

Hanseníase na atenção básica de saúde: efetividade dos treinamentos para os profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Leprosy in the basic health system: effectivity of the training programs to the health professionals in Rio de Janeiro State, Brazil

Tadiana Maria Alves Moreira¹
Maria Inês Fernandes Pimentel²
Carlos Alberto Valle Braga³
Cláudia Lúcia Paiva e Valle⁴
Anna Guimarães Mendes Xavier⁵

RESUMO

A meta de obter a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2005 em todos os países endêmicos tem como elementos estratégicos centrais: capacitação de pessoal e integração da hanseníase dentro da atenção básica de saúde. A Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro vem implementando, desde 1998, treinamentos para profissionais das redes municipais de saúde em diagnóstico de suspeitos, confirmação diagnóstica e tratamento/acompanhamento dos pacientes portadores de hanseníase. O curso "Hanseníase na Atenção Básica de Saúde" foi ministrado em 2001 nas oito regiões do Estado do Rio de Janeiro,

abrangendo 79 dos 92 municípios, sendo treinados 891 indivíduos das diversas categorias profissionais que atuam na rede básica de saúde. Destes, 10,1% responderam a um questionário para avaliação da efetividade do treinamento. Observamos aumento significativo dos profissionais de saúde que passaram a trabalhar com pacientes hansenianos após participação no treinamento, principalmente em relação aos médicos e agentes de saúde ($p < 0,05$). Os resultados desta avaliação demonstram a efetividade e a necessidade de se realizar contínua e repetidamente este treinamento, de modo a conseguir alcançar e manter a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Descritores: Hanseníase, treinamento, profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as atividades de controle da hanseníase se estabeleceram como programas verticais desde os primórdios do século XX. Entretanto, ao longo da segunda metade do século, foi-se formando uma consciência mundial de que o efetivo controle da enfermidade seria obtido a partir da integração da hanseníase nos serviços básicos de saúde (SAUNDERSON, 1998). Tal necessidade de integração obteve aval adicional devido à aceitação internacional da estratégia dos cuidados básicos de saúde, bem como pela introdução bem sucedida da poliquimioterapia (PQT-OMS) no tratamento da hanseníase, que demonstrou a capacidade da cura da enfermidade em período de tempo curto (FEENSTRA, 1993).

A Assembléia Mundial de Saúde estabeleceu, em 1991, a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública para o ano 2000, definindo eliminação como uma taxa

¹Enfermeira, Assessora do Programa de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro. Instituição: Assessoria de Dermatologia Sanitária, Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, R. México no 128 - 4º andar - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-142 - Tele-fax: OXX21-2240-0013 ou OXX21-2240-4481.

²Médica do Programa de Hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Doutora em Dermatologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Professora Titular de Dermatologia da Escola de Oêndas Médicas da Uni-FOA, Volta Redonda, RJ.

³Médico Epidemiologista, medico da Funasa - Ministério da Saúde

⁴Médico do Programa de Hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

⁵Médica do Programa de Hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

de prevalência menor que um caso por 10.000 habitantes (NORDEEN, 1992). Varias são as razões para que este objetivo não tenha sido atingido no Brasil no período inicialmente previsto (GT/HANSEN/CONASSEMS, 2000) dentre elas destacam-se: a hanseníase ser ainda considerada urna doença de especialidade médica, dificultando sua integralização nas ações básicas de saúde; a baixa prioridade dada a doença por alguns gestores municipais; a baixa cobertura de municípios e unidades de saúde com programa implantado. Uma nova meta foi então traçada para obter a eliminação da doença em todos os países até o ano de 2005, tendo entre os elementos centrais da estratégia de eliminação a capacitação de pessoal (GT/HANSEN/CONASSEMS, 2000).

Dentro da estratégia de capacitação de pessoal, a Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) vem implementando, desde 1998, cursos de treinamento em diagnóstico de suspeitos, diagnóstico e tratamento/acompanhamento dos portadores de hanseníase para os profissionais de saúde das redes municipais de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Entre os vários cursos para os profissionais de saúde ministrados pelo Programa de Dermatologia Sanitária da SES-RJ, desde 1998, selecionamos o curso "Hanseníase na Atenção Básica de Saúde", por ser este dirigido a todos os profissionais das unidades básicas de saúde, de nível médio e superior. Este curso foi ministrado durante o ano de 2001, em nível regional, para o Estado do Rio de Janeiro, abrangendo suas oito regiões, tendo sido treinados 891 profissionais de saúde, num período de 8 horas de aula por curso. O treinamento compreendeu aspectos

Quadro 1 - Distribuição dos profissionais de saúde segundo suas categorias profissionais.

CATEGORIAS PROFISSIONAIS	NÚMERO	PORCENTAGEM
Médico	39	43,3%
Enfermeiro	29	32,2%
Nível médio*	10	11,1%
Agente de saúde	05	5,6%
Fisioterapeuta	01	1,1%
Assistente Social	01	1,1%
Farmacêutico	01	1,1%
Psicólogo	01	1,1%
Dentista	01	1,1%
Laboratório	01	1,1%
Fonoaudiólogo	01	1,1%

*Auxiliares e Técnicos de enfermagem

epidemiológicos, estratégia de eliminação da hanseníase, aspectos clínicos, tratamento PQT e, sucintamente, estados reacionais hansênicos e seu manejo, bem como notificação do agravo.

Dos 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro, 79 enviaram profissionais de saúde de diversas categorias para o curso de "Hanseníase na Atenção Básica de Saúde". Dos 891 profissionais treinados, foram selecionados 278 para responderem a um questionário de avaliação, correspondendo a 31,2% do total destes. Os critérios para a escolha dos indivíduos que compuseram a amostra que receberam o questionário para preenchimento foram os seguintes:

- nos municípios com até cinco treinados, todos receberam o questionário;

- nos municípios com mais de cinco treinados, foram selecionados 20% dos participantes do curso para responderem o questionário, por sorteio aleatório.

Foram excluídos profissionais que não mantém contato com pacientes, como veterinários, agentes administrativos e estudantes.

As respostas foram avaliadas usando o programa Epi-Info 6.04 do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) dos EUA. A avaliação estatística foi feita utilizando-se o teste qui-quadrado.

RESULTADOS

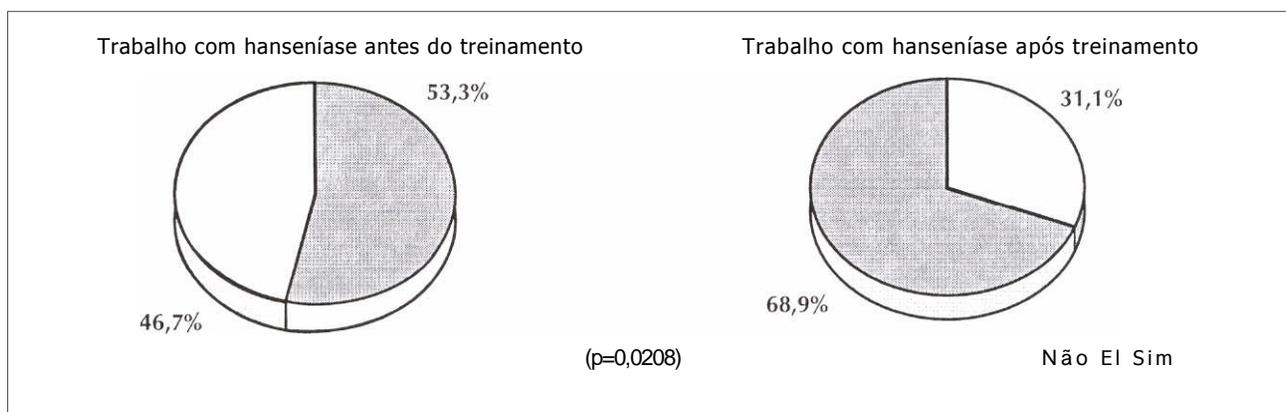
Foram recebidas respostas de 90 questionários, correspondendo a 10,1% do total de profissionais treinados (891). Os profissionais que responderam ao questionário distribuíram-se pelas categorias profissionais segundo consta no quadro 1.

Com relação à implantação das ações programáticas de hanseníase nos seus municípios de origem, 92,2% dos profissionais asseguraram que as ações programáticas de hanseníase tinham sido implantadas nos seus municípios.

Quando perguntados se passaram a trabalhar com hanseníase após participarem do treinamento, considerando

todas as categorias profissionais em conjunto, observamos que, antes do treinamento, 46,7% dos profissionais de saúde trabalhavam com hanseníase, percentual que subiu para 68,9% após o treinamento, com um incremento de 48%. Houve um aumento estatisticamente significativo ($p = 0,0208$) (gráfico 1).

Gráfico 1- Correlação entre o trabalho prévio com hanseníase e o trabalho com hanseníase após o treinamento, considerando todas as categorias profissionais em conjunto.



Quando consideramos as categorias profissionais em separado, observamos que:

- para os médicos, houve um aumento significativo dos profissionais que passaram a trabalhar com hanseníase, fazendo diagnóstico, tratamento e/ou acompanhamento de pacientes hansenianos (gráfico 2). Antes do treinamento, apenas 48,7% dos médicos trabalhavam com hanseníase, percentual que aumentou para 66,7% após o treinamento ($p = 0,0235$), com um incremento de 37%.

- observando os agentes de saúde, demonstrou-se que, antes do treinamento, apenas 20% destes era capaz de realizar diagnóstico de suspeito em hanseníase. Após o treinamento, 80% destes profissionais tornaram-se capazes de realizar diagnóstico de

suspeito ($p = 0,0253$), com um incremento de 300% (gráfico 3).

- em relação às demais categorias profissionais, consideradas em separado (enfermeiros, profissionais de nível médio, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, psicólogos, dentistas, laboratoristas e fonoaudiólogos), não houve ganhos estatisticamente significativos de profissionais que passaram a trabalhar com hanseníase após o treinamento, quando comparados aos que já trabalhavam previamente com hanseníase. Provavelmente, isto se deve ao pequeno tamanho da amostra que, quando estratificada por categoria profissional, inviabiliza a análise estatística para a grande maioria das categorias profissionais estudadas.

Gráfico 2. Correlação entre a quantidade de médicos que trabalhavam com hanseníase antes e depois do treinamento.

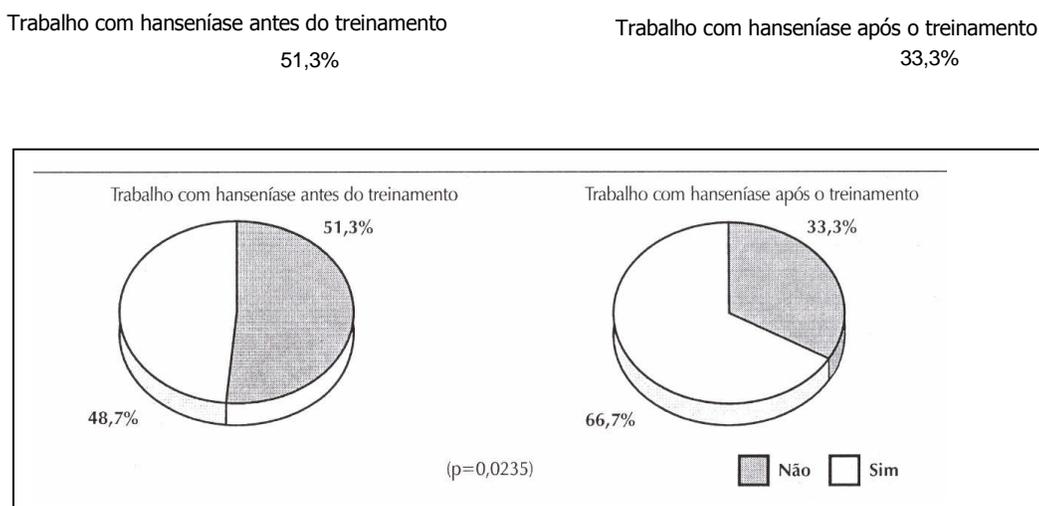
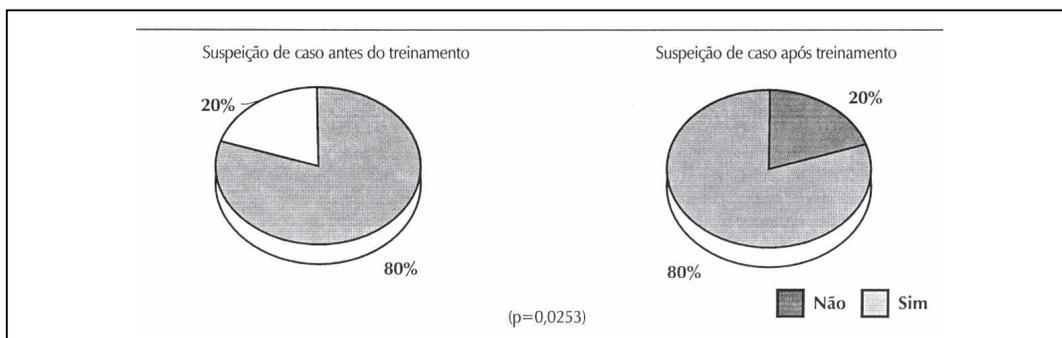


Gráfico 3 - Correlação entre a quantidade de agentes de saúde capacitados para suspeição de caso antes e depois do treinamento.



DISCUSSÃO

O controle da hanseníase no Brasil foi estabelecido como um programa vertical, integrado a serviços de dermatologia geral. Tal abordagem implica em várias restrições. De ordem política e/ou gerencial:

- cobertura insuficiente da população ao diagnóstico e tratamento (FEENSTRA, 1993);
- serviços de saúde não acessíveis diária e permanentemente (FEENSTRA, 1993);
- uso pouco eficiente de recursos (financeiros, equipamento e dos profissionais envolvidos) (FEENSTRA, 1993);
- dependência de agências financiadoras (FEENSTRA, 1993), com destaque para as organizações não-governamentais (ONGs);
- baixo envolvimento dos gestores e conselhos municipais de saúde com a proposta da integração da hanseníase aos serviços básicos de saúde.

Ainda segundo Feenstra, 1993 devem ser consideradas as restrições de ordem técnica:

- desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre toda a história pessoal e familiar dos pacientes;
- falta de cuidados básicos de saúde;
- manutenção do estigma relacionado à hanseníase;
- baixo envolvimento dos profissionais, especialmente dos médicos, com a proposta de integração da hanseníase aos serviços básicos de saúde.

A combinação de programas verticais de hanseníase com outros programas, como por exemplo, com programas de dermatologia, como ocorreu no Brasil; com programas de tuberculose, na Tanzânia e Zâmbia; e combinação de programas de hanseníase, tuberculose e dermatologia, no Kenya (SAUNDERSON, 1997), traz vantagens e desvantagens.

Programas verticais combinados de hanseníase e tuberculose compartilham vantagens, entre as quais: drogas e regimes de tratamento semelhantes,

em educação em saúde, detecção de caso, tratamento, monitorização de casos e notificação (SAUNDERSON, 1997). Com a redução do número de hansenianos após a implantação da PQT, a sustentabilidade de um programa vertical isolado de hanseníase em região de baixa endemia não seria custo-efetiva; além disso, outros programas verticais podem se beneficiar de fontes externas de recursos voluntários para o trabalho de hanseníase (FEENSTRA, 1993). No Brasil, são poucas as experiências de integração entre a hanseníase e a tuberculose.

A inserção da hanseníase dentro dos programas de dermatologia sanitária, como ocorreu no Brasil, Guiana e China, decorreu da estratégia de adotar conjuntamente o cuidado de outras doenças cutâneas, de modo a diminuir o estigma associado ao programa de hanseníase.

Entretanto, sob vários aspectos, a integração dos programas de hanseníase nos serviços de atenção básica de saúde traz vantagens inequívocas em relação à integração de programas verticais, inclusive ampliando muitas das ações dos programas verticais integrados, pois:

- resulta em melhor cobertura e maior redução do estigma associado à hanseníase;
- reforça a maioria das vantagens dos programas nas ações básicas de saúde, com melhoria no acesso da população ao atendimento e, conseqüentemente, aumenta a resolutividade dos serviços e ações de saúde; melhora a sustentabilidade, em vista do declínio da prevalência da hanseníase. A descentralização dos programas de hanseníase nos serviços de atenção básica em saúde é estratégia fundamentada eliminação e a melhor opção para a manutenção de tais programas (FEENSTRA, 1993) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O processo de integração requer decisão política e deve ser introduzido gradualmente. Requisitos para uma integração adequada:

- treinamentos adequados devem ser continuamente prestados aos profissionais de saúde responsáveis pela atenção básica, sob a supervisão técnica de profissionais especializados

em nível intermediário (FEENSTRA, 1993; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000);

- um serviço especializado de referência deverá estar disponível na estrutura de saúde, de modo a prover treinamento, supervisão técnica, aconselhamento, e desenvolvimento de pesquisas operacionais. Para tal, há necessidade de sistemático treinamento gerencial, em supervisão, monitorização e avaliação da integração dos programas de hanseníase (FEENSTRA, 1993);

- a hanseníase deverá ter destaque no currículo em faculdades médicas, de enfermagem e de fisioterapia (WANDORFF et al., 1990), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000);

- é necessário que se garantam estratégias para se conseguir detecção precoce de casos, cobertura plena com PQT e acompanhamento adequado dos pacientes, até o nível mais periférico dos serviços de atenção básica em saúde (FEENSTRA, 1993; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000);

- para que haja êxito na integração dos programas de hanseníase à atenção básica de saúde é necessário que estes funcionem adequadamente (CROOK et al., 1991; (ROOS et al., 1995).

Importância dos treinamentos contínuos e da educação em saúde

Com o emprego da PQT, o declínio mundial da hanseníase tem sido dramático.

O Brasil, por dificuldades peculiares, não conseguiu ainda eliminar a hanseníase como problema de saúde pública, e a meta inicial para conseguir reduzir o número de casos para abaixo de 1 por 10.000 habitantes foi adiada para 2005 (GT/HANSEN/CONASSEMS, 2000). Dados do Brasil até o ano de 2000 apontam para uma cobertura municipal das ações de controle da hanseníase em torno de 71% dos municípios, 78% da população e apenas 30% das unidades básicas de saúde com ações de controle implantadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE/SPS/ATDS, 2000).

No Estado do Rio de Janeiro, o declínio da prevalência de hanseníase tem ocorrido de modo constante, mas ainda vivemos uma situação de alta endemia (4,09 pacientes/10.000 habitantes no ano 2000 — dados SINAN/hansen).

A integração da hanseníase nas unidades de atenção básica em saúde tem sido conseguida lentamente, com dificuldades relativas à aceitação pelos médicos não-dermatologistas em diagnosticar, tratar e acompanhar os portadores desta enfermidade, bem como tem esbarrado na resistência por parte dos médicos dermatologistas em deixar de considerar a enfermidade como exclusividade de sua especialidade.

Entretanto, graças a um esforço contínuo de treinamento e reeducação dos profissionais de saúde, gradualmente, mais e mais médicos, enfermeiros e outros profissionais em unidades básicas de saúde estão se tornando conscientes da questão da hanseníase, atentos ao seu diagnóstico e aptos a instituir o tratamento e acompanhar o paciente.

Dois estratégias são fundamentais neste processo:

- que o currículo das faculdades de medicina, enfermagem, fisioterapia e de outras profissões relacionadas à saúde, inclua, com ênfase, os aspectos clínicos da enfermidade, visando o diagnóstico de suspeitos e confirmação de caso dos portadores de hanseníase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; WARNDORFF et al., 1990).

- que os profissionais de saúde que trabalham em base local/regional sejam continuamente treinados nos diversos aspectos (epidemiológicos, clínicos, de tratamento e notificação) relativos à hanseníase (FEENSTRA, 1993; McDOUGALL, 1995).

Os profissionais da atenção básica de saúde deverão ser continuamente atualizados para a identificação de casos suspeitos e, no caso dos médicos, para confirmação diagnóstica e tratamento, bem como identificação das complicações (episódios reacionais ou intercorrências medicamentosas), de modo a encaminhá-los para os centros de referência em hanseníase (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Num segundo momento, após a redução da endemia, os profissionais de saúde deverão se manter conscientes da existência da enfermidade em nosso meio, de modo a continuar identificando e tratando os casos esporádicos, numa situação em que haverá grandes limitações para os treinamentos práticos devido ao declínio no número de pacientes (GROENEN et al., 1996; McDOUGALL, 1995; WARNDORFF et al., 1990).

A participação da hanseníase nos programas de educação em saúde melhora o conhecimento e a atitude da população em relação à enfermidade. Um esforço contínuo de divulgação e esclarecimento sobre a hanseníase nas comunidades e através dos meios e comunicação deve ser realizado (CROOK et al., 1991).

Às instituições de pesquisa caberá desenvolver estratégias de adequação às novas condições de baixa endemia, com relação aos diversos aspectos da enfermidade tais como a prevenção de incapacidades e o emprego da poliquimioterapia em áreas de difícil acesso, entre outras (McDOUGALL, 1995; LEVER et al., 1998; SAUNDERSON, 1998).

A colaboração entre Governo e organizações não-governamentais pode ser fundamental para o desenvolvimento de atividades que agilizem os planos de ação estaduais, no que diz respeito a treinamentos, assessorias e outras atividades (VIJAYAKUMARAN et al., 1999). Os treinamentos no estado do Rio de Janeiro sempre foram realizados com a colaboração de organizações não-governamentais (ONGs), em especial da American Leprosy Missions e Netherlands Leprosy Relief (ALM e NLR). Treinamentos de curta duração mostram-se eficazes para os profissionais de saúde que irão trabalhar com pacientes hansenianos (REVANKAR et al., 1995).

A endemia hanseniana ainda constitui desafio para os serviços de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro. Há necessidade contínua de treinamento dos profissionais da atenção básica de saúde para os aspectos da detecção de casos (o mais precocemente possível), tratamento e cura de pacientes hansenianos, e referência das intercorrências (estados reacionais,

intercorrências medicamentosas ou seqüelas advindas da enfermidade) aos centros de referência municipais ou regionais e/ou centros municipais de reabilitação.

A cobertura da hanseníase nos serviços de atenção básica de saúde esta longe de ser a ideal, embora no ano de 2001 tenhamos atingido 100% dos municípios do estado com ações programáticas de hanseníase implantadas (dados não publicados). Porém, a descentralização do atendimento aos pacientes hansenianos no Estado do Rio de Janeiro ainda é precária, atingindo apenas 29% das unidades básicas de saúde com diagnóstico e tratamento (dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2001), em decorrência do baixo envolvimento dos gestores municipais em efetivar o Plano de Aceleração da Eliminação da Hanseníase no estado do Rio de Janeiro.

A Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde tem intensificado seus esforços no sentido de ampliar a cobertura de hanseníase no Estado, de modo a chegar a 100% das unidades básicas de saúde a médio prazo. Para isso, continuará sendo importante o apoio das instâncias governamentais e das ONGs na sustentação de esforços na luta para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano de 2005, e, posteriormente, para a manutenção da endemia em níveis abaixo de 1 caso para 10.000 habitantes. Estes esforços incluem treinamento continuado dos profissionais de saúde em hanseníase, de modo a tomar os profissionais aptos para o diagnóstico e manejo dos pacientes portadores de hanseníase.

CONCLUSÕES

Dos resultados obtidos em nosso estudo, podemos inferir que os treinamentos ministrados em hanseníase pela Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro foram eficazes na mudança de atitude dos profissionais de saúde em relação à hanseníase. O esforço no

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AL-QUBATI, Y.; AL-DOBAI, A.B.M. Review of leprosy control activities in Yemen. *Int. J. Leprosy*, v.67, n.2, p.150-153, 1999.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas e Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. *Diretrizes nacionais para a elaboração de programas de capacitação para a equipe e saúde a rede básica atuar nas ações de controle a hanseníase*. Brasília, 2000. 60p.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 1073/GM, de 26 de Setembro de 2000*. Brasília.
- 4 CONASEMS. Como os gestores municipais de saúde vão acelerar a eliminação da hanseníase no Brasil. Brasília, 1999. 28 p.
- 5 CROOK, N.; RAMASUBBAN, R.; SAMY, A., SINGH, B. An educational approach to leprosy control: an evaluation of knowledge, attitudes and practice in two poor localities in Bombay, India. *Leprosy Rev.*, v.62, p.395-401, 1991.
- 6 FEENSTRA, P. Leprosy control through general health services and/or combined programmes. *Leprosy Rev.*, v.64, p.89-96, 1993.
- 7 GROENEN, G.; ALLDRED, N.; NASH, J. Comment: Training in leprosy. the training needs for Africa, and the role of large training institutions (Letter). *Leprosy Rev.*, v.67, p.148-150, 1996.
- 8 GT/HANSEN/CONASEMS. *Estratégia de aceleração da eliminação da hanseníase em todos os municípios do Brasil*. Salvador, Agosto/2000.

treinamento dos profissionais de saúde deve ser contínuo, de modo a conseguirmos que os pacientes hansenianos sejam atendidos em todas as unidades básicas de saúde no estado, com acesso pleno e irrestrito aos cuidados impostos pelas necessidades próprias da sua enfermidade.

SUMMARY

The efforts to obtain the elimination of leprosy as a public health problem until 2005 in all countries has, among its central strategic elements, the training of health professionals, and integration of leprosy into the basic health system. The Sanitary Dermatological Program of the Health State Secretariat of Rio de Janeiro State, Brazil, has been implementing training in case detection, diagnosis, and treatment / follow-up of leprosy patients by professionals of the basic health system since 1998. The course "Leprosy in the Basic Health System" was performed in 2001 in the eight regions of Rio de Janeiro State, with 79 of the 92 cities of the state sending 891 health professionals to be trained. Among them, 10.1% answered a questionnaire to evaluate the affectivity of the training. We observed a significant increase in the number of health professionals who work with leprosy patients after participating in the training, compared to the professionals working with leprosy before training, especially in relation to the physicians and "health agents" ($p < 0.05$). These results demonstrate the affectivity and the need of continuous training, aiming to obtain and maintain the elimination of leprosy as a public health problem.

Uniterms: Leprosy, training, health professionals.

AGRADECIMENTOS

A Vilma Tavares Comes, Ana Luiza Parentoni Bittencourt, Katerine Brito de Almeida e Luiz Fernando Souza de Macedo, pelo apoio administrativo na realização do trabalho.

- 9 LEVER, P.; BIJMAKERS, L., ZWANIKKEN, P.; SAAUNDERSON, P. Health systems research in leprosy control - what contributions can it make? *Leprosy Rev.*, v.69, p.122-127, 1998.
- 10 McDOUGALL, A.C. Training in leprosy: does the current strategy need revision? *Leprosy Rev.*, v.66, p.89-95, 1995.
- 11 NORDEEN, S.K. Elimination of leprosy as a public health problem. *Leprosy Rev.*, v.63, p.1-4, 1992.
- 12 REVANKAR, C.R.; PAI, V.V.; GANPATI, R.; NAIK, S.S.; ACHAREKAR, M.Y. Task-oriented short-term training to contract leprosy workers in a national leprosy eradication programme. *Leprosy Rev.*, v.66, n.1, p.78-79, 1995.
- 13 ROOS, B.R.; VAN BRAKEL, W.H.; CHAURASIA, A.K. Integration of leprosy control into basic health services; an example from Nepal. *Int. J. Leprosy*, v.63, n.3, p.422-429, 1995.
- 14 SAUNDERSON, P. Future role of leprosy training and / or research intitutions. ALERT, February 25-26, 1998. *Leprosy Rev.*, v.69, p.160-163, 1998.
- 15 SAUNDERSON, P. Joint tuberculosis/leprosy programmes. *Leprosy Rev.*, v.68, p.2-9, 1997.
- 16 CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ELIMINAÇÃO DA HANSENIASE, 3, Abdjan, Costa do Marfim, Novembro de 1999. apud GT/HANSEN/CONASSEMS. *Estratégias de aceleração da eliminação da hanseníase em todos os municípios do Brasil*. Salvador, Agosto, 2000.
- 17 VIJAYAKUMARAN, P.; RAO, T.P.; KRISHNAMURTHY, P. Pace of leprosy elimination and support teams in Bihar State, India. *Leprosy Rev.*, v.70, p.452-458, 1999.
- 18 WARNDORFF, D.K.; WARNDORFF, J.A. Leprosy control in Zimbabwe: from a vertical to a horizontal programme. *Leprosy Rev.*, v.61, p.183-187, 1990.
- 19 WHO TECHNICAL REPORT SERIES, no. 319, 1966 (*WHO Expert Committee on Leprosy: Third Report*). Glado por: FEENSTRA F. Leprosy control through general health services and/or combined programmes. *Leprosy Rev.*, v.64, p.89-96, 1993.