boa formação dos profissionais de saúde no diagnóstico da lepra (secção 9.4)
- 3) supervisão regular e eficaz com formação no trabalho (*on-the-job*) (secção 9.1)
- 4) directrizes claras sobre o encaminhamento de casos suspeitos, quando o diagnóstico é duvidoso (secção 2)
- 5) disponibilidade de materiais didácticos e de referência adequados (secção 10.1).

A qualidade do diagnóstico deve ser monitorizada como parte de uma supervisão técnica regular. No caso de haver indicações de um número considerável de diagnósticos precipitados, pode ser conduzido um exercício de validação numa amostra representativa de casos (secção 8.3) para se compreender a extensão do problema.

4.6 Como é que é avaliada e registada a incapacidade na lepra?

Incapacidade é um termo geral que abrange qualquer grau de insuficiência, limitação de actividade ou restrição de participação que afecta uma pessoa.

Classificação da incapacidade na lepra

Deve atribuir-se a todos os novos casos de lepra um Grau de Incapacidade que indique o estado do doente na altura do diagnóstico. O grau é de 0, 1 ou 2. É dado a cada olho, a cada mão e a cada pé o seu próprio grau, de modo que a pessoa tem na realidade seis graus, sendo utilizado o grau mais elevado atribuído como Grau de Incapacidade desse doente.

O **Grau 0** significa que **não** foi detectada **incapacidade**.

O **Grau 1** significa que foi observada **perda de sensibilidade** na mão ou pé (aos olhos não é atribuído um grau de 1). A perda de sensibilidade na mão ou pé significa que um dos troncos principais de um nervo periférico foi lesado pela lepra, o que é

mais frequente numa fase mais evoluída da doença do que na altura do diagnóstico. Não se deve confundir com a perda de sensibilidade numa mancha da pele, que é causada pela lesão local dos pequenos nervos da pele e não dos principais troncos nervosos periféricos.

As pessoas com perda de sensibilidade (incapacidade de grau 1) das plantas dos pés, mas sem outra anomalia, estão em risco significativo de desenvolverem úlceras plantares. As pessoas com incapacidade de grau 1, que usam normalmente sapatos apropriados, estão protegidas da ulceração e têm muito menos problemas a longo prazo com os seus pés. Portanto, a medição e o registo da incapacidade de grau 1 é uma medida essencial para a prevenção de lesões dos pés de pessoas afectadas por lepra, sendo por conseguinte um componente chave dos serviços de qualidade da lepra.

O **Grau 2** significa que é observada uma **lesão ou incapacidade visível**.

Em relação aos olhos, inclui a incapacidade de fechar o olho completamente ou uma vermelhidão evidente do olho (na lepra, esta é habitualmente causada por uma úlcera da córnea ou por uveíte); a insuficiência visual ou a cegueira também dão uma incapacidade de grau 2.

No caso das mãos e dos pés, a lesão visível inclui feridas e úlceras assim como a deformidade devida à fraqueza muscular, tais como pé pendente ou mão em garra. A perda de tecido, como seja a perda ou a reabsorção parcial dos dedos das mãos ou dos pés, é um sinal tardio de lepra, mas implica também uma incapacidade de grau 2 para aquela mão ou aquele pé.

Nível periférico

- a) Verifique a incapacidade de grau 1 perguntando ao doente se tem ou não sensibilidade nas mãos e nos pés
- b) Pesquise para detectar sinais de incapacidade visível (grau 2):
 - Feridas ou úlceras nas mãos ou nos pés
 - Vermelhidão acentuada do olho
 - Fraqueza muscular que causa:

Encerramento incompleto do olho

Uma mão em garra

Um pé pendente

- ✓ Perda de tecido, falta ou encurtamento dos dedos da mão ou do pé

Todos os doentes que apresentem os sinais acima mencionados devem ser encaminhados para um centro de encaminhamento no qual são prestados os serviços de PI. A incapacidade visível deve ser registada antes do encaminhamento.

Nível de encaminhamento

Examine cuidadosamente para detectar todas as incapacidades, registando os resultados completos na Ficha Médica do Doente para futura referência:

Olhos

- verifique a Acuidade Visual de cada olho separadamente, utilizando um quadro de Snellen; se não houver um quadro, peça à pessoa para contar dedos a uma distância de 6 metros; se a pessoa não conseguir ler a linha superior do quadro ou não conseguir contar dedos a uma distância de 6 metros, tem uma insuficiência visual e uma incapacidade de grau 2 naquele olho.
- verifique se existe uma incapacidade de fechar um ou os dois olhos (lagofthalmia) e examine para determinar a força normal de encerramento do olho
- verifique se existe vermelhidão do olho

Sensibilidade nas mãos e nos pés

Verifique a sensibilidade nas palmas das mãos e nas plantas dos pés utilizando uma caneta esferográfica:

- Explique o teste ao doente
- Peça-lhe para fechar ou tapar os olhos
- Toque muito suavemente na pele com a caneta esferográfica
- Peça ao doente para apontar para o local onde tocou
- Teste um mínimo de quatro pontos em cada mão e em cada pé
- Registe todas as zonas onde a caneta não foi sentida

Note bem: Na palma da mão, o lado do dedo mindinho é inervado pelo **nervo cubital**. A parte da mão com o polegar, indicador e dedo médio é inervada pelo **nervo mediano**. A planta do pé é inervada pelo **nervo tibial posterior**.

Verifique se existe fraqueza muscular

Os três músculos principais são testados como se segue:

1. elevação do polegar (testa o nervo mediano)
 - peça à pessoa para estender a mão com a palma virada para cima
 - apoie a mão dela na sua mão
 - peça-lhes para apontar para o nariz com o polegar
 - teste a força do polegar para se manter nesta posição
2. dedo mindinho para fora (testa o nervo cubital)
 - peça à pessoa para estender a mão com a palma virada para cima
 - apoie a mão dela na sua mão
 - peça-lhe que mova o dedo mindinho para o exterior
 - teste a força do dedo mindinho para se manter nesta posição
3. elevação do pé (testa o nervo poplíteo)
 - peça à pessoa para se sentar
 - apoie a perna da pessoa na sua mão
 - peça-lhe que aponte o pé para cima na direcção do tecto
 - teste a força do pé para se manter nesta posição

A força muscular é registada como “Strong” (Forte) representada pela letra S, “Weak” (Fraca) representada pela letra W ou “Paralisado” representado pela letra P: “Strong” (S) significa que o músculo que está a ser testado tem a força normal “Weak” (W) significa que o músculo pode mover-se mas é nitidamente fraco, e “Paralisado” (P) significa que o músculo não se consegue mover.

4.7 Quais são as mensagens chave para uma pessoa que foi recentemente diagnosticada com lepra?

Quando uma pessoa é recentemente diagnosticada com lepra, deve ser ajudada e aconselhada para que a doença possa ser tratada da melhor maneira possível. É importante que a pessoa saiba:

- ✓ que deve levar uma vida normal
- ✓ onde pode obter esclarecimentos sobre quaisquer dúvidas que tenha relacionadas com a lepra
- ✓ que a lepra é causada por um germe e que é uma doença curável:
 - o tratamento tem uma duração de 6 ou de 12 meses

- os efeitos secundários frequentes incluem urina vermelha e escurecimento da pele
 - os comprimidos devem ser tomados todos os dias em casa
 - é necessária uma nova carteira “blister” todos os 28 dias
- que as consultas e o tratamento são gratuitos:
 - explique à pessoa a frequência das visitas que será uma vez por mês ou menos
- que a lepra deixa de ser infecciosa assim que o tratamento é iniciado:
 - os contactos mais próximos podem desenvolver lepra, portanto, a pessoa com lepra deve trazê-los para que sejam examinados na visita seguinte
- que as manchas cutâneas demoram tempo a desaparecer
- que podem ocorrer reacções causadas pela lepra que podem ser tratadas:
 - as manchas podem subitamente voltar a ficar vermelhas e inchadas
 - pode ter dor ou dormência nos membros
 - pode sentir fraqueza das mãos ou dos pés
 - pode ter problemas oculares: perda de visão, dor ou vermelhidão
- pode manifestar-se em qualquer momento nova incapacidade mas pode ser tratada
- uma incapacidade já existente pode melhorar ou não com o tratamento
- que, quando ocorrem problemas, o doente pode ser tratado localmente ou pode ter de ser encaminhado para outra clínica para receber cuidados especializados
- que terá de aprender diferentes competências para prevenir e tratar a incapacidade

5 TRATAMENTO

5.1 O que é a PQT e que medidas se devem tomar quando se inicia o tratamento?

A **poliquimioterapia (PQT)** é uma associação de medicamentos que é muito segura e eficaz para tratar a lepra e prevenir a emergência de resistência aos medicamentos; em circunstância alguma, deverá a lepra ser tratada apenas com um único medicamento. A PQT é distribuída gratuitamente a todos os que têm necessidade dela. Os medicamentos são todos tomados por via oral. A PQT é fornecida em embalagens “blister” práticas de usar, que abrangem quatro semanas de tratamento (nestas directrizes um período de quatro semanas é referido por “mês”). Existem diferentes embalagens com os mesmos medicamentos para

crianças, mas em doses mais baixas. A PQT é inócua para mulheres e para os seus bebés durante a gravidez e a amamentação. A PQT pode ser dada a doentes VIH positivos, aos que estão em tratamento antiretroviral e a doentes submetidos a tratamento para a tuberculose (TB). Se um doente com lepra estiver a ser tratado para a TB, o regime de PQT deve omitir a rifampicina se o regime contra a TB contiver rifampicina.

Os doentes **PB** necessitam de dois medicamentos durante seis meses. Os doentes **MB** necessitam de três medicamentos durante 12 meses. Consulte a secção 5.2 quanto às informações sobre os medicamentos e posologias. Devem ser feitos todos os esforços para assegurar a regularidade, de modo a que os casos PB completem o seu tratamento em seis meses e os casos MB em 12 meses.

Vários grupos de pessoas necessitam de PQT; estes grupos são registados como **Novo** ou como **Outro**:

- **Novos Casos:** pessoas com sinais de lepra que nunca receberam tratamento antes
- **Os outros casos** incluem:
 - Os *casos de recidivas* recebem exactamente o mesmo tratamento que os novos casos (PB ou MB); (secção 5.5)
 - As pessoas que *voltam depois de terem abandonado o tratamento* recebem exactamente o mesmo tratamento que os novos casos (PB ou MB; secção 5.4)
 - Os casos que foram *transferidos*: estas pessoas devem apresentar-se com um registo do tratamento que receberam até à data. Precisam apenas do tratamento suficiente para concluírem o ciclo corrente.
 - Pessoas com uma *mudança na classificação* de PB para MB necessitam de um ciclo completo de tratamento para MB.

Note bem: Nenhum dos “Outros Casos” deve ser registado como “Novo Caso”.

Quando se estabelece que um doente tem de ser tratado com PQT, devem ser efectuados os seguintes passos:

- Preencher uma Ficha Médica do Doente e o Registo de Tratamento da Lepra (secção 8.4)
- Determinar que tipo de PQT é necessário: PB ou MB (secção 4.3)
- Determinar qual o nível de dose necessário: adulto ou criança (secção 5.2)

- Aconselhar a pessoa (e os pais se for uma criança) para a informar:
 - da necessidade de tratamento regular
 - da possibilidade de complicações da lepra que podem necessitar de outro tratamento
 - de que a clínica está sempre pronta a vê-los se tiverem quaisquer problemas
- Dar a primeira dose do tratamento e explicar como devem tomar o tratamento em casa.

Desde que a acessibilidade não constitua um problema, os medicamentos dados uma vez por mês devem ser supervisionados, por outras palavras, o profissional de saúde deve certificar-se de que os medicamentos foram efectivamente tomados. Os outros medicamentos são tomados em casa. A supervisão das doses é organizada da maneira mais prática devendo o doente comparecer na clínica todos os meses. Esta visita mensal também é útil para monitorizar a regularidade do tratamento e identificar complicações (como nevrite, reacções, etc.) numa fase precoce. A supervisão da dose diária é importante para garantir a regularidade do tratamento, a cura eventual e a prevenção de uma recidiva.

5.2 [Quais são os medicamentos que estão incluídos na PQT e quais são as doses para adultos e para crianças?](#)

O tratamento de PQT é fornecido em embalagens “blister”, contendo cada embalagem um tratamento para quatro semanas. Existem embalagens “blister” específicas para a lepra multibacilar (MB) e para a lepra paucibacilar (PB) assim como para adultos e crianças.

O regime padrão de tratamento para adultos na lepra MB é:

Rifampicina:	600 mg uma vez por mês
Clofazimina:	300 mg uma vez por mês e 50 mg diariamente
Dapsona:	100 mg diariamente
<i>Duração:</i>	12 meses (12 embalagens “blister”)

O regime padrão de tratamento para adultos na lepra PB é:

Rifampicina:	600 mg uma vez por mês
Dapsona:	100 mg diariamente
<i>Duração:</i>	seis meses (seis embalagens “blister”)

O regime padrão de tratamento para crianças (idades 10 – 14 anos) na lepra MB é:

Rifampicina:	450 mg uma vez por mês
--------------	------------------------

Clofazimina: 150 mg uma vez por mês e 50 mg em dias alternados

Dapsona: 50 mg diariamente

Duração: 12 meses (12 embalagens “blister”)

O regime padrão de tratamento para crianças (idades 10 – 14 anos) na lepra PB é:

Rifampicina: 450 mg uma vez por mês

Dapsona: 50 mg diariamente

Duração: seis meses (seis embalagens “blister”)

A dose apropriada para crianças com menos de 10 anos pode ser decidida com base no peso corporal. [Rifampicina: 10 mg por quilograma do peso corporal, Clofazimina: 1 mg por quilograma do peso corporal por dia e 6 mg por quilograma todos os meses, Dapsona: 2 mg por quilograma do peso corporal diariamente. A embalagem “blister” normal para crianças pode ser dividida de modo a que seja dada a uma criança com menos de 10 anos a dose apropriada. A clofazimina pode ser administrada em intervalos conforme necessário.]

Em casos raros, pode considerar-se aconselhável tratar um doente com um índice bacilar (IB) elevado durante mais de 12 meses. Esta decisão pode ser tomada por especialistas nos centros de encaminhamento após consideração cuidadosa dos dados clínicos e bacteriológicos.

5.3 [O que se deve fazer quando uma pessoa não comparece regularmente para o tratamento?](#)

Devem ser feitos todos os esforços para persuadir os doentes recentemente diagnosticados a completarem o tratamento de acordo com o prescrito (secção 5.1); explicar que devem comparecer regularmente na clínica e, no caso de haver qualquer dificuldade, organizar maneiras através das quais é mais fácil para o doente comparecer.

Há vários motivos pelos quais uma pessoa pode não comparecer regularmente para tratamento:

- Má acessibilidade da clínica (pode ser muito longe de casa, a viagem ser difícil ou as horas de trabalho da clínica não serem convenientes)
- Dificuldade em pedir dispensa do trabalho ou trabalho nómada/migrante
- Falta de compreensão da doença e da importância de um tratamento regular

- Estigma, muitas vezes alimentado por atitudes negativas e receio no seio da comunidade
- Más relações com o profissional de saúde

A partir do momento em que uma pessoa falta a uma consulta para a PQT, devem ser tomadas medidas para se saber porque é que o doente não compareceu e, se necessário, lembrar o doente da importância de fazer o tratamento regularmente e de concluir todo o ciclo de PQT. Caso se verifique que isto não é suficiente, deve organizar-se uma visita ao domicílio por um agente comunitário local para procurar saber porque é que o doente deixou de ir à clínica e, se necessário, motivá-lo para prosseguir o tratamento. Esta visita ao domicílio deve ser efectuada de preferência no período de um mês após a primeira data de visita não atendida.

Se a pessoa tiver dificuldade em ir à clínica, pode receber várias embalagens “blister” de uma vez só para que as visitas à clínica sejam menos frequentes. É aconselhável nestes casos envolver outra pessoa responsável para supervisionar o tratamento (um voluntário comunitário, um familiar ou um vizinho), para ajudar o doente a continuar o tratamento correctamente em casa (chamada PQT acompanhada ou PQT-A). O aconselhamento e as informações são essenciais para mostrar a importância da regularidade da toma dos medicamentos. Também devem ser aconselhados a informar a clínica no caso de qualquer problema.

5.4 O que é um caso de abandono e o que deve ser feito em relação às pessoas que voltam à clínica depois de abandonarem o tratamento?

Embora devam ser feitos todos os esforços para assegurar que os doentes PB concluem o seu tratamento em seis meses e os doentes MB em 12 meses, os seis meses de tratamento da lepra PB devem ser completados num período **máximo** de 9 meses. Analogamente, os 12 meses de tratamento para a lepra MB têm de ser completados num **máximo** de 18 meses.

Um caso de abandono corresponde a um indivíduo que não completa o tratamento no intervalo de tempo máximo permitido. Portanto, sempre que um doente PB não tomou mais de três meses de tratamento ou um doente MB mais de seis meses de tratamento, é impossível que consigam terminar o tratamento no tempo máximo permitido e devem ser considerados como um caso de abandono do

tratamento e este facto deve ser indicado no Registo de Tratamento da Lepra sob “Resultado do Tratamento”.

Se um doente se apresentar novamente na clínica depois de abandonar o tratamento, examine-o da mesma maneira que examinaria um novo doente e tome nota das suas observações.

Se o doente que voltou era previamente um caso PB:

- Conte o número de manchas para confirmar a classificação original (secção 4.3)
- Se agora a classificação for MB (mais do que cinco lesões), registe o doente como um “caso que voltou após abandono” e não como um novo caso e trate-o com um ciclo completo de PQT-MB (12 meses).
- Se a classificação permanecer PB, registe o doente como um “caso que voltou após abandono” e não como um novo caso e dê-lhe um ciclo completo de PQT-PB.
- Se houver sinais de uma reacção (secção 5.8), trate da maneira apropriada.

Se o doente que voltou era previamente um caso MB:

- Registe o doente como um “caso que voltou após abandono” e não como um novo caso ou uma recidiva (uma recidiva só pode ocorrer após conclusão de um primeiro ciclo de PQT completo).
- Trate com um ciclo completo de PQT-MB durante 12 meses.
- Lembre-se de que uma reacção pode simular um retorno da doença (secções 5.8 e 5.9).

Todos os casos de abandono, principalmente aqueles que não seguem o tratamento com regularidade, abandonando-o várias vezes apesar dos esforços do pessoal de saúde, podem ser encaminhados para uma pessoa com mais experiência que possa decidir se é necessário tratamento adicional e, neste caso, qual a posologia.

5.5 O que é uma recidiva? Como é reconhecida e tratada?

A **recidiva** é definida como a recorrência da doença em qualquer altura após a conclusão de um ciclo completo de tratamento. A recidiva é indicada pelo aparecimento de novas lesões cutâneas e, no caso de uma recidiva MB, pela evidência num esfregaço cutâneo de um aumento do IB em duas ou mais unidades.

É difícil ter-se a certeza de que ocorreu uma recidiva, dado que podem ocorrer novas lesões nas reacções da lepra (secção 5.8) e, em muitos programas, não existem resultados dos esfregaços cutâneos.

A PQT é um tratamento muito eficaz da lepra. Se tiver sido tomado correctamente um ciclo completo de PQT, a recidiva é geralmente rara, embora seja importante continuar a vigilância. Os doentes que iniciam tratamento com um IB elevado têm uma maior probabilidade de sofrer mais tarde uma recidiva; a maior parte das recidivas ocorre muito depois de o tratamento ter sido administrado, algumas vezes, mais de 10 anos depois. Felizmente, a utilização de uma associação de medicamentos preveniu o desenvolvimento de resistência aos medicamentos na lepra, portanto os casos de recidiva podem ser tratados eficazmente com o mesmo regime medicamentoso, a PQT.

As recidivas PB são difíceis de distinguir das reacções de inversão (secção 5.9). Se houver sinais de lesão nervosa recente é muito provável que seja uma reacção. A característica distintiva mais útil é o período que decorreu desde a pessoa ser tratada: se for inferior a três anos é mais provável que seja uma reacção, mas se for superior a três anos, a recidiva é a mais provável. Uma reacção pode ser tratada com esteróides, enquanto que estes não terão grande efeito numa recidiva. Portanto, a utilização de esteróides como “ensaio terapêutico” pode ajudar a esclarecer o diagnóstico.

As recidivas MB devem ser investigadas efectuando esfregaços cutâneos e histopatologia, se for possível.

Nível periférico

Todos os casos suspeitos de recidiva devem ser encaminhados para investigação adicional num centro de encaminhamento.

Nível de encaminhamento

Suspeita de recidiva PB: Nunca se pode ter uma certeza absoluta de um diagnóstico de recidiva PB. Deve efectuar-se sempre que for possível um esfregaço cutâneo para garantir que não se está a classificar erradamente um caso MB como sendo um caso PB. A evidência de uma recidiva ou de uma reacção deve ser ponderada

devendo tomar-se uma decisão. No caso de se decidir tratar uma pessoa como uma recidiva PB, ela terá de receber um ciclo normal de seis meses de PQT-PB.

Recidiva MB: os critérios para o diagnóstico de uma recidiva são a presença de novas lesões cutâneas e de um aumento do Índice Bacilar em duas ou mais unidades.

5.6 A resistência aos medicamentos é um problema?

A resistência aos medicamentos é um problema potencial quando o tratamento foi irregular. Apesar da resistência à dapsona ter sido um problema grave no passado quando a lepra era tratada apenas com dapsona, não foi comunicada uma resistência ao medicamento clinicamente significativa com a PQT. A incapacidade de responder ao tratamento, especialmente ao tratamento de uma recidiva, pode conduzir à suspeita de resistência medicamentosa. Devido à gravidade do desenvolvimento de resistência medicamentosa, qualquer caso suspeito deve ser meticulosamente investigado num centro de encaminhamento.

5.7 Quais são as complicações que ocorrem na lepra e como são tratadas?

As complicações da lepra podem ser classificadas nas seguintes categorias:

- Reacções leprosas (secção 5.8)
- Efeitos das lesões nervosas (secção 6.2)
- Efeitos adversos da PQT
- Complicações da doença avançada
- Problemas psicossociais

Efeitos adversos da PQT

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

Problemas de menor importância	Medicamento	Tratamento
Urina vermelha	Rifampicina	Tranquilizar
Descoloração castanha da pele	Clofazimina	Aconselhamento
Perturbações gastrointestinais	Os três	Dar os medicamentos com alimentos

Anemia	Dapsona	Dar ferro e ácido fólico
--------	---------	--------------------------

Problemas mais graves	Medicamento	Tratamento
Erupção cutânea pruriginosa	Dapsona	Parar a dapsona e encaminhar
Alergia, urticária	Dapsona ou Rifampicina	Para os dois e encaminhar
Icterícia	Rifampicina	Parar a rifampicina e encaminhar
Choque, púrpura, insuficiência renal	Rifampicina	Parar a rifampicina e encaminhar

Existem outros medicamentos que podem ser utilizados no caso de se ter de parar a administração de um ou mais dos medicamentos padrão, mas as reacções adversas medicamentosas graves são problemas complexos e devem ser tratadas por um especialista.

Complicações da doença avançada

A maior parte das complicações tardias podem ser facilmente prevenidas pela PQT e, portanto, são raramente observadas nos dias de hoje; no entanto, é importante encaminhar doentes com complicações invulgares.

Problemas oculares

A lepra pode causar cegueira devido a lesão da córnea ou devido a lesão das estruturas internas do olho. Encaminhe para um especialista todos os doentes que tenham *diminuição da visão* ou tenham um *olho vermelho ou doloroso*.

Deformidade facial e outras deformidades

O nariz afundado, a perda de sobrancelhas e a chamada “face leonina”, que costumavam ser uma característica da lepra MB não tratada, constituem problemas cosméticos que conduzem a estigma e discriminação graves. Felizmente, nos dias de hoje estas deformidades são raras. A cirurgia plástica é necessária para corrigir estas lesões.

Afecções médicas internas

A lepra crónica não tratada (felizmente já não é observada) e as reacções de ENL crónicas (ainda uma complicação grave numa pequena proporção de doentes) podem causar complicações médicas internas. Estes doentes necessitam de encaminhamento para os especialistas apropriados.

Problemas psicossociais

Os problemas psicossociais estão relacionados com crenças e preconceitos generalizados que dizem respeito à lepra e às suas causas subjacentes e não apenas ao problema da incapacidade. As pessoas com lepra desenvolvem muitas vezes uma auto-estigmatização, têm pouca auto-estima e sofrem de depressão devido à rejeição e hostilidade de familiares e de membros da comunidade. Estas atitudes negativas também se encontram entre o pessoal dos serviços de saúde, incluindo os médicos. Estas atitudes constituem um problema que tem de ser abordado com toda a urgência. As pessoas com problemas psicossociais podem ter de ser encaminhadas para aconselhamento ou qualquer outro tipo de ajuda.

5.8 O que são reacções da lepra? Como é que se suspeita de uma reacção e como são tratadas?

Os problemas a longo prazo relacionados com a lepra (deformidade e incapacidade que resultam em estigma e sofrimento para o doente e a sua família) resultam de lesões causadas pelas reacções da lepra. A detecção precoce e o tratamento eficaz das reacções são portanto muito importantes. A assistência durante um período mais prolongado a pessoas com lesão dos nervos é abrangida nas secções 6 e 7.

Uma reacção leprosa consiste no aparecimento súbito de sintomas e sinais de inflamação nas lesões cutâneas de uma pessoa com lepra. Observa-se vermelhidão e tumefacção e por vezes existe uma sensação dolorosa nas lesões cutâneas. Podem aparecer novas lesões cutâneas. Também pode ocorrer tumefacção, dor e sensação dolorosa nos nervos, muitas vezes acompanhadas por perda da função; por vezes ocorre perda da função nervosa sem outros sinais de inflamação o que a torna muito menos óbvia, a chamada “nevrite silenciosa”.

A perda de função recente (ou seja nos últimos seis meses) de um ou mais nervos periféricos é a razão principal para a prescrição de esteróides na lepra. A

monitorização da função nervosa numa base regular utilizando a lista de exames da secção 4.6 permite que lesões novas de nervos sejam detectadas a tempo e tratadas.

Nível periférico

Pode suspeitar-se de reacções que requerem tratamento com esteróides quando os doentes têm sintomas sugestivos de nova lesão nervosa, tais como dormência ou fraqueza muscular nas mãos ou nos pés; devendo ser encaminhados para uma unidade especializada onde podem ser monitorizados e tratados com eficácia.

Os sinais seguintes também indicam que uma reacção é grave e que o doente deve ser encaminhado:

- Nódulos únicos ou múltiplos, vermelhos e dolorosos na pele com ou sem ulceração.
- Dor ou sensação dolorosa num ou mais nervos com ou sem perda da função nervosa.
- Nevrite silenciosa, insuficiência da função de nervos sem inflamação da pele.
- Uma mancha cutânea vermelha e inchada na face ou suprajacente a outro tronco nervoso principal.
- Uma lesão cutânea que ulcera ou que é acompanhada por febre alta
- Edema marcado das mãos, pés ou face
- Dor e/ou vermelhidão dos olhos, com ou sem perda da acuidade visual
- Tumefacção dolorosa das articulações com febre

Reacções que não apresentem estes sinais de gravidade e que se limitam a lesões cutâneas com uma inflamação ligeira podem ser tratadas sintomaticamente com aspirina.

Nível de encaminhamento

Os doentes MB com lesões nervosas presentes na altura do diagnóstico estão em alto risco de lesão adicional (secção 6.1) e devem ser examinados com regularidade. Monitorize a função nervosa todos os meses (ou pelo menos de três em três meses) utilizando a lista de controlo da secção 4.6. Uma deterioração recente da função nervosa (cujo aparecimento ocorreu nos últimos seis meses) é o sinal mais importante de uma reacção que exige tratamento com esteróides.

Existem dois tipos de reacção: reacção de inversão (ou Tipo 1) e o Eritema Nodoso Leproso (ENL ou Tipo 2). Estes dois tipos podem ocorrer antes do início do tratamento, durante o tratamento ou após a conclusão do tratamento. Podem dividir-se em ligeiros ou graves: apenas as reacções graves são tratadas com corticosteróides. É pouco provável que os doentes apenas com uma lesão cutânea tenham reacções, mas a maior parte dos outros doentes têm um certo risco de ter uma reacção de inversão; apenas um grupo muito mais pequeno de doentes MB com uma carga elevada de bacilos estão em risco de desenvolver uma reacção de ENL.

A distinção entre os dois grupos de reacção geralmente não é difícil: numa reacção de inversão, as lesões cutâneas da lepra propriamente dita ficam inflamadas, vermelhas e inchadas; numa reacção de ENL, aparecem sob a pele novos nódulos inflamados e vermelhos (com um diâmetro de cerca de 1 – 2 cm) sob a pele dos membros ou do tronco, enquanto que as manchas cutâneas originais da lepra permanecem sem alterações. Além disso, as reacções de ENL causam uma sensação geral de febre e mal-estar, enquanto que as reacções de inversão causam menos perturbações sistémicas.

Sinais de uma reacção de inversão grave

Se ocorrer qualquer um dos seguintes sinais, a reacção deve ser tratada como grave:

- Perda da função nervosa, isto é, perda da sensibilidade ou fraqueza muscular
- Dor ou sensação dolorosa num ou mais nervos
- Nevrite silenciosa
- Uma mancha cutânea vermelha e inchada na face ou suprajacente a outro tronco nervoso principal.
- Uma lesão cutânea em qualquer local que ulcera
- Edema marcado das mãos, pés ou face

As reacções de inversão graves devem ser tratadas com um ciclo de esteróides, geralmente com uma duração de 3 – 6 meses. **Os esteróides devem ser prescritos por uma pessoa com a formação apropriada na utilização destes medicamentos.** Existem vários efeitos secundários importantes associados aos esteróides, devendo portanto efectuar-se a avaliação cuidadosa dos doentes que tenham necessidade deles.

Sinais de uma reacção de ENL grave

Se ocorrer qualquer um dos seguintes sinais, a reacção deve ser tratada como grave:

- Dor ou sensação dolorosa num ou mais nervos com ou sem perda da função nervosa.
- Ulceração dos nódulos de ENL
- Dor e/ou vermelhidão dos olhos, com ou sem perda da acuidade visual
- Tumefacção dos testículos (orquite) ou dos dedos (dactilite)
- Artrite ou linfadenite acentuada

As reacções de ENL constituem problemas médicos complexos que exigem o tratamento cuidadoso por médicos experientes. Utilizam-se com frequência ciclos curtos de esteróides, embora existam outros medicamentos que também são úteis.

5.9 Como se faz a distinção entre uma recidiva e uma reacção na lepra?

Diversos critérios podem ajudar a fazer a distinção entre uma recidiva e uma reacção:

Crítérios	Recidiva	Reacção
Tempo decorrido desde a conclusão do tratamento	Mais de 3 anos	Menos de 3 anos
Evolução dos sinais e sintomas	Lenta	Rápida
Local das lesões cutâneas	Em novos locais	Sobre manchas antigas
Dor, sensação dolorosa ou tumefacção	Nenhuma	Sim, pele e nervos
Lesão	Ocorre lentamente	Início súbito
Estado geral	Não afectado	Inflamação

Nível periférico

Encaminhar estes doentes para avaliação por um especialista

Nível de encaminhamento

A avaliação de um doente que já tenha sido tratado para lepra deve ser efectuada como se segue:

- Obtenha a história completa do problema actual, incluindo:
 - ✓ A duração do tratamento anterior e o início dos novos sintomas
 - ✓ As novas lesões apareceram rapidamente ou durante um período prolongado?
 - ✓ Qual é a relação com as manchas cutâneas antigas?
 - ✓ Há dor, sensação dolorosa ou tumefacção?
 - ✓ Houve perda de função em qualquer nervo?
- Efectue um exame completo da pele e da função nervosa a fim de identificar quaisquer sinais de uma reacção recente.
- Organize um teste de esfregaço cutâneo; uma recidiva MB está associada a um aumento da carga bacilar. Obviamente, se não tiver sido efectuada anteriormente um esfregaço é impossível identificar um aumento; neste caso, a presença de bacilos com coloração sólida no esfregaço apoia o diagnóstico de uma recidiva.
- Se não for possível chegar a uma conclusão firme após todas estas investigações, deve considerar-se um ensaio com esteróides; uma reacção começa a desaparecer ao fim de 10-14 dias, enquanto que uma recidiva não é afectada por este tipo de tratamento.

5.10 Quais são as mensagens chave para uma pessoa que está a terminar o tratamento com sucesso?

A maioria dos doentes nesta situação não terá mais problemas. Contudo, depois de serem felicitados por terem completado o tratamento, é necessário chamar-lhes a atenção para possíveis complicações:

- A recorrência da doença (recidiva) é rara, mas se suspeitam que a doença voltou, devem apresentar-se para serem examinados. No caso de recorrência da lepra, esta pode ser novamente tratada.
- Podem ocorrer reacções, mesmo depois de o tratamento ter sido concluído com sucesso. No caso de se manifestarem sintomas anormais (incluindo fraqueza, dormência ou dor nos membros ou perda de visão ou outros problemas oculares), a

pessoa deve voltar para exame e tratamento; isto é especialmente importante para os doentes MB.

- Se estiver já presente um certo grau de incapacidade, certifique-se de que a pessoa sabe o que tem de fazer em casa para controlar o problema (secções 6.3, 6.4 e 6.5). Organize marcações para um seguimento ou encaminhamento que possa ser necessário.

6. PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE E AUTO-SUFICIÊNCIA

6.1 Alguns doentes estão em maior risco de lesão nervosa do que outros?

Quanto maior for o atraso entre o aparecimento dos primeiros sintomas de lepra e o início do tratamento, tanto maior é a probabilidade de ocorrência de lesões nervosas. Por esta razão, devem ser feitos todos os esforços para informar o público de que o diagnóstico precoce e o tratamento da lepra previnem a ocorrência de complicações a longo prazo.

É importante saber que a lesão significativa de nervos também ocorre *durante a PQT e depois* de o doente ter concluído o ciclo completo de PQT; o risco diminui regularmente durante os três anos seguintes. Os casos MB com função nervosa alterada na altura do diagnóstico estão em risco muito mais elevado de lesão nervosa do que os outros doentes e, portanto, devem ser monitorizados com mais frequência (secção 5.8).

6.2 Quais são os efeitos a longo prazo da lesão nervosa na lepra?

Uma lesão nervosa recente (presente durante um período inferior a seis meses) pode geralmente ser revertida com esteróides. Mas, em muitos casos, não se pode esperar que haja recuperação ulterior se a lesão ocorreu muito tempo antes. Estas pessoas têm de aprender a minimizar os efeitos adversos e como podem prevenir o agravamento da lesão.

As pessoas que têm lepra têm de fazer face a cinco problemas físicos frequentes que afectam a sua vida quotidiana, tendo muitas delas de enfrentar mais do que um:

1. Problemas com o encerramento dos olhos:

A falta de força muscular para fechar o olho significa que a córnea está constantemente em risco de exposição. A lesão resultante desta exposição

causa ulceração da córnea. Estas úlceras cicatrizam, mas as úlceras cicatrizadas interferem com a visão causando eventualmente cegueira. O objectivo das intervenções de PI é a conservação da visão.

2. Perda de sensibilidade na mão

A dormência é geralmente acompanhada por perda de sudação e, portanto, por extrema secura da pele. O conjunto das duas leva a ferimentos repetidos, à formação de gretas na pele e à ulceração. Estas, por sua vez, levam à infecção crónica, rigidez e perda de tecido, fazendo com que a mão fique cada vez mais incapacitada. As intervenções de PI visam a manter a pele em bom estado e a evitar ferimentos, se necessário ajustando as actividades de rotina.

3. Fraqueza e deformidade da mão

A fraqueza muscular é uma incapacidade por si só, mas com o decorrer do tempo, leva muitas à formação de contracturas e a deformidades fixas. As actividades de PI ajudam a conservar a força e a prevenir contracturas e deformidade.

4. Perda de sensibilidade e ulceração do pé

Os mesmos problemas de secura, ferimentos repetidos (especialmente resultantes da marcha), formação de gretas e ulceração ocorrem no pé insensível. As complicações tardias incluem infecção crónica (osteomielite) que, em alguns casos, exige de amputação. As intervenções de PI têm como alvo o estado da pele e calçado apropriado para prevenir ferimentos. Também podem ser aconselhadas alterações nas actividades de rotina.

5. Fraqueza e deformidade do pé

A fraqueza muscular que afecta os dedos dos pés é muito frequente, mas geralmente não afecta o andar. Um pé pendente causa problemas na marcha.

6.3 O que se pode fazer por pessoas com uma incapacidade de longa duração causada pela lepra?

Há três campos em cujo âmbito se podem descrever intervenções úteis:

Auto-suficiência no domicílio (ver também secção 6.4):

- Estas são actividades efectuadas pela pessoa em casa

- Consegue-se uma auto-suficiência bem sucedida quando a pessoa se encarrega totalmente dos seus próprios cuidados
- Os pensos diários das feridas podem ser feitos em casa, usando materiais locais

Intervenções simples organizadas na clínica local

- A clínica pode ajudar com algumas actividades simples de PI

Serviços de encaminhamento para actividades mais complexas

- Algumas intervenções exigem a contribuição de especialistas.

A) Actividades para prevenir a incapacidade que podem ser efectuadas pela pessoa em casa

- Problemas com o encerramento dos olhos:
 - Inspeccionar o olho todos os dias num espelho para ver se há vermelhidão
 - Aprender a piscar os olhos com frequência para manter os olhos húmidos e exercitar as pálpebras
 - Usar um chapéu ou óculos para impedir que entre poeira nos olhos
 - Usar um lençol ou uma rede mosquiteira para cobrir a cabeça durante a noite
- Problemas com a mão:
 - Inspeção diária para detectar sinais de ferimentos
 - A perda de sensibilidade está associada a secura da pele, portanto a mão insensível deve ser mergulhada em água durante cerca de 30 minutos todos os dias, para manter a elasticidade da pele. Usar uma pedra áspera para esfregar calosidades, depois usar óleo ou vaselina para impedir que a pele seque
 - Usar um pano limpo para cobrir feridas abertas
 - No caso de fraqueza muscular na mão, a distensão passiva e exercícios activos ajudam a prevenir contracturas e podem produzir um certo aumento da força
- Problemas com o pé:
 - Inspeção diária para detectar sinais de ferimentos
 - Mergulhar em água e pôr óleo nos pés, como para as mãos; usar uma pedra áspera para esfregar calosidades
 - Andar o menos possível; andar lentamente e parar frequentemente para descansar

- Se existirem úlceras, o repouso é essencial:
“Todas as úlceras simples cicatrizam se lhes for dado suficiente repouso; nenhuma úlcera cicatriza sem o repouso suficiente.”
- Usar um pano limpo para cobrir feridas abertas
- No caso de um pé pendente, a distensão passiva ajuda a prevenir uma contractura do tendão de Aquiles

B) Actividades que podem ser efectuadas na clínica periférica

Os profissionais gerais de saúde não podem aprender todas estas intervenções como rotina. Quando têm um doente com alguns problemas de incapacidade, podem no entanto organizar uma visita para verem essa pessoa juntamente com o supervisor para que possam ser discutidas as intervenções específicas relevantes para essa pessoa (secção 9.1). As incapacidades associadas à lepra são problemas a longo prazo e os profissionais de saúde devem individualmente aprender como tratar os problemas específicos observados nos seus doentes.

Devem prestar todo o auxílio que essa pessoa possa necessitar para efectuar as tarefas acima mencionadas de auto-suficiência no domicílio.

- Problemas com o encerramento dos olhos:
 - Fornecer um colírio de soro fisiológico para ser utilizado se os olhos estiverem muito secos
 - Tratar a conjuntivite com antibióticos e uma compressa ocular
 - Encaminhar os problemas oculares mais graves para uma clínica de oftalmologia
- Problemas com a mão:
 - Rever, aconselhar e encaminhar se necessário
- Problemas com o pé:
 - Organizar o calçado apropriado (secção 6.5)
 - Rever, aconselhar e encaminhar se necessário

C) Intervenções que podem geralmente ser efectuadas num centro de encaminhamento

- Problemas com os olhos:
 - Todos os problemas oculares agudos devem ser tratados numa clínica oftalmológica

- A cirurgia correctiva pode ser útil em casos graves de lagofthalmia
- Recordar que a catarata é a causa mais frequente de cegueira em pessoas idosas, quer tenham ou não tenham lepra; a lepra não impede a cirurgia de rotina de cataratas
- Problemas com a mão:
 - Ajudar a pessoa a adaptar ferramentas para evitar ferimentos nas mãos insensíveis
 - Remover calosidades espessas e aparar as úlceras com a lâmina de um bisturi
 - No caso de fraqueza ou de uma contractura fazer uma tala para usar à noite
 - Uma infecção invasiva (a mão está quente, vermelha e inchada) é uma urgência e deve ser encaminhada para tratamento intensivo com antibióticos e cirurgia
 - Pode ser apropriada cirurgia em alguns casos de fraqueza ou de mão em garra desde que exista mobilidade das articulações
- Problemas com o pé:
 - Remover calosidades espessas e aparar as úlceras com a lâmina de um bisturi
 - As úlceras crónicas podem ser ajudadas por ortótese ou por cirurgia
 - Para um pé pendente faça um dispositivo de mola para manter o pé na posição correcta durante a marcha
 - Uma infecção invasiva (o pé está quente, vermelho e inchado) é uma urgência e deve ser encaminhada para tratamento intensivo com antibióticos e cirurgia
 - Cirurgia do pé pendente

6.4 Como é que se pode encorajar as pessoas a serem auto-suficientes em casa?

Há muitas maneiras de minimizar as complicações através de uma boa auto-suficiência no domicílio, com se indicou anteriormente. As pessoas têm de ser informadas claramente sobre as acções que podem efectuar em casa que são apropriadas para a sua situação específica.

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

- Os familiares podem ajudar e encorajar a pessoa a fazer o que é necessário numa base regular
- Outras pessoas afectadas pela lepra podem mostrar como têm sido capazes de olhar por elas próprias em casa.

Em algumas comunidades criaram-se grupos de auto-suficiência. Várias pessoas com necessidades de auto-suficiência reúnem-se regularmente para discutir a sua praticabilidade. Estes grupos podem muitas vezes dar um apoio surpreendente e serem capazes de motivar imenso os seus membros.

6.5 Qual é o valor do calçado especial para pessoas afectadas pela lepra?

A perda de sensibilidade da planta do pé e a ulceração são muito frequentes em pessoas afectadas pela lepra, portanto o uso de calçado apropriado é muito importante para prevenir a incapacidade.

A melhor solução é que as pessoas usem sapatos localmente disponíveis e aceitáveis sob o ponto de vista social sempre que os usem nos pés ou andem. Não é útil usar sapatos só para ocasiões especiais.

A maioria das pessoas não necessita de calçado feito especialmente para elas, os sapatos certos que se encontram no mercado podem ser igualmente eficazes. Sapatos de desporto ou de corrida são com frequência muito apropriados; como alternativa, sandálias ou sapatos com uma sola firme e uma palmilha macia podem ser utilizados. Devem ajustar-se de forma confortável; as fitas de velcro são mais fáceis de usar do que outros tipos de fecho e as correias para os calcanhares são necessárias para as sandálias.

7. REABILITAÇÃO

7.1 O que é a reabilitação?

As Normas Padrão das Nações Unidas para a Igualdade de Oportunidades de Pessoas com Incapacidades definem "reabilitação" da maneira seguinte: *“A reabilitação inclui todas as medidas dirigidas a diminuir o impacto da incapacidade sobre um indivíduo, permitindo que se torne independente, integre socialmente, tenha uma melhor qualidade de vida e se auto-actualize.”*

7.2 Como é que a reabilitação ajuda uma pessoa afectada pela lepra?

A lepra pode causar problemas físicos, funcionais, sociais e/ou económicos. A reabilitação física inclui a fisioterapia e a terapêutica ocupacional, serviços de ortótese e de prótese, dispositivos de assistência e protecção e, por vezes, cirurgia correctiva. A reabilitação social e económica tem com objectivo a integração social, oportunidades iguais e progresso económico. São dados exemplos na tabela seguinte, na secção 7.3.

É necessária uma abordagem abrangente da reabilitação para maximizar o benefício do indivíduo, da família e da sociedade em geral. Considerando a disponibilidade limitada de serviços institucionais especializados, a Organização Mundial de Saúde introduziu uma estratégia chamada "Reabilitação baseada na Comunidade" (RBC). A RBC é definida como "uma estratégia no âmbito do desenvolvimento comunitário geral para a reabilitação, igualdade de oportunidades e inclusão social de todas as pessoas com incapacidades" [ref. *Joint Position Paper on CBR 2004* (Documento de Posição Conjunta sobre a RBC de 2004)]. A abordagem da RBC dá ênfase à participação da comunidade e à capacitação dos indivíduos envolvidos. A pobreza foi identificada como um problema de raiz que causa e agrava a incapacidade. A abordagem da pobreza é portanto uma parte essencial da reabilitação.

Embora as actividades de reabilitação mais básicas possam ser efectuadas na comunidade da pessoa, muitas pessoas com incapacidades têm de ser encaminhadas temporariamente para serviços especializados. É necessária a cooperação íntima entre os serviços especializados e os programas de RBC. A integração em rede dos serviços existentes deve ser promovida activamente. A RBC é um trabalho de equipa e exige a participação dos clientes, das suas famílias e das comunidades no processo de reabilitação. As organizações de pessoas

incapacitadas necessitam de ser envolvidas activamente no planeamento e gestão dos serviços de reabilitação.

As pessoas afectadas pela lepra, que necessitam de reabilitação, devem ter acesso a quaisquer serviços de reabilitação (geral) existentes. Analogamente, nos locais onde estão disponíveis serviços de reabilitação específica da lepra, deve ser dado o acesso a pessoas com outras incapacidades. Assim a integração é facilitada, ajuda a quebrar o estigma e promove a sustentabilidade dos serviços de reabilitação.

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

Nível periférico

O pessoal de saúde pode não ter o tempo ou competência para estar envolvido em actividades de reabilitação. Contudo, têm de ser capazes de identificar os problemas físicos, funcionais e socioeconómicos resultantes das incapacidades, de saber quais são os serviços disponíveis para reabilitação e como encaminhar as pessoas para poderem utilizar esses serviços. Os profissionais de saúde podem ter necessidade de desempenhar o papel de defensores de uma causa para garantir que as pessoas afectadas pela lepra têm acesso aos serviços de cuidados de saúde, incluindo instalações de reabilitação da mesma maneira que as outras pessoas.

Nível de encaminhamento

Seguem-se alguns exemplos de intervenções que podem estar disponíveis.

Problemas	Intervenções de reabilitação
Anatómicos:	
Deformidade da mão	Cirurgia reconstrutiva e fisioterapia
Pé pendente	Ortótese do tornozelo-pé, cirurgia reconstrutiva
Amputação	Prótese
Psicológicos:	
Depressão	Aconselhamento
Funcionais:	
Limitação dos movimentos delicados da mão	Terapêutica ocupacional
Limitações da mobilidade	Muletas ou cadeiras de rodas
Participação social:	

Estigma na família	Aconselhamento
Exclusão de funções comunitárias	Educação e defesa
Criança com incapacidade	Promoção inclusive da educação
Económicos:	
Perda de emprego	Formação vocacional e/ou orientação profissional
Pobreza	Pequenos créditos para trabalho independente

8. REGISTO, NOTIFICAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

8.1 Quais são os principais indicadores para monitorizar o progresso e como são utilizados?

Os seguintes são os principais indicadores utilizados para monitorizar as tendências epidemiológicas da lepra:

- O número de novos casos detectados numa dada região todos os anos
- A proporção de doentes que concluem o tratamento a tempo como substituto da taxa de cura
- Prevalência registada (nos países que ainda têm de atingir o objectivo da eliminação da lepra)

O número de novos casos indica a extensão da lepra numa determinada região. Ajuda a calcular a quantidade de PQT que será necessário dispensar para aquela região no ano seguinte. Dados os procedimentos consistentes para detecção de casos, os valores relativos a um período de vários anos demonstram se há um aumento ou uma diminuição dos números, podendo indicar se as actividades dirigidas para controlo da doença são eficazes. Se a população da região for conhecida, é possível calcular a taxa de detecção de casos (o número de novos casos por 100.000 pessoas) que depois pode ser comparada com a de outras regiões.

A proporção de novos doentes que concluem o tratamento a tempo é uma indicação da qualidade dos serviços prestados aos doentes com lepra pelos serviços de saúde. A informação necessária para calcular este indicador pode ser recolhida do sistema de notificação de rotina de todas as instalações de saúde ou de uma amostra representativa de instalações de saúde como parte da supervisão. A taxa é calculada separadamente para doentes com lepra PB ou com lepra MB, sendo conhecida como “análise de coortes”. Uma coorte é basicamente um grupo de doentes em que todos iniciaram o tratamento com o mesmo lote e geralmente no mesmo ano.

O cálculo da taxa de conclusão é o seguinte:

1. A data do relatório será normalmente no início de um novo de ano de relatórios e o relatório anual referir-se-á ao ano que terminou (Ano A). No que respeita a estatística da conclusão, a coorte PB pertencerá ao ano A-1 e a coorte MB pertencerá ao ano A-2.
2. Identifique todos os doentes PB que são novos casos no registo (secções 5.1 e 8.4) e que começaram a PQT no ano A-1. Registe este número.
3. Conte o número de doentes desta coorte que concluiu o tratamento 9 meses depois do registo.
4. A taxa de conclusão do tratamento de PB é calculada da seguinte maneira:
$$\frac{\text{Número de novos casos PB que concluíram a PQT}}{\text{Número de novos casos PB que iniciaram a PQT}} \times 100$$
5. Identifique todos os doentes MB que são novos casos no registo (secções 5.1 e 8.4) e que começaram a PQT no ano A-2. Registe este número.
6. Conte o número de doentes desta coorte que concluiu o tratamento 18 meses depois do registo.
7. A taxa de conclusão do tratamento de MB é calculada da seguinte maneira:
$$\frac{\text{Número de novos casos MB que concluíram a PQT}}{\text{Número de novos casos MB que iniciaram a PQT}} \times 100$$
8. Note que cada coorte inclui todos os novos casos que iniciaram o tratamento durante o ano, incluindo os que abandonaram o tratamento ou que morreram antes de iniciarem o tratamento.

Por exemplo, o relatório relativo ao ano A = 2010 incluirá a estatística da conclusão dos casos PB registados no ano 2009 (Ano A-1) e dos casos MB registados no ano 2008 (Ano A-2).

8.2 Quais são os outros indicadores utilizados para monitorizar a detecção de casos?

Podem utilizar-se adicionalmente os seguintes indicadores suplementares para a detecção de casos. A informação utilizada para calcular estes indicadores é normalmente recolhida por rotina, mas em alguns países com um grande número de casos, pode ser recolhida de uma **amostra** representativa de casos.

Proporção de novos casos que se apresentam com incapacidade de grau 2 (secção 4.6)

Como a incapacidade e a deformidade ocorrem tardiamente na doença, a proporção de novos casos com incapacidades dá uma indicação aproximada da precocidade, em média, com que os casos de lepra se apresentam para diagnóstico.

Proporção de casos infantis (com menos de 15 anos) entre os novos casos

Se a transmissão da lepra está a diminuir numa região, é de esperar que a proporção de crianças afectadas diminua. A monitorização deste indicador durante vários anos pode mostrar uma tendência. Também é necessária para reabastecer correctamente o *stock* com doses infantis de PQT.

Proporção de casos multibacilares entre os novos casos (secção 4.3)

A proporção de casos MB constituiu uma orientação útil relativa à proporção de casos em risco de complicações e é necessária para reabastecer correctamente o *stock* de PQT.

Proporção de doentes do sexo feminino entre os novos casos

Muitos programas diagnosticam com mais frequência a lepra em homens do que em mulheres, mas existe a preocupação de que, em algumas situações, as mulheres podem ter menos acesso aos cuidados de saúde. Assim é frequente observar-se uma razão de 2 homens para 1 mulher. Se a razão for mais elevada, devem tomar-se medidas para assegurar que as mulheres têm o acesso adequado aos serviços de diagnóstico.

8.3 Quais são os indicadores utilizados para o tratamento e seguimento dos doentes?

Os seguintes indicadores da qualidade de cuidados e do tratamento dos doentes podem ser recolhidos normalmente com base numa amostra representativa, como parte de um processo de supervisão integrada.

A proporção de novos casos correctamente diagnosticados (secção 4.5)

A exactidão do diagnóstico deve ser avaliada através de uma supervisão técnica regular. Se houver qualquer sugestão de um número considerável de

diagnósticos feitos de forma precipitada, deve rever-se uma amostra de novos casos num período de três meses após ter sido feito o diagnóstico. A proporção de novos casos incluídos na revisão dependerá do número total de casos e dos recursos disponíveis (pessoal e verbas) para a revisão. Esta revisão identificará regiões com problemas nas quais são necessárias formação e supervisão suplementares, mas não obstará de maneira alguma ao tratamento.

A proporção de pessoas que abandonaram o tratamento (secção 5.4)

Esta só exige análise se a taxa de conclusão for baixa. A proporção de doentes que abandonam o tratamento e daqueles que são transferidos é calculada exactamente da mesma maneira que a taxa de cura (secções 8.1 e 8.4). Se uma transferência for o motivo principal para a não conclusão do tratamento, a situação tem de ser investigada para verificar se os doentes que foram transferidos estão realmente a continuar o tratamento numa nova clínica ou se de facto pararam simplesmente de fazer o tratamento.

O número de recidivas notificado durante o ano (secção 5.5)

Os casos de recidiva ocorrem esporadicamente e, geralmente, não fazem parte de uma coorte definida; portanto, estes números são difíceis de analisar. Se forem notificados números elevados numa região específica, devem ser efectuadas mais investigações.

A proporção de doentes que desenvolvem uma incapacidade nova ou uma incapacidade adicional durante a PQT (secção 4.6)

Os métodos possíveis para calcular este indicador são apresentados a seguir: Este indicador é uma medida da qualidade do programa de detecção e tratamento de novas lesões nervosas. Há duas maneiras pelas quais a informação pode ser coligida na clínica a fim de calcular este indicador, a classificação OMP (olho-mão-pé) e o Formulário de Resumo de Deficiências (FRD). Os dois sistemas de classificação também podem ser utilizados após a conclusão do tratamento para monitorizar as actividades de PI.

1. A **classificação OMP** é calculada a partir de dados que já são registados por rotina. É a soma de todos os graus de incapacidade individual relativa aos dois Olhos, às duas Mãos e aos dois Pés. Como o grau de incapacidade pode ser classificado de 0, 1 ou 2, segue-se que a classificação OMP varia entre 0 e 12. Uma classificação de 12 indica uma incapacidade de grau 2 para os dois olhos, as duas mãos e os dois pés.

Demonstrou-se que a classificação OMP é mais sensível a alterações com o decorrer do tempo do que o Grau de Incapacidade propriamente dito. A maneira mais simples de utilizar a classificação OMP para medir o desenvolvimento de uma incapacidade nova ou de uma incapacidade adicional durante a PQT, é calcular a classificação na altura do diagnóstico (este exame já foi efectuado na avaliação inicial do Grau de Incapacidade) e depois repetir o exame na altura em que o tratamento é concluído. As duas classificações podem ser comparadas nesta altura. Quando a taxa de cura é calculada para um grupo, a proporção na qual a classificação OMP aumentou pode ser calculada na mesma altura; um aumento na classificação indica uma incapacidade nova ou adicional.

2. O **Formulário de Resumo de Deficiências (FRD)** pode ser utilizado para monitorizar deficiências e incapacidades em doentes e para calcular a proporção de doentes que desenvolvem uma incapacidade nova ou adicional durante a PQT. O FRD contém mais informações sobre as deficiências e incapacidades de cada doente individual. Se for utilizado de forma eficaz, permite manter uma qualidade de cuidados mais elevada. O FRD é descrito com mais detalhe no *ILEP Learning Guide Four: How to prevent disability in leprosy* (Guia de Aprendizagem n.º 4 da ILEP: Como prevenir a incapacidade na lepra).

8.4 Quais são os registos utilizados nas clínicas que tratam a lepra?

A informação sobre novos doentes com lepra é necessária por duas razões:

- As informações sobre o indivíduo são registadas na **Ficha Médica do Doente**; durante os meses e anos seguintes, qualquer profissional de saúde que trate aquela pessoa pode ler a sua história clínica, o que é muito importante quando se considera o tratamento de um novo problema. Uma ficha médica bem feita é essencial para cuidados de saúde de qualidade. As notas registadas não necessitam de ser muito detalhadas, podem ser bastante simples mas devem ser precisas e claras para que possam ser úteis para outros profissionais de saúde que as leiam.
- Os dados sobre novos doentes com lepra são introduzidos no **Registo de Tratamento da Lepra** que é essencial para o planeamento, cálculo de indicadores essenciais e monitorização

Utilize a **Ficha Médica do Doente** para registar as seguintes informações básicas de cada doente:

INFORMAÇÕES MÍNIMAS QUE DEVEM SER REGISTADAS NA FICHA MÉDICA DO DOENTE		
	Na altura do diagnóstico	Durante o seguimento e no fim do tratamento (ADT)
Nome	✓	
Idade.	✓	
Sexo	✓	
Morada	✓	
Estado do doente (novo, de volta após abandono, transferência, recidiva)	✓	
Duração dos sintomas	✓	
Número de lesões cutâneas com perda da sensibilidade	✓	
* Nervos mais espessos	✓	
Classificação	✓	
Olho (E/D): grau de incapacidade (0, 1, 2)	✓	✓
Mão (E/D): grau de incapacidade (0, 1, 2)	✓	✓
Pé (E/D): grau de incapacidade (0, 1, 2)	✓	✓
* esfregaço cutâneo (se disponível)	✓	
* Sinais suspeitos de uma reacção?	✓	✓
Data de início da PQT	✓	
Data de conclusão da PQT ou outra evolução do tratamento (abandono, morte, transferência, alteração da classificação)		✓
* Estes elementos devem ser omitidos nas unidades periféricas		
Pode utilizar-se um diagrama do corpo para mostrar onde ocorrem as lesões		

Note que as clínicas que recebem esporadicamente doentes com lepra podem não necessitar de um Registo de Tratamento da Lepra; o tratamento pode ser registado na Ficha Médica do Doente. No caso de não haver Fichas Médicas, pode utilizar-se uma folha de papel não impressa. Contudo, é essencial qualquer tipo de registo para

que se possam dispensar bons cuidados ao doente e efectuar a supervisão e a monitorização eficazes.

O **Registo de Tratamento da Lepra** deve incluir uma lista de todos os doentes medicados com PQT numa clínica em particular.

- Escreva no Registo de Tratamento da Lepra o nome de todos os doentes que iniciam a PQT.
- Indique que tratamento iniciam (PB ou MB) e a dose (adulto ou criança)
- Indique o tipo de doente (Novo ou Outro: secção 5.1)
- Indique o Grau de Incapacidade (secção 4.6)
- Indique a data de início do tratamento
- Introduza a data da visita sempre que uma pessoa se apresenta para a PQT e a quantidade de tratamento dispensado (esta indica a data prevista para a visita seguinte da pessoa).

No Registo deve constar cada visita de cada doente medicado com PQT. Deve ser fácil de ver com base no registo quando um doente está atrasado para uma consulta. Por outras palavras, quando um doente acaba a PQT que tinha em casa. Examine todos os meses o registo para verificar quais os doentes, se algum, que não compareceram no último mês para receber a sua PQT. Lembre-se de tomar nota se tiver sido dispensado mais do que um mês de tratamento. Devem ser feitos todos os esforços para ajudar os doentes a fazerem o tratamento regularmente.

Quando um doente recebe a última dose de PQT (a sexta dose de PQT-PB ou a décima segunda dose de PQT-MB), marque-o como “Tratamento concluído” e feche a entrada desse doente no Registo de Tratamento. Informe-os de que estão curados após terminarem esta última dose e insista na importância de voltarem se ocorrerem quaisquer complicações ulteriores. Os outros resultados do tratamento que podem ser registados incluem: “Transferido” (= um doente que iniciou o tratamento e que foi transferido para outra unidade que efectuará a notificação ulterior, desconhecendo-se a evolução do tratamento na altura da avaliação dos resultados do tratamento), “Abandonou” (secção 5.4) e “Morreu” (= um doente que morreu por qualquer motivo durante o curso de PQT).

A análise de coortes (secção 8.1) é efectuada utilizando o **Registo de Tratamento da Lepra**.

Alguns países preferem conservar um Registo Principal a nível distrital com todas as informações dos doentes que estão a ser tratados no distrito (estas incluem, além dos detalhes pessoais, nome, morada, sexo, classificação e estado de incapacidade e evolução do tratamento). Este tipo de registo é geralmente mantido por um supervisor distrital que compila os relatórios a partir deste registo.

9. QUESTÕES ORGANIZACIONAIS PARA OS GESTORES DE PROGRAMAS

9.1 Como é que se deve organizar a supervisão técnica?

A supervisão é uma maneira de assegurar a competência e eficácia do pessoal através da observação, discussão, apoio e formação no trabalho. O seu objectivo é garantir:

- que existem as competências técnicas necessárias para as actividades de controlo da lepra;
- que todos os obstáculos que o profissional de saúde periférico pode ter de enfrentar são identificados e eliminados;
- que são efectuados planos para o trabalho futuro e um desempenho melhorado;
- que os profissionais de saúde são apoiados e motivados no seu trabalho e
- que é coligida e analisada as informações adicionais que não estão disponíveis no sistema de notificação de rotina.

A pessoa central da supervisão é um indivíduo designado colocado no primeiro nível de encaminhamento (geralmente com outras funções num enquadramento integrado) que visita clínicas individuais com regularidade; existem muitos títulos diferentes para esta pessoa, mas o elemento chave é uma ligação pessoal com o pessoal das clínicas periféricas onde a maioria dos doentes é vista. A formação de competências e de atitudes necessárias à supervisão é essencial para uma supervisão eficiente.

O supervisor deve estar ciente das suas obrigações e responsabilidades e também das obrigações e responsabilidades das pessoas que supervisiona.

Um dos aspectos mais importantes de uma visita de supervisão é o de ver e examinar os doentes com o pessoal da clínica. O supervisor também utilizará

métodos tais como, revisão de documentos (fichas médicas e registos), observação das competências e actividades e entrevistas com os profissionais de saúde.

De modo a efectuar a supervisão de maneira sistemática, o supervisor usa uma lista de verificações. Os elementos incluídos na lista de verificações estão indicados em “Serviços de qualidade da lepra”, na secção 1.5 e em “Seis princípios básicos para uma integração bem sucedida” na secção 2.1. Em alguns países, o supervisor a nível distrital conserva um registo distrital da lepra (secção 8.4) que é muito útil para monitorizar o desempenho do programa e a notificação.

Antes de cada visita, o supervisor deve rever a avaliação feita durante a última visita, para registar todos os aspectos que necessitam de maior atenção. Depois de cada visita, uma descrição das observações, positivas e negativas, com recomendações, deve ser incluída na informação dada ao pessoal supervisionado e ao seu superior directo.

9.2 Como é que os gestores de programas podem garantir o fácil acesso à PQT?

Podem fazê-lo através:

- da estimativa correcta da quantidade de medicamentos necessários e do seu pedido regular com base em dados epidemiológicos
- do fornecimento de PQT integrado no sistema geral de fornecimento de medicamentos
- de um sistema de monitorização da distribuição de medicamentos para garantir que as quantidades adequadas de medicamentos estão disponíveis a todos os níveis
- da disponibilidade de PQT dispensada gratuitamente a todos os doentes.

9.3 Como é que se podem desenvolver parcerias para melhoramento das actividades de controlo da lepra?

As parcerias desempenharam sempre um papel importante no controlo da lepra. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e as organizações não governamentais nacionais e internacionais (ONGs) asseguram uma função de apoio significativa na parceria com os governos nacionais. Entre as ONGs envolvidas, os membros da Federação de Associação contra a Lepra (ILEP), *The Nippon Foundation*, Novartis e o Banco Mundial têm desempenhado um papel importante.

Uma parceria pode ser definida como: “Relações interorganizacionais envolvendo actividades (para além do exigido por contratos e autoridades isoladas) cujo fim é o de atingir objectivos baseados em boas relações de trabalho”. Existem outras definições de parcerias mas geralmente incluem os seguintes temas comuns: empenhamento para com objectivos partilhados; mutualidade, igualdade e diálogo aberto; um sentido de confiança e respeito entre os parceiros, e obrigações e responsabilidade recíprocas. Uma parceria não significa que os parceiros devem estar de acordo em todos os aspectos, mas implica uma boa vontade de ambos os lados para “dar e receber” de modo a atingir um consenso. As parcerias serão mais eficazes quando os objectivos são expressos claramente e acordados por todos os parceiros, o papel desempenhado por cada parceiro é aprovado e reconhecido e as actividades e os problemas são amplamente discutidos e negociados.

O papel dos parceiros a curto e médio prazo concentra-se na consolidação da capacidade nacional para assegurar serviços da lepra de qualidade, para proporcionar aconselhamento técnico, para financiar actividades centrais, assegurar a dispensa gratuita dos medicamentos da PQT e logística, assim como uma defesa global. É importante que os parceiros envolvidos no controlo da lepra continuem a colaborar e a coordenar as suas actividades para aumentar a sua eficácia. O governo, especialmente o Ministério da Saúde (MS), é o proprietário do programa e deve coordenar o apoio de dadores nacionais e internacionais ao país. A coordenação eficaz de dadores é um requisito importante para uma implementação consistente e uniforme das actividades do programa em todo o país. Todos os parceiros devem saber como é que são utilizados os seus recursos e devem, portanto, ser envolvidos no processo de planeamento e avaliação. É necessário que o Ministério da Saúde e os seus parceiros, incluindo a OMS e os membros da ILEP, atinjam um consenso sobre a implementação da Estratégia, sobre o planeamento a longo prazo e sobre os planos anuais de acção e orçamentos. A organização de revisões conjuntas do programa pelo Ministério da Saúde e pelos seus parceiros constitui uma grande ajuda para se atingir este objectivo.

Além das ONGs e das organizações internacionais bilaterais e multilaterais, é necessário que outros departamentos governamentais além do Ministério da Saúde também estejam envolvidos na sustentação de serviços eficazes da lepra tais como educação, assistência social, finanças, comunicações e publicidade. É necessária uma grande colaboração e coordenação entre os vários departamentos, as ONGs e

os outros parceiros. A nível nacional, o Ministério da Saúde deve ser o principal responsável pela coordenação.

9.4 Que tipo de formação deve ser dada aos profissionais gerais de saúde?

A formação dos profissionais gerais de saúde deve permitir que eles:

- efectuem correctamente o diagnóstico e a classificação de um caso de lepra
- tratem um doente com lepra com o regime de PQT apropriado
- tratem ou encaminhem casos com complicações
- mantenham fichas simples dos doentes e um registo de tratamento e apresentem relatórios regularmente
- conservem *stocks* adequados de medicamentos para a PQT
- prestem a informação apropriada sobre a lepra aos doentes, membros da comunidade e decisores.
- reconheçam os doentes com necessidade de reabilitação e encaminhem-nos para os serviços apropriados

Num enquadramento integrado, é importante assegurar que esta formação é incluída no currículo base de todos os profissionais de saúde.

9.5 O que é a avaliação de programas e como é efectuada?

A avaliação é uma apreciação sistemática do desempenho de um programa após um período de implementação especificado. Compara os empreendimentos realizados com os resultados previstos que foram definidos no plano estratégico (plano anual ou plano a médio prazo durante 3, 5 ou mais anos). De modo a efectuar uma avaliação eficaz, é essencial que se tenha desenvolvido a nível nacional um plano como o acima mencionado e que este inclua indicadores bem definidos dos resultados.

A avaliação examinará principalmente a eficácia do programa, mas também verificará muitos dos outros aspectos da qualidade, incluindo eficiência, equidade, relevância, sustentabilidade, qualidade dos cuidados e impacto na população alvo. O objectivo da avaliação consiste em determinar se um programa em curso segue o bom caminho ou se necessita de ser ajustado e em fazer recomendações no que respeita à direcção futura do programa.

O nível nacional deve planear e organizar as missões de avaliação. Tem de definir os termos de referência e de escolher a equipa de avaliação. Os membros da equipa podem ser:

internos: o próprio pessoal do programa, que é directamente responsável pela sua implementação e gestão

externos: peritos exteriores ao programa (podem ser peritos nacionais ou internacionais)

mistos: avaliação conjunta por avaliadores internos e externos

Quando se planeia a missão de avaliação, deve considerar-se a nível nacional os interesses de todos os participantes, especialmente das pessoas afectadas pela lepra.

10. APÊNDICES

10.1 Leitura adicional

Muitos dos artigos mencionados nesta secção estão disponíveis gratuitamente no *site da web* da OMS: <http://www.who.int> ou no *site da web* da ILEP: <http://www.ilep.org.uk>.

OMS

The Global Strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities (Plan period: 2006 – 2010). WHO, 2005.

CBR: A strategy for rehabilitation, equalization of opportunity, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities. Joint Position Paper; Geneva, 2004.

The final push strategy to eliminate leprosy as a public health problem: questions and answers. Geneva, 2003.

The final push towards elimination of leprosy: strategic plan 2000-2005. Geneva, 2000.

Expert Committee on Leprosy, Seventh Report (Technical Report Series, No 874). Geneva, 1998.

Leprosy disabilities: magnitude of the problem. *Weekly Epidemiological Record*, 1995, **70**: 269-275.

ILA

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

ILEP

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

Outros:

van Hees C & Naafs B. Common skin diseases in Africa. 2001

Cross H. Wound care for people affected by leprosy. ALM 2003

10.2 Glossário

ADT:	Alta depois do tratamento; esta ocorre quando o tratamento com a PQT foi concluído com sucesso.
Caso de lepra:	Um caso de lepra é uma pessoa com sinais clínicos de lepra que necessita de quimioterapia (PQT).
Classificação OMP:	A soma dos graus de incapacidade de um indivíduo para cada olho, mão e pé.
Corticosteróides:	Um grupo de medicamentos conhecidos por serem capazes de suprimir a resposta inflamatória.
Deficiência:	Um problema numa função ou estrutura do corpo, como por exemplo um desvio ou perda significativa.
Deficiência da função nervosa ou perda de função num nervo:	A perda da função normal num nervo, que é demonstrada pela perda de sensibilidade (perda da sensação táctil ou dormência) na pele inervada pelo nervo e/ou fraqueza dos músculos inervados pelo nervo.
Incapacidade:	Incapacidade é um termo geral que abrange qualquer grau de deficiência, limitação de actividade ou restrição de participação que afecta uma pessoa.
Indicador:	Um aspecto mensurável de um programa que pode indicar o nível de desempenho e as alterações no desempenho.
FRD:	Formulário de Resumo de Deficiências

Dose mensal:	Faz-se referência frequentemente que a PQT é dada numa base “mensal”; de facto, as embalagens <i>blister</i> de PQT fornecem 28 dias ou 4 semanas de tratamento; Portanto, devem programar-se consultas de 4 em 4 semanas, e não rigorosamente numa base mensal.
Multibacilar (MB):	Um doente com lepra com seis ou mais manchas cutâneas.
Novo Caso:	Um caso de lepra que nunca foi previamente tratado com a quimioterapia contra a lepra.
Ortótese:	Palmilha do sapato conformada especialmente que é utilizada para corrigir uma anomalia do pé, incluindo uma tendência para ulceração.
Paucibacilar (PB):	Um doente com lepra com um máximo de cinco manchas cutâneas.
Pessoa que abandona o tratamento:	Um indivíduo que não conclui o tratamento no período de tempo máximo permitido.
PQT:	Poliquimioterapia
RBC:	Reabilitação baseada na comunidade.
Reacção:	O aparecimento súbito de sintomas e sinais de inflamação nas lesões cutâneas de uma pessoa com lepra.
Recidiva:	A recorrência da doença em qualquer altura após a conclusão de um ciclo completo de tratamento.
