



**THE INTERNATIONAL LEPROSY ASSOCIATION**  
(ASSOCIATION INTERNATIONALE CONTRE LA LÈPRE)  
(ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA LEPRO)

President  
Dr. Yo Yuasa

Secretary  
Dr. Pieter Feenstra

Treasurer  
Dr. Felton Ross

Editor  
Dr. Robert C. Hastings

**Relatório do Fórum Técnico da ILA**

**RESUMO**

**Paris, 25-28 Fevereiro de 2002**

INTRODUÇÃO

Um grande progresso foi obtido no controle da hanseníase, particularmente deste a adoção da poliquimioterapia (PQT) como tratamento padronizado. Entretanto, apesar da dramática redução do número de pacientes de hanseníase registrados para tratamento, o número de casos novos detectados em termos globais não tem demonstrado um declínio comparável. Além disto, outros problemas ainda requerem solução. Nos últimos anos, um número de novas políticas técnicas visando simplificar o diagnóstico e tratamento da hanseníase foram recomendadas para aplicação no campo. A implicação de algumas destas recomendações parecem requerer ulterior discussão sob a ótica de evidências baseadas em pesquisas. Com esta finalidade, a International Leprosy Association (ILA) organizou um Fórum Técnico, constituído por 16 expertos em hanseníase provenientes de 11 países, para revisar criticamente as questões estratégicas relacionadas ao controle da hanseníase e as principais recomendações técnicas que estão sendo utilizadas no campo.

MÉTODOS

Um comitê organizador apresentou um conjunto de questões referentes a importantes assuntos no campo da hanseníase. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica sistemática utilizando estas questões para definir parâmetros de busca em quatro bases bibliográficas da área da saúde, compreendendo a literatura de 1966 em diante, assim como utilizando bibliografia de artigos já identificados, literatura não indexada e contatando pesquisadores reconhecidos.

Cerca de 7.000 títulos e resumos foram lidos, dos quais mais de 800 trabalhos foram selecionados como relevantes. Os estudos críticos foram graduados em termos do poder de evidência, baseado numa

avaliação objetiva do delineamento e qualidade de cada estudo, e em um julgamento subjetivo da consistência, da relevância clínica e da validade externa do conjunto das evidências. O Fórum Técnico produziu recomendações baseadas em evidências para as atividades do controle da hanseníase (EB). Para aqueles assuntos considerados com falta de evidências, o Fórum apresentou recomendações baseadas na “melhor prática” (BP). Finalmente, o Fórum identificou aquelas áreas que requerem pesquisa adicional (R).

## CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

### *Situação global da hanseníase*

A prevalência real certamente difere significativamente dos dados disponíveis, os quais são baseados nos casos registrados para tratamento. Além disto, existem muitas pessoas vivendo com as conseqüências da hanseníase. Apesar da dramática redução do número de casos registrados, o número de casos novos detectados, em termos globais, não tem se reduzido. Além disto, não existe evidência de que, uma vez atingido um nível de prevalência pré definido, a hanseníase irá desaparecer naturalmente.

É muito provável que um significativo número de novos casos continuarão a ocorrer por muitos anos. Assim, é essencial garantir que as atividades de controle de hanseníase sejam sustentadas, mesmo em países ou áreas que tenha oficialmente alcançado a meta de eliminação (BP).

### *Diagnóstico e Classificação*

Aproximadamente 70% dos pacientes de hanseníase podem ser diagnosticados pela presença de lesão de pele com perda de sensibilidade, e esse sinal da hanseníase deve ser amplamente ensinado. Entretanto, 30% dos pacientes, incluindo muitos multibacilares (MB) não se apresentam com este sinal. Adicionalmente, o espessamento de um ou mais nervos é um sinal importante o qual deve ser complementado pela baciloscopia, caso esta última esteja disponível e apresente garantia de qualidade. Isto tem implicações sobre o treinamento: os agentes de saúde no nível periférico devem ser ensinados sobre como suspeitar casos de hanseníase por meio da familiaridade com a aparência típica das lesões de pele da hanseníase. Pacientes com lesões suspeitas que não apresentem anestesia devem ser referidos. Os agentes de saúde do primeiro nível de referência devem estar aptos a diagnosticar quase todos os casos de hanseníase entre os casos suspeitos referenciados (EB).

A baciloscopia continua a ser o método mais acurado para a classificação da hanseníase no campo. Na prática, entretanto, a classificação pode ser baseada no número de lesões de pele: paucibacilar (PB)  $\leq 5$  lesões; multibacilar MB  $> 5$  lesões (EB).

Recomenda-se a continuidade de pesquisas sobre testes de fácil aplicação e com boa relação custo-benefício, úteis para identificar a infecção pelo *Mycobacterium leprae* e o diagnóstico da hanseníase (R).

### *Quimioterapia*

O regime de 24 meses de PQT para casos MB e de seis meses para casos PB demonstrou-se altamente efetivo para aplicação de rotina no campo (EB). Atualmente, quase todos os pacientes MB estão sendo tratados com PQT por 12 meses. Entretanto, existe pouca informação disponível sobre a taxa de recidiva entre os casos tratados por este regime. Assim, programas de campo com condições adequadas devem monitorar as taxas de recidiva. O acompanhamento dos casos de recidiva deve ser feito em centros especiais no sentido de detectar emergência de resistência à rifampicina (R).

Ainda que um regime mais curto e comum aos casos PB e MB seja desejável, antes da implementação de tal regime ele deve ser investigado em estudos bem controlados tendo a recidiva como resultado principal (R).

A função neural deve ser incluída como um dos resultados em estudos sobre quimioterapia em hanseníase (R).

O sistema de distribuição de PQT deve ser amigável. Flexibilidade é importante mas o contato regular entre o paciente e o agente de saúde deve ser mantido. Apenas em casos excepcionais, nos quais o paciente não pode ser visto mensalmente, poder-se-á entregar blisters para mais de um mês.

Os agentes de saúde devem ativamente procurar os faltosos e encoraja-los a completar o tratamento o mais cedo possível, em vez de passivamente aguardar que eles retornem e removê-los do registro como abandono após uma ausência de 12 meses consecutivos ou mais (BP)

### *Prevenção de incapacidades e reabilitação*

O diagnóstico precoce e tratamento com PQT reduz a freqüência de dano neural. Entretanto, a PQT não irá prevenir todos os casos de dano neural e a magnitude do impacto da PQT sobre o dano neural é dependente da detecção *precoce* de casos e seu tratamento (EB).

Durante o tratamento com PQT a função neural deve ser avaliada regularmente usando métodos padronizados. Paciente PB com presença de dano neural e pacientes MB devem ser cuidadosamente monitorados para novo dano neural, uma vez que eles apresentam maior risco de desenvolvê-lo. Esteróides são recomendados para o tratamento das reações e dano neural recentes. A taxa de recuperação da função neural é aproximadamente 60% (EB). Treinamento adequado e distribuição de esteróides devem ser garantidos.

Recomendam-se pesquisas para identificar o regime de esteróides mais adequado, para tratamentos alternativos e mais efetivos para reações e dano neural recentes, e para definir indicações para o tratamento. Outros estudos são recomendados sobre o uso profilático de esteróides na prevenção do dano neural (R).

Treinamento e capacitação dos pacientes em auto-cuidados é uma atividade efetiva que deve ser parte de todos os programas de hanseníase. O uso de sapatos adequados e localmente aceitáveis é uma intervenção que apresenta boa relação custo-benefício para aqueles com perda da sensibilidade plantar (EB).

Reabilitação socio-econômica, que requer a participação do cliente, da família e da comunidade, é adequada para casos selecionados, sendo melhor implementada através de programas gerais de reabilitação baseada na comunidade (EB).

#### *Epidemiologia e organização de serviços de hanseníase*

Não há evidência consistente de que a introdução da PQT tenha acelerado o declínio da incidência da hanseníase. Ainda que o diagnóstico precoce e o tratamento regular com PQT continuem a ser a chave do controle da hanseníase em um futuro previsível, estratégias adicionais devem ser desenvolvidas baseadas num melhor entendimento da epidemiologia da doença (R).

Vacinação com BCG como parte da imunização na infância deve ser continuada nos países onde a hanseníase ainda existe. Doses repetidas de BCG podem ser consideradas para proteção individual de contatos de hanseníase (EB).

Uma vez que a quimioprofilaxia com Dapsona mostrou-se um modo efetivo de reduzir a incidência da hanseníase, principalmente entre os contatos domiciliares, o possível papel da quimioprofilaxia baseada em drogas bactericidas deve ser melhor estudado (EB).

Mais estudos são necessários particularmente sobre a transmissão do *M. leprae*, o papel da infecção subclínica, a progressão da infecção para a doença e as tendências de incidência da doença, incluindo o impacto da PQT (R).

Isoladamente, a prevalência tem valor limitado como um indicador para o controle da hanseníase. A taxa de detecção de casos novos pode ser um indicador melhor. Esta taxa deve ser analisada em conjunto com outros indicadores. A taxa de conclusão de tratamento é um indicador importante da efetividade do acompanhamento dos pacientes (BP).

Para se garantir a sustentabilidade dos serviços de hanseníase, os programas de controle de hanseníase devem estar integrados nos serviços básicos de saúde. O processo de mudança de um programa

de controle vertical para programa integrado deve ser cuidadosamente planejado e adaptado às situações locais. O fornecimento ininterrupto de medicamentos contra a hanseníase deve ser garantido. Procedimentos de campo, incluindo registro e envio de dados devem ser simplificados (BP).

Onde houver baixas taxas de detecção de casos novos, uma abordagem focal é mais apropriada, sendo os serviços oferecidos por meio de unidades de saúde selecionadas na área em que a hanseníase ainda ocorre. A habilidade dos agentes de saúde ficará restrita principalmente à suspeição de casos. Unidades de referência devem confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento. A continuação do tratamento pode ser delegada à unidade periférica que atende a comunidade onde reside o paciente. Os recursos para a hanseníase devem ser equilibrados em relação àqueles alocados para outros, muitas vezes mais sérios, problemas de saúde pública (BP).

Treinamento de todas as categorias dos agentes envolvidos no controle da hanseníase deve ser orientado para tarefas. A hanseníase deve ser incluída no currículo das faculdades de medicina e escolas de enfermagem e auxiliares de enfermagem. Todo o país com endemia de hanseníase importante devem ter pelo menos um centro de excelência para o treinamento de profissionais especializados (BP).

Atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC), especialmente aquelas empregando abordagem participativa, resultam em aumento do conhecimento, mudança de atitude e redução do estigma (EB). Estudos devem ser realizados para identificar os métodos que tenham melhor relação custo-benefício em diferentes condições (R). Antes que as atividades de IEC sejam implementadas, serviços de PQT efetivos devem estar já disponíveis na área. A combinação de IEC para hanseníase com atividades de IEC para outros problemas de saúde apresenta melhor custo-benefício e não isola a hanseníase das demais doenças (BP).

Campanhas de eliminação da hanseníase (LEC) tem um importante papel no processo de integração. Descoberta de casos novos durante os LECs deve ser baseada na apresentação espontânea ao serviço básico de saúde (BP). Em áreas endêmicas para hanseníase em que não exista infra-estrutura de saúde, devem se desenvolver estratégias inovativas específicas para cada situação visando o diagnóstico e distribuição de PQT. Estas atividades devem ser combinadas, sempre que possível, com atividades especiais para atender outros problemas de saúde (BP).