

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

SUMÁRIO

EDITORIAL

A HANSENÍASE NÃO COMEÇOU ONTEM.....	5
Raul Negrão Fleury	

ARTIGO ORIGINAL

CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL NO INÍCIO DOS ANOS 80: CONCERTANDO A AERONAVE EM PLENO VÔO.....	9
Aguinaldo Gonçalves	

ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A HISTÓRIA DA PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES E REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE NO BRASIL.....	13
Marcos Da Cunha Lopes Virmond	

UMA BREVE HISTÓRIA CONFORME A MINHA LEMBRANÇA.....	19
Tom F Frist	

AS I REMEMBER.....	29
Tom F. Frist	

BREVE HISTÓRICO SOBRE OS RUMOS DO CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO.....	39
Mary Lise Carvalho Marzliak; Regina Célia Pinheiro Silva; Wagner Nogueira; Carmen Luiza Guisard; Maria Emília Ferreira; Heleida Nobrega Metello; Tanya Eloise Lafratta	

PARTICIPAÇÃO EM QUATRO DÉCADAS DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL: ACASOS E DETERMINAÇÃO.....	45
Maria Leide W. de Oliveira	

"AS AMARGAS, NÃO" (MANUEL BANDEIRA).....	51
Clóvis Lombardi	

RESUMOS: 11º CONGRESSO BRASILEIRO DE HANSENOLOGIA

BIOLOGIA MOLECULAR, MICROBIOLOGIA, IMUNOLOGIA, GENÉTICA.....	53
--	----

CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA, TERAPÊUTICA.....	69
--	----

ENFERMAGEM.....	88
-----------------	----

EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE, PESQUISA OPERACIONAL.....	91
---	----

HISTÓRIA, CIÊNCIAS SOCIAIS, EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	113
--	-----

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES, REABILITAÇÃO.....	121
---	-----

AGRADECIMENTOS.....	131
---------------------	-----

Raul Negrão Fleury¹

A HANSENÍASE NÃO COMEÇOU ONTEM

Com curiosidade e interesse li recentemente um artigo sobre Hanseníase onde o autor realizava uma abrangente e detalhada revisão da doença com ênfase aos aspectos mais atuais da imunologia, bacteriologia, genética, biologia molecular, quimioterapia etc. Na introdução, não querendo provavelmente ir muito longe na revisão histórica da doença, coloca:

“a grande diversidade da doença, intrigou e frustrou clínicos e investigadores, até quando foi definido que esta diversidade era baseada na habilidade do hospedeiro para desenvolver resposta imune ao parasita. A primeira completa formulação deste conceito foi descrita por SKinsnes como “um espectro imunopatológico, em 1964.”

Não se pode negar a qualidade deste trabalho incluído no compêndio “Leprosy in theory and practice” de Cochrane e Davey (1964). No entanto esta simplificação histórica esconde o trabalho de todos os hansenologistas que, desde o fim do século XIX até a metade do século XX, sem contar com os conhecimentos imunológicos que vieram a luz, principalmente a partir da década de 70, traçaram o perfil imunopatológico básico da doença empregando apenas observação clínica, patológica, baciloscopia e reação de Mitsuda. Foram os trabalhos da Escola Sulamericana, com a participação de outros notáveis hansenologistas que definiram o espectro da doença, desembocando na classificação de Madrid (1953) com o reconhecimento de dois tipos polares (tuberculóide e virchoviano), e dois grupos (borderline e indeterminado). A relação destas manifestações com a reação imune já era bem definida. A intervenção de Ridley e Jopling se fez no sentido de retirar da faixa tuberculóide e faixa virchoviana os dimorfo tuberculóides e os dimorfo virchovianos respectivamente, e enfatizar o

Fleury RN. A Hanseníase não começou ontem. *Hansen Int.* 2008; 33(2) Suppl. 1: p. 5-6.

caráter instável dos dimorfos manifestado pelas reações de “downgrading” e “upgrading”. A relação da situação do paciente dentro do espectro com a resposta ao tratamento, avaliada pela queda do índice baciloscópio, demonstrou a propriedade desta classificação, que aperfeiçoou os postulados de Madrid (1953). Os médicos hansenologistas da era pré-sulfônica lidaram com uma doença infecciosa que não tinha tratamento e que apavorava a população, não só por ser considerada altamente contagiosa, mas principalmente pelas deformidades que ocasionava. Estes médicos viveram em estreito contato com os doentes, procurando minorar seus sofrimentos físicos e psíquicos. Ao mesmo tempo, com aguda capacidade de observação e poucos recursos subsidiários, conseguiram retirar daquela doença extremamente complexa, com uma grande variedade de manifestações, um nexos coerente, que incluiu uma classificação basicamente definitiva e relacionada com a imunidade. Esquecer esta época é não verdadeiro, injusto e anti-científico. Os que trabalham atualmente em Hanseníase, em todos os frentes abertos pelas novas tecnologias, precisam conhecer esta história e também precisam usar a experiência destes pioneiros (e de todos os médicos clínicos que continuam trabalhando com critério no diagnóstico e tratamento da Hanseníase) na

interpretação de seus achados. Nem a medicina, nem a metodologia científica clássicas podem ser esquecidas ou dispensadas. Há um paralelismo entre esta colocação e a observação do Dr. Luiz Hildebrando, conhecido parasitologista brasileiro, ex-diretor do departamento de Imunologia do Instituto Pasteur em Paris, a respeito de

outras doenças infecciosas, que “todas as vacinas apresentando eficácia de 96,8% a 100%, foram elaboradas na era pré-genômica ou se depois disto, com metodologias anteriores a ela... em comum todas foram feitas pelo tradicional método pasteuriano.” Nem a medicina, nem o estudo da Hanseníase começaram ontem.

Aguinaldo Gonçalves¹

CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL NO INÍCIO DOS ANOS 80: CONCERTANDO A AERONAVE EM PLENO VÔO.

Leprosy control in Brazil in the 80's: fixing the airplane during the flight

Resumo

Procede-se a reconstrução da multifacética perspectiva da gestão do controle da hanseníase do Brasil a nível nacional no início dos anos oitenta. Brevemente recomposto respectivo quadro de referências factuais e conceituais gerais e setoriais, aprofunda-se o olhar na realidade da prevenção de incapacidades. Aí destaca-se, associadamente à baixa prioridade conferida, a carência de competência específica instalada, seja nos quadros dirigentes, seja nos executores dos serviços de nível intermediário e local. Relata-se, a seguir, como face ao constatado, se elegeu a estratégia do fortalecimento das iniciativas já potencialmente exitosas e busca de seu repique, através do desenvolvimento de recursos humanos qualificados. Assim, surgiu o sistema piramidal de formação/reciclagem de técnicos habilitados, contribuindo para a instalação próxima do Sistema Único de Saúde, integrado, regionalizado e universal. A frustração subsequente veio gerar as expectativas da "reforma da reforma".

Assim como em magnífica metáfora, o mago da Gaia Ciência identificou que gerar conhecimento eticamente válido implica primeiramente em tirar o braço da manivela do processo produtivo¹, administrar o controle da hanseníase no Brasil no começo dos anos 80 constituiu uma desafiadora e agradável aventura de concertar o avião em pleno vôo, sem perder altura e com aumento de velocidade, apesar de tudo. É do interior das entranhas desse passado tão protagonicamente presente que venho, a convite, trazer o depoimento do ex-dirigente setorial, sob a forma de relato quase memorialista, sem o compromisso, portanto, do tratamento estritamente formal já provido em outras em outras manifestações so-

Gonçalves A. Controle da hanseníase no Brasil no início dos anos 80: concertando a aeronave em pleno vôo. *Hansen Int.* 2008 33(2). Suppl. 1 p. 9-12.

bre a matéria, destacadamente na avaliação acadêmico-sanitária oportunamente procedida².

De fato, urgia aprofundar e assegurar as precursoras iniciativas descentralizadas do Prof. Abrahão Rotberg em São Paulo e do Dr. Ademir Rodrigues da Silveira, a nível nacional. Ao mesmo tempo, o imenso lastro da respeitável escola hansenológica brasileira não podia ser negligenciado, além das talentosas iniciativas em diferentes dimensões da área por destacados profissionais brasileiros, alguns já internacionalmente reconhecidos, como o Dr. Diltor Opromolla, outros extremamente promissores, como o Dr. Marcos Virmond. Além do mais, era necessário resistir, embora que sem romper, a extenso plantel de não declarados da administração pública brasileira, composto por amplo espectro, desde o corrupto sabido ao fisiológico oportunista. Havia ainda a policromia dos interesses regionais e perseverávamos também na inserção de ciência e tecnologia na cotidianeidade da rede de serviços. Mais que tudo; porém tocava-nos pavimentar a mudança, com passos seguros e irreversíveis, em direção à redução política das assimetrias e iniquidades da sociedade e da saúde brasileiras, pela

1 Prof. Titular Saúde Coletiva e Atividade Física, Unicamp

qual tantos de nossa geração construímos as escolhas de vida profissional e pessoal, nas profundezas dos anos cinzentos da repressão militar. Tomando as palavras de Chico Buarque de Holanda, não era o caso de afrontar-se “um general, mas uma generalidade”.

Nesse cenário, na gestão de nível central da Dermatologia Sanitária nos contornos de realidade de modelagem centralista, assistencial e desarticulada, transitando rumo a quadro de experimentos e inovações, nos sentíamos à semelhança de Breilh que, na mesma época, percebia a Epidemiologia Clínica entre fogos, com a Epidemiologia dos Fatores de Risco na retaguarda e a Epidemiologia Clínica na frente de combate³.

No âmbito da Prevenção das Incapacidades /Reabilitação da hanseníase (PIR) esse quadro se reproduzia de forma ainda mais vincada. A Epidemiologia Clássica ecoava a base doutrinária tão firmemente esposada que aí não reconhecia prioridade, mas sim no modelo clássico de diagnóstico precoce e tratamento oportuno⁴: estrategicamente, chegamos a defender a inserção da PIR como destaque para a ação das entidades voluntárias e benevolentes, as organizações não governamentais da época⁵. Paradoxalmente, a inovação que a Organização Mundial da Saúde trazia enquanto política internacional era a supremacia absoluta da luta antibacteriana, com a introdução da poliquimioterapia como bandeira salvadora para a captação de recursos, para a organização dos serviços de luta contra a doença e para a Saúde para Todos⁶. Vale dizer, em ambos os modelos hegemônicos que se sucediam, as milhões de incapacidades instaladas ou em instalação em pessoas com diferentes graus de limitação permaneciam solertemente varridas para baixo do tapete.

Como referido, e pavimentar a mudança nesse contexto, como se havia de? À época, conversa os muito a respeito, mas não demasiado. A estratégia de eleição foi eminentemente técnica, sem prejuízo da sensibilidade política. Fizemos por contribuir colocando-o a descoberto no mundo acadêmico, recuperando algumas de nossas investigações articuladas no Serviço do Prof. Martins de Barros, na Universidade de São Paulo⁷. Assim é que partimos da ponta visível do “iceberg” epidemiológico da moléstia, i.e., trabalhando com dados quantitativos gerados em agências de saúde, desconhecendo, portanto, a condição dos doentes em abandono de tratamento ou sob seguimento privado, práticas para não serem desconsideradas à época, frutos de respectiva estigmatização e ostracismo. Observamos, então, que as taxas dessa incidência oficial vinham se mantendo elevadas; como se lidava com doença crônica, significava que ano a ano aumentava o contingente de portadores de lesões sensoriais e motoras. Mais ainda: quanto à gravidade havia predomínio da frequência das moderadas e intermediárias sobre a das avançadas, indicando, assim a vulnerabilidade das mesmas, i.e., que nossas intervenções, além de necessárias, podiam ser

significativas para a recuperação social da dignidade humana de muita gente⁸.

Buscava-se, assim, não só trazer a questão a descoberto, mas ajudar a pensar-se o problema, sentir dimensões e buscar soluções. Neste sentido, optou-se, a seguir, por potencializar os ensaios primeiros do Grupo de Bauru, do Instituto “Lauro de Souza Lima”, que já contava com experiência acumulada a respeito e trilhava seu repique através da manutenção e oferecimento de cursos e treinamentos periódicos na matéria. Aí residiu a gênese do sistema piramidal de formação/reciclagem de técnicos habilitados nesse saber-fazer com que, em poucos anos atingimos milhares de profissionais distribuídos pelas cinco regiões geopolíticas do país, numa época em que não se dispunha das atuais facilidades eletrônicas da Educação à Distância⁹.

Não sabíamos, no entanto, o que a década de 90 estava por nos trazer! Se, por um lado, festejamos e implantamos o Sistema Único de Saúde¹⁰, lamentamos que o ano 2000 não trouxe nem a priorização da PIR e nem a erradicação da hanseníase. Mas isto já é outra história, que contamos em outra oportunidade¹¹, na perspectiva da construção da Reforma da Reforma¹². Na realidade, atônitos, reconhecemos, com o Prof. Nelson Rodrigues dos Santos, que estamos devendo uma explicação que convença a nós mesmos¹³.

Referências

- 1 Radetsky P. Luz sola, câncer e os irmãos Garland. In: Shore WH. Mistérios da vida e do universo. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
- 2 Gonçalves A. Epidemiologia e controle da hanseníase no Brasil. Bol. Of Sanit Panam 1987; 102(3):246-256.
- 3 Breilh J. Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
- 4 Bechelli LM. Assessment of the importance of reconstructive surgery in the control of leprosy from the public health point of view. Acta leprologica 1971; 45: 5-29.
- 5 Gonçalves A., Gonçalves NNS. Organizações internacionais e controle da hanseníase no Brasil. Hansen Int. 1986a; 11(1/2): 74-77.
- 6 Gonçalves A., Gonçalves NNS. A poliquimioterapia na hanseníase, com especial referência ao Brasil. Bras Méd. 1986b; 23(1-4): 5-10.
- 7 Gonçalves A., Oliveira Prieto LC. Prevenção terciária em hanseníase em unidade sanitária local: apreciações preliminares e perspectivas. A Folha médica 1984; 89 (4):259-260.
- 8 Gonçalves A, Gonçalves NNS. A hanseníase em nosso meio:

um estudo epidemiológico sobre os fatores ligados ao hospedeiro. *Rev. Ibero-amer Infectopatol* 1981; 4 (2): 108-116.

- 9 Gonçalves NNS, Gonçalves A. Leprosy Control Policy and Human Resources achievements at national wide level in Brazil. Abstracts XII Int Leprosy Congr; 1984; 480. New Delhi: International Leprosy Association.
- 10 Gonçalves A. Agentes comunitários de saúde: choque de povo *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(6): 1771-1772.
- 11 Mantellini GG, Gonçalves A, Padovani CR. Incapacidades em

Hanseníase: os anos recentes de (des)controle. Terceiro Simpósio Brasileiro de Hansenologia 2007; São Paulo: Sociedade Brasileira de Hansenologia .

- 12 Arouca S. O sentido da reforma da reforma. *Radis* 2006; 48:9 (recuperação documental).
- 13 De Lavor A, Domingues BC, Machado K, Carvalho M. A dívida com a atenção básica. *Radis* 2007; 59: 12-17.

ALGUNS APONTAMENTOS SOBRE A HISTÓRIA DA PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES E REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE NO BRASIL

Marcos da Cunha Lopes Virmond¹

Observations about the history of prevention of incapacities and rehabilitation of leprosy in Brazil

Introdução

A hanseníase sempre foi doença fortemente ligada à pele. Seus comemorativos clínicos assim o dizem. As lesões clássicas são, de fato, notadamente de interesse do tegumento externo e, por conseguinte, a abordagem dermatológica sempre prevaleceu. Entretanto, as lesões nos nervos periféricos é que, preponderantemente, levam às deformidades e incapacidades. De fato, a transcendência desta doença, para a saúde pública, reside exatamente nesta particularidade. Isto posto, não é de se estranhar que, por muito séculos, a preocupação maior dos médicos tenha sido a busca de uma cura focada nas lesões de pele. Tudo girava em torno dessas lesões e suas características evolutivas ou de remissão. As seqüelas devido à lesão dos nervos periféricos não constavam na pauta das discussões médicas, a não ser por sua constatação e descrição.

Nos primórdios, a cirurgia, certamente, sempre se interessou por estes achados. Possivelmente, isto ocorria de forma isolada e fortuita, isto é, por conta da curiosidade de algum cirurgião que, conhecendo as técnicas da cirurgia plástica e da ortopedia, identificam nessas deformidades um quadro semelhante a outro, ainda que com etiologia distinta. Mesmo levando em conta esse interesse pontual, identificado por uma literatura esparsa, somente na década de 70 do século 20 é que um esforço mais objetivo, sustentável e consistente foi realizado em torno das questões da prevenção de incapacidades e da reabilitação física para casos de hanseníase no Brasil. Assim, acredita-se muito oportuno recolher e sistematizar algumas desses esforços com vistas a deixar um depoimento sobre a história dessas iniciativas. Como sempre nestas oportunidades, as omissões ocorrer e

Virmond MCL. Alguns apontamentos sobre a história da prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase no Brasil. *Hansen Int.* 2008 33(2). Suppl. 1 p. 13-8.

os riscos advindos são inerentes à condição. Entretanto, o valor do registro supera o negativo da fragilidade da memória e da informação e, salutarmente, pode induzir à correções e acréscimos sempre necessários ao que, involuntariamente, foi omitido.

A Prevenção de Incapacidades

O interesse para as questões da prevenção de incapacidades, em termos sistemáticos, isto é, excluindo iniciativas focais nas antigas colônias por obra meritória de indivíduos, está relacionada ao interesse da então Divisão Nacional de Lepra e , a que lhe segue, Divisão de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde e da feliz comunhão com organizações não- governamentais. Este interesse se firma ao longo dos anos 60 e 70 do século 20. A primeira referência à institucionalização da prevenção de incapacidade se encontra no Decreto nº 968 de 7 de maio de 1962, que estabelecia normas técnicas para o tratamento da lepra. No seu artigo 5º relatava-se que é obrigatório o tratamento específico dos doentes de lepra, tendo em vista a aplicação das seguintes medidas: prevenção das deformidades pelos

¹ Pesquisador VI, Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru - SP.

métodos não-cirúrgicos correção das deformidades permanentes¹.

Este decreto, inovador, foi o responsável pela primeira modificação substancial na abordagem das questões da hanseníase e, entre outros aspectos, trata da desmobilização da internação compulsória².

Convém salientar que, mesmo sendo esta a primeira referência normativa sobre o assunto, já em 1953 o Serviço Nacional de Lepra incluíam o tema “fisioterapia na lepra” no programa de seus cursos de leprologia. Porém, a referência mais completa sobre prevenção, inclusive nos moldes do que hoje se entende esta questão, se encontra no resultado de um grupo de trabalho que atuou durante o 18º Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo em 1970. Verifica-se isto ao ler à resposta desse grupo de trabalho ao quesito nº27 que lhe tinha sido apresentado deve-se dar ênfase especial as ações de reabilitação preventiva ou curativa? Recomenda-se ênfase especial as ações de prevenção de incapacidades para evitar estigma de desajustamento socioeconômico; tais medidas devem ser inerentes às atividades de rotinas dos serviços que tratam doentes de lepra³.

Posteriormente, o próprio Ministério da Saúde institucionaliza essas medidas através da Portaria nº 165/BSB de 14 de maio de 1976. No seu item quarto, ela afirma que a prevenção de incapacidades será atividade de rotina em todos os hospitais e serviços especializados, recomendando também sua adoção nos serviços gerais de saúde. Não só a emissão dessa Portaria, como a publicação de um Manual de Prevenção de Incapacidades por Técnicas Simples, atesta o alto interesse do Ministério para a questão da prevenção. De fato, esse manual, ainda que aos olhos de hoje possa parecer editorialmente pouco atraente tem, contudo, completo e bom ordenamento pedagógico, o que permitiu, à época, oferecer informações relevantes e suficientes para a adoção das medidas de prevenção nos diferentes níveis de atenção aos pacientes de hanseníase.

Os estudos sobre a frequência das incapacidades também já interessavam os pesquisadores e autoridades. Sem considerar informes não publicados, as primeiras referências sobre o assunto encontram-se publicadas em 1969, no Boletim da Divisão Nacional de Lepra. São dois trabalhos no qual Agenor de Mello por um lado e José Augusto Dantas por outro, apresentam estudos das incapacidades respectivamente nos Estados de Santa Catarina e Sergipe, compreendendo o expressivo período de 1937 a 1966. Em 1976 quando o Walter Belda apresenta à IX Jornada brasileira de Hansenologia, em Brasília, o seu *Inquérito sobre Deformidades em um Hospital para Hansenianos*, em que chega, pelo menos em termos atuais, a dados estarrecedores quanto à magnitude do problema e alerta vivamente aos técnicos e autoridades envolvidas quanto à necessidade de medidas para o equacionamento da questão.

Em 1977, realizaram uma primeira investigação sobre incapacidades e deformidades em um Centro de Saúde da cidade de São Paulo, avaliando a situação de todos os doentes e implantando um programa de prevenção e tratamento de incapacidades por técnicas simples, caracterizado basicamente pela participação ativa do paciente e o tratamento supervisionado e delegado dos auxiliares⁴.

Sobre este aspecto, se as informações sobre a frequência das incapacidades eram incompletas ou segmentárias, ainda hoje existe uma lacuna importante no que tange a informações consistentes sobre a prevalência das incapacidades e suas características. Nesse sentido, faz-se mister um estudo abrangente e uniforme quanto a coleta e registro dos dados.

Ainda na questão das incapacidades, mas voltando-se para a formação de pessoal, pode-se afirmar que a vinda ao Brasil do Dr. José de Jesus Arvelo foi um marco dentro da evolução da prevenção de incapacidades. Na época, 1974, havia a necessidade de motivar e treinar o pessoal de saúde. Vem ao Brasil, então, o Dr. Arvelo, com patrocínio da Organização Pan-Americana da Saúde, por solicitação da Divisão de Dermatologia Sanitária (DNDS) do Ministério da Saúde, então chefiada pelo Dr. Ademir Rodrigues da Silveira. Após visitas a diferentes centros o Dr. Arvelo formula uma série de sugestões. Volta ao país em 1975 quando ministra dois cursos, um em Bauru (SP) e outro em Manaus (AM), dos quais participaram 87 técnicos de diferentes níveis⁵. Muitos deles serviram como multiplicadores e em 1977 existiam no país, 92 médicos, 27 enfermeiros e 99 técnicos de outros níveis treinados. Pode se dizer que estava criada uma nova escola no país – a escola de prevenção do Dr. Arvelo e seus reflexos se fazem sentir até os dias atuais.

Dois dos exemplos mãos significativos desta iniciativa da DNDS, no que se refere à seus resultados, é o serviço criado no Estado do Paraná pelo Dr. Germano Traple servindo de modelo para implantação em outros Estados, e o serviço de prevenção de incapacidades do Hospital Lauro de Souza Lima, de Bauru (SP), atuando principalmente como centro de formação de pessoal desde 1979. O legado do Dr. Traple, falecido em março de 2008, permanece vivo até hoje através dos inúmeros cursos que ministrou pelo Brasil e exterior, formando um expressivo número de técnicos que, ainda hoje, atuam nas unidades de saúde aplicando as técnicas simples de prevenção de incapacidades, como preconizadas pelo Dr. Traple. Por outro lado, o Instituto Lauro de Souza Lima, após o curso do Dr. Arvelo, se notabiliza pela continuidade dos treinamentos em prevenção de incapacidades e desenvolvimento de suas próprias ações neste campo. Naquela época, década de 70 do século passado, já existia uma forte aderência aos problemas das incapacidades. O Dr. Diltor W.A. Opromolla, renomado hansenologista, já praticava uma visão ampliada

da abordagem do tratamento da pessoa afetada pela hanseníase. Instalou o que se chamava “Sala do Pé Bom”, a qual era um passo inicial nessa tecnologia da prevenção de incapacidades. Mais que isto, o Instituto serviu como centro contínuo de treinamento para as atividades de prevenção, promovendo cursos anuais, os quais continuam a acontecer até a presente data.

Dentro desta visão abrangente de atenção ao paciente, muito contribuiu para a fixação destas ideias, a participação da CERPHA que, mesmo antes da vinda do Dr. Arvelo, já se preocupava intensamente com estes aspectos, desenvolvendo atividades em vários centros do país, ainda que de forma isolada. Em verdade, a CERPHA, ora extinta, foi a primeira organização que congregou muitas das diferentes organizações não-governamentais envolvidas com o apoio às atividades de prevenção e reabilitação do paciente de hanseníase no Brasil. A CERPHA, era um pequeno escritório facilitador, no Brasil, do trabalho da ALM – American Leprosy Missions uma organização norte-americana, de fundamentos cristãos, que desde 1906 arrecada recursos de pessoas físicas e jurídicas, nos Estados Unidos, para financiamento de projetos de combate à hanseníase do mundo⁶.

Outras organizações, representadas ou não pela CERPHA deram expressivo apoio às atividades de treinamento e disseminação dos princípios da prevenção de incapacidades por técnicas simples. Entre elas se salientam a Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos (DAHW) e a Leprosy Relief Association (LEPRA) da Inglaterra. Neste sentido, três nomes surgem, não só pela longa relação com as questões da prevenção de incapacidades e reabilitação, como pela visão ampla da atenção às necessidades das pessoas afetadas pela hanseníase e o fato de, todos eles, terem deixado seus países de nascimento para dedicarem-se aos nossos cidadãos afetados pela hanseníase: Dr. William John Woods, médico irlandês que chegou ao Brasil na década de 60 como missionário, estuda medicina em Manaus e no Rio de Janeiro, torna-se hansenólogo e oftalmologista e atua, por muito tempo, como coordenador do Programa de Hanseníase do Estado do Acre. A Ir. Maria Ângela Alcade Torrecilla, enfermeira de origem Espanhola, missionária católica, atuando em Manaus, onde ocupou por várias vezes o cargo de Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase do estado do Amazonas e de Diretora do Instituto de Dermatologia Tropical Alfredo da Matta, em Manaus. A enfermeira Hannelore Vieth, especializada em prevenção de comprometimento ocular na hanseníase, que implantou o serviço de prevenção em oftalmologia no Instituto Lauro de Souza Lima, onde residiu por muitos anos e, posteriormente, empresta seus excelentes conhecimentos e dinamismo na implementação destas mesmas atividades em São Luiz no Maranhão.

Talvez o resultado mais importante de todas essas atividades em torno das questões da prevenção de

incapacidades tenha sido a revisão e a incorporação definitiva dos conceitos de prevenção de incapacidades pelo Ministério da Saúde. Assim, as políticas de saúde que, inicialmente só contemplavam o diagnóstico e tratamento clínico dos casos, passaram a considerar as ações de prevenção como indissociáveis do processo de tratamento do paciente⁷. De fato, este reconhecimento toma vulto com a introdução dos esquemas de poliquimioterapia recomendados pela Organização Mundial da Saúde, o que ocorre no Brasil, de forma mais consistente, em 1896. Este crescente reconhecimento do papel da prevenção de incapacidades leva o Ministério, à frente a Dra. Maria Leide W. de Oliveira, a investir maciçamente no treinamento de pessoal e na produção de material de formação. Com uma proveitosa relação entre a ILEP e o Ministério da Saúde, tem início Plano Nacional de Ação para Implementação das Ações de Prevenção de Incapacidades e Reabilitação Física em Hanseníase⁸. Participa ativamente na elaboração e implementação de seus diferentes componentes, Linha F. Lehman, consultora da ALM (American Leprosy Missions), outro marco importante da história da prevenção de incapacidades no Brasil. Como resultado dessa importante iniciativa, ao longo do período 1997-2001, se distingue o estabelecimento de Comitê e Assessoria Técnica para prevenção de incapacidades (PI), a definição dos conceitos e atividades básicas de PI para implementação das ações de controle da hanseníase, o desenvolvimento de kit para treinamento de PI - Catálogo de treinamento, auto-cuidados, exame neurológico, prevenção ocular, “Exercícios para uma vida melhor” em CD, livros e folhetos, o treinamentos de PI padronizados e supervisões integradas, a uniformizações de técnicas usadas para avaliação do Grau de Incapacidades e no Exame Neurológico Simplificado, além da consistente integração da PI nas ações de controle de hanseníase.

Em resumo, após o início da divulgação das técnicas de prevenção de incapacidades, em 1974, encontramos no dia de hoje uma substancial modificação da aceitação dessas ações por partes dos gestores dos programas. Por fim, a prevenção de incapacidades em hanseníase é uma atividade plenamente incluída entre as ações rotineiras de controle da hanseníase.

Reabilitação física

A reabilitação física é parte integrante de um processo maior que visa a reabilitação integral do indivíduo com desabilitado. Diferente da prevenção, os aspectos cirúrgicos dos casos de hanseníase já interessaram os médicos de forma mais precoce. De fato, na metade do século XX encontram-se referências abundantes sobre hanseníase e cirurgia. Pode-se dizer que muitos cirurgiões em algum momento de suas vidas profissionais, já se interessaram sobre a prática cirúrgica em hanseníase. Mas, aparentemente, este interesse, salvo as exceções

de sempre, se limitava ao inusitado da achado ou pela necessidade de apresentar algum trabalho em evento científico. Não havia um compromisso de continuidade com as questões da reabilitação, muito menos com um processo reabilitativo que visasse a reintegração do indivíduo na sociedade. No outro extremo, encontramos profissionais que entendiam as questões de reabilitação física como uma necessidade do paciente. Começa, então, a permear o interesse em ampliar o escopo da atenção à hanseníase que vai se consolidar na década de 1980. Não bastava apenas o uso da Dapsona ou dos esquemas DNDS – reconheciam a pessoa afetada como um ser humano com necessidades múltiplas, pois identificavam que a hanseníase não se restringia a uma doença com lesões de pele. Mesmo durante a vigência da internação compulsória, com a criação estatal dos asilos-colônia em praticamente todos os estados do Brasil, havia, no corpo funcional dessas instituições, a presença de cirurgiões e outros profissionais ligados às questões reabilitativas, mas o conceito de integração, certamente não era vigente, apenas lá estavam para resolver os problemas focais de suas área de atuação, como necessidades de amputações e tratamento de úlceras graves, entre outros.

As primeiras referências sobre o uso da cirurgia estão ligadas aos antigos asilos-colônia ou a cirurgias com propostas isoladas. Em 1913⁹ já escreve sobre a cirurgia na lepra, o que é retomado em 1928¹⁰. Em 1930 Antônio Aleixo discorre sobre o mal perfurante plantar¹¹. O conhecido cirurgião Antônio Prudente também incursiona nesse campo, apresentando suas reflexões em congresso na França¹². Mais adiante, nas décadas de 30 e 40 do mesmo século, profissionais ligados aos hospitais-colônia se interessam sobre o assunto e publicações muito relevantes começam a surgir. Entre elas se salientam aquelas produzidas por Linneu Mattos Silveira e Eurico Branco Ribeiro. Enquanto à sua volta o problema da úlcera plantar era tratado das maneiras mais exóticas, este médico estipulou rotinas de tratamento que em pouco diferem das preconizadas atualmente pelas autoridades na matéria. O Dr. Silveira foi um dos fundadores da Sociedade Ibero-Latino-americana de Cirurgia Plástica e primeiro diretor da Faculdade de Medicina de Sorocaba (1937, 1938). Eurico Branco Ribeiro, médico e escritor de nomeada, interessou-se principalmente pelas lesões neurais em hanseníase e seu tratamento^{13,14,15,16,17}.

Este interesse continua a empolgar os médicos e, já na década de 50, há novamente um forte interesse sobre cirurgia e uma produção importante aparece, principalmente nas questões da cirurgia reparadora e plástica, que se reflete inclusive no exterior. Ainda não se percebe, nesta fase, uma visão ampla de processo reabilitativo. Mas, sem dúvidas, as contribuições técnicas envolvendo cirurgias ligados aos hospitais colônia de São Paulo deixaram marca. Isto se liga ao

fato de que tinha-se noção do problema dos pacientes já curados, mas que apresentavam sérias deformidades, impossibilitando-os de retornar ao convívio social. Para tentar sanar este problema, quando da reestruturação dos serviços do DPL-SP, introduziu-se pelo decreto 25.188 de 6 de dezembro de 1955, o conceito de que os dispensários deveriam dispor de condições para atender aos problemas de reabilitação dos egressos. Ora, na época, segundo João Ernesto Faggim, haviam mais de quarenta dispensários e certamente não havia disponibilidade orçamentária para criar um serviço de reabilitação em cada um destes dispensários. Assim é que, por atuação do então diretor do DPL, Dr. José de Alcântara Madeira, foi criado, pelo decreto 36.675 de 27 de maio de 1960, um Serviço de Reabilitação centralizado na capital do estado para atendimento de todos os dispensários do estado. Coube ao Dr. João Ernesto Faggim a elaboração de um projeto para a instalação deste serviço. A verdade é que, apesar de duração relativamente efêmera, gravitaram junto à este serviço do DLP expressivas figuras relacionadas com a reabilitação em hanseníase. Entre eles, pode-se citar o próprio Dr. J. Faggim com trabalhos envolvendo cirurgia de mão e de face e o Dr. M.G. Martin Filho do Sanatório Santo Ângelo, entre outros. Em 1966, Luis Eugenio Reginatto publica importantes trabalhos sobre cirurgia estética da face e, na mesma época Roberto Farina publica seus “retalhos naso-genianos para a reconstrução nasal em hanseníase”. As contribuições destes dois cirurgiões transcenderam nossas fronteiras e hoje em dia, são citados na literatura mundial sobre o assunto e tem suas técnicas aplicadas nos maiores centros de reabilitação para hansenianos em todo o mundo.

Certamente, São Paulo se notabiliza por esta proposta ampla, ainda que não atingida. Entretanto, nos demais estados encontramos iniciativas isoladas de oferta de uma atenção mais integral aos casos da hanseníase, incluindo a presença de profissionais de outras especialidades que não apenas a dermatologia, entre eles cirurgiões e oftalmologistas. Este é o caso de Minas Gerais e da Colônia do Aleixo em Manaus¹⁸.

Por fim, o terceiro momento da reabilitação física em hanseníase no Brasil encontra seu principal promotor o Instituto Lauro de Souza Lima, em conjunto com a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária e a American Leprosy Missions. Com dito, já em 1975 se desenvolviam atividades de prevenção de incapacidades e mesmo de reabilitação cirúrgica naquele instituto. Na mesma oportunidade, visita o país o Dr. Olivier Hasselblad, então presidente da ALM, com o intuito de verificar as condições das atividades de prevenção e reabilitação dos pacientes de hanseníase. Felizmente, ocorre um encontro deste grupo com os profissionais de Bauru, os quais já buscavam ampliar as atividades nessa área. Volta-se a citar a CERPHA como poder enzimático para este en-



Figura 1. Encontro de cirurgiões de hanseníase em Bauru. Entre os convidados estão o Prof. Bernard Nafis e o Prof. Dinlkar D. Palande da Índia, Prof. Michael Yves Grawin da França, além do Dr. Frank Duerksen do Canadá.

contro e o desenvolvimento de uma firme e produtiva relação¹⁹. De fato, o Instituto passa a ceder os esforços das atividades de reabilitação. Em 1978 é enviado um assessor técnico da AML, Dr. Frank Duerksen, cirurgião ortopedista. O Dr. Duerksen é nascido no Paraguai, de pais missionários canadenses, faz brilhante curso de medicina em Buenos Aires e depois, residência em cirurgia plástica ainda em Buenos Aires e posteriormente se especializa em ortopedia no Canadá, onde fixará residência. Ao chegar ao Brasil, inicia intensa atividade tanto de formação de pessoal como de realização de cirurgias em centenas de casos em necessidade. Seu primeiro curso conta com cirurgiões dos países, em que se salientam o já citado Dr. Traple de Curitiba e o Dr. Leonildo Rodrigues de Manaus.

Outros centros também já atentam para as necessidades cirúrgicas e de reabilitação integral. Tem maior notoriedade o Hospital São Julião, antigo asilo colônia em Campo Grande (MS) que recebe apoio internacional pela dinâmica atuação da Ir. Sílvia Vecellio²⁰.

Entretanto, a estratégia proposta pelo Dr. Duerksen é diferenciada. Com o apoio da CERPHA/ALM e da DNDS ele se propõe a treinar pequenas equipes de reabilitação, minimamente compostas por cirurgião e fisioterapeuta. Com certeza, a idéia é que o grupo seja completo, contando com enfermeiro, terapeuta ocupacional, sapateiro e assistente social, no mínimo. Mas, inicialmente, tenta-se trabalhar com o que é realizável. Na estratégia se inclui a participação da equipe em um curso em Bauru e segue-se a atividade prática na sua cidade de origem, com visitas regulares do assessor para aperfeiçoar, *in loco*, o desenvolvimento

da equipe. Este sistema produziu resultados muito positivos. As equipes foram treinadas e, nas décadas de 1980 e 1990 atuaram efetivamente em Manaus, Porto Velho, Rio Branco, Ribeirão Preto, Bauru, São Paulo, Curitiba, Porto Alegre, Salvador, Belém, Recife e Fortaleza (Figura 01).

Os cursos de reabilitação e de prevenção de incapacidades no Instituto Lauro de Souza Lima produziram uma geração importante de profissionais atuantes e de multiplicadores. As atividades de aperfeiçoamento eram patrocinadas pela ALM através da CERPHA, com o devido apoio da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Havia, então, um lugar certo para o reconhecimento desta necessidade de formação, mas os intensos afazeres da implantação e implementação

nacional dos esquemas de poliQuiomioterapia como recomendados pela Organização Mundial da Saúde se constituíam na principal meta da administração federal. Entretanto, se recursos, no momento inicial, não podiam ser alocados para essas atividades cirúrgicas, nunca faltou o decisivo apoio dos gerentes nacionais para essas iniciativas, tanto no início com o Prof. Aginaldo Gonçalves, e em seguida com a Profa. Maria Leide de Oliveria, o Dr. Gerson Penna, o Dr. Gerson Fernando Mendes Pereira e, por fim a Dra. Rosa Castália Ribeiro França Soares.

Com a redução das visitas do assessor internacional e reestruturação das atividades da ALM no Brasil, um acordo entre o Instituto Lauro de Souza Lima e a ALM permite a contratação de um assessor nacional, treinado no Instituto Lauro de Souza Lima, o Dr. Elifas Cabral, de Porto Velho, o qual continua o processo de difusão e treinamento de pessoal conforme a estratégia proposta desde 1979 pelo Dr. Duerksen. Finalmente, em 1997, o Programa Nacional de Controle de Hanseníase assume a coordenação desse projeto e o amplia através dos Cursos Nacionais de Cirurgia, também apoiados pela ALM e tendo como assessor o mesmo Dr. Cabral e participação de vários profissionais já treinados pela iniciativa anterior. Assim, o Programa Nacional, definitivamente, reconhece, na prática, a importância dessas atividades de reabilitação como essenciais ao completo atendimento das necessidades das pessoas afetadas pela hanseníase. Com iniciativa e resultado direto desta postura, em 2000 a Área Técnica de Dermatologia Sanitária do Ministério da Saúde, com o apoio da ILEP, deu início ao Plano Nacional de Reabilitação Física em

Hanseníase, com o objetivo de prevenir e reduzir as conseqüências do dano neural devido à hanseníase, minimizando os problemas associados à doença. Para a implantação desse Plano, foram elaborados quatro manuais: Manual de adaptações de palmilhas e calçados; Manual de condutas para úlceras neurotróficas e traumáticas; Manual de cirurgias e Manual de condutas para complicações oculares.

Os resultados dessa estratégia ao longo de seus desdobramentos foram muito positivos²¹. Atualmente, há uma firme consciência nos profissionais que trabalham com hanseníase de que a reabilitação é parte integrante da atenção ao paciente. Por decorrência do Plano Nacional de Reabilitação, que se baseia preliminarmente na iniciativa do Instituto Lauro de Souza Lima nos finais de 1979, estados e municípios têm investido maciçamente no treinamento de pessoal nesta área, assim como na área de prevenção de incapacidades.

Referências

- 1 Brasil. Decreto n.968 de 7 de Maio de 1962. Dispõe sobre as normas técnicas para o tratamento da lepra. Artigo 5.
- 2 Mendonça RF, Figueiredo H. Fim da Maldição. Revista de História da Biblioteca Nacional 2007.
- 3 18º Congresso Brasileiro de Higiene. São Paulo, BR. 1970.
- 4 Bello P. Hanseníase: Treinamento de Pessoal. In: Conferência Nacional para a Avaliação da Política de controle da Hanseníase. Brasília: Serviço Público Federal; 1976.
- 5 Bello P. Hanseníase: prevenção de incapacidades por técnicas simples. Ajuste social do doente. Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária 1977; 36(2/4).
- 6 Lopes Filho A. Transformando a Lepra em Hanseníase – a árdua tentativa para a eliminação de um estigma. [Monografia]. Curso de Especialização. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004. Disponível em: <http://antlopes.sites.uol.com.br/Monografia.PDF>
- 7 Virmond M, Vieth H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. Medicina 1997; 30: 358-63.
- 8 Escarabel C M, Lehamn LF, Oliveira MLW, Moreira M B, Magalhães C, Petrus S. Trabalhando Juntos para Integrar Prevenção de Incapacidades e Reabilitação nas Ações de Controle de Hanseníase e no Sistema Único de Saúde; 2008. Disponível em: <http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/painel-rehab-sus-pneh.pdf>
- 9 Gomes E. Intervenções cirúrgicas na lepra. Bol. Soc. Bras. Dermat. 1913; 2(1) 23.
- 10 Meira O. Cirurgia da Lepra. Bras. Méd 1928; 42(49): 1391.
- 11 Aleixo A. Sobre o mal perfurante plantar. Brasil Méd. 1930; 44(1): 1.
- 12 Prudente A. La chirurgie structure em face de deux plus grand fléaux de l'humanite : le cancer e la lèpre. Rev. Chir. Structure 1937; 7:148-55.
- 13 Ribeiro EB. Aspectos cirúrgicos da caseose dos nervos na lepra. Rev. lep. S. Paulo 1934; 1(3): 143.
- 14 Ribeiro EB. Achados cirúrgicos em um caso de lepra nervosa considerado extinto. Rev. Bras. Lepr. 1938; 6 (n. especial): 175.
- 15 Silveira LM. Lepra e amputação. Rev. Bras. Lepr. 1937; 5 (n. especial): 143.
- 16 Silveira LM. Tratamento cirúrgico das neurites leprosas agudas. Rev. Bras. Lepr. 1938; 6 (n. especial): 193.
- 17 Silveira LM. Amputações e o mal perfurante plantar. Rev. Bras. Lepr. 1938; 6 (n. especial): 219.
- 18 Talhari S, Aguiar AP, Matos TT, Spener S, Borborema CA. Hanseníase no Estado do Amazonas: histórico e desativação do leprosário. An. Bras. Dermatol. 1981; 56(3): 179-84.
- 19 Opromolla DVA. Reabilitação em nível nacional, editorial. Hans.Int. 2003; 28(2): 127-28.
- 20 Oehmen M, Lorenzatti E, Mandetta H, Figueiredo A. Reabilitação no Sanatório São Julião. Boletim da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. 1977; 36(2/4).
- 21 Duerksen F, Opromolla DVA, Virmond M, Garbino J. Teaching and training for surgical rehabilitation in hanseniasis: results of 20 years activities of the Instituto Lauro de Souza Lima in South America. Hans. Int. 1999; 24(1):55-60.

Tom F. Frist

UMA BREVE HISTÓRIA CONFORME A MINHA LEMBRANÇA

Muitas pessoas têm me pedido para tentar escrever algumas das minhas lembranças dos anos em que vivi no Brasil e do meu envolvimento na constituição do PRO-REHAB, do Movimento dos Direitos das Pessoas com Deficiência, e na fundação de diversas organizações, tais como, a SORRI, MORHAN, IDEA e a SORRI-Brasil. Embora muitos nomes e datas fogem da minha mente, apresento aqui uma breve história de como eu lembro de as coisas terem acontecido.

A decisão de vir ao Brasil

Em 1973, quando eu e a minha esposa, Clara, estávamos morando em Madri, na Espanha, a *American Leprosy Mission* (ALM) me abordou e ofereceu um emprego de consultor de reabilitação. Eles e a Organização Mundial da Saúde (OMS) queriam que eu realizasse um estudo em um outro país sobre os obstáculos que impedem a integração socioeconômica de pessoas com hanseníase, semelhante ao que havia realizado na Tanzânia como aluno de pós-graduação na Universidade de Yale.

Ao retornar aos Estados Unidos da Espanha, reuni-me com o Dr. Oliver Hasselblad, o então presidente da ALM, e com o Dr. Brubaker da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), que representava a OMS em hanseníase nos Estados Unidos, para discutirmos quais seriam os países onde seria possível realizar o estudo, dentre eles o Vietnã e a Índia. Um dos países também sugeridos foi o Brasil. O Dr. Nilson Carvalho, o então responsável pelo Serviço Nacional de Leprosia (SNL) do governo brasileiro, e Jorge de Oliveira Macêdo, da Comissão Evangélica de Reabilitação de Pacientes de Hanseníase (CERPHA), me convidaram para realizar o estudo lá no Brasil. Embora eu nunca tivesse morado na América Latina, a Clara possuía vínculos fortes com a região, então decidimos que o Brasil seria o lugar para onde deveríamos ir.

Frist TF. Uma breve história conforme a minha lembrança. *Hansen Int.* 2008; 33(2) Suppl. 1: p. 19-28.

Antes de seguirmos para o Brasil, primeiro visitamos alguns dias o hospital nacional de hanseníase do governo Norte Americano em Carville, estado da Luisiana. Lá conhecemos os doutores Paul e Margaret Brand que gentilmente nos mostraram slides e explicaram alguns aspectos básicos da hanseníase e dos problemas relacionados aos pés, mãos e olhos. Ali começou uma amizade que tem perdurado toda a nossa vida.

De Carville fomos a Caracas, na Venezuela, para passar um mês com o Dr. José de Jesus Arvelo e o Dr. Jacinto Convit, dois especialistas na doença internacionalmente renomados, para conhecermos seus programas ambulatoriais de prevenção de deficiências. O mês se estendeu para três meses enquanto aguardávamos nossos vistos de trabalho para o Brasil e visitávamos projetos por todo o país.

Finalmente chegamos ao Rio de Janeiro no dia primeiro de dezembro de 1973. Jorge de Macêdo, o diretor da CERPHA, estava no aeroporto para nos receber e nos levou ao seu apartamento na Tijuca para conhecer a sua família. Jorge e a CERPHA representavam a ALM no Brasil e tiveram um impacto muito importante no trabalho em hanseníase no país. Ele sempre foi um amigo apreciado e um aliado. Nos primeiros dois meses no Brasil, nós moramos em um pequeno apartamento no Seminário

Batista em um morro na Tijuca e por um mês cursamos aulas de português em Copacabana.

Com a ajuda de Jorge, a maior parte do tempo que passamos no Rio de Janeiro foi gasto visitando órgãos do governo, delegacias de polícia, escritórios de despachantes para tentar obtermos um visto permanente para que pudéssemos trabalhar no país. Nós também tivemos reuniões com Dr. Carvalho, então responsável pelo Serviço Nacional de Leprosia, a respeito da pesquisa que eu havia planejado. Inicialmente, a OPAS e a ALM haviam proposto que o projeto de pesquisa fosse realizado em Citrolândia, uma extensa área habitacional de pessoas com hanseníase, próxima a Belo Horizonte, em Minas Gerais. Portanto, fomos visitar o local e conversamos com o Dr. Pedro de Bello, outro excelente hansenologista. Contudo, um outro convite chegou para visitarmos Bauru, no estado de São Paulo. Na época, Bauru era uma cidade próspera de aproximadamente 200.000 habitantes no centro do estado e possuía diversas universidades. Bauru também era a sede regional de uma área que compreendia 28 municípios.

Após a viagem de dez horas de carro a Bauru com Jorge de Macêdo e vimos tanto a situação como o entusiasmo do Dr. Diltor W. Araújo Opromolla, Dr. Osvaldo Cruz e equipe pelo possível projeto, achei que nós deveríamos realizar o estudo em Bauru e não em Citrolândia. Embora Aimorés, o hospital de hanseníase em Bauru, fosse ainda quase um hospital-colônia na época, senti que ele tinha muito mais chance de desenvolver-se e tornar-se um hospital integrado e um centro de treinamento e pesquisa do que o hospital próximo a Citrolândia. O Dr. Opromolla tinha a reputação de ser um dos melhores hansenologistas do Brasil e ele estava começando a colocar o pé na água da área da reabilitação por meio do programa iniciado no hospital chamado "O pé Bom," que fora inspirado pelo Dr. Brand e Dr. Arvelo e que contava com o apoio da CERPHA e da ALM. Em nossas reuniões com ele e Dr. Osvaldo, propus que se eu viesse a Bauru queria um escritório no centro de saúde, além daquele no hospital de hanseníase, visto que o objetivo do meu projeto de pesquisa era promover a integração. Houve acordo com eles e com o coordenador do centro de saúde regional, o Dr. Wilson Speridião. Com a ajuda do Dr. Antônio Espírito Santo, do Aimorés, também encontramos uma casa nova em uma fazenda no interior que poderíamos alugar por aproximadamente cem dólares mensais. Portanto, com tudo em ordem, retornamos ao Rio.

Todavia, nem tudo estava bem. Quando o Dr. Hasselblad soube a respeito da minha escolha por Bauru ao invés de Citrolândia, para ser o local do projeto, ele não ficou nem um pouco feliz. Ao ver sua reação, Jorge passou também a ter dúvidas. Mais tarde, porém, o Dr. Hasselblad visitou pessoalmente Bauru e conversou a respeito do assunto comigo e sobre os motivos da escolha. Ele concordou que era a decisão certa. E foi!

PRO-REHAB e o Hospital Lauro de Souza Lima

Em fevereiro de 1974 eu e a Clara nos mudamos para Bauru e passamos as primeiras duas semanas no hospital enquanto comprávamos móveis usados para a casa que havíamos alugado, um fusca marrom, e eu montava um escritório no centro de saúde. Então trabalhei intensamente no desenho da pesquisa que realizaria, na amostragem, elaboração dos questionários, etc.

Tive uma ajuda maravilhosa para realizar o estudo em Bauru. Tanto o pessoal do Hospital Aimorés e do Centro de Saúde deram sua total cooperação. Uma ajuda particularmente especial no Centro de Saúde foram a assistente social Nilce de Mello, a psicóloga Celina Nizoletti e o educador em saúde Protogenes Guimarães, além do Dr. Speridião. Desenhei vários modelos de estudo: um deles era com pessoas com hanseníase da região. Entrevistamos aproximadamente mil pacientes: alguns deles estavam no hospital para tratamento, outros viviam nas alas sociais do Hospital Aimorés, outros residiam na Vila Santa Terezinha, uma comunidade adjacente ao hospital, e outros eram residentes da região, de sete municípios da amostra. O questionário e os testes levavam aproximadamente uma hora para serem realizados. Treinei, no Aimorés, para este estudo, aproximadamente 20 assistentes sociais e profissionais da saúde do hospital e dos centros de saúde regionais e foram eles que realizaram a maioria das entrevistas embora eu e a Clara estivéssemos envolvidos também. Calculávamos as deficiências físicas, usando métodos e escalas simples; seu conhecimento e atitudes sobre a hanseníase; sua situação social e econômica, e seus problemas psicológicos. Foi muito esclarecedor ter conhecido pessoalmente muitas pessoas afetadas pela doença e aprendido sobre a sua situação. (Na época havia muito estigma e as pessoas escondiam sua doença, mudavam de nome e abandonavam suas famílias por causa dela.)

Dentre os outros estudos realizados havia um levantamento da legislação a respeito da hanseníase nos níveis local, estadual e nacional; um estudo comparativo sobre atitudes de empregadores a respeito da contratação de pessoas com deficiências de vários tipos; e um estudo sobre o conhecimento e as atitudes dos profissionais e da população em geral sobre a doença. Desde o início, envolvi a comunidade na pesquisa: o prefeito, os jornais, os funcionários do centro de saúde e do hospital, estudantes da faculdade de serviço social de uma universidade, da faculdade de psicologia de outra, e das ciências da computação de outra. Após aproximadamente um ano de pesquisa, no qual 40 entrevistadores estavam envolvidos em todos os estudos, tabulei os resultados com a ajuda do computador da Fundação Educacional de Bauru e então escrevi um plano de ação para promover a integração social. Chamei o plano de PRO-REHAB (Projeto para a Reabilitação de Hanseníase em Bauru.)

O plano possuía vários aspectos que objetivavam transformação institucional e atitudinal. Uma parte desta

estratégia era a transformação do hospital Aimorés em um hospital integrado, em um centro de formação e pesquisa, e em ajudar os casos sociais a retornarem para seus lares e as suas comunidades. (Dr. Opromolla, Dr. Osvaldo Cruz e eu trabalhamos muito próximos nesse aspecto.) Outra parte da estratégia era a integração da comunidade de ex-pacientes (aproximadamente 150 pessoas) da Vila Santa Terezinha, situada nas adjacências do hospital, transformando-a em uma comunidade como qualquer outra de Bauru. Também almejávamos a organizar um programa de prevenção de deficiências nos centros de saúde da região e criar um programa de treinamento ocupacional e colocação no emprego para pessoas com deficiências devidas a hanseníase e outros problemas.

Visto que o hospital, os centros de saúde, e as instituições que ofereciam assistência social, seriam envolvidas no PRO-REHAB, necessitávamos do aval dos Órgãos da Saúde e da Assistência Social do Estado para realizar o projeto. Foram muitos meses de negociações pelos Dr. Opromolla, Dr. Osvaldo e senhor Silas Braga Reis, o administrador do hospital, até que finalmente os secretários dos respectivos órgãos vieram a Bauru para assinar oficialmente o protocolo PRO-REHAB. Não obstante, muito antes de o plano PRO-REHAB ter sido oficialmente firmado pelo estado, nós já havíamos iniciado sua implantação por meio da fundação da SORRI, da transformação do Hospital Aimorés (no atual “Instituto Lauro de Souza Lima” – ILSL), da integração da Vila Santa Terezinha, e da implantação dos programas de prevenção de deficiências no centro de saúde.

A razão de o Dr. Opromolla e eu trabalharmos muito próximos devia-se ao fato de nós pensarmos de forma muito semelhante a respeito da integração e da transformação institucional. Sua ênfase era, evidentemente, no hospital e nos seus programas médicos, na reabilitação física e no programa de prevenção das deficiências no centro de saúde. Eu me concentrava mais nos programas comunitários, na reabilitação profissional e na integração da Vila Santa Terezinha, embora tentei ao máximo ajudá-lo e ao Dr. Osvaldo com os projetos hospitalares.

O Dr. Osvaldo e o Estado criaram uma função de consultor específica para que eu pudesse ter um impacto maior no hospital que também me pagava um honorário simbólico. O Dr. Opromolla e o Dr. Abrahão Rotberg me convidaram, também, para integrar a pequena Comissão Estadual de Assessoria em Hanseníase da qual o Dr. Abrahão Rotberg era o responsável.

Tentei colaborar com o hospital de várias formas: parte da ajuda era pequena e de caráter pessoal como, por exemplo, a tradução de artigos para revistas científicas que eu e a Clara fazíamos; o ensino de alguns cursos, e a ajuda na organização de algumas visitas de estrangeiros. Todavia, a minha principal colaboração foi na redação e apoio para a solicitação de doações junto

a ALM e a outras organizações internacionais para os muitos projetos ligados à transformação institucional. Ajudava o hospital a obter recursos para transformação dos prédios velhos em dormitórios para os muitos visitantes e estudantes que vinham participar dos cursos; para a implantação do departamento de reabilitação incluindo a reforma do prédio onde ele fosse funcionar; para a construção de um centro de formação; para a aquisição de suprimentos e equipamentos para muitos projetos de pesquisas, ensino e tratamento. Ajudei na montagem de uma biblioteca científica e na aquisição de periódicos, posteriormente, também na implantação de um estúdio de filmagem. Ademais, colaborei para a captação dos recursos para a criação e manutenção de uma revista científica, a *Hansenologia Internationalis*, editada inicialmente pelo Dr. Rotberg e, posteriormente, pelo Dr. Opromolla. Outra forma de contribuição envolveu a captação de recursos para viagens de modo que muitas pessoas-chave poderiam participar de congressos científicos. Talvez a ajuda mais importante tenha sido o apoio na captação de recursos para pagar os salários das dezenas de pessoas-chave que o Dr. Opromolla recrutou para poder implantar os novos programas de reabilitação, pesquisa, cirurgia, e ensino até a época em que o Estado assumiu sua contratação. Dentre aqueles muitos, que foram desta forma apoiados, estava a equipe de reabilitação da qual o cirurgião de mão, Dr. Marcos da Cunha Lopes Virmond, fazia parte e quem posteriormente tornou-se diretor do hospital e uma pessoa importante no mundo da hanseníase. Frequentemente a SORRI fazia a contratação (para o ILSL) até que o Estado pudesse assumir os funcionários. Também ajudei um ex-paciente a fazer uma capacitação na AACD (muito difícil na época devido ao estigma e a segregação) para que ele pudesse retornar e coordenar o novo departamento de próteses e órteses do hospital.

O ILSL foi um pioneiro e teve um impacto enorme no trabalho da hanseníase no Brasil em todos os seus aspectos e, certamente, na reabilitação física. O Dr. Opromolla e o hospital asseguraram inicialmente a implantação de programas de prevenção de incapacidades e de reabilitação física que aglutinaram uma excelente equipe de profissionais que treinaram milhares de pessoas em todo o Brasil. Adicionalmente, com a contribuição do Dr. Frank Duerksen, da ALM, o hospital capacitou muito dos cirurgiões de reabilitação do Brasil. Um grande número dos líderes dos programas de hanseníase brasileiros foram inspirados e capacitados pelos Dr. Opromolla, e pela excelente equipe recrutada por ele e pelo Dr. Osvaldo. Tive a honra de colaborar neste processo tanto nos estágios de planejamento e de implementação. Mais tarde, levei o que aprendi no ILSL, a respeito de transformação institucional, aplicando-o nas sugestões que fiz ao Ministério da Saúde em Brasília onde passei um mês como consultor da OPAS.

SORRI

Vamos voltar nossa atenção a SORRI agora e como ela veio a ser. Em minha pesquisa, descobri que, embora o hospital e os centros de saúde lidavam com os problemas médicos das pessoas com hanseníase da região, não tínhamos organizações semelhantes que lidassem com os problemas socioeconômicos dos pacientes tais como o desemprego, o estigma, a legislação e o isolamento social. Minha primeira idéia não era a de criar uma nova organização, mas de ajudar as existentes a expandirem seus programas de modo que incluíssem serviços para as pessoas afetadas pela hanseníase. Abordei duas organizações (COT e APAE) com esta proposta, mas não fui bem sucedido. Foi então que comecei a pensar a respeito de começar uma organização completamente nova que ajudaria não somente as pessoas com hanseníase, no tocante aos seus problemas socioeconômicos, como também as pessoas com deficiências devidas a outras causas. Visto que nosso objetivo geral era a normalização e a integração social, a nossa organização deveria ser integrada e deveria atender todas as pessoas com deficiência na própria comunidade e não em um hospital isolado. (Havia muita pressão, inicialmente, para que a sede fosse localizada no ILSL, a qual me opus.) Também comecei a pensar em um nome positivo e em um símbolo para essa organização.

Depois de redigirmos o estatuto da nova organização com a ajuda de um advogado local, convidei uns 30 membros proeminentes da comunidade de Bauru para serem os sócios fundadores junto comigo. Eles representavam clubes de serviço, outras ONGs, amigos, e evidentemente o ILSL e o Centro de Saúde. No dia 26 de setembro de 1976 nós fundamos a SORRI – a Sociedade para a Reabilitação e Reintegração do Incapacitado – na reunião realizada para este fim na Associação Comercial e Industrial de Bauru. Tornei-me o primeiro diretor e Silas Braga Reis tornou-se o primeiro presidente. Conseguimos alugar uma escolinha pertencente à Maçonaria de Bauru para servir de sede, com a ajuda financeira da ALM. Contratei meus primeiros dois funcionários: Lucimara de Figueiredo, uma recém formada assistente social que trabalhou comigo na época da pesquisa e que tem estado na SORRI desde então, e Ismar Batista, um sapateiro do ILSL. A OXFAM da Inglaterra havia, há pouco tempo, nos doado algumas máquinas usadas de confecção de calçados por meio da CERPHA. Decolamos assim o empreendimento, inicialmente com oito clientes, deficientes na maioria devido a hanseníase.

A SORRI cresceu rapidamente e logo tivemos que expandir nossa área de trabalho. Nós inauguramos o novo local reformado ao som da banda militar, discursos do prefeito e de outras autoridades e atividades de entretenimento. O então presidente da ALM, Roger Ackley, veio participar juntamente com Jorge de Macêdo. Foi maravilhoso! Nós éramos uma pequena equipe de funcionários

e clientes muito unidos e estávamos fazendo diferença na vida das pessoas. Jamais esquecerei a satisfação inicial que sentia quando encontrávamos emprego para os nossos clientes recém treinados. Nós fazíamos uma festinha de despedida para cada um. Muitos visitantes chegavam para conhecer a nossa pequena operação, dentre eles, a esposa do Secretário dos Transportes do Estado de São Paulo que se interessou pelo nosso trabalho e o apoiou.

Na época, eu estava com muitas panelas no fogo ao mesmo tempo. Uma preocupação importante era sobre a nossa necessidade de termos nossa própria sede para a SORRI e muito mais ampla. Nós rapidamente superamos nossa capacidade de atendimento na escolinha alugada embora havíamos edificado anexos. Portanto, eu comecei negociações junto a uma das universidades locais, a Fundação Educacional de Bauru (FEB), para tentar obter uma de suas áreas não utilizadas do outro lado da cidade para servir de local para a nova SORRI. Ofereci um incentivo a eles, a saber, se conseguíssemos a terra nós iríamos juntos implantar o primeiro curso universitário de pós-graduação do Brasil para qualificar conselheiros de reabilitação. O diretor da FEB, Dr. Calheiros, gostou da idéia e, então, estabeleci contato com o Dr. Guy Rengaglia, coordenador do programa na Universidade de *Southern Illinois- Carbondale* - para apresentar-lhe a proposta. (A razão de eu contatar a Universidade do Estado de Illinois, e não outra, foi devido ao fato de o estado de São Paulo ser "irmão" do estado de Illinois nos Estados Unidos.) O Dr. Rengaglia também gostou da idéia e generosamente ofereceu três bolsas de estudo de Mestrado pela Universidade de *Southern Illinois* para professores de psicologia da FEB. Ele veio pessoalmente a Bauru para entrevistá-los. Um dos professores enviados não retornou a Bauru como planejado, mas a Carmen Leite Ribeiro Bueno e a Maria Salete Fábio Aranha não somente retornaram a Bauru como até hoje estão realizando uma tremenda contribuição a SORRI e ao trabalho no campo das deficiências no Brasil. Quando voltaram, a Carmen e a Salete, bem como o Romeu Sasaki, outra pessoa muito importante no início da história do trabalho com as deficiências no Brasil, ajudaram a elaborar o curso que havíamos planejado utilizando a SORRI como a instituição modelo.

O incentivo à FEB funcionou e nós conseguimos a terra que precisávamos: dois alqueires. (De fato eu havia apenas solicitado um alqueire, mas quando a dona Paula Raphael, eu, e outros como a Nair Mattos da Cunha e o Silas Braga Reis nos reunimos com o prefeito Osvaldo Sbeghen para lhe pedir a terra, ele já havia esquecido quanto eu havia dito que precisávamos. Quando ele fez a pergunta, a Dona Paula prontamente duplicou a quantia para dois alqueires, e foi isto que nós obtivemos!) A câmara municipal posteriormente aprovou a solicitação em uma de suas reuniões, e nós então já estávamos a caminho de termos nossa própria sede.

Na época, apenas uma trilha de chão batido passava pela terra que nos fora doada, que ficava em meio a uma floresta, e tive muita dificuldade para descobrir onde a terra ficava situada exatamente. (Após alguns anos, porém, o ponto tornou-se um dos melhores locais de toda a cidade. Logo, uma bela avenida de quatro pistas, a Avenida Nações Unidas, foi edificada e hoje passa exatamente em frente da SORRI.) Um amigo e membro do Conselho da SORRI, o Dr. Raul Negrão Fleury, tornou possível que eu tirasse algumas fotos de helicóptero do local da construção, da antiga SORRI, do ILSL para que fossem anexadas aos pedidos de doações para construção da nova sede que eu estava enviando a organismos internacionais. Um excelente arquiteto local e planejador visionário de Bauru, Jurandyr Bueno Filho, elaborou para nós o projeto arquitetônico a partir das nossas idéias a um preço baixo. Então, preparei uma proposta enorme solicitando uma soma total de aproximadamente 700 mil e a enviei para vários patrocinadores em potencial. O dinheiro seria usado para construir quatro prédios que abrigariam escritórios, cozinha, refeitório, oficinas e área de capacitação, residência do caseiro e quartos para visitantes, e uma área de esportes e piscina. Também incluía recursos para vários anos de manutenção. Fui a Europa para visitar várias fundações e nós acabamos conseguindo a maior parte dos recursos do ICCO, um grupo holandês que representa as igrejas protestantes cujos recursos advêm de impostos. Uma vez que a doação fora aprovada nós abrimos uma concorrência para construtoras. Três participaram e a ESUSA foi a escolhida.

Antes de desocupar o prédio da antiga SORRI, ocorreu um roubo muito curioso e engraçado. Alguém arrombou, à noite, e roubou algumas máquinas e escrever, um gravador, e sacos de arroz e feijão, entre outras coisas. A mulher, que morava ao lado da SORRI e que fazia a comida para nós, observou que havia uma pequena trilha de arroz na estrada de chão batido em frente do prédio e ela a seguiu. A trilha levou até uma casa há 500 metros de distância e me avisou e eu chamei a polícia. Eles também seguiram a trilha e descobriram todos os objetos roubados na casa. O saco de arroz tinha um furo e à medida que o ladrão puxava sua carroça, grãos do arroz caíam deixando um rastro. O trabalho de detetive acabou noticiado no jornal.

A inauguração da nova SORRI em janeiro de 1981 foi um evento de vulto. Do Rio veio a pessoa principal no governo federal para tratar dos assuntos da pessoa com deficiência (prima do então presidente do Brasil, Figueiredo), vieram de Brasília o embaixador da Holanda e toda a sua família, e dos Estados Unidos veio Roger Ackley, o então presidente da ALM. Também vieram deputados estaduais, o prefeito, representantes das associações de pessoas com deficiência de São Paulo. Meu amigo Bacurau (posteriormente tornou-se o principal fundador do

MORHAN) compôs uma música para a SORRI chamada "Vamos sorrir para a vida!" Foi um dia glorioso e um dos eventos mais importantes no Brasil de inauguração de "O ano internacional das pessoas com deficiência."

Nossos prédios eram simples, embora excelentes, e eu comecei a expandir amplamente a nossa equipe e programas de capacitação. Logo, como parte do programa de reabilitação, tínhamos pequenas indústrias de confecção de jeans, calçados, estamparia, trabalho subcontratado, fabricação de cadeiras de rodas e muletas. A Tilibra era um importante parceiro da SORRI, no início, ela nos enviava muitos materiais para que os nossos clientes montassem. O número dos nossos clientes quadruplicou e nós passamos a receber muitas visitas. Passei a ser convidado para falar em congressos dentro e fora do Brasil sobre a nossa experiência e para dar entrevistas – duas vezes em rede nacional de TV e em estações de rádio nacional - e muitas vezes na programação estadual e local. Estudantes de terapia ocupacional e fisioterapia, serviço social, psicologia, e até arquitetura vinham em excursões de outras cidades distantes há duas ou três horas, e constantemente tínhamos visitantes dos muitos cursos do ILSL. Dois voluntários britânicos das Nações Unidas vieram para trabalhar conosco e Tony Nicholls, um deles, acabou permanecendo até hoje. O que era tão singular a respeito da SORRI, na época, era que se tratava de um centro integrado que servia a todas as deficiências inclusive hanseníase; era em grande parte auto-suficiente pela produção industrial; os serviços eram gratuitos, os clientes eram remunerados; era bem sucedida na colocação dos clientes em empregos; tentava não ser paternalista; era um lugar divertido para se trabalhar!

Participação no movimento brasileiro das pessoas com deficiência

Sob o patrocínio das Nações Unidas, 1981 foi o "Ano internacional das pessoas com deficiência" e os dois anos anteriores foram os mais ocupados que tive no Brasil. Além da construção da SORRI, a Clara e eu compramos um sítio com ajuda do meu tio e estávamos muito atarefados com o planejamento e a construção da nossa casa própria. A Clara cuidou da maior parte dela enquanto que eu cuidava da SORRI, e acabei muito envolvido no movimento das pessoas com deficiências no Brasil. O meu envolvimento começou por três motivos: primeiro porque eu achava que seria um passo importante conseguir que a pessoa com deficiência devida à hanseníase fosse considerada "uma pessoa com deficiência", ao invés de "leprosa," ou "hanseniana." Segundo, como diretor da SORRI, que servia pessoas com todo o tipo de deficiência, era meu dever lutar por seus direitos e por sua integração, bem como daqueles cuja deficiência era devida a hanseníase. Em terceiro lugar, eu sabia que a união era importante se fôssemos pressionar

o governo para efetuar mudanças na legislação e para implantar serviços importantes para todos nós. Com o tempo, à medida que me reunia com elas e apreciava as pessoas com outras deficiências que não as devidas à hanseníase, tornei-me amigo delas e queria ajudá-las por seu próprio mérito!

Envolvei-me de forma prática no movimento mais amplo das pessoas com deficiência por meio do meu contato com Romeu Sasaki e Otto Marques da Silva que já possuíam uma história de trabalho com as pessoas com deficiências. Quando cheguei ao Brasil, pela primeira vez, o Dr. Hasselblad, da ALM, havia me passado o nome do Romeu como sendo alguém que ele havia conhecido. O Otto havia trabalhado em Nova Iorque com as Nações Unidas no campo das deficiências e ambos haviam vindo visitar a SORRI diversas vezes. Soube, por meio deles, a respeito do iminente “Ano Internacional das Pessoas com Deficiências” e nós todos concordamos que seria uma boa idéia reunir o máximo de associações das pessoas com deficiências que conseguíssemos para ajudar a planejar como poderíamos aproveitar melhor o ano e inserir nossos assuntos na agenda governamental e da sociedade. Embora a SORRI não fosse uma associação de pessoas com deficiência, mas uma associação que oferecia serviços para as pessoas com deficiência, foi uma honra para mim, um norte americano não deficiente representando a SORRI, ser tão bem aceito pelo grupo.

As reuniões ocorriam mensalmente em São Paulo e, normalmente, duravam uma tarde inteira. Os participantes eram indivíduos com deficiências representando organizações de cegos, surdos, e de muitos tipos de deficiências físicas – paralisia, amputados, vítimas da talidomida, epiléticos, etc. Eles chegavam de bengalas, em cadeiras de rodas e a Dona Lourdes Guarda da FCA vinha estirada sobre uma maca, pois ela passava a vida deitada sobre as costas. Eles me inspiravam, eles me faziam rir das suas histórias e insultos mútuos [de bom tom], eles me davam dor de cabeça com suas constantes provocações entre si, e acima de tudo, eles me ensinaram e se tornaram queridos amigos. Hoje, quando escrevo estas linhas eu sinto tanto o prazer por tê-los conhecido como a tristeza por tantos deles já terem falecido. As reuniões eram normalmente tensas à medida que cada tipo de deficiência queria conferir um espaço proeminente na agenda para seus próprios assuntos. Eu lembro que, em uma reunião, declarei ao grupo que pela primeira vez em minha vida eu realmente sentia que as pessoas com deficiências eram tão normais quanto eu, porque todas exibiam os mesmos preconceitos que eu tinha! Aquilo gerou muita risada atravessada.

Alguns dos assuntos que eram freqüentemente discutidos acaloradamente eram: se as pessoas com deficiência mental, ou seus representantes, deveriam estar envolvidos conosco no que chamávamos de “Movimento para os Direitos de Pessoas Deficientes;” se outras

organizações para as pessoas com deficiência deveriam ser convidadas; se pessoas sem deficiência deveriam ter o direito de concorrer a cargos nas associações das pessoas com deficiência. Nós também discutíamos as diferenças entre paternalismo e direitos; se nós deveríamos nos tornar uma outra associação ou federação, ou apenas permanecer como um movimento informal.

Durante esse tempo, viajei bastante para participar das reuniões das pessoas com deficiência em São Paulo, Rio, Recife, e Brasília. O objetivo da reunião nacional em Brasília era o de formar uma coalizão nacional de pessoas com deficiência. A SORRI alugou um ônibus e nós transportamos um dos maiores grupos para a conferência. Também viajaram conosco, no ônibus, muitas pessoas de uma associação de Ourinhos liderada pelo Dr. Robinson Carvalho, um cirurgião ortopédico. (Ele era uma pessoa agradabilíssima e nós nos tornamos muito amigos. Ele e a sua esposa tornaram-se promotores e agentes-chave na adoção do nosso filho, John Daniel Frist, nascido em Ourinhos.) Eu calculo que havia umas 500 pessoas na reunião de Brasília que vieram de todo o Brasil. Os vários dias da reunião foram uma experiência “elevatória” para mim de uma nova maneira, visto que uma das minhas principais contribuições foi a de carregar, nos braços, pessoas de um lado para o outro, visto que nada era adaptado para as pessoas em cadeiras de rodas em Brasília, naquela época.

Nós tivemos êxito em Brasília em nossa luta para que as pessoas com deficiência devido a hanseníase fossem aceitas pelos outros grupos de pessoas com deficiência. Nosso “Bacurau,” do ILSL, foi eleito um dos cinco representantes da Coalizão Nacional e foi convidado a reunir-se com o Presidente João Figueiredo para discutir os problemas e anseios de todas as pessoas com deficiência – incluindo aqueles com hanseníase. Isto nos leva a sua história e à fundação do MORHAN.

MORHAN

Um dos meus problemas na luta pelos direitos das pessoas com hanseníase era que eu não tinha a doença, não era brasileiro, e não era deficiente (exceto por um polegar esmagado que eu mostrava com orgulho!) Eu precisava de um porta voz para a doença que fosse brasileiro, que tivesse tido a doença, que tivesse uma deficiência, que fosse inteligente, eloqüente, positivo e que não tivesse vergonha do fato de ter tido hanseníase. Eu apresentei meu dilema para vários ex-pacientes que eu pensava poderem preencher o papel – mas sem sucesso. Eles não queriam gastar o tempo necessário ou revelar abertamente que eles tinham tido hanseníase devido ao efeito que isso pudesse causar sobre eles e suas famílias. Finalmente, em 1980, uma terapeuta ocupacional do ILSL (o Aimorés transformado), Maria Augusta, sugeriu que eu contatasse um paciente no hospital, o Bacurau, como uma possibilidade. Eu o fiz, e sou sempre grato pela sugestão.

O "Bacurau" (Francisco Nunes) era muito inteligente, muito criativo, embora fosse muito pobre, deformado e um paciente com deficiências que tinha aproximadamente a minha idade e havia vindo do Acre, na Amazônia, para fazer uma cirurgia nos seus pés e mãos. Ele era autodidata, seringueiro que havia se tornado professor da escola primária, compositor de músicas e posteriormente escreveu um livro sobre a sua vida. Quando o conheci fiquei impressionado com ele e lhe contei a respeito do problema que estávamos encarando e sugeri a ele que se tornasse porta-voz para as pessoas com a doença. Juntos, nós iríamos lutar pela integração dos movimentos de pessoas com deficiências e outros movimentos no Brasil. Ele concordou que ajudaria. Daquele momento em diante comecei a levá-lo, quando ele podia, às reuniões mensais do Movimento em São Paulo e a outras reuniões em Brasília que mencionei anteriormente. Eu levantava às cinco da manhã no sítio e o apanhava no hospital em sua cadeira de rodas, devido aos seus problemas nos pés. Nós fazíamos uma viagem de cinco horas de ônibus a São Paulo, juntos, e então tomávamos um táxi até a reunião do Movimento. Após longas horas de discussão, nós tomávamos o ônibus de volta para Bauru, retornávamos ao hospital e então eu voltava ao sítio à meia-noite, aproximadamente. Esses dias foram muito cansativos, mas valeu a pena!

Na época, uma das coisas que me espantavam, quando eu participava de conferências sobre hanseníase nos níveis nacional e internacionais, eram as atitudes paternalistas de muitos hansenologistas e de outros profissionais da saúde envolvidos no trabalho da hanseníase. Em um congresso internacional do pessoal da área médica, a maioria era da Argentina e do Brasil, embora também houvesse pessoas de muitos outros países, eu fui o coordenador da comissão sobre aspectos sociais da doença. Dentre as muitas sugestões da nossa comissão, propusemos que, nos congressos subseqüentes, seriam convidadas algumas pessoas que tiveram a doença para contar as suas experiências e para apresentarem os seus pontos de vista a respeito do que poderia ser feito para melhorar a sua vida. Inicialmente, o presidente do congresso recusou sequer considerar a sugestão (a maioria das sugestões das comissões como a nossa são aprovadas sem serem votadas). Não obstante, nós insistimos, e mediante votação por todos os delegados, nossa sugestão foi derrotada, embora por uma margem pequena. Fiquei estarecido. Daquele momento em diante um dos meus objetivos passou a ser quebrar os preconceitos e o paternalismo nas nossas organizações e de ajudar as pessoas com a doença a ganharem dignidade e voz. Como podemos pregar contra o estigma quando dentro das nossas organizações o estigma é prevalente? Sim, é certo que as pessoas que tiveram a doença podem não ter todas as respostas porque elas não estudaram medicina, psicologia ou sociologia. Mas

também é verdade que aqueles que estudaram tais disciplinas não têm a menor idéia das experiências de vida e dos sentimentos das pessoas que tiveram a doença. Os profissionais, tampouco, têm todas as respostas. Nós precisamos uns dos outros!

Estas atitudes paternalistas, tais como aquelas demonstradas no congresso, ajudaram a radicalizar os pensamentos e sentimentos de muitas pessoas, e algumas começaram a pensar que as pessoas afetadas pela hanseníase deveriam reunir-se na forma de uma associação para lutar por seus direitos. Para elas, muitos profissionais da saúde eram vistos mais como inimigos que aliados. Alguns dos que vieram a fundar o MORHAN chegaram com tais atitudes.

O MORHAN foi fundado na SORRI em Bauru, em 6 de junho de 1981. Ofereci a nova sede da SORRI como alojamento, refeitório e local de reuniões ao Bacurau e às outras duas dúzias de delegados (a maioria eram ex-pacientes, mas havia também vários médicos da saúde pública e um organizador de movimentos sociais do Rio.) Alguns viajaram distâncias longas dos hospitais do norte e do nordeste para participarem da reunião. A reunião durou alguns dias, e após muita discussão, o MORHAN foi fundado. O Dr. Opromolla participou em parte da reunião a convite do Bacurau e de mim.

Participei das discussões e mais tarde da redação de grande parte dos estatutos da nova organização. Algumas das opiniões que eu apoiava prevaleceram, embora a principal não. Por exemplo, eu fui inicialmente contrário a idéia de que deveria se formar uma nova associação nacional apenas com ex-pacientes para lutarem por seus direitos. Tentei convencer o Bacurau e os outros que ao invés disso o caminho mais lógico seria o de juntar-se a uma das várias organizações nacionais para pessoas com deficiência já existentes. Poucos dos fundadores do MORHAN ainda tinham hanseníase; o que eles tinham eram deficiências que resultaram dela. Eu sentia que, ao se associarem a uma das organizações mais amplas de pessoas com deficiências, eles aumentariam a integração que tanto diziam desejar. E iriam reduzir o estigma da doença. Ao fazê-lo, também iriam ganhar novos aliados. Para apoiar tal ponto de vista, convidei vários representantes de organizações nacionais de pessoas com deficiências para participarem da reunião e para oferecerem seu convite para que se juntassem a elas. Porém, a maioria pensava que era necessário formar uma organização à parte e, portanto, foi decidido criar o MORHAN.

Embora eu tenha perdido aquela batalha, ganhei algumas concessões importantes. Eu e o Bacurau, e posteriormente os outros, concordamos que a membresia da associação seria aberta às pessoas que nunca tiveram hanseníase, mas que apenas gostariam de ajudar. Adicionalmente, eles concordaram que o enfoque principal do programa da organização deveria ser a integração, educação pública, melhoria da atenção, e a remoção de leis in-

justas. A nova organização também se aliaria intimamente a outras organizações de pessoas com deficiências.

Após a fundação do MORHAN e a eleição do Bacurau para ser seu diretor, concordei em ajudá-lo financeiramente pelos primeiros anos com recursos da ALM de modo que ele pudesse sair do ILSL e começar o trabalho do MORHAN. Todavia, eu não queria que o MORHAN se tornasse totalmente dependente do apoio financeiro da SORRI e da ALM visto que ele deveria ser uma organização de base. Portanto, o encorajei a procurar outras fontes de recursos. A esta altura, eu e o Bacurau tivemos uma outra divergência. Ele queria se mudar para a Vila Santa Terezinha ao sair do hospital e iniciar o trabalho do MORHAN lá. Eu o estimei, contudo, a aceitar ajuda dos médicos de São Bernardo do Campo e a se mudar para lá, pois ele ficaria mais próximo das autoridades políticas e das organizações de pessoas com deficiência em São Paulo. Ele também estaria vivendo em uma situação de integração e não em um bairro de ex-pacientes de hanseníase. O Bacurau, por seu próprio mérito, concordou em tomar o rumo mais difícil e mudou-se para São Bernardo do Campo.

Embora tenha passado por períodos muito difíceis e, quiçá, algumas vezes, tenha se tornado demasiadamente estridente e muito identificado a um partido político em sua abordagem, o MORHAN cresceu rapidamente e de fato se tornou uma organização nacional com núcleos por todo o Brasil. Em geral, ele teve um impacto positivo no trabalho da hanseníase no país e deu voz e senso de dignidade àqueles que muitas vezes achavam que não tinham. (Hoje, como membro do Conselho Nacional de Saúde, ele representa os interesses inclusive de muitos outros grupos de pessoas com deficiência não somente daqueles com hanseníase.)

Meu apoio pessoal ao Bacurau e ao MORHAN continuou quando me tornei-me diretor da SORRI-Brasil e, posteriormente, como presidente da ALM e da *International Federation of Anti-Leprosy Associations* (ILEP). Ajudei a obter doações para a organização de outros membros da ILEP como, por exemplo, da associação italiana AIFO, e frequentemente “empurrava” o Bacurau para ser convidado para participar de várias reuniões internacionais apoiadas pela OMS e por outros. Na condição de um dos organizadores do 15º Congresso Internacional de Hanseníase, o convidei para apresentar seus pontos de vista, e os do MORHAN, no congresso e a ALM alugou uma sala de reuniões para ele fazê-lo. Também foi naquele congresso que o Bacurau e eu discutimos com a Anwei Skinsness Law, e alguns ex-pacientes da Coréia do Sul e dos Estados Unidos, a formação de uma organização internacional como o MORHAN de modo a apresentar internacionalmente os pontos de vista das pessoas afetadas pela hanseníase.

A organização foi estabelecida em Petrópolis, Brasil, em 1994, com o nome de *International Association for Dignity and Economic Advancement* (IDEA.) Um peque-

no grupo de delegados veio de longe como do Japão, Coréia do Sul, China, Índia e dos Estados Unidos para a reunião de fundação. Seu propósito, tal como o do MORHAN, era o de dar voz e de exigir dignidade para pacientes e ex-pacientes de hanseníase. Como o MORHAN, sua membresia seria aberta às pessoas que nunca tiveram a doença, mas que apenas queriam ajudar.

A ALM, por meio dos seus representantes no Brasil, Zoica Bakirtzief e Antônio Lopes Filho, ajudou a organizar e a financiar a reunião em Petrópolis. O Bacurau e o MORHAN foram os principais anfitriões. Anwei Skinsness Law foi a facilitadora principal da reunião, e desde a sua fundação, tem sido a força-chave detrás da maioria de suas atividades. (Eu participaria da reunião de fundação, mas uma mudança de data na última hora e um compromisso anterior de participar de uma reunião do conselho na Índia impediu a minha participação.) Em sua fundação, o Bacurau foi eleito um dos três presidentes da nova organização. Poucos anos depois, em uma reunião na China realizada com o apoio da IDEA, vi o Bacurau pela última vez. Ele logo faleceu de câncer, mas pude conversar com ele por telefone, em sua casa no Acre, pouco antes de sua morte.

Sempre admirei o Bacurau, uma pessoa que foi capaz de superar muitas deficiências físicas severas e a pobreza, e fez uma contribuição importante ao Brasil e às pessoas com deficiência. Além de possuir talento organizacional, em oratória e na escrita, o Bacurau era um cristão e compositor de canções. Embora me sinta orgulhoso de ter fundado a SORRI, sou igualmente orgulhoso de ter encontrado o Bacurau e de tê-lo ajudado a alcançar o que ele era capaz de alcançar. Nós não concordávamos em tudo, mas nós sempre fomos amigos e respeitávamos os pontos de vista um do outro. Sempre reconheço a pessoa inspiradora e competente que ele foi e como o MORHAN (e agora a IDEA) tem realizado um papel importante no trabalho da hanseníase tanto no Brasil como internacionalmente.

Outras organizações

Além do ILSL, da SORRI, do Movimento Pelos Direitos da Pessoa com Deficiência, e do MORHAN, também estive envolvido em outros grupos formais e informais voltados a pessoa com deficiência. Em Bauru, ajudei a criar, e depois me tornei o coordenador, da Comissão Municipal para o “Ano Internacional da pessoa com Deficiência.” A Comissão era composta por pessoas com deficiência e por organizações para as pessoas com deficiência tais como a APAE, SORRI e o Centrinho. Uma das suas atividades era apoiar um amplo recenseamento, em toda a cidade, das pessoas com deficiência de Bauru usando 200 estudantes das universidades locais para ajudar a encontrá-las e ver que tipo de assistência elas necessitavam. Foi o único recenseamento deste tipo realizado no Brasil, e a partir dele surgiram novos serviços

importantes para os deficientes auditivos que foram iniciados e são ainda mantidos pelo Centrinho.

Nestes anos iniciais, nós também ajudamos a organizar uma associação das pessoas que moravam na Vila Santa Terezinha chamada de "Amigos da Vila Santa Terezinha." Ela era liderada por Armando Bacci, um ex-paciente do ILSL que agora residia na Vila e que foi um pioneiro no trabalho com próteses no hospital. A Clara teve um papel crucial na Vila. Ela organizou o trabalho artesanal que era vendido na SORRI e pelos nossos voluntários para gerar uma renda extra aos ex-pacientes. Ela também trabalhou arduamente, e foi muito bem sucedida, para registrar oficialmente grande parte das propriedades onde moravam os pacientes e os ex-pacientes em nome deles. Outras realizações da Associação, das quais nós participamos, foram a instalação de um poço artesiano, um telefone público, e uma linha de ônibus até a Vila, o que reduziu sua ligação com o hospital e aumentou sua ligação com Bauru. Nós também auxiliamos pacientes a se mudarem da Vila e pessoas sem hanseníase a mudarem para lá, o que ajudou a superar a sua reputação de ser uma vila de leprosos. Nós também ajudamos a angariar recursos da ALM para construir um centro comunitário ali.

Houve uma associação nacional que nós quase fundamos, mas por fim, decidimos ao contrário. Eu havia convidado várias organizações para uma reunião em Bauru na FEB para discutir a possibilidade da fundação de uma federação nacional das organizações que ofereciam serviços às pessoas com deficiência, e eu a chamei de ABRIR (Associação Brasileira para Integração e Reabilitação.) Seu objetivo seria o de estabelecer padrões e oportunidades de capacitação para centros de reabilitação, e pressionar o governo para dar mais atenção e recursos. Na reunião, foi decidido que o tempo não estava maduro ainda para isso. Portanto, coloquei estes planos de lado até 1985 quando a SORRI-Brasil foi fundada.

SORRI-Brasil

A primeira SORRI, em Bauru, foi visitada por pessoas de muitas outras partes do estado de São Paulo e do Brasil, e freqüentemente me pediam ajuda para começar uma SORRI em um outro lugar. Comecei a pensar sobre como fazê-lo e decidi que eu mesmo necessitava de mais capacitação em administração de organizações sem fins lucrativos e sobre como administrar os pequenos negócios que a SORRI havia iniciado. Eu havia escutado a respeito de um curso, que durava cinco meses, para executivos de organizações sem fins lucrativos oferecido pela Universidade *Columbia*, na cidade de Nova Iorque, e com o apoio da ALM pude me inscrever e freqüentar o curso. No final de 1983, transferi a direção da SORRI para o Dr. Patrick Stump, que há muito tempo dirigia a equipe de avaliação, juntamente com a Lucimara. Então, eu e a Clara (que estava grávida de cinco meses de nosso primeiro filho) partimos para os Estados Unidos.

Foi durante este curso, na Universidade de *Columbia* que eu escrevi o plano estratégico para a fundação da SORRI-Brasil e para a expansão das SORRIs para outras cidades. Enquanto estava freqüentando o curso na *Columbia*, também soube a respeito de um curso muito intensivo de quatro meses na Universidade *Harvard Business School of Management*, em Boston, para dirigentes de grandes empresas de todo o mundo. Era chamado de *Advanced Management Program* (Programa Avançado de Administração.) Embora a SORRI não fosse uma empresa, e certamente não era grande como as enormes multinacionais que enviaram seus administradores ao curso, fui persuadido por um parente, que havia feito o curso e que desejava me patrocinar, de que o curso seria útil para mim tanto pelos contatos como pelo conteúdo. Era um tiro à distância, mas aceitei. Foi útil pelo que aprendi, e posteriormente alguns dos participantes vieram a efetuar contribuições financeiras para a SORRI.

Uma vez em 1984, uma semana depois do nascimento da minha filha Lisa, voltei ao Brasil para ajudar a organizar a visita a Bauru de um filantropo muito conhecido. Ele estava interessado particularmente em hanseníase e havia doado milhões de dólares de sua organização à OMS. Ele voou a Bauru e, com muitas câmeras filmando o tempo inteiro, nós visitamos o escritório do prefeito, a SORRI, o ILSL, participamos de uma recepção e de um almoço requintado com os representantes da comunidade japonesa, na bela casa de Olga Coube da Tilibra. Ele deu entrevistas à imprensa e então voou para Brasília para ser condecorado pelo Presidente da República, e eu, então, voei de volta aos EUA.

Em 1985 quando a Clara, eu e a Lisa retornamos ao Brasil, decidi deixar a direção da SORRI. O Dr. Patrick, e a equipe, haviam feito um trabalho excelente na minha ausência. Ao invés disso, decidi que meu papel seria, pelos próximos anos, iniciar a implantação do plano estratégico para a expansão da SORRI que eu havia redigido na Universidade de *Columbia*. Durante alguns meses, escrevi os estatutos da SORRI-Brasil, preparei a filosofia que a guiaria e submeti ambos ao Conselho da SORRI-Bauru para aprovação.

Após a SORRI-Brasil ser fundada pelo Conselho da SORRI-Bauru, eu me tornar o seu executivo, e o Dr. "Gastão" (José Alberto de Souza Freitas) o Presidente, nós começamos a considerar seriamente mudarmos para São Paulo. Embora eu e a Clara não quiséssemos mudar, eu sentia que São Paulo seria mais indicado do que Bauru para servir de sede daquilo que eu esperava ser, um dia, uma organização nacional, de fato.

Novamente com recursos da ALM e de outras agências da ILEP aluguei dois andares em um prédio bem no centro de São Paulo, na Praça da República, para servir de escritório. Nós até tínhamos uma pequena loja em uma das salas que vendia produtos confeccionados na SORRI-Bauru. Contratei Romeu Sassaki, Otto Marques da

Silva, Carmen Leite Ribeiro Bueno e Priscilla Assumpção para ser nossa equipe básica. A Carmen havia obtido seu Mestrado em Aconselhamento em Reabilitação na *Southern Illinois University* (SIU), o Romeu era bem conhecido no campo e também havia estudado na SIU, e o Otto havia trabalhado nas Nações Unidas, em Nova Iorque, por um tempo, em Reabilitação Profissional. A Priscilla viveu tanto nos Estados Unidos como no Brasil sendo fluente em ambos os idiomas. A localização era conveniente: exatamente em frente da estação de metrô.

Nossos três anos em São Paulo foram muito produtivos. Começamos a SORRI-São Paulo sob a liderança do Otto, e, por meio do prefeito Jânio Quadros, Otto pode começar a trabalhar em um conjunto de prédios emprestados a SORRI pela prefeitura de São Paulo. A Fundação Levi-Strauss ajudou a financiar a manutenção da SORRI-São Paulo em seus primeiros anos. Também começamos a SORRI-Ribeirão Preto em um prédio que nos foi cedido pela Maçonaria da cidade. Ambas as SORRIs foram, inicialmente, muito bem sucedidas, mas alguns anos depois de eu sair da SORRI-Brasil, ambas foram fechadas, principalmente devido a conflitos internos de personalidades e de filosofia. Sempre me dói lembrar o seu fracasso, pois ambas tinham grande potencial.

Contudo, as outras SORRIs, que foram fundadas naqueles anos iniciais, prosperaram. Bauru continuou muito bem. Uma organização em São José dos Campos chamada "Quinta Roda," fundada por Carolina Artemis e Hilário Cristofolini, desejava tornar-se uma SORRI, e então, a SORRI-São José dos Campos foi fundada. (Fiz algumas apresentações ao BNDES para obter recursos para construir sua sede em um terreno doado pela prefeitura e fomos bem sucedidos em obtê-lo.) Hoje a SORRI-São José dos Campos tem seus três prédios próprios como sede, e tem capacitado e inserido no mercado de trabalho milhares de pessoas em empregos nessa importante cidade. A SORRI-Campinas também foi outro sucesso. Fundada sob a liderança inspiradora de Maria Olímpia de Silva Machado Luz, ela tem tido um impacto importante na qualificação e na integração de pessoas com deficiência naquela cidade. Hoje, eles também possuem a sua sede própria. A SORRI-Brasil, similarmente, logo se mudou para a sua sede própria, uma casa ampla na Vila Mariana que foi adquirida e restaurada com recursos da ALM e da Fundação Interamericana de Washington, DC.

A SORRI-Brasil também tinha programas para ajudar outras organizações que trabalhavam com pessoas com deficiência, e apoiava muitos cursos, usando sua equipe altamente talentosa, composta por Carmen e Salete, Otto e Romeu como professores. Adicionalmente, enquanto membro do Conselho Estadual dos Assuntos da Pessoa com Deficiência (CEAPD) pude espalhar a filosofia da SORRI e estimular outros grupos em seu trabalho. Nós

também trabalhamos na educação pública, e com a ajuda da Ampliart, publicamos matérias em várias revistas e jornais de circulação nacional de página inteira. Com a ajuda do *Kids on the Block* dos EUA, desenvolvemos a Ana Mello (personagem com hanseníase) e o programa "A Turma do Bairro" aqui no Brasil, que tem sido muito bem sucedido em mudar as atitudes em relação às pessoas com deficiência. Também preparamos muitos panfletos educativos, publicamos um jornal trimestral, enquanto eu continuava participando em palestras e grupos de trabalho em vários congressos de hanseníase e reabilitação no Brasil, Argentina, México, Estados Unidos, Portugal, e Quênia. Outra área de atividade, foi a produção de adaptações para pessoas com deficiências. Com a ajuda do engenheiro, portador de deficiência, Ralph Hotchkiss, e do nosso Tony Nicolls, da SORRI-Bauru, desenvolvemos a cadeira de rodas "Torbelino."

Em 1988, deixei a SORRI-Brasil para tornar-me o presidente da ALM. Naquela posição, e mais tarde como presidente da ILEP, tentei ao máximo continuar apoiando as causas e todas as organizações sobre as quais escrevi neste texto. Quando saí, a Carmen Leite Ribeiro Bueno tornou-se a nova diretora da SORRI-Brasil, e ela vem realizando um trabalho maravilhoso como diretora desde então, ajudando na expansão da SORRI para outras cidades e espalhando a filosofia da inclusão por todo o país por meio de publicações, teatro, e cursos. Sob sua liderança, e com o apoio de muitas outras pessoas competentes, a SORRI-Brasil tem sido reconhecida nacionalmente pela UNICEF e por outras instituições como uma das melhores organizações filantrópicas do Brasil. Também outras SORRIs têm obtido semelhante reconhecimento.

Enfim, esta é a história do meu envolvimento nessas várias organizações e movimentos, conforme a minha lembrança. Infelizmente, devido à falta de anotações, a uma memória imperfeita, e ao desejo de ser sucinto, estou certo de que deixei de fora eventos e nomes importantes, e soletrei incorretamente outros tantos. Muitos conselheiros das SORRIs, voluntários, funcionários e clientes tanto têm contribuído à SORRI que é impossível anotar todos os nomes. O mesmo é verdade com respeito ao ILSL, MORHAN e ao Movimento pelos Direitos das Pessoas com Deficiência.

Foram 15 anos emocionantes no Brasil para mim e para a Clara, e durante nossa estada desenvolvemos um amor duradouro pelo país e por nossos amigos, muitos dos quais infelizmente já faleceram. Somos orgulhosos da parte que tivemos em melhorar a vida das pessoas afetadas pela hanseníase e pelas deficiências, e somos orgulhosos daqueles que têm continuado a levar adiante o trabalho e a alcançar resultados ainda maiores e melhores.

Tom F. Frist

“AS I REMEMBER”

A number of people have asked me to try to put down some of my memories of my years in Brazil and of my involvement in establishing PRO-REHAB, the “Movement for the Rights of Disabled Persons” and in the founding of different organizations like SORRI, MORHAN, IDEA, and SORRI-Brasil. While so many names and dates have escaped me, here is a short history of how I remember things happening.

The Decision to Come to Brazil

In 1973, while my wife Clare and I were living in Madrid, Spain, the American Leprosy Mission approached me and offered me a job as a rehabilitation consultant. They and the World Health Organization (WHO) wanted me to do a study in another country similar to the one I had done as a Yale graduate student in Tanzania about the obstacles which impede the social-economic integration of people with leprosy.

On returning to the US from Spain, I met in New York with Dr. Oliver Hasselblad, the then President of ALM and with the WHO representative for Leprosy in the US, Dr. Brubaker of PAHO and we discussed possible countries where the study could be done, including Vietnam and India. One of the countries also suggested was Brazil. Dr. Nilson Carvalho, the then head of the National Leprosy Division of the Brazilian government and Jorge Macedo of CERPHA had invited me to do my study there. Since I had never lived before in Latin America and because of Clare’s close ties to it, we decided that Brazil was where we should go.

Before heading to Brazil, we first visited the US national leprosy hospital at Carville, Louisiana for a few days and spent some time with Drs. Paul and Margaret Brand at their house where they graciously showed slides and explained some basic facts about leprosy and problems involving the feet, hands, and eyes. There started a

Frist TF. As remember. *Hansen Int.* 2008; 33(2) Suppl. 1: p. 29-38.

friendship that has lasted through our lives.

From Carville we left for Venezuela to spend a month with Dr. José de Jesus Arvelo and Dr. Jacinto Convit in Caracas, two internationally known experts in the disease, in order to see their outpatient programs for the prevention of disabilities. The month expanded to three months as we waited for our visas to work in Brazil and visited projects throughout the country.

We finally arrived in Rio de Janeiro on the first of December of 1973. Jorge Macedo, the director of CERPHA was there to meet us at the airport and took us home to his apartment in Tijuca to meet his family. Jorge and CERPHA represented the American Leprosy Missions in Brazil and had a very important impact on leprosy work in the country. He was always a valued friend and ally. For the first two months in Brazil, we lived in a small apartment in the Baptist seminary on a hill in Tijuca and took a month of Portuguese classes in Copacabana.

With Jorge’s help, much of the two months we were in Rio was spent going to government offices, police stations, and “despachante” offices trying to get our permanent visas so that we could work in the country. We also had talks with Dr. Carvalho, the head of the National Leprosy Division, about the research I planned. Initially, PAHO and ALM had proposed that the research project

be in Citrolândia, a large leprosy settlement near Belo Horizonte, Minas Gerais so we visited there and spoke with Dr. Pedro Bello, another fine leprologist. However, another invitation came in to visit Bauru in the state of São Paulo. At the time it was a prosperous city of about 200,000 in the center of the state and had several universities. Bauru was also the regional capital for an area of 28 municipalities.

After making the ten hour trip by car to Bauru with Jorge Macedo and seeing both the situation and the enthusiasm for the possible project from Dr. Diltor Opromolla, Dr Osvaldo Cruz and the staff, I felt that we should do the study in Bauru and not in Citrolândia. While Aimores, the leprosy hospital in Bauru, was still pretty much a leprosarium at the time, I felt that it had much more of a chance of developing into an integrated hospital and training and research center than the hospital near Citrolândia. Dr. Opromolla had a reputation of being one of the best leprologists in Brazil and he had just started to get his feet wet in the area of rehabilitation by initiating a program in the hospital called "O Pé Bom," which was inspired by Dr. Brand and Dr. Arvelo and which had the support of CERPHA and ALM. In our conversations together with him and Dr. Osvaldo, I proposed that if I came to Bauru, I would want an office in the general health center and not just in the leprosy hospital since the goal of my research project was to promote integration. This was agreed to by them and also by the head of the regional health center, Dr. Wilson Speridião. With the help of Dr. Antonio Espirito Santo of Aimores we also found a new house on a farm in the countryside we could rent for about \$100.00 a month. Thus with everything in order, we returned to Rio.

However, all was not well. When Dr. Olivier Hasselblad learned of my choice of Bauru instead of Citrolândia as the site for the project, he wasn't at all happy. Seeing his reaction, Jorge also began to have doubts. But later, after Dr. Hasselblad actually visited Bauru and talked the matter over with me and the reasons for the choice, he agreed that it was the right decision. And it was!

PRO-REHAB and Hospital Lauro de Souza Lima

Clare and I moved to Bauru in February of 1974 and stayed the first couple of weeks at the hospital while we bought used furniture for the house we had rented, purchased a brown VW bug and I set up an office in the health center. Then I worked hard on the design of the studies I was going to do, getting samples, creating questionnaires, etc.

I had wonderful help in Bauru for the study. Both the people at Hospital Aimores and at the health center gave their full cooperation. Of special help at the health center besides Dr. Speridião were Nilce de Mello, the social worker, Celina Nizoletti the psychologist and

Protogenes Guimarães, the health educator. I designed a number of different studies: One was of people with leprosy in the region. We interviewed around a thousand patients: some of them in the hospital for medical treatment, others living in the social section of Aimores, others living in Vila Santa Terezinha, the settlement outside the hospital, and still others living in seven sample municipalities of the region. The questionnaire and tests took about an hour to administer. I trained some 20 social workers and health workers from the hospital and regional health centers at Aimores for this study and they did most of the interviewing, although Clare and I were involved as well. We calculated their physical disabilities using some simple methods and scales we developed, their knowledge of and attitudes to leprosy, their social and economic situations, and their psychological problems. It was enlightening as I got to know a lot of the people affected by the disease and learn of their situations first hand. (At that time there was a lot of stigma and people hid their disease, changed names and left families because of it.)

Other studies we did included a survey of legislation relating to leprosy at the local, state and national levels; a study of comparative attitudes of employers to hiring people with different types of disabilities; and a study of the knowledge and attitudes of professionals and the general population to the disease. From the start, I involved the community in the research – the mayor, the newspapers, the health center and hospital personnel, students from the school of social work at one university, from the psychology department from another, and from the computer department of a third. After about a year or so of research, in which some 40 interviewers were involved in all of the studies, I tabulated the results with the help of the computer at the Fundação Educacional de Bauru and then wrote a plan of action for promoting social integration. I called the plan PRO-REHAB (Projeto para a Reabilitação de Hanseníase em Bauru).

The plan had a number of aspects which aimed for institutional and attitudinal transformation. One part of its strategy was to transform Aimores into an integrated hospital and a training and research center and to help its social cases return home to their communities. (Dr. Opromolla, Dr. Osvaldo and I worked closely together on this part.) Another part of the strategy was to integrate the community of ex-patients (about 150 of them) in Vila Santa Terezinha on the outskirts of the hospital and make it into a normal community of the city of Bauru. We also aimed to set up a prevention of disabilities program in the health centers in the region and to create a program of job training and placement for people disabled by Hansen's disease and other problems.

Since the hospital, health centers, and institutions offering social assistance would be involved in PRO-REHAB, we needed the approval of the Departments of Health

and of Social Welfare of the State for this to happen. It took many months of negotiations by Dr. Opromolla, Dr. Osvaldo and Senhor Silas Braga Reis, the hospital administrator, but finally the two Secretaries of these Departments eventually came to Bauru to officially sign the PRO-REHAB protocol. But well before the PRO-REHAB plan was officially approved by the state, we had already started to implant it, in the creation of SORRI, and in the transformation of Hospital Aimores, in the integration of Vila Santa Terezinha, and in the establishment of disability prevention programs in the health center.

Dr. Opromolla and I in particular worked closely together because we thought very much alike about integration and institutional change. His emphasis was of course on the hospital and its medical and physical rehabilitation programs and on the prevention of disabilities program in the health center. I concentrated more on social programs in the community, on vocational rehabilitation, and on the integration of Vila Santa Terezinha, although I did try my best to help him and Dr. Osvaldo with the hospital projects.

In order that I would have more impact within the hospital, Dr. Osvaldo and the State created a position for me as a consultant that also gave me a symbolic stipend. Dr. Opromolla and Dr. Abrão Rotberg also invited me to become a member of the small State Advisory Commission on Hansen's Disease headed then by Dr. Abrahão Rotberg.

I tried to help the hospital in a number of ways: Part of the help was small and personal in nature such as Clare and I doing translations of articles for scientific magazines or in my helping to teach some courses and to help organize visits for international visitors. My main help though was in writing and supporting requests for grants from the American Leprosy Missions and from other international organizations for many projects tied to the institution's transformation. I helped the hospital to get funds to transform old buildings into dormitories for the many visitors and students who came to their courses; to create a rehabilitation department and reform a building for it; to build a training center; to buy supplies and equipment for many research, teaching and treatment projects. I helped them set up a scientific library and get subscriptions to magazines and later to set up a film studio. I also helped them get financial support for the creation and maintenance of a scientific magazine, *Hansenologia Internacionalis*, edited first by Dr. Rotberg and later by Dr. Opromolla. Other assistance included getting travel funds so that many key people could go to scientific congresses. Perhaps the most important help, though, was assisting the hospital to get grants to pay the salaries of dozens of the key people that Dr. Opromolla recruited to establish new programs in rehabilitation, research, surgery, and teaching until the time that the state would hire them. Among those thus

helped were many persons on the rehabilitation team including the hand surgeon Dr. Marcos Virmond who later became director of the hospital and an important person in world leprosy. Often SORRI would hire them until the state could take them over. I also helped a former patient to get training in AACD (very difficult at the time because of stigma and segregation) so that he could come back to head up the new prosthetic department of the hospital.

Hospital Lauro de Souza Lima has been a pioneer and has had a huge impact on Hansen's disease work in Brazil in all of its aspects and certainly in physical rehabilitation. Dr. Opromolla and the hospital supported at an early stage the setting up of prevention of disabilities and physical rehabilitation programs and drew together an excellent staff of professionals who trained thousands of people throughout Brazil. Also, with the help of Frank Duerksen of the American Leprosy Missions, the hospital trained many of the rehabilitation surgeons of Brazil. A great number of the leaders of Brazil's leprosy programs were inspired and trained by Dr. Opromolla and by the excellent staff he and Dr. Osvaldo recruited. I was honored to be a help of this process in both the planning and implementation stages. Later, I took what we had learned at Hospital Lauro de Souza Lima about institutional transformation and applied it in the suggestions I made to the Ministry of Health in Brasília where I spent a month as a PAHO consultant.

SORRI

Let us now turn our attention to SORRI and how it came about. In my research, I found that while the hospital and health centers dealt with the medical problems of people with Hansen's disease in the region, we had no such organizations that dealt with their social-economic problems such as jobs, stigma, legislation, and social isolation. My first idea was not to create a new organization but to help an existing organization to expand its programs so that they included services to people affected by leprosy. I approached two organizations (COT and APAE) with this proposal but was unsuccessful. That was when I began to think about starting a totally new organization which would not only help people with Hansen's disease with their socio-economic problems, but would help people handicapped by other causes as well. Since our overall objective was normalization and social integration, ours would be an integrated organization serving all disabled people and it would be located in the community and not in an isolated hospital. (There was a lot of pressure at first to headquarter the organization at Aimores which I resisted.) I also started thinking of a positive name and symbol for the organization.

After writing the bye-laws of the new organization with the help of a local lawyer, I invited some 30 prominent members of the community of Bauru to be co-

founders with me. The represented service clubs, other NGOs, friends, and of course Aimores and the health center. On September 26, 1976 we met together at the Associação Comercial Industrial de Bauru and started SORRI – the Sociedade para a Reabilitação e Reintegração do Incapacitado. I became the first director and Silas Braga Reis became its first president. With financial help from the American Leprosy Missions, we arranged to rent as headquarters a small school in Bauru owned by the Masons. I hired my first two employees - Lucimara de Figuereido, a social work graduate who had worked with me in the interview stage and who has been with SORRI ever since, and Ismar Batista, a shoemaker at the hospital. OXFAM of England had recently donated to us some used shoe machinery through CERPHA. Starting with 8 clients, disabled mostly by leprosy, we were in business.

SORRI grew quickly and pretty soon, we had to expand our work space. We inaugurated the new renovated center with a military band, speeches from the mayor and other authorities and fun activities. Roger Ackley, then president of the American Leprosy Missions, came down to participate with Jorge Macedo. It was great time. We were a small but close-knit group of staff and clients and we were making a difference in the lives of people. I will never forget the early satisfaction as we found jobs for our first trained clients. We had a little party for each one as we said good-bye. Many visitors came to see our little operation including the wife of the Secretary of Transportation of the State of São Paulo and they took an interest in our work and supported it.

At the time, I had a lot of pans on the fire. One major concern was our need for our own, much larger home for SORRI. We quickly outgrew the small school that we rented even with the added additions. I therefore entered into negotiations with one of the local universities, the Fundação Educacional de Bauru (FEB) to see if we could get some of their undeveloped land on the other side of the city as a site for a new SORRI. I held out an incentive – that if we got the land, we would together develop the first university course in Brazil for the training of rehabilitation counselors at the graduate level. Dr. Calheiros, the then director of FEB (Fundação Educacional de Bauru), liked the idea and so I made contacts with Dr. Guy Renzaglia the head of such a program at Southern Illinois University in Carbondale and put to him the idea. (The state of Illinois was a sister state to São Paulo so that it why I approached them and not some other university). Dr. Renzaglia also liked the idea and generously offered three scholarships to psychology professors from FEB so that they could get their Masters at Southern Illinois University. He even came down himself to Bauru to interview them. One of the professors didn't come back to Bauru as planned, but Carmen Bueno and Salete Aranha not only came back to Bauru but are still making tremendous contributions to SORRI and to dis-

ability work in Brazil. On their return, Carmen and Salete as well as Romeu Sasaki, another very important person in the early history of disability work in the Brazil, helped design the course we had planned, using SORRI as the model institution.

The incentive to FEB worked and we got the land we needed – two alqueires (ten acres). (Actually, I had only asked for one *alqueire* (five acres), but when Dona Paula Raphael and I and some others including Nair Mattos da Cunha and Silas Braga Reis met with the mayor, Osvaldo Sbeghen asking him for the land, he forgot how much I had said that we needed. When he asked again, Dona Paula promptly doubled the request to the two *alqueires* and that is what we got!) The city council later approved the request in one of its meetings and we were then on our way to having our own center.

At the time, only a dirt trail ran past the land we were given which was in the middle of a forest, and I had the hardest time figuring out exactly where it was. (Within a few years, however, the spot was one of the choicest locations in the entire city. The beautiful four lane Avenida Nações Unidas was soon built and now passes right in front of SORRI.) A friend and SORRI board member, Dr. Raul Fleury, made it possible for me to go up in a helicopter and take pictures of the building site, the old SORRI, and of Aimores to accompany the requests for grants that I was making to international groups for funds to build the new center. Jurandyr Bueno Filho, an excellent local architect and visionary planner of Bauru did the architectural plans at a low cost for us based on our ideas. I then put together a thick proposal and sent it to a number of possible funders asking for a total of about \$700,000. The money was for four buildings that would house offices, kitchen and dining facilities, our workshops and training area, a caretaker house and rooms for visitors and a sports and pool area. It also included funds for several years of maintenance costs. I went to Europe to visit possible funding organizations and we ended up getting most of the funds from ICCO, a Dutch group representing Protestant churches whose money came from tax dollars. Once the grant was approved, we opened up a bidding opportunity to construction companies. Three bid and ESUSA was chosen.

Before vacating the old SORRI, a curious and funny robbery took place. Someone broke in at night and stole some typewriters, a tape recorder and sacks of rice and beans among other things. The woman who lived next door to SORRI and who did our cooking noticed a small trail of the rice in the dirt road in front of the building and she followed it. It led to a house 500 meters away so she alerted me and I told the police. They too followed the trail and discovered all of the stolen goods in the house. The bag of rice had a hole in it and as the robber hauled it with his horse and cart, grains of the rice fell out leaving a trail. The detective work made the newspaper.

The inauguration of the new SORRI in January of 1981 was a major event. The head person in the government for disability issues (the cousin of the then President of Brazil, João Figueiredo) came from Rio. The Ambassador of Holland and all of his family came from Brasília and Roger Ackley, then president of the American Leprosy Missions came from the US. Also there were state congressmen, the mayor, and representatives of disabled persons associations from São Paulo. My friend, "Bacurau" (later the main founder of MORHAN) composed a song for SORRI called "Vamos sorrir para a vida!" (Let's smile at life!) It was a glorious day and a major event in Brazil for the opening of the "International Year of the Disabled."

Our buildings were simple but excellent and I began to vastly expand our staff and training programs. Soon as a part of rehabilitation program, we had small industries in blue jeans, shoe making, silkscreen, sub-contract work, wheelchairs and crutches. Tilibra was an important early supporter of SORRI and sent us many materials for our clients to put together. The number of our clients quadrupled and we also began to receive lots of visitors. I began to be invited to congresses in Brazil and outside Brazil to give speeches on our experience and to give interviews - twice on national TV and national radio stations and many times on state and local programming. Students in occupational and physical therapy, social work, psychology and even architecture came on outings to visit us from cities two or three hours away and we constantly had visitors from the many courses of Hospital Lauro de Souza Lima. Two British volunteers from the United Nations Association came to work with us and Tony Nicholls, one of them, ended up staying until now. What was so different about SORRI at the time was that it was integrated, serving all types of disabilities including Hansen's disease; it was largely self-supporting with its products; its services were free, its clients were paid; it was successful in placing them in jobs; it tried not to be paternalistic; and it was a fun place to work!

Involvement in the Brazilian Disability Movement

1981 was the "International Year of the Disabled" sponsored by the UN, and the two years before that were two of the busiest I had in Brazil. Besides the building of SORRI, Clare and I also bought some farm land with help from my uncle and we were busy planning and building our own house. Clare took care of most of that while I took care of SORRI and became very involved in the disability movement in Brazil. My involvement began for three reasons: First because I thought that an important first step in getting rid of the strong leprosy stigma was to get people disabled by leprosy to be considered as disabled persons rather than as "leprosos" (lepers) or even "hansenianos" (Hansen's diseased people). Second, as director of SORRI which served persons with all types

of disabilities, it was my duty to fight for their rights and integration as well as those disabled by Hansen's disease. Third, I knew that unity was important if we were going to pressure the government for changes in legislation and in establishing services important to all of us. Later, as I began to meet and appreciate people with other disabilities besides those associated with Hansen's disease, I became friends with them and wanted to help them for their own sake!

I became involved on a practical basis in the greater disability movement through my contacts with Romeu Sasaki and Otto Marques da Silva who already had histories of working with people with disabilities. Dr. Hasselblad of ALM had given me Romeu's name when I first came to Brazil as someone he had met before. Otto had worked in New York before with the United Nations in disability work and both of them had come several times to visit SORRI. I learned through them of the upcoming "International Year of the Disabled" and we all agreed that it would be a good idea to bring together as many of the disabled persons associations as we could to help plan how we could make good use of the year and get our issues on the government's and the public's agendas. Since SORRI was really not an association of disabled persons, but an association that provided services for disabled persons, it was an honor for me, a non-disabled, North American representing SORRI, to be accepted so well into the group.

Meetings were held once a month in São Paulo and usually lasted all afternoon. Participating were individuals with disabilities representing organizations for the visually impaired, for those with hearing loss, and for many types of physical disabilities - paralysis, amputees, thalidomide, epilepsy, etc. They came with canes, in wheel chairs and Dona Lourdes Guarda of FCA even came stretched out on a gurney as she spent her life of her back. They inspired me, they made me laugh with their stories and good natured insults to one another, they gave me headaches with their constant arguing among themselves, and most of all they taught me and became dear friends. Today as I write this I feel both delight at having known them and sadness as so many of them have now died. Meetings were usually tense as each disability type tried to get their particular problems a prominent place on the agenda. I remember at one meeting stating to the group that for the first time in my life I really had come to feel that people with disabilities were normal like me because they all exhibited the same prejudices that I had! That got a lot of nervous laughs.

Some of the issues that were often discussed heatedly were whether mentally disabled persons or their representatives should be involved with us in what we called the "Movimento para os Direitos de Pessoas Deficientes;" whether other organizations for the disabled (like SORRI) should be invited; whether people without a disability

should be allowed to run for offices in disabled persons associations. We also discussed the differences between paternalism and rights; whether we should become another formal association or federation or just stay an informal movement.

During this time, I traveled quite a bit attending meetings of disabled persons in São Paulo, Rio, Recife, and Brasília. The purpose of the national meeting in Brasília was to form a national coalition of disabled persons. SORRI rented a bus and we took one of the largest contingents to the conference. Also going with us on the bus were a number of people from an association in Ourinhos led in part by Dr. Robinson Carvalho, an orthopedic surgeon. (He was a delightful person and we became close friends. He and his wife were later key promoters and agents in the adoption of our son, John Daniel Frist who was born in Ourinhos.) My guess now was that about 500 people were at the meeting in Brasília and they came from all over Brazil. The several days of the meeting was quite an “uplifting” experience for me in other ways as one of my main contributions was hauling people around in my arms as nothing was adapted at the time in Brasília for users of wheel chairs.

In Brasília we had a major success in our fight to get people disabled by Hansen’s disease or leprosy to be accepted by other disability groups. Our own “Bacurau” from Hospital Lauro de Souza Lima was elected one of the five representatives of the National Coalition and was invited to meet with President Figueiredo to discuss the problems and wishes of all disabled persons - including those with Hansen’s disease. This leads us to his story and to the founding of MORHAN.

MORHAN

One of my problems in fighting for the rights of people with Hansen’s disease in Brazil was that I didn’t have the disease, wasn’t Brazilian, and wasn’t disabled (except for a smashed thumb which I showed with pride!) I needed to find a spokesperson for the disease who was Brazilian, who had had the disease, who was disabled, and who was intelligent and articulate, positive and unashamed of the fact that he had had leprosy. I had presented my dilemma to several former ex-patients whom I had thought might fill the role - but without success. They didn’t want to spend the time necessary or to reveal openly that they had had Hansen’s disease because of the effect it might have on them and their families. Finally, in 1980, an occupational therapist in Hospital Lauro de Souza Lima (the transformed Aimores), Maria Augusta, suggested my contacting a patient in the hospital, “Bacurau”, as a possibility. I did so and have always been grateful for that suggestion.

“Bacurau” (Francisco Nunes) was a very intelligent, very creative, but very poor, deformed and disabled

patient in the hospital who was about my age and had come from Acre in the Amazon to get surgery done on his hands and feet. He was a self-educated, rubber tapper who became a primary school teacher, a song writer and later even wrote a book about his life. When I met him I was impressed with him and told him of the problem we were facing and I suggested to him that he become a spokesperson for people with the disease. Together we could fight to integrate the disability and other movements in Brazil. He agreed to help. From then on I started taking him when he could go to the monthly meetings of the Movement in São Paulo and to other meetings including the one in Brasília I previously mentioned. I would get up at 5 AM on the farm and pick him up at the hospital usually in his wheel chair because of his foot problems. We would take a 5 hour bus trip to São Paulo together and then go by taxi to the meeting of the Movement. After long hours of discussion, we would catch a bus back to Bauru, return to the hospital and then I would get back to our farm at around midnight. These were very tiring but worthwhile days!

At the time, one of the things that astounded me in my participating in conferences at the national and international levels on leprosy was the paternalistic attitudes held by many leprologists and other medical persons involved in leprosy work. In one international congress of medical persons mostly from Brazil and Argentina, but also from many other countries, I was the head of a commission on the social aspects of the disease. As one of our commission’s many suggestions, we proposed that in the next congresses that some people who had had leprosy be invited to share their experiences and offer their points of view as to what should be done to better their lives. At first the Congress president refused to even consider the suggestion (most suggestions from committees like ours were approved without a vote). We insisted however and in a vote by all the delegates, our suggestion was defeated, although by a fairly close margin. I was flabbergasted. From then on, one of my aims was to break down the prejudices and paternalism in our own leprosy organizations and to help people with the disease gain their dignity and voice. How could we preach against stigma when within our own leprosy organizations, stigma was so prevalent? Yes, it is right that people with the disease may not have all the answers because they haven’t studied medicine or psychology or sociology. But it is also true that those who have studied such disciplines don’t have any idea of the life experiences and feelings of people who have had the disease. Professionals don’t have all of the answers either. We need each other!

Such paternalistic attitudes as those shown in the congresses helped radicalize many people’s thoughts and feelings and some began to think that people affected by Hansen’s disease should join together in an association to fight for their own rights. To them, many profes-

sional health workers were seen more as enemies than as allies. Some of those who came to found MORHAN came with such attitudes.

MORHAN was founded at SORRI in Bauru on June 6, 1981. I had offered to "Bacurau" and the other couple of dozen delegates (mostly former patients but also several public health doctors and a grass root organizer from Rio) the use of our new facilities for sleeping, eating and meeting. Some had traveled huge distances from hospitals in the north and northeast to attend the meeting. It went on for a couple of days and after a lot of discussion, MORHAN was founded. At Bacurau's and my invitation, Dr. Opromolla also participated in part of the meeting.

I took part in the discussions and later in much of the writing of the byelaws of the new organization. Some of the views I supported prevailed, but the main one didn't. For example, I was at first against the idea of starting a new national organization made up just of ex-patients to fight for their rights. I tried to convince "Bacurau" and the others that instead, a more logical path would be for them to join one of several already existing national organizations of the disabled. Few of the founders of MORHAN even had Hansen's disease anymore; what they had were disabilities that had resulted from it. I felt that by their joining such general disability organizations they would increase the integration that they said they desired and would reduce the stigma of the disease. Doing so would also provide them with other allies. To support this point of view, I invited representatives of a couple of national disability organizations to attend the meeting and to offer their own invitations for them to join. However, most thought a separate organization was needed and so it was decided to create MORHAN.

While I lost that battle, I did win some important concessions. "Bacurau" and I, and later the others, agreed that the membership of the new organization would be open to people who had never had Hansen's disease but who just wanted to help. Also, they agreed that the program focus of the new organization should be primarily on integration, public education, getting better care, and on the removal of unjust laws. The new organization would also closely ally itself with other disabled persons organizations.

After MORHAN was founded and "Bacurau" was elected its director, I agreed to support him for the first years financially with ALM money so that he could leave Hospital Lauro de Souza Lima and begin MORHAN's work. I did not however want MORHAN to become totally dependent on SORRI and ALM's financial support since it was supposed to be a grass roots organization. I therefore encouraged him to look for other revenue sources. At this point "Bacurau" and I had another disagreement. He wanted to move to Vila Santa Terezinha from the hospital and begin MORHAN's work from there.

I encouraged him, however, to accept the support of the doctors from São Bernardo dos Campos and move there as he would be closer to the political authorities and other disability organizations in São Paulo. He would also be living in an integrated situation and not in a village of ex-Hansen's disease patients. To his credit, "Bacurau" agreed to the harder course and moved to São Bernardo.

While it passed through some very rough periods and perhaps at times became too strident and too identified with one political party in its approach, MORHAN grew quickly and truly became a national organization with chapters all over Brazil. Overall it has had a positive impact on Hansen's disease work in the country and has given voice and sense of dignity to those who sometimes felt they had none. (Today, as a member of the National Health Council, it even represents the interests of many other disability groups and not just those with Hansen's disease.)

My own support of "Bacurau" and MORHAN continued when I became director of SORRI-Brasil and then later as president of ALM and of ILEP. I helped get grants for the organization from other ILEP members, such as the Italian association AIFO, and often pushed for "Bacurau" to be invited to different international meetings sponsored by WHO and others. As one of the organizers of the 15th International Leprosy Congress in Orlando, I invited him to present his views and those of MORHAN in that congress and ALM rented a conference room for him to do so. It was also in that congress that "Bacurau" and I discussed with Anwei Skinsness, and some former patients from South Korea and the US, the establishment of an international organization like MORHAN to put forward internationally the point of view of those affected by leprosy.

That organization was founded in Petropolis, Brazil in 1994 with the name IDEA. A small group of delegates came from as far away as Japan, South Korea, China, India, and the US for the founding. Its purpose like MORHAN's was to give a voice and demand dignity for active and former Hansen's disease patients. Like MORHAN, its membership would be open to people who never had the disease but who just wanted to help.

ALM, through its representatives in Brazil, Zoica Bakirtzief and Antonio Lopes Filho, helped organize and finance the meeting in Petropolis. "Bacurau" and MORHAN were the main hosts. Anwei Skinsness was the main facilitator for the meeting and since the founding of IDEA has been the key force behind most of its activities. (I was to attend the meeting to found it, but a last minute change in its dates and a previous commitment to a board meeting in India prevented me from doing so.) At its founding, "Bacurau" was elected one of the three presidents of the new organization. A few years later at an IDEA sponsored meeting in China, I saw "Bacurau" for the last time. He soon died of cancer, but I

was able to talk with him by phone in his home in Acre shortly before his death.

I have always admired “Bacurau”, a person who was able to overcome his many severe physical handicaps and poverty and make an important contribution to Brazil and to the disabled. Besides his organizational, speaking, and writing talents, “Bacurau” was a Christian and a song writer. While I’m proud of founding SORRI, I am just as proud of finding “Bacurau” and helping him to achieve what he was able to achieve. We didn’t always agree, but we were always friends and respected each other’s points of view. I have always recognized what an inspiring and capable person he was and how MORHAN (and now IDEA) have played important roles in Hansen’s disease work both in Brazil and internationally.

Other Organizations

Besides the Hospital, SORRI, the Movement for the Rights of Disabled Persons, and MORHAN, I was also involved in other formal and informal groups dealing with disability. In Bauru, I helped create and then became the chair person of the Municipal Commission for the “International Year of the Disabled.” The Commission was made up of disabled persons and of organizations for the disabled like APAE, SORRI, and the Centrinho. One of its activities was to sponsor a city wide census of disabled persons in Bauru using 200 students from a local university to help find them and to see what type of assistance they required. It was the only such census done in Brazil and out of it emerged the important new services for the hearing disabled which were started and still sponsored by the Centrinho.

During these early years, we also helped organized an association of people living in Vila Santa Terezinha called the “Amigos de Vila Santa Terezinha.” It was led by Armando Bacci, a former hospital patient who now lived in the Vila and was a pioneer in prosthetic work at the hospital. Clare played a crucial role in the Vila. She organized handicraft work there which was sold at SORRI and by our volunteers to generate extra income for the former patients. She also worked hard and was successful in getting most of the home sites of patients and former patients officially registered in their names. Other accomplishments that we helped the Association achieve were getting a community well, community telephone, and a bus line for the Vila thus reducing its ties with the hospital and increasing its ties to Bauru. We also assisted patients to move from the Vila and people without Hansen’s disease to move there, thus helping it to overcome its reputation as a leprosy Vila. We also helped to raise money from ALM to build a community center there.

One national association we almost founded, but finally decided against it. I invited a number of organizations to a meeting in Bauru at the Fundação Educacional de Bauru to consider the founding of a national federa-

tion of the organizations in Brazil providing services to the disabled. I called it ABRIR, “Associação Brasileira para Integração e Reabilitação. Its purpose was to establish standards and training opportunities for rehabilitation centers and to pressure the government for more attention and resources. At the meeting, it was decided that the time was not yet ripe. So I put those plans aside until 1985 when SORRI-Brasil was founded.

SORRI-BRASIL

The first SORRI in Bauru was visited by persons from many other parts of São Paulo and Brazil and often I was asked for help in starting SORRIs elsewhere. I began to think of how to go about doing that and decided that I myself needed more training in not-for-profit management and in managing the small businesses SORRI had started. I had heard of a five month course for executive directors of non-for-profits at Columbia University in New York City and with the sponsorship of the American Leprosy Missions, I was able to enroll and attend it. At the end of 1983, I turned over the directorship of SORRI to Dr. Patrick Stump who had long headed SORRI’s evaluation team with Lucimara. Clare (who was 5 months pregnant with our first child) and I then left for the US.

It was during this course at Columbia University that I wrote a strategic plan for the founding of SORRI-Brasil and for the expansion of SORRIs to other cities. While at this course at Columbia, I also learned of a very intensive four month course at the Harvard Business School in Boston for managers of large companies around the world. It was called the “Advanced Management Program.” Although SORRI was not a business and certainly was not large like the huge multinationals that sent their managers to the course, I was convinced by a relative who had himself attended the course and wanted to sponsor me, that the course would be useful to me for the contacts as much as for what I would learn. It was a long shot but I was accepted. It was useful for what I learned and later, some other participants made important financial contributions to SORRI.

Once during 1984, a week after the birth of my daughter Lisa, I came back to Brazil to help organize the visit of a very well known Japanese philanthropist to Bauru. He was especially interested in Hansen’s disease and had given millions of dollars from his organization to the World Health Organization. He flew into Bauru and with cameras of his organization rolling all the time we visited the mayor’s office, SORRI and Hospital Lauro de Souza Lima and had a very fancy reception and lunch with representatives of the Japanese community at the beautiful home of Olga Coube of Tilibra. He gave interviews to the press and then flew on to Brasília to be decorated by the President and I flew back to the US.

In 1985 when Clare and I and Lisa returned to Brazil, I made a point of not resuming the position of execu-

tive director of SORRI. Patrick and the team had done an excellent job without me. Instead I decided that my role for the next few years would be to begin to implant the strategic plan for the expansion of SORRI that I had written at Columbia University. During several months, I wrote up the by-laws of SORRI-Brasil, prepared a guiding philosophy and submitted them both to the board of SORRI-Bauru for approval.

After SORRI-Brasil was founded in 1985 by the board of SORRI-Bauru and I became the Director and Dr. "Gastão" (José Alberto de Souza Freitas) the President, we began to start seriously to look into moving to São Paulo. Although Clare and I didn't want to move, I felt that São Paulo would be more appropriate than Bauru as the headquarters of what I hoped would truly one day be a national organization.

Again with seed money from the American Leprosy Missions and other ILEP agencies, I rented two floors in a building right in the center of Sao Paulo on the Praça da Republica for an office. We even had a little store in one of the rooms selling goods made by SORRI-Bauru. I hired Romeu Sassaki, Otto Marques da Silva, Carmen Bueno, and Priscilla Assumpção as our basic staff. Carmen had gotten her masters in Rehabilitation Counseling at Southern Illinois University, Romeu was well-known in the field and had also attended SIU, and Otto had worked in the UN in New York for awhile in Vocational Rehabilitation. Priscilla had lived in both the US and in Brazil and was fluent in both languages. The location was a convenient one right in front of the subway station.

Our three years in São Paulo were very productive. We started SORRI- São Paulo under the leadership of Otto, and through his contacts with Mayor Janio Quadros, he was able to begin work in a group of buildings turned over to SORRI by the City. The Levi-Strauss Foundation helped finance SORRI-São Paulo's maintenance during the first years. We also started SORRI-Riberão Preto in a building lent to us by the Masons of the City. Both of these SORRIs were initially very successful, but a few years after I left SORRI-Brasil and became the president of the American Leprosy Missions, they both closed, mainly because of internal conflicts in personality and philosophy. I have always felt very badly about their failure as they both had great potential.

However, the other SORRIs that were founded during these early years prospered. Bauru continued to do very well. An organization in São José dos Campos called "Quinta Roda" founded by Carolina Artemis and Hilário Cristofolini wanted to become a SORRI and thus SORRI-São Jose dos Campos was founded. (I made presentations to the National Development Bank of Brazil for funds to build their center on land donated by the City and was successful in getting it.) Today SORRI-São Jose has its own three buildings as its headquarters and has trained and placed thousands of persons in jobs in

this important city. SORRI-Campinas was also another success. Founded under the inspirational leadership of Maria Olimpia de Silva Machado Luz, it has had an important impact on the training and integration of people with disabilities in that city. Today, they too have their own headquarters. SORRI-Brasil also soon moved into its own headquarters, a large house in Vila Mariana that was purchased and renovated with funds from the American Leprosy Missions and of the Inter-American Foundation of Washington, DC.

SORRI-Brasil also had programs to help other organizations that worked with the disabled and sponsored a number of courses for them using our highly talented team of Carmen and Salete, Otto and Romeu as teachers. Also as a member of the state commission on disability, I was able to spread SORRI's philosophy and to encourage other groups in their work. We also worked in public education and with the help of Ampliart, we published full page professionally done public service pieces in several national news magazines. With the help of "Kids on the Block" in the US, we developed Ana Mello and the "Turma do Bairro" program here in Brazil which has been so successful in changing attitudes to people with disabilities. We also prepared a number of educational pamphlets, published a quarterly newspaper, and I continued to participate with speeches and in working groups in many leprosy and rehabilitation congresses in Brazil, Argentina, Mexico, the USA, Portugal, and Kenya. Another area of activity was in the production of aids for the disabled. With the help of the disabled engineer Ralph Hotchkiss and our own Tony Nicholls of SORRI-Bauru we developed the "Torbelino" wheel chair.

In 1988 I left SORRI-Brasil to become the president of the American Leprosy Missions. In that position and later as president of the International Federation of Anti-Leprosy Organizations (ILEP), I tried my best to continue supporting the causes and all of the organizations of which we have spoken. When I left, Carmen Bueno became the new director of SORRI-Brasil and has been doing a wonderful job as the director ever since, helping to expand SORRI to a few more cities and spreading the philosophy of inclusion nationally in publications, theatre, and courses. Under her leadership and with the support of so many other capable people, SORRI-Brasil has been recognized nationally by UNICEF and by others as one of the best philanthropic organizations in Brazil. So have other SORRIs thus been recognized.

So this is the history of my involvement in these different organizations and movements as I remember it. Unfortunately, due to a lack of notes, an imperfect memory and the desire to be concise, I am sure that I have left out important events and names and misspelled others. So many SORRI counselors, volunteers, employees and clients have contributed so much to SORRI that it is impossible to put it all down. The same is true for the

Hospital, MORHAN, and especially the “Movement for the Rights of Disabled Persons.”

It was an exciting 15 years in Brazil for Clare and myself and during our stay, we developed a lasting love for the country and for our friends, many of whom have

unfortunately now died. We are proud of our part in bettering the lives of people affected by Hansen’s disease and disabilities, and we are proud of those who have continued to carry on that work and to achieve even bigger and better results.

Mary Lise Carvalho Marzliak¹

Regina Célia Pinheiro Silva²

Wagner Nogueira³

Carmen Luiza Guisard⁴

Maria Emília Ferreira⁵

Heleida Nobrega Metello⁶

Tanya Eloise Lafratta⁷

Dalila Filomena Mohallem⁸

Tânia Maria Guelpa Clemente⁹

Heliana R. Macedo¹⁰

BREVE HISTÓRICO SOBRE OS RUMOS DO CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO.*

Short historical on the routes of the control of the Leprosy in Brazil and the State of São Paulo.

Resumo

Este artigo descreve as medidas adotadas para o enfrentamento da hanseníase desde o século XVIII com o surgimento das Sociedades Protetoras dos Lázaros, até a construção dos hospitais de lázaros em todo o país e em São Paulo. Traz a trajetória dos doentes por esses hospitais do Estado e a seqüência de criação dos asilos e posteriormente dos asilos-colônia: em 1928 o Padre Bento (atual Complexo Hospitalar Padre Bento(CHPB)/Guarulhos), 1931 Aymorés (atual Instituto Lauro de Souza Lima(ILSL)/Bauru) e em 1932 o Hospital de Cocais em Casa Branca (desativado) e o Pirapitingui (atual Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes(HFRA)/Itu). Do isolamento compulsório até a “abertura dos portões” é traçado um paralelo com o cenário institucional da época chegando até o momento atual em que governo e sociedade civil assumem nova articulação comprometendo-se com a proposta de reestruturação dos 33 hospitais do país.

Marzliak MLC, Silva RCP, Nogueira W, Guisard CL, Ferreira ME, Metello HN, Lafratta TE, Mohallem DF, Clemente TMG, Macedo HR. Breve histórico sobre os rumos do controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. *Hansen Int.* 2008 33(2). Suppl. 1 p. 39-44.

Palavras-chaves: Hanseníase; Hospital-colônia; Programa de Controle; Isolamento.

Abstract

This article describes the measures adopted will be the confrontation of hanseníase since 18th century, with the sprouting of the Protective Societies of the Lázaros, until the construction of the hospitals of lázaros in all the country and São Paulo. It brings the trajectory of the sick

* Este artigo tem base no **Projeto Censitário - 2008** da população moradora dos Antigos Hospitais Colônia de Hanseníase do Estado de São Paulo. Foi elaborado pela equipe técnica do Programa Estadual de Controle da Hanseníase da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase do CVE e foi desenvolvido pelas equipes técnicas dos Hospitais Dr. Francisco Ribeiro Arantes(HFRA)/Itu, Hospital Dr. Arnaldo Pezutti Cavalcanti (HAPC)/ Mogi das Cruzes, Instituto Lauro de Souza Lima(ILSL)/Bauru e Complexo Hospitalar Padre Bento(CHPB)/Guarulhos.

1 Médica sanitária. Diretora Técnica da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadora Estadual do Programa de Controle da Hanseníase – São Paulo – dvhansen@saude.sp.gov.br

2 Assistente Social. Mestre em Educação. Professora Assistente do Departamento de Serviço Social da Universidade de Taubaté – regcps@yahoo.com.br

3 Mestre em Medicina Preventiva. Médico Sanitarista da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde – wagwag@uol.com.br

4 Assistente Social. Mestre em Ciências Ambientais. Interlocutora de Hanseníase GVE Taubaté – carmenguisard@yahoo.com.br

5 Psicóloga Sanitarista da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde - maemfe66@hotmail.com

6 Assistente Social. Especialista em Administração Hospitalar. Assistente Técnica da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde - heleidanobrega@terra.com.br

7 Enfermeira da Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE da Secretaria de Estado da Saúde – dvhansen@saude.sp.gov.br

8 Médica Dermatologista do Centro de Referência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde - dvhansen@saude.sp.gov.br

9 Assistente Social. Especialista em Violência Doméstica e Serviço Social Médico do Centro de Saúde Dr. Lourenço Quilici, Bragança Paulista – clemntesa@uol.com.br

10 Farmacêutica Sanitarista. Especialista em Biotecnologia – helmacedo@hotmail.com

people by these hospitals of the State and the sequence of creation of the asylums and of the asylum-colony: in 1928 the Blessed Priest (current Complexo Hospitalar Padre Bento (CHPB) /Guarulhos), 1931 Aymorés (current Lauro Institute de Souza Lima (ILSL) /Bauru) and in 1932 the Hospital of Cocais in the White House (disactivated) and the Pirapitingui (current Dr. Hospital Francisco Ribeiro Arantes (HFRA) /Itu). Of the obligatory isolation until the "opening of the gates" parallel with the institutional scene of the until teams is traced arriving the current moment where government and civil society assumes new joint committing itself you the proposal of reorganization of the 33 hospitals of the country.

Key-Words: Leprosy; hospital-colony; Program of Control, Isolation.

A história da hanseníase no Brasil coincide com a colonização. A endemia era encontrada tanto em Portugal como nas ilhas africanas não havendo registro da doença entre os índios.

No século XVIII, com o crescimento da endemia, observa-se a adoção de medidas por parte das autoridades coloniais e entidades filantrópicas, surgindo as sociedades Protetoras dos Lázarus, destacando-se a Santa Casa de Misericórdia pelo papel exercido junto aos doentes.

Nesta mesma época surge um tipo de pensão para aqueles com diagnóstico de hanseníase, instituindo o isolamento do doente em sua casa, tendo como objetivo deixá-lo longe da sociedade.

Os hospitais de hanseníase começaram a ser construídos no século XVIII e no início do século XIX as pessoas doentes eram discriminadas, perseguidas e isoladas, como aconteceu em 1713 no Recife, 1740 no Rio de Janeiro, 1771 em Minas Gerais, 1787 na Bahia, 1796 em Pernambuco e 1802 em São Paulo. A construção desses hospitais só se realizou devido a doações de terras e materiais de construção por religiosos e pela sociedade civil.

Apesar de registros da doença nas principais cidades do Brasil, no Estado de São Paulo a propagação da mesma demorou a acontecer e somente por volta de 1765 o quadro mórbido começou a sofrer alterações devido ao ciclo do ouro.

Por esse motivo São Paulo tornou-se o caminho para as pessoas das mais diversas regiões do país. As vilas tinham que se responsabilizar por seus doentes e com o aumento da endemia a Santa Casa de Misericórdia passou a dar assistência aos doentes de hanseníase, sem os isolar ou interná-los.

Em decorrência desse crescimento, em 1802, em São Paulo, foi construído o primeiro hospital de "lázarus" próximo da cidade, com o apoio do governo e de doações particulares. Este funcionava precariamente por falta de fundos, fechando em 1904. Neste mesmo ano

os doentes foram transferidos para o Guapira, que ficava mais distante da cidade, longe da área urbana. Este fechou suas portas em 1928 e os doentes que ali viviam foram remanejados para o sanatório Santo Ângelo, em Mogi das Cruzes, que chegou a receber 449 doentes nesta época.

O primeiro censo em São Paulo sobre o número de doentes foi em 1820, pelo Visconde Oeynhausen, cujos dados não são conhecidos integralmente. O segundo foi feito em 1851 e acusava 849 doentes, ou seja, 0,15 % em relação à população do Estado nessa ocasião. Outros censos foram realizados depois, notando-se sempre um aumento do número de pacientes que acompanhavam a marcha do progresso do estado. (OPROMOLLA, 2000)

Na cidade de Itu, interior do Estado de São Paulo, em 1806 foi construído um hospital pelo padre Antônio Pacheco da Silva, o qual em 1839 passou a ser administrado pela Santa Casa de Misericórdia até 1929.

Com o intuito de atender as necessidades regionais foram construídos em 1863 um asilo¹² em Campinas e em seguida outro em Piracicaba.

No início do século XX houve um crescimento do número de construções de asilos nas cidades do interior do estado: Sorocaba, Rio Claro, Itapetininga, Jundiá, Tatuí, Angatuba, Guareí, Amparo, Casa Branca, Bebedouro, Descalvado, Jaboticabal; na década de 20, Avaré, Bauru, Capão Bonito, Espírito Santo do Pinhal, Guaratinguetá, Limeira, Mogi-Mirim, Pirassununga, São João da Boa Vista, São Manoel do Paraíso, São Miguel Arcanjo, Santa Rita do Passa Quatro.

Posteriormente foram inaugurados Asilos-colônia: em Itu, o Pirapitingui (1932); Aimorés, em Bauru (1931); Cocais, em Casa Branca (1932); e Padre Bento, em Gopouva (1928). Este último era um hospital psiquiátrico que foi comprado pelo governo do estado e adaptado para receber os doentes de hanseníase.

Estes asilos-colônia tiveram como objetivo inicial a proteção da população considerada sadia, caracterizando-se pela exclusão daqueles com diagnóstico de hanseníase. Ocupavam áreas extensas, a ponto de terem uma área rural com plantações e criação de animais.

Caracterizavam-se como instituições totais, cidades fechadas: tinham prefeito, policiamento interno, cadeia, cassino, cinema, igrejas, salão de bailes, campo de futebol, escola, armazém, bares, restaurante explorados pelos pacientes ou Caixa Beneficente¹.

1 As Caixas Beneficentes surgiram por volta de 1930. Tinham como presidente o diretor do hospital e participação simbólica dos doentes, com a finalidade de gerenciar as doações da sociedade civil. Em 1973, os doentes por meio de ações impetradas na justiça pelo Dr.

Existiam oficinas de: mecânica de automóveis, marcenaria, sabão, entre outras. Neles, os recursos profissionais eram precários, sendo que os próprios doentes prestavam assistência (cuidados de enfermagem e outras atividades afins) uns aos outros, bem como serviços de pedreiro, escritório, carpinteiro, etc.

O governo, a partir do século XX, passou a controlar a epidemia com o isolamento compulsório² dos doentes em asilos-colônia, o que na época era considerado a única forma para o enfrentamento da doença. Embora a política governamental de isolamento estivesse pautada no conhecimento científico da época, defendia-se os interesses das classes dominantes.

A sociedade civil tinha grande preocupação com os filhos sadios dos doentes, e em 1913, por iniciativa de Anita Galvão, criou a Associação de Santa Terezinha com a missão de amparar as famílias dos doentes internos e de acolher suas crianças e recém-nascidos. Um segundo preventório foi criado em 1932, o de Jacareí, para abrigar as crianças com mais de 12 anos de idade.

Toda pessoa com diagnóstico de hanseníase era imediatamente levada para um dos asilos, de onde somente poderia sair com alta concedida pelo serviço médico oficial, o qual tinha a decisão sobre a vida de cada um.

Na década de 30, os serviços de profilaxia eram centralizados e uniformizados tendo sido legados à Inspetoria da Profilaxia da Lepra (IPL), sendo essa a necessidade para o controle da doença. Já em 1935, a citada Inspetoria foi desligada do Serviço Sanitário, surgindo então o Departamento da Profilaxia da Lepra (DPL), que apesar de subordinado à Secretaria da Educação e Saúde Pública tinha poder total e absoluto frente a situação.

Com a evolução da ciência e o advento da Sulfona em 1940, começaram a ocorrer mudanças nas ações governamentais. Em 1953, no VI Congresso Internacional de Leprologia em Madrid, foram traçadas novas diretrizes para as ações de controle: tratamento ambulatorial, internação seletiva, estímulo à pesquisa e assistência social aos doentes e familiares.

Dentro de um programa verticalizado, o Brasil deu início à implementação do tratamento ambulatorial, o que começou a ocorrer apesar das dificuldades de acei-

tação e resistência por parte dos próprios profissionais da saúde.

As mudanças governamentais foram implementadas paulatinamente e o isolamento compulsório foi abolido com o Decreto Federal normativo nº 962, de 1962. No entanto, os asilos-colônia do Estado de São Paulo abriram seus portões por volta de 1967, época em que ocorreu uma reforma administrativa no Estado e os novos gestores constataram que a situação era propícia para uma ampla reestruturação.

Tal movimento foi processado através de vários decretos, os quais foram resumidos da seguinte forma: dois colegiados para assessorar o Secretário de Estado com funções consultivas - o Conselho Estadual de Saúde (formado por líderes sociais ligados ao campo da saúde, que não eram servidores da Secretaria de Estado) e o Conselho Técnico (integrado por diretores dos principais órgãos). O único órgão de assistência social foi transferido para a recém-criada Secretaria da Promoção Social. Como órgãos executivos surgiram quatro Coordenadorias: de Saúde da Comunidade; de Assistência Hospitalar; de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados.

Contudo, pela amplitude das atividades, foi necessário a criação de duas coordenadorias de hospitais, com destaque às atividades de saúde mental. Desta feita, a então *lepra* deixou de ser gerenciada por um único órgão de poder absoluto e passou a ser objeto de atenção de diversas instâncias:

1. Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária (DHDS) do Instituto de Saúde (T-S) da Coordenadoria de Serviços Técnicos Especializados (CST) para a normatização das ações relacionadas à Hanseníase no Estado e a Seção de Elucidação e Diagnóstico da DHDS/T-S/CST/SES-SP para referência para diagnóstico e tratamento;
2. Centros de Saúde (CS) da Coordenadoria de Saúde da Comunidade (CSC) da SES-SP para tratamento ambulatorial e intercorrências. No Estado, ligadas aos Escritórios Regionais de Saúde (ERSAs)
3. Hospitais de Dermatologia Sanitária (antigos asilos-colônia): internação para tratamento da hanseníase e suas intercorrências e/ou por condição social, além da Policlínica, um ambulatório para tratamento das intercorrências vinculados ao Departamento de Hospitais de Dermatologia Sanitária (H-D) e Coordenadoria de Assistência Hospitalar (CAH).

Essa passagem foi assumida pelo DPL. Logo a seguir o Prof. Rotberg assumiu a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, onde, fez transformações radicais, abrindo os portões dos antigos asilos-colônia a quem quisesse sair para o tratamento ambulatorial. Propôs nova

Fuad Abílio Abdala, passaram a ser contradados tornando-se parte da organização do governo.

2 O isolamento compulsório foi amplamente discutido pelos hansenologistas da época. Emílio Ribas defendia o isolamento humanitário (construção de asilo-colônia destinado aos doentes pobres em local de fácil acesso, facilitando a assistência médica e as pesquisas); um segundo grupo acreditava ser o isolamento insular o mais indicado; e um terceiro grupo defendia que todos deveriam ser isolados a partir do diagnóstico de hanseníase, não importando a forma clínica, a situação sócio-econômica e o estágio da doença, todos os doentes deveriam ser banidos da sociedade. Este último grupo acabou prevalecendo.

terminologia substituindo a palavra *lepra* por Hanseníase e derivados, com o intuito de minimizar os efeitos do estigma que tão fortemente acompanhava os doentes.

Nessa ocasião várias Secretarias de Saúde e escolas médicas do país adotaram a nova nomenclatura, baseada na Portaria nº 165, de 1976 do Ministério da Saúde. Contudo, o preconceito e a reinserção social do paciente não mudou, pois tal medida não se fez acompanhar por ações sociais e governamentais contundentes para as atividades de controle e tratamento, com estrutura de serviços eficientes e preparados para absorver a nova demanda. Somente em 1995 é que a nova nomenclatura se torna oficial na administração pública por lei assinada pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso e pelo então Ministro da Saúde Prof. Dr. Adib Jatene.

Após várias gestões e reformas administrativas na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo com a instalação do SUS, a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária ficou restrita ao Serviço de Referência em Hanseníase para a área metropolitana (antiga Seção de Elucidação e Diagnóstico). Assim, suas antigas atribuições passaram a ser absorvidas, em parte, pelo Grupo Especial de Desenvolvimento do Programa (GEPRO) de Hanseníase do Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral a Saúde (CADAIS) da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Após alguns anos, o CADAIS os GEPROs foram extintos.

A Hanseníase passou então a ser gerenciada como Programa (responsável pelas ações de controle) e como Divisão Técnica (responsável pela Vigilância Epidemiológica) na nova estrutura do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa (CIP).

Posteriormente, a CIP deu lugar à Coordenadoria de Controle das Doenças (CCD) e o CVE permaneceu subordinado à essa instância.

Hoje, a Hanseníase está inserida no CVE como Divisão Técnica, responsável tanto pelas ações do Programa de Controle da Hanseníase, assim como pela Vigilância Epidemiológica da doença.

Nesse espaço de tempo constatou-se que pouca coisa mudou com a proposta da nova nomenclatura. Assim também pouco aconteceu ocorreu com a recomendação da Portaria nº 165, referente a reestruturação dos hospitais-colônia que não foi implantada, e deu margem a propostas autoritárias de desativação dos mesmos. Isso, em parte ocorreu por falha de acompanhamento e supervisão da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS) e negligência da Secretarias de Estado da Saúde (SES), segundo relatório do Comitê Técnico Social/DNDS/MS de 1989³.

3 Referência do texto: "Ação Governamental e Não Governamental na Reabilitação Social da Hanseníase", DNDS/SNPES/MS.

O final dos anos 1960 e primeiros anos de 1970 têm importância ímpar na história da hanseníase, uma vez que os internados compulsoriamente nestes asilos-colônia passaram a ter a prerrogativa de deixar a instituição para fazer o tratamento ambulatorial e/ou em hospitais da rede. No entanto, muitos escolheram permanecer, por terem perdido o convívio social e familiar devido ao isolamento, o qual reforçando o estigma de *leproso*.

Já do lado de fora dos muros, os próprios ex-internos começaram a discutir sobre os seus direitos. Em 1981 fundaram o Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN), juntamente com familiares e profissionais envolvidos, como finalidade a luta pela reintegração social da pessoa atingida pela hanseníase.

Paralelamente, em meio à essas mudanças no Estado de São Paulo, na DNDS, em 1985, começaram as discussões com intuito de reformular as ações de controle da hanseníase contando com a participação de técnicos do nível local, central e representação dos pacientes por meio do MORHAN. Essas decisões foram tomadas de forma colegiada, submetidas à 8ª Conferência Nacional de Saúde com vistas ao estabelecimento de Diretrizes das ações de controle.

Este período deu início a uma nova fase de ação governamental e sociedade civil, em que técnicos das instituições se comprometeram com as necessidades dos pacientes, em conjunto com o MORHAN, assumindo as suas reivindicações, dentre elas, a de reestruturação dos 33 hospitais-colônia do país.

Com a implantação das Diretrizes foram criados 03 (três) Comitês: Técnico Científico, Técnico Operacional e Técnico Social, segundo Portaria nº 497, de 09/10/1987.

Referências bibliográficas

- 1 FERREIRA, ME; ALVAREZ, CC. Relações em transformação: a percepção das famílias residentes no Hospital Dr. Francisco Ribeiro Arantes sobre o processo de reestruturação. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.
- 2 MONTEIRO, YN. Hanseníase: história e poder no Estado de São Paulo. *Hansen int*, 1987; 12(1):1-7.
- 3 MONTEIRO, YN. Da maldição divina a exclusão social: um estado da hanseníase em São Paulo. 1995. 456f. Tese (Doutorado em Filosofia, Letras e Ciências Humanas) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.
- 4 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 165/Bsb, de 14 de maio de 1976. Ministério de Estado da Saúde, Brasília/DF, 1976.

- 5 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 497, de 09 de outubro de 1987. Ministério da Saúde, Brasília/DF, 1987.
- 6 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final do diagnóstico da situação atual dos hospitais colônia. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; Brasília/DF; 2004.
- 7 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ação governamental e não governamental na reabilitação social da Hanseníase. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária/Secretaria Nacional de Dermatologia Sanitária/Ministério da Saúde.
- 8 OPROMOLLA, DVA,ed. Noções de Hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato. 2000.
- 9 SÃO PAULO. (Estado). Relatório final do Grupo de Trabalho da Resolução SS nº 355, de 16 de novembro de 1995. Programa de Controle de Hanseníase/Centro de Vigilância Epidemiológica/ Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, 1996.
- 10 SÃO PAULO (Estado). Resolução SS – 130, de 8 de outubro de 2001. Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, SP, 2001.

PARTICIPAÇÃO EM QUATRO DÉCADAS DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO BRASIL: ACASOS E DETERMINAÇÃO

Maria Leide W. de Oliveira¹

Four decades participation in the leprosy control policy in Brazil: opportunities and determination

Resumo executivo

Por três vezes me foi dada a oportunidade de ser gestora das ações de controle da hanseníase no Brasil: a) na Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária-DNDS(1986-1990)-Nova República, quando a implantação dos novos esquemas de tratamento da hanseníase uma proposta estruturante da OMS em parceria com a ILEP, possibilitou a incorporação de equipes multidisciplinares e início do processo lento de descentralização, acompanhando a criação do SUS. b) na Área Técnica de Dermatologia Sanitária (ATDS)-CENEPI, 1996-1998: momento de chamada da OMS para intensificar a eliminação; política brasileira de municipalização, definição de municípios prioritários para atuação e repasse de recursos por meio de convênios; mudança para a Secretaria de Assistência a Saúde do MS; incorporação dos ACS e PSF nas ações de controle da hanseníase e c) no Programa Nacional de Controle da Hanseníase-2007-2008, momento de avaliação e revisão da política de eliminação; definição do indicador de detecção e detecção em menores de 15 anos para monitoramento da endemia no País; estudos de tendência e de focalização de espaços de transmissão; demandas conseqüentes à política de isolamento; revisão da linha editorial dos materiais normativos e mobilização para intensificar a redução dos focos de transmissão. Nesses três momentos a política de controle da hanseníase recebeu apoio de chefias imediatas e a hanseníase figurou entre os agravos prioritários do MS. Recebeu adesão da massa crítica de técnicos que realmente são atores dos processos regionais e locais de trabalho e do controle social. Mas, ficou à mercê das iniquidades sociais da população infectada e infectante, como também do compromisso

Oliveira MLW. Participação em quatro décadas da política de controle da hanseníase no Brasil: acasos e determinação. *Hansen Int.* 2008 33(2). Suppl. 1 p. 45-50.

dos gestores locais, fatores essenciais para a transformação do cenário da hanseníase no Brasil.

Resumo pessoal

Os acasos foram determinantes na minha trajetória profissional no campo da hanseníase. Ao assumir-me como servidora pública nas áreas de educação e de saúde, por vezes assumi funções menos coadunadas aos meus interesses pessoais, mas induzida por acasos que me forjaram a *prestar serviço*, a um município, a um estado e ao meu País. Tentarei encadeá-los em escala cronológica, tentando selecionar o que pode ser didático e de contribuição para outros colegas, especialmente os mais jovens. Da mesma forma, o que pode ser de valor testemunhal, já que reconheço a importância da história oral e considero o ritmo de trabalho das equipes que dividiram comigo essas gestões, de grande responsabilidade com o que nos foi confiado realizar. Sendo assim, sinto-me uma pessoa privilegiada, pelas oportunidades surgidas ao longo da minha atuação profissional na universidade e, principalmente, na saúde pública. Meu compromisso desses trinta anos de traba-

¹ Coordenadora do Plano Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH-SVS-MS).

lho foi acima de tudo com a causa pública do Ensino e Saúde, e mais especificamente, em prol da mudança de cenário da hanseníase no Brasil. Isso fez sentido e deu uma diretriz à minha vida profissional. E porque não reconhecer, oportunizou o meu *script* de vida, com acertos e erros, moldado pelas influências do homem público que foi meu pai e da mulher determinada que é minha mãe. São tantas os parceiros de trabalho e de vida nessa caminhada, que não é possível citá-los de forma sumária. Mencione os mais próximos ao longo da descrição a seguir e já peço perdão se a minha memória de 58 anos subtrair alguém.

Descrição testemunhal cronológica das políticas de hanseníase no Brasil, de 1973-2008

1 - O aprendizado em centro de saúde e no Instituto de Leprologia (IL)

Ter os primeiros ensinamentos de dermatologia no Centro de Saúde de Vitória, em 1973, no Espírito Santo foi uma experiência marcante. É um privilégio que muitos estudantes de medicina não têm. Nos revezávamos no acompanhamento aos portadores de doenças sexualmente transmissíveis, leishmaniose tegumentar e hanseníase, além das dermatoses gerais, inclusive participando de exames laboratoriais (coletas e exames diretos) diagnóstico, tratamento e medidas de vigilância.

Um acaso trágico me levou ao Rio de Janeiro, onde acabei bolsista de Iniciação Científica do Instituto de Leprologia (IL), Centro de referência em hanseníase do Ministério da Saúde (MS), localizado em São Cristóvão, no 6º ano de medicina. Tive a oportunidade de entrar no berço da história da hanseníase no Brasil: o hospital Frei Antonio, fundado em 1752 e a Divisão de Dermatologia Sanitária (DNDS) do Ministério da Saúde, que ainda não havia sido transferida para o Distrito Federal. Assim, participei do primeiro projeto de identificação da infecção natural em tatus por exame baciloscópico, (1975/76); assisti o Dr. Pedro de Belo, médico da equipe da DNDS, fazer as fotos de pacientes com lesões neurológicas para o primeiro manual de prevenção de incapacidades físicas em hanseníase, e ainda participei de um curso prático de hanseníase da DNDS, onde atuava como monitora ensinando a coleta, coloração e a leitura do exame baciloscópico, para estudantes de medicina. Também pude participar de eventos científicos na área, como uma sessão clínico-patológica de hanseníase no então Hospital Lauro de Souza Lima-Bauru, com os professores Eduardo Rabelo, René Garrido, Diltor Opro-molla, Raul Fleury e outros; participar da organização do congresso de hanseníase no RJ, tendo o prof. René Garrido como presidente e acompanhar a Associação Brasileira de Hansenologia em algumas sessões, jun-

tamente com a também bolsista, Maria Eugenia Gallo. Vivenciei a crise da extinção do IL e a mudança para o campus da FIOCRUZ, com perda de grande parte de sua estrutura e a mudança da DNDS para Brasília, em 1977. Ao mesmo tempo, fiz o internato e depois a especialização em dermatologia na UERJ.

2 - Vida profissional: servidora pública, volta ao centro de Saúde e entrada na UFRJ

Como não fui aproveitada pela FIOCRUZ, iniciei-me como servidora pelo concurso do INAMPS, em 1977, que me levou ao município de Duque de Caxias e onde, um ano após fiquei responsável pelo ambulatório de hanseníase, realizado em um único centro de saúde estadual. Foi então que conheci de fato a complexidade da atenção em hanseníase, em um centro de saúde com cerca de 2000 doentes cadastrados, muitos fazendo uso de dapsona em dias alternados, há mais de 10 anos e onde o fornecimento da Rifampicina, para o esquema DNDS era irregular. Nessa época, as colegas de trabalho Jacira e Cristina Paungarten me levaram para um curso de saúde pública na ENSP/FIOCRUZ e eu me apaixonei de vez por esse campo da medicina. Em Duque de Caxias fiz parte do Movimento Popular de Saúde, fiquei amiga do Bispo D. Mauro Morelli e fundei com o paciente João Batista o 1º núcleo do MORHAN no RJ, em 1981, a partir do grupo de pacientes da unidade. A partir do contato com os assessores do MORHAN Nacional, Natividade e André de Paula, hospedei Bacurau em minha casa para divulgar a proposta do MORHAN nos dois hospitais colônia do RJ.

Em 1979, ingressei na UFRJ e a atuação em DC era desenvolvida em concomitância com o meu trabalho docente. Havia uma diretriz para que o HUCFF não realizasse atividades de Atenção Primária, e o ensino deveria contar com atividades de extensão no Distrito-Docente Assistencial, no caso a AP3.1, no município do RJ. Apesar do envolvimento de profissionais como Alice Rosa, Henri Jouval Júnior, Menezes e Eleutério, essa proposta não se concretizava. Assim, eu levava meus alunos mais interessados em hanseníase para DC. Entre esses alunos destacavam-se Ilson Ávila Dominot, Sandra e José Augusto Nery, além de Ricardo, hoje professor da USP, e que fez um filme sobre o MORHAN, exibido no encontro nacional do Movimento em 1982, em SP, ocasião em que conheci Wagner Nogueira. Foi uma época de grande militância pela democratização da UFRJ, participação popular em DC e MORHAN. Me lembro quando Thomas Frist, sociólogo e pessoa chave na criação do MORHAN, fez uma moção na Assembléia de um congresso de Hanseníase no RJ para a participação de doentes, sentada ao seu lado fui uma das poucas residentes de dermatologia a levantar e votar a favor da proposta.

3 - Gerência estadual de Programa na SES/RJ : 1983-1985

Com a democratização do País, eleição do Brizola no RJ, Eduardo Costa secretário estadual de saúde, Claudio Amaral como Diretor do Departamento de Epidemiologia e Zulmira Hartz chefe da Divisão de Doenças Transmissíveis, saí do CSDC para assumir a coordenação estadual do Programa de Dermatologia Sanitária. Lá deixei em meu lugar Ilson Ávila e depois José Augusto, além da Enfermeira Tadiana Moreira, que em 1983 iniciava um projeto de Prevenção de Incapacidades Físicas, com apoio da American Leprosy Missions (ALM).

Os anos de 1984/5 foram de trabalho intenso para organizar o programa de controle da hanseníase no estado para o que recebi todo apoio do Dr. Aguinaldo Gonçalves, Diretor da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária -DNDS/MS, no que contamos com os avanços da política de saúde das AIS (Ações integradas de Saúde). Lembro-me de municípios onde os técnicos não sabiam que a Rifampicina, introduzida no esquema DNDS em 1977, fazia parte do esquema de tratamento da hanseníase em 1984!.O arquivo central da hanseníase encontrava-se em Niterói e necessitava inteira organização. No Hospital Estadual Curupaiti (HECU) a Dra. Vera Lúcia Gomes de Andrade havia iniciado um projeto de Poliquimioterapia /OMS em 1982 e vindo a ser diretora, comandou a aplicação da portaria 165 de 1976 do MS. Formulamos uma proposta de re-estruturação dos ex-hospitais-colônia do RJ, criando Institutos de Dermatologia Sanitária e a área comunitária a ser aplicada aos dois hospitais, sendo que as áreas comunitárias tinham como diretoras, as assistentes sociais Marlene Barroso e Ruth Amaral. Foram instituídos critérios muito restritos de internação social e um censo hospitalar. Em 1985, a emergência da AIDS aumentava as demandas do Programa e assim veio o Dr. Álvaro Matida somar-se à equipe.

4 - Primeira gestão na DNDS/MS:implantação da Poliquimioterapia-PQT/OMS

Já na "Nova República", em novembro de 1985, participei de uma reunião nacional de avaliação da hanseníase, onde conheci a Dra Fabíola de Aguiar Nunes, então secretária Especial de Programas Especiais do MS (SNEPS), que queria dar uma diretriz mais agressiva ao Programa de Controle da Hanseníase e principalmente seguir a recomendação da OMS de adotar os novos esquemas de tratamento, recomendados desde 1982. A mesma seguia orientação de uma avaliação independente, da qual fez parte o epidemiologista chileno, Dr. Zuñiga, além da pressão da OMS/OPAS. Como representante do RJ, me reuni com os gerentes estaduais e fizemos uma moção onde solicitávamos maior participação dos gerentes na política de controle nacional. Em janeiro de 2006, em plena véspera de carnaval no

interior do Espírito Santo, recebi por telefone, o convite da Dra. Fabíola para assumir a DNDS, onde também se inseria as doenças Sexualmente Transmissíveis, entre elas a AIDS.

Cheguei para a minha primeira passagem no MS em plena ebulição da 8ª Conferência Nacional de Saúde, na mudança de gestão do Ministro Carlos Santana e Eleutério na Secretaria geral, para o Dr. Roberto Santos e José Hermógenes respectivamente. Entre os poucos funcionários da DNDS, o clima de insatisfação era grande com a intervenção na área técnica, mas recebi apoio do Dr. Gerson Fernando Mendes Pereira e da secretária Ester, que me conhecia do Instituto de Leprologia. A SNPES, cedeu a assessora de gabinete Jonice Ledra e rapidamente foram constituídos os comitês assessores para hanseníase e AIDS: Comitês Técnicos, com representação das gerências macrorregionais, o Comitê Social da hanseníase, onde o Bacurau representava o MORHAN e o Comitê de Grupos em risco para AIDS.

A partir da experiência de implantação inicial no HECU – RJ, e seguindo o protocolo da OMS, foi elaborado o projeto para implantação dos esquemas de tratamento, inicialmente traduzidos como multidrogaterapia. Este passou por reuniões importantes, com vistas a receber adequações e obter apoio:

a) reunião com a Associação Brasileira de Hansenologia, a Sociedade Brasileira de Dermatologia e técnicos assessores, onde ficou claro que havia muita resistência principalmente ao critério de alta por cura com 24 doses ou até a negatificação baciloscópica;

b) reunião com o MORHAN, que já havia estampado no Jornal a manchete: **"MS implanta multidrogaterapia sem estrutura"**.

c) reunião com os gerentes estaduais e revisão da proposta tornando a implantação gradual, a partir de unidades-piloto, que seriam modelos de organização de serviços, para capacitação de pessoal e reprodução às demais unidades de saúde, em cada estado.

d) reunião com representantes de todas as ONGs, especialmente as filiadas à ILEP para selar a parceria inédita com o MS, em torno desse projeto.

Ressalta-se o ponto forte dessa nova tecnologia, que foi a estratégia de sua implantação, pela OMS/ILEP, com uma proposta realmente estruturante dos serviços de saúde. Até então, o que se tinha, pelo menos no Brasil era a distribuição de sulfona aos pacientes, por muitos anos. O esquema DNDS, com Rifampicina 600mg diários por 90 dias era seguido de forma bastante irregular no País, não alcançando sequer o pequeno universo de centros estaduais de saúde, responsáveis pelo atendimento dos portadores de hanseníase na época.

Outro ponto forte foi a parceria entre a OMS e Organizações Não governamentais (ONGs) da Federação de Associações Internacionais contra a *Lepra* (ILEP) para apoiar essa implantação nos países endêmicos mun-

dialmente. Nessa época, a American Leprosy Missions (ALM) era a coordenadora das demais filiadas no Brasil e teve uma participação fundamental para o sucesso dessa articulação, que possibilitou o financiamento de um projeto central de implantação, que durou quatro anos. Já nessa época a DNDS solicitou e a AIFO atendeu com apoio a um grande projeto de apoio ao estado do Acre. Além da ALM participavam a DAHW, AIFO, LRA, Damien Foundation e Raoul Follerau, mas os projetos eram coordenados por uma ONG brasileira intermediária à CERPHA (Comissão Evangélica de Reabilitação de Pacientes de Hanseníase), presidida por Jorge Macedo, substituído por Antonio Lopes Filho, após sua morte.

Há que se ressaltar o papel da Irmã Ângela de A. Torrencilla, representante da DAHW e que coordenou a primeira parceria da DAHW com a SES-AM e posteriormente, do Manfred Göbel em Mato Grosso.

O entusiasmo com a nova Constituinte e a integração saúde pública X assistência era grande. Mediante junção dos Ministérios da Saúde e do INAMPS, até então inserido no Ministério da Previdência Social esse projeto começava a tomar corpo na política do SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde). Me lembro de ter apresentado um plano de ação para 5 anos, onde a meta era atingir 80% de cobertura do programa de hanseníase nessa nova rede.

Mas contávamos com poucas unidades de referência, já que o Lauro de Souza Lima era o único Centro credenciado até então e não tinha experiência com PQT, apesar dos trabalhos pioneiros do Dr. Diltor Opromolla com a utilização da Rifampicina e a capacitação em Prevenção de Incapacidade física e reabilitação. Com a política de certificação de centros regionais foram oficializados o Centro de Referência Alfredo da Matta em Manaus, que já contava com a experiência de PQT, sob a coordenação do Dr. Sinésio Talhari e Dra. Graça Cunha, a FIOCRUZ que começara um projeto de doses fixas (24 doses) e o Hospital Curupaiti, no Rio de Janeiro, que realizou muitos treinamentos visando a implantação de PQT com o apoio de João Avelleira, Alfredo Beochat e Francisco Reis Viana. O supervisor nacional e também coordenador de treinamentos fora dos centros de referência era o Dr. Gerson Penna.

A difusão de cursos de hanseníase descentralizados, coordenados pelas SES, necessitava de novas propostas de ensino-aprendizagem. Ao justificar a mudança de estratégia e adotar metodologia problematizadora, a DNDS definia as seguintes diretrizes: a) treinamento por categoria profissional em larga escala: módulos de capacitação teórico-prático para enfermeiros, de 180h; (1988); b) treinamentos específicos e multiprofissionais (40h): para profissionais de saúde envolvidos nas “áreas de demonstração” de PQT (projeto de implantação gradual, 1977); c) módulo de Ações de controle (treinamentos teórico-prático multiprofissional de 40h, para

ampliação da PQT (1988,1989) e a Proposta de Integração Ensino-Serviço; livro, slides e vídeo); Integração com o ensino médico e de enfermagem: produção de materiais e interação com o sistema formador.

Por conseguinte, a mudança não foi apenas do esquema terapêutico, mas de reestruturação dos serviços. Para tanto, recebemos apoio da OMS/OPAS com a orientação de Izabel Santos à enfermeira Bernadete Moreira para coordenar os cursos nacional e macro-regionais, que resultaram em cerca de 400 enfermeiras no país e seleção de instrutores, visando a reprodução estadual. Considero que essa iniciativa constituiu o marco para a entrada desse profissional na gerência das ações de controle da hanseníase, em todas as esferas do sistema de saúde.

Ao lado dessa turbulência em torno da Constituinte e mudanças no Programa de Hanseníase, o número de vítimas da AIDS se acumulava. Em 2006, o então sub-programa nem orçamento tinha. Foi dada prioridade à organização do sistema de informação sendo nesse ano construído o primeiro banco de dados. Também a primeira grande campanha de mídia, somente viabilizada a partir da parceria com o então INAMPS, e participação dos técnicos Menezes e Saraiva Felipe. Foram convidadas a Dra Lair Guerra e Mirian Franchini para assumir o sub-programa, que teve como importante parceria na sua interiorização a Fundação SESP, cujo representante para as doenças transmissíveis era o Dr. Pedro Chequer. Rapidamente, foram organizados treinamentos para as unidades da Fundação, em hanseníase e DST. O primeiro centro de referência que assumiu esses treinamentos foi o Alfredo da Matta, em Manaus, já com os médicos Adele Benzaken e José Carlos Sardinha à frente. Além disso, Lair Guerra tinha grandes articulações internacionais no CDC (Center Disease Control) e na OPAS, o que contando com sua grande capacidade de gestão muito ajudou na estruturação inicial e ampliação do Programa de DST/AIDS, criado ao final de 1987. Salienta-se a formulação conjunta de duas grandes campanhas de mídia: da AIDS e “Hanseníase tem Cura”.

Em 1990, com o governo Collor de Mello, a DNDS é extinta numa reforma institucional e a Área Técnica de Hanseníase passa para a FUNASA, no recém criado CE-NEPI (Centro Nacional de Epidemiologia). Tem-se então as gestões do Dr. Gerson Penna, seguida da gestão do Dr. Gerson Fernando, que não me cabe aqui discorrer, mas vale ressaltar que além de muitas reformulações na estrutura do MS, foi o momento em que se avaliou que a reprodução das unidades-piloto de implantação da PQT, não estava levando à expansão pretendida e assim uma nova portaria recomendava a adoção imediata dos esquema de PQT em todas as unidades de saúde do País, em 1991. Também foi o período de definição da meta de eliminação pela OMS, da descentralização do apoio das ONGs e inserção de novos projetos de apoio

estadual como os da NLR e LRA e produção de muitos materiais normativos.

5 - Segunda gestão-CENEPI, 1996-1998: Área Técnica de Dermatologia Sanitária (ATDS).

A minha passagem pelo MS no governo Fernando Henrique coincide com o assento do MORHAN no Conselho Nacional de Saúde, sendo uma das primeiras atividades a elaboração das cartas de eliminação aos secretários de saúde estaduais, em sessão aberta pelo Ministro Adib Jatene. Embora estivéssemos certos de que não seria possível eliminar a hanseníase no Brasil no ano 2000, trabalhamos com a meta para impulsionar a adesão municipal. Foi adotado o slogan que justificava o direcionamento das ações para “o município, local de transmissão e de eliminação da hanseníase”.

A gestão do CENEPI, inicialmente do Dr. Claudio Amaral passava pelo reforço do componente de vigilância epidemiológica dos Programas. Por um erro administrativo a hanseníase ficou sem orçamento para 2006, mas Jonice Ledra, convidada para assumir novamente a sub-chefia da ATDS, conseguiu inserir a hanseníase junto com os demais agravos que iriam transferir recursos para municípios prioritários (TB, Dengue e malária). Ressalta-se que na Bahia, a elaboração dos projetos de eliminação municipal da hanseníase somente foi possível com a participação da Dra Rosa Castália França Ribeiro Soares da FUNASA. Essa proposta foi avaliada pelo LASER/ENSP/FIOCRUZ-RJ e foi tema da monografia de mestrado profissional no MS.

Na OPAS o Dr. Clóvis Lombardi convidou o Dr. Gil Suarez, para ser o ponto focal para hanseníase. Em consonância com a ATDS Gil elaborou proposta de apoio a municípios pequenos e que ele acompanhava em visitas locais. A OMS lança o instrumento de avaliação LEM (Leprosy Elimination Monitoring), que tem sua primeira aplicação no Brasil em 1998.

Os Programas de Agentes de Saúde e Saúde da Família, criados nos anos de 1991 e 1993 respectivamente, assumem papel estratégico na reorganização do modelo de atenção vigente no país. Os princípios da multiprofissionalidade da equipe de saúde e das propostas de regionalização e hierarquização dos serviços, bem como a priorização dos grupos excluídos. Neste contexto a hanseníase é colocada entre as ações/programas prioritárias no Sistema de Informação da Atenção Básica/SIAB e no Pacto de Indicadores da Atenção Básica (1999-2006, substituído em 2006 pelo Pacto de Gestão).

Fomos buscar no Ceará os conteúdos para elaborar um material para os ACS e, no MS, participamos da discussão das atribuições dos mesmos e indicadores de monitoramento previstos com o SIABS.

Em 1997, com a vinda do Dr. Jarbas Barbosa era reforçado o desafio da horizontalização dos Programas.

As técnicas Fernanda e Ruth Glatt foram transferidas para o SINAN e com isso a inserção da hanseníase é facilitada.

Nessa época, a Dra Vera Andrade era assessora da SAS e inicia-se um processo de mudança da Área técnica de Hanseníase, da Vigilância para a Secretaria de Assistência a Saúde (SAS). Em 1998, a hanseníase sai do CENEPI para a recém criada Secretaria de Políticas de Saúde –SPS, sob a chefia do Dr. João Yunes.

Tem início a formulação de uma proposta para intensificar a eliminação com a participação do CONASEMS, entretanto a mesma não foi discutida com a área técnica no início de sua formulação. Somente tomamos conhecimento da mesma quando da sua apresentação em uma reunião com a NOVARTIS, por ocasião do congresso internacional de hanseníase na China, em outubro de 1998, quando eu já estava demissionária no MS. Entretanto, participamos de sua apresentação por ocasião do congresso do CONASEMS em Goiânia, em dezembro de 1998, em um stand do MS onde estivemos discutindo com os gestores municipais, sendo que cerca de 200 deles estavam na fase de execução dos recursos repassados pela FUNASA/CENEPI, para impulsionar a descentralização das ações de controle.

Essa proposta convergiu para o GT/Hansen/CONASEMS, que tinha como objetivo acelerar a eliminação da hanseníase de 200-2005, seguindo as recomendações da Aliança Global. Os estados e municípios envolvidos foram: TO, PI, PA, AM, RJ, CE e BA. Foi coordenada pela Dra Vera Andrade, com grande participação do MORHAN. Foi dessa iniciativa que vieram as adesões dos artistas, como Ney Matogrosso, campanhas e o kit de eliminação, que incluía capacitações rápidas em clínica e gerência da hanseníase. A Norma Operacional Básica, cujo instrumento normativo incluía procedimentos de hanseníase, era um estímulo à descentralização (NOAS/SUS, 01/2001). Em janeiro de 1999 o Dr. Gerson Fernando reassume a gerência técnica e fica até início de 2003, quando é substituído pela Dra. Rosa Castália, que fica até maio de 2007, na então Secretaria de Vigilância em Saúde.

6 - Terceira Gestão: Programa de Controle da Hanseníase-Secretaria de Vigilância em Saúde-PNCH/DEVEP/SVS-2007-2008

Nesse último e inimaginável retorno encontrei muitas frentes de trabalho abertas pela gestão anterior e procurei dar andamento a todas elas com algumas adequações, mas também um descontentamento de importantes sustentadores do PNCH, por discordâncias com uma política de verticalização de algumas ações, superestimação dada ao alcance da meta de eliminação utilizando o indicador de prevalência pontual, a sub-estimação do comportamento epidemiológico da doença, que implica em impacto a longo prazo na

produção de novos casos e do número de casos em tratamento, o que levou ao esgotamento dos estoques estratégicos de medicamento em 2007. Além disso, alguns problemas com demandas da população de ex-pacientes residentes em áreas de ex-colônias algumas ainda sem solucionar o papel dessas instituições no SUS, instituições sociais ou na administração urbana municipal.

Como em gestões anteriores o atual Secretário de Vigilância em Saúde, Dr. Gerson de Oliveira Penna tem facilitado o processo de trabalho do PNCH viabilizando uma campanha nacional na mídia e inclusão no PAC. A participação da enfermeira Danusa F. Benjamim na coordenação adjunta também facilitou a integração com outras áreas técnicas do MS, com ênfase na Atenção Básica. São marcos desse último ano de gestão a mudança do indicador de monitoramento da endemia e sua divulgação em eventos nacionais e internacionais; a inclusão do indicador de redução da hanseníase em menores de 15 anos; a focalização da endemia no país, a inserção da pesquisa operacional e divulgação do que vem sendo realizado no Brasil, além da harmonização entre os sustentadores do PNCH. Muito obrigada Maria Lucia, Maria Ana, Sebastião, Egon, Maria Eugenia e tantos outros.

Concluindo: em todas as três gestões citadas o PNCH recebeu apoio e da política central do MS, mas

nem sempre compartilhada por muitos estados e municípios brasileiros endêmicos, cujas gestões são compelidas a priorizar as epidemias e a assistência de média e alta complexidade. A colaboração dos centros de referência e técnicos atuantes dessa área foi fundamental e o aprendizado inestimável. Como foram ricas as discussões com Diltor Opromolla, Jair Ferreira, Euzenir Sarno e o apoio constante e discreto de Marcos e Graça Cunha.

Em todas as gestões o Programa Nacional trabalhou com parcerias importantes de toda a sociedade, que vem sendo ampliadas, mas, para garantir os direitos essenciais do homem, as políticas públicas têm que ter como alvo os determinantes da manutenção ou redução à longo prazo do risco de adoecer, daí a importância da articulação setorial de governo.

Após cada gestão retornei à unidade local – o Hospital Universitário da UFRJ e acompanhei a política municipal na Baixada Fluminense, RJ. Apreendo que o trabalho na esfera central é fundamental, mas são as iniciativas pró-ativas de governos locais, adesão de técnicos motivados e determinados, somados a um controle social efetivo, os responsáveis pelo desenvolvimento social e mudança do atual cenário da hanseníase no País.

Clovis Lombardi¹

“AS AMARGAS, NÃO”

(Manuel Bandeira)

Without regret

Em meados dos anos 60 do século passado não estava fácil ser, como eu, um médico recém-formado da FMUSP, em São Paulo. De um lado, a discussão aberta e empolgante dos problemas brasileiros de saúde pública e suas possíveis soluções; de outro o início da implantação do regime militar imposto pelo golpe de 64. Uma enorme esperança de mudança ensombrecida por um horizonte político assustador. Então, a minha decisão: residência de Medicina Preventiva, Curso de Medicina Tropical e Curso de Saúde Pública. Eu serei um médico sanitário.

Nos anos que se seguiram, os anos de chumbo, a repressão violenta, brutal. A falta total de esperança, a paranóia, o medo. Então, uma nova decisão: era preciso ou enfrentar tudo ou encontrar um nicho, um refúgio para poder ser sanitário. Talvez num misto de auto-preservação e busca de um meio de ser útil aos mais excluídos entre os excluídos, encontrei a hanseníase. E me apaixonei.

De início essa paixão foi intelectual, pelo fascínio dos desafios da epidemiologia da hanseníase. E vieram as teses: mestrado, doutorado, pós-doutorado, livre docência, tudo em epidemiologia da hanseníase!

Mas o tempo foi trabalhando, mudando as paixões e os sentimentos, tanto individuais como coletivos. A abertura política foi aos poucos dando espaço para a discussão de um sonho, o Sistema Único de Saúde: a equidade, a descentralização, o acesso. Enfim, o resgate do direito à saúde. A esperança estava de novo no ar e a minha paixão deixou a academia e começou a flertar com a administração. Sim, era possível, e sem abandonar a hanseníase!

Vieram os anos 80 e a coordenação do programa de controle do estado de São Paulo: a introdução oficial da poliquimioterapia, a municipalização, a reestrutu-

Lombardi C. “AS AMARGAS, NÃO”. *Hansen Int.* 2008; 33(2) Suppl. 1: p. 51-2.

ração dos antigos hospitais-colônia e a jóia da coroa: a transformação do querido “Lauro de Souza Lima” em instituto de pesquisa. Tudo isto numa dimensão cada vez mais ampliada, um verdadeiro mergulho numa nova realidade brasileira.

Dez anos depois, a oportunidade: porque não continuar e amplificar o trabalho com este enfoque num cenário mais amplo, internacional: a América Latina! Por que não? E lá fomos nós, minhas meninas e eu, para a OPAS, para a OMS, para a Venezuela, Paraguai e mil outros rincões, falar espanhol, francês, inglês. Mas sobretudo para Brasília, falar português claro para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000. Que desafio!

Acreditei, e o entusiasmo e a paixão voltaram com toda a força com a perspectiva de que os excluídos dos excluídos pudessem ter acesso a um diagnóstico simplificado no nível local e a um tratamento padronizado, efetivo, gratuito e robusto, a poliquimioterapia. Tudo isso com metas operacionais bem definidas, financiamento regular, seriedade e competência. Ser assessor regional OPAS/OMS de hanseníase para as Américas era o sonho

1 Médico Sanitário e Hansenologista.

maior que um sanitaria da minha época, cada vez mais envolvido com a hanseníase, poderia ter. E assim foi: cursos de capacitação para gerentes, estratificação epidemiológica, projetos de pesquisa em serviços de saúde, projetos especiais para áreas remotas e para monitoramento dos resultados, planos municipais, estaduais e nacionais de eliminação. E ,em todos os países, a expansão espetacular das coberturas com o tratamento poliquimioterápico e a queda não menos espetacular do número de doentes. A cura!

Um sentimento de êxito, de realização, que eu absolutamente não imaginava depois das opções que havia feito no início da carreira e do que havia ocorrido nos anos que se seguiram. Sim, muitas coisas haviam mudado, muitas esperanças e sonhos haviam se concretizado!

Entretanto, o tempo continuava passando, as meninas cresciam veio uma neta e havia que projetar um novo cenário para a vigilância da hanseníase em situação de baixa prevalência, a pós-eliminação. Trabalhar com pouca hanseníase, não esquecê-la, não negligenciá-la, buscar outra vez os mais remotos dos excluídos, eis o novo

sonho. Tratá-los, curá-los, vaciná-los, até que a doença desapareça, porque os excluídos já não são tão excluídos. Eis o novo sonho, o mesmo sonho desde sempre.

Um privilégio. Assim eu considero, passados os anos, a possibilidade que tive de participar, de colaborar, de construir minha carreira de sanitaria na hanseníase. Alguns acertos, muitos equívocos, algumas frustrações, muitas aspirações realizadas, foi o que percebi e senti . Mestres, professores, colegas, alunos, orientadores e orientandos, clínicos, gerentes, pesquisadores, subordinados e superiores, compatriotas e estrangeiros, equipes mais ou menos eficientes, mais ou menos bem humoradas, todos eu encontrei nesta minha trajetória. Alguns muito amigos, inclusive os que já se foram, alguns nem tanto...mas, inimigo, nenhum, eu creio.

Milhões de recordações por este caminho, algumas doces, outras não tão doces, mas por certo nenhuma capaz de apagar de mim a poesia, que outra coisa não é senão a esperança de mudança, para um futuro melhor.

DETERMINAÇÃO DO PERFIL DE CITOCINAS *IN SITU* E *IN VITRO* EM PACIENTES COM HANSENÍASE DIMORFA-TUBERCULÓIDE E DIMORFA-VIRCHOVIANA.

VENTURINI, J¹; SOARES, CT²; BELONE, AFF²; BARRETO, JA²; URA, S²; LAURIS, JRP³; VILANI-MORENO, FR²

¹Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, UNESP, Botucatu/SP. ²Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru/SP. ³Faculdade de Odontologia, USP, Bauru/SP. e-mail: fmoreno@iisl.br

Objetivos: visando contribuir para o melhor entendimento da participação das citocinas na hanseníase dimorfa, o presente estudo investigou a produção desses mediadores *in vitro* e *in situ* em pacientes dimorfos-tuberculóides (BT) e dimorfos-virchovianos (BL), virgens de tratamento. **Casuística e Métodos:** foram avaliados 07 pacientes BT e 12 pacientes BL, não tratados, classificados de acordo com os critérios de Ridley & Jopling. Foram realizadas culturas de células mononucleares do sangue periférico (PBMC), estimuladas com estímulos inespecíficos e específicos do *M. leprae*, para dosagens de IFN- γ , IL-10, TGF- β 1 e TNF- α por método de ELISA. Biópsias das lesões cutâneas foram submetidas à detecção de iNOS, IL-10 e TGF- β 1 por método imunistoquímico. **Resultados:** a quantificação de citocinas em sobrenadante de PBMC revelou que pacientes BT produziram níveis maiores de IFN- γ que pacientes BL; a expressão da enzima iNOS *in situ* também foi maior nos pacientes BT. A citocina TGF- β 1 foi expressa em maior número de células nos pacientes BL; a IL-10 foi semelhante nos dois grupos. Os resultados revelaram correlação negativa entre a expressão tecidual de iNOS e TGF- β 1, correlação positiva entre TGF- β 1 e índice bacilosópico, assim como correlação positiva entre a expressão de iNOS tecidual e a produção de IFN- γ por PBMC. **Conclusões:** em conjunto, as observações histopatológicas e imunológicas reforçam o conceito da instabilidade imunológica vista nos pacientes dimorfos e apontam a participação de perfis mistos de citocinas nesses pacientes, sobressaindo um perfil Th1 nos pacientes BT e Th2 nos pacientes BL, com uma possível participação de linfócitos T regulatórios.

ESTUDO DE FATORES DE RISCO GENÉTICO DE SUSCEPTIBILIDADE À HANSENÍASE

FRANCIO, AS¹; MACKERT, CCO¹; LÁZARO, FP¹; XAVIER, MB²; ALTER, A³; ALCAIS, A⁴; SCHURR, E³; MIRA, MT¹

¹Núcleo de Investigação Molecular Avançada PUC-PR, Curitiba/PR, Brasil. ²Núcleo de Medicina Tropical – UFPA, Belém/PA, Brasil. ³McGill University and Genome Quebec Innovation Centre – Montreal, Canadá. ⁴Laboratório de Genética Humana de Doenças Infecciosas – Universidade de Paris René Descartes – Paris, França. e-mail: angelafrancio@hotmail.com

Objetivos: investigar a participação de genes candidatos posicionais, localizados nas regiões cromossômicas 6q25-q27, 6p21 e 10p13, no controle da susceptibilidade do hospedeiro à hanseníase e suas formas de manifestação clínica. **Material e Métodos:** a população de estudo é formada por famílias simplex e multiplex multigeracionais, compostas por indivíduos hansenianos e seus parentes, recrutados na Colônia do Santo Antônio do Prata, Pará. As características de isolamento, homogeneidade de variáveis ambientais e alta prevalência da hanseníase na Colônia fazem desta população uma oportunidade única para estudos genético-epidemiológicos. Através da Plataforma Sequenom foi genotipado um painel com 180 marcadores genéticos do tipo SNPs em 310 indivíduos (220 afetados), distribuídos em 105 trios (78 independentes). Foram selecionados 21 genes candidatos com base em suas funções biológicas, participação na patogênese da doença e estudos genéticos anteriores. A idade média de diagnóstico dos casos foi de 23,7 anos. Os dados genotípicos e fenotípicos obtidos foram utilizados para análise de associação baseada em famílias, através do Teste de Desequilíbrio de Transmissão/FBAT (Family Based Association Test). A partir da análise de associação foi construído um mapa de desequilíbrio de ligação (LD) dos loci cromossômicos candidatos em estudo, com objetivo de localizar variações genéticas responsáveis pelos efeitos genéticos observados. **Resultados:** Do total de marcadores investigados, 16 demonstraram evidência positiva para associação ($p < 0.05$), distribuídos em 6 genes candidatos. Análise de LD demonstrou a independência dos sinais de associação observados. **Conclusão:** Nossos resultados indicam a existência de novos genes candidatos ao controle da susceptibilidade à hanseníase nas regiões cromossômicas estudadas.

Suporte Financeiro: Organização Mundial da Saúde (OMS), CNPQ.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDADE A DAPSONA CURSANDO COM NEUTROPENIA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS SÍNDROMES MONONUCLEOSE SÍMILE: RELATO DE CASO

PINO, LCM; BENASSULY, E; SALES, AM; NERY, JAC; SARNO, EN

FIOCRUZ. e-mail: liviapino@gmail.com

Introdução: A síndrome mononucleose infecciosa símle (SMIS) caracteriza-se por quadro de febre, fadiga e linfadenopatia, associado ou não a hepatoesplenomegalia, alterações hematológicas (linfocitose e/ou linfócitos atípicos) e cutâneas. Etiologia diversa e drogas foram relacionadas. Síndrome de hipersensibilidade a dapsona (SHD) é forma rara de SMIS. Diagnóstico: critérios clínicos, sorologia dos agentes e hemograma.

Relato de caso: MGC, masculino, 28 anos, do Rio de Janeiro, com hanseníase borderline e reação reversa. Seis semanas do esquema poliquimioterápico (PQT), apresentou febre, mialgia, icterícia, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia (transaminases tocadas), neutropenia, linfócitos atípicos, e mucosite sendo internado e medicação suspensa. A investigação sorológica de agentes da SMIS foi inconclusiva. Teve alta assintomático (hemograma normalizou), reiniciando tratamento. Um mês após retornou apresentando novo quadro mononucleose símle com neutropenia, erupção cutânea. Suspensa dapsona, rotina de investigação. Evoluiu: melhora neutropenia, pneumonia, derrame pleural e endocardite, tendo alta melhorado. **Discussão:** A SHD é reação sistêmica, idiossincrásica, dose independente, pode ocorrer após exposição prolongada à droga, patogenia desconhecida. Manifesta-se geralmente como SMIS, mas neutropenia não foi relatada. Sintomas ocorrem 3 a 6 semanas após início da medicação e cedem com interrupção (podem perdurar), tendo descritos casos fatais. Corticóides sistêmicos têm sido usados no tratamento da síndrome, porém faltam estudos comprovando eficácia. Suspensão imediata da droga e medidas de suporte são fundamentais. A importância de excluir a síndrome de hipersensibilidade a dapsona nos quadros SMIS deve-se ao uso mais abrangente desta droga, com destaque à aplicação na PQT/ hanseníase.

Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Genética Molecular Biology, Microbiology, Immunology, Genetics

ANÁLISE DE SEGREGAÇÃO COMPLEXA EM UMA POPULAÇÃO DE FAMÍLIAS AFETADAS POR HANSENÍASE

LÁZARO, FP¹; WERNECK, RI¹; XAVIER, MB²; EULETÉRIO, M¹; VILAR, G¹; ABEL, L³; ALCAIS, A³; MIRA, MT¹

¹Núcleo de Investigação Molecular Avançada / PUCPR, Curitiba/PR, Brasil. ²Núcleo de Medicina Tropical / UFPA – Belém/PA, Brasil.

³Laboratório de Genética Humana das Doenças Infecciosas - Universidade de Paris René Descartes - Faculdade de Medicina Necker, Paris, França. e-mail: fernandopanissa@hotmail.com

Objetivos: O objetivo deste estudo foi conduzir uma análise de segregação complexa (ASC) utilizando os dados fenotípicos de uma população isolada de hansenianos e suas famílias. **Material e Métodos:** A população do estudo foi formada por famílias recrutadas na Vila Santo Antônio do Prata, uma antiga colônia de hansenianos localizada na cidade de Igarapé-Açu, nordeste do Estado do Pará, que possui as seguintes características: grande número de famílias hansenianas multigeracionais, multiplex; alta frequência da doença; alto grau de isolamento, com baixo fluxo migratório; homogeneidade ambiental, socioeconômica e de background étnico. Nossa estratégia de recrutamento permitiu a inclusão de toda a população da colônia, totalizando 2868 indivíduos (225 afetados), distribuídos em 112 pedigrees multigeracionais. A ASC foi realizada utilizando o programa REGRESS, que estima o melhor modelo de análise de regressão logística multivariada para avaliar a probabilidade de uma pessoa a ser afetada dado um conjunto de variáveis explicativas. **Resultados:** A ASC identificou o modelo co-dominante, com frequência do alelo de predisposição estimado em 0.22 ($p = 5,04 \times 10^{-7}$), como o que melhor explica os dados observados. **Conclusões:** Dadas às características únicas da população estudada, acreditamos que estes resultados podem contribuir significativamente para a evidência acumulada de um forte componente genético na susceptibilidade do hospedeiro à hanseníase. Em adição, estes resultados podem ser utilizados na análise de ligação paramétrica, uma ferramenta poderosa para mapear loci de susceptibilidade a doenças.

Suporte financeiro: Organização Mundial da Saúde; Fundação Araucária; CNPq e CAPES.

AValiação DO HORMÔNIO IGF-I DURANTE OS EPISÓDIOS REACIONAIS

RODRIGUES, LS¹; CARVALHO, DS²; CASTILHO, IAMA³; HACKER, MA²; SARNO, EN²; PESSOLANI, MCV¹

¹Laboratório de Microbiologia Celular e ²Laboratório de Hanseníase – Instituto Oswaldo Cruz – Fiocruz – RJ; ³Instituto Nacional do Câncer – INCA – RJ. e-mail: rodrigues@ioc.fiocruz.br

Dados recentes do nosso laboratório demonstram a capacidade do *Mycobacterium leprae* de induzir a expressão do fator de crescimento semelhante à insulina-I (IGF-I) em células de Schwann primárias humanas. IGF-I tem efeitos antagônicos ao fator de necrose tumoral-alfa (TNF- α), citocina implicada na lesão neural observada durante episódios reacionais em pacientes com Hanseníase. No presente estudo comparamos os níveis séricos de TNF- α , IGF-I e da principal proteína carreadora de IGF-I (IGFBP-3) em pacientes que desenvolveram ou não episódios reacionais do tipo 1 ou 2 durante o curso da doença e em indivíduos saudáveis. Através de ensaio imunoenzimático quimioluminescente, verificamos que as concentrações de IGF-I e IGFBP-3 se encontraram reduzidas no soro de pacientes lepromatosos que desenvolveram eritema nodoso hansênico (ENH), quando comparadas aos níveis detectados antes da reação. Em biópsias de pele, os níveis de RNAm para estas moléculas, detectados por RT-PCR quantitativo, confirmaram estes resultados. Interessantemente, um comportamento oposto foi observado em pacientes que desenvolveram reação reversa (RR), ou seja, aumento dos níveis de IGF-I e IGFBP-3 durante a reação. Além disso, foram observados níveis significativamente diferentes de IGF-I e IGFBP-3 entre indivíduos com a mesma forma clínica que sofreram ou não episódios de reação e, ainda, entre estes grupos de pacientes e indivíduos saudáveis. Estes resultados sugerem o envolvimento do IGF-I na fisiopatogenia da hanseníase e seu potencial de aplicação no diagnóstico dos episódios reacionais.

Suporte Financeiro: CNPq

MYCOBACTERIUM LEPRAE MOBILIZA LIPÍDIOS DO HOSPEDEIRO RECRUTANDO CORPÚSCULOS LIPÍDICOS

MATTOS, KA¹; LARA, FA¹; D'ÁVILLA, H²; MANSO, PPA³; BOZZA, PT²; SARNO, EN⁴; PESSOLANI, MCV¹.

¹Laboratório de Microbiologia Celular, ²Laboratório Imunofarmacologia, ³Laboratório de Patologia, ⁴Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brazil. e-mail: katherineantunes@yahoo.com.br

Recentemente, demonstramos que o *M. leprae* (ML) induz a formação de corpúsculos lipídicos (CL) em macrófagos infectados *in vitro*, em concordância com a abundância de macrófagos infectados ricos em lipídios, uma característica citomorfológica clássica do pólo lepromatoso. O estudo da modulação do metabolismo lipídico do hospedeiro e compartimentalização destas moléculas em organelas especializadas (CL) no contexto da hanseníase tem sido alvo de interesse do nosso grupo. No presente trabalho, descrevemos o recrutamento e seqüestro de CL pelo ML em células de Schwann e macrófagos, utilizando técnicas de microscopia de fluorescência confocal e tempo real e os marcadores BODIPY e ADFP para CL. Os resultados demonstraram que os CL são translocados do citoplasma da célula hospedeira para uma íntima associação com os fagossomas que contêm o ML. A dinâmica de associação CL-ML é um fenômeno: (1) rápido, visualizado após 2h de associação, (2) seletivo, não sendo disparado por simples fagocitose (beads) ou outras micobactérias e (3) induzido de forma passiva pelo ML, uma vez que independe de sua viabilidade e (4) independente de TLR2. Os lipídios do envoltório não participam deste fenômeno, visto que o ML delipidado também promove o recrutamento dos CL e co-localização com a bactéria. Assim, sugerimos que a fagocitose do ML promove recrutamento de CLs, podendo estes desempenhar funções diversas na patogênese como estocar lipídios, providenciar substrato metabólico para crescimento e/ou virulência e como estratégia de mimetismo molecular para escapar do reconhecimento pelo hospedeiro.

Suporte Financeiro: CNPq, FAPERJ, Fiocruz

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

USO DE PEPTÍDEOS SINTÉTICOS NA DETECÇÃO DE INDIVÍDUOS INFECTADOS PELO *MYCOBACTERIUM LEPRAE*

MARTINS, MVBS; G, MARJORIE; MARQUES, F; PONTES, A; GONÇALVES, HS; OLIVEIRA, MPF; FERREIRA, ER; SARNO, EM; PEREIRA, GMB; PESSOLANI, MCV

FIOCRUZ. e-mail: brandaomartins@ioc.fiocruz.br

Em estudo recente demonstramos que a produção de interferon gama (IFN- γ) em resposta a peptídeos sintéticos *Mycobacterium leprae* específicos permite detectar indivíduos infectados pelo *M. leprae*. Com a finalidade de validar estes resultados, o presente trabalho avaliou os níveis de IFN- γ produzidos por células de sangue periférico em resposta a 17 peptídeos em pacientes com hanseníase e seus comunicantes, pacientes com tuberculose pulmonar e controles sadios residentes em Fortaleza. Um total de 127 indivíduos foram avaliados até o momento. Confirmando os dados anteriores, os peptídeos induziram produção de níveis detectáveis de IFN- γ nos indivíduos expostos ao *M. leprae*. Uma porcentagem menor de indivíduos com tuberculose também respondeu a alguns peptídeos, o que poderia ser explicado por uma exposição previa destes indivíduos ao *M. leprae* em virtude de se tratar de área com alta taxa de prevalência para a hanseníase. O nível de resposta aos peptídeos demonstra seu potencial para discriminar indivíduos com alta exposição a este patógeno. Atualmente estamos avaliando o grupo controle. A comparação da resposta em grupos de indivíduos sadios residentes em áreas de Fortaleza com alto versus baixo risco de exposição permitirá a confirmação desta observação.

Suporte financeiro: DECIT/CNPq

MODULAÇÃO DA RESPOSTA IMUNO-INFLAMATÓRIA PELA TALIDOMIDA NO ENL NECROTIZANTE.

ESQUENAZI, DA^{1,3}; CARVALHO, DS²; RIBEIRO-CARVALHO, MM^{1,3}; FERREIRA, H²; NERY, JAC²; SAMPAIO, EP²; PESSOLANI, MCV¹; PEREIRA, GMB^{1,3}; SARNO, EN²

¹Laboratório de Microbiologia Celular e ²Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ; ³Laboratório de Imunopatologia e Disciplina de Patologia Geral, Faculdade de Ciências Médicas, UERJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: danuza@ioc.fiocruz.br.

Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Genética Molecular Biology, Microbiology, Immunology, Genetics

Objetivos: Investigamos em forma severa de ENL a modulação terapêutica da inflamação pela talidomida. **Material e Métodos:** paciente LL (sexo feminino, 26 anos) apresentava lesões de pele eritematosas com ulceração e necrose, acompanhada de quadro sistêmico. Obteve-se biópsias das lesões e sangue venoso durante tratamento com talidomida (0, 7 e 45 dias). Foram analisados níveis de citocinas em culturas estimuladas com *M. leprae* (ML), frações de ML e peptídeos *M. leprae*-específicos por ensaio multiplex. Subpopulações leucocitárias e marcadores de interesse foram analisados em leucócitos sanguíneos e lesão. Níveis de expressão gênica de moléculas pró- e anti-inflamatórias foram analisados por RT-PCR em tempo real. **Resultados:** Após tratamento com talidomida, houve regressão simultânea de lesões e de níveis de citocina induzidos *in vitro* por componentes do ML. **Conclusões:** os resultados sugerem a participação de linfócitos T $\gamma\delta$ + e resposta *M. leprae*-específica, sensível à ação da talidomida na gênese das lesões deste episódio reacional.

Suporte Financeiro: NIH, CNPq e FAPERJ.

MODULATION ON THE EXPRESSION OF CHEMOTACTIC AND ANGIOGENIC FACTORS IN ERYTHEMA NODOSUM LEPROSUM LESIONS FOLLOWING TREATMENT WITH THALIDOMIDE

CARVALHO, DS; ALVES, TR; SARNO, EM; SAMPAIO, EP
Laboratório de Hanseníase - Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ/RJ. e-mail: serracarvalho@gmail.com

Histologically, the leprosy reaction erythema nodosum leprosum (ENL) is characterized by an inflammatory cell infiltrate in the dermis and adjacent subcutaneous fat. Large numbers of neutrophils are typically present and there is often acute vasculitis. ENL patients show augmented pro-inflammatory cytokine levels in skin lesions and successful treatment with thalidomide leads to clinical remission and down-regulation of inflammatory response. In order to evaluate the expression of chemotactic factors (cytokines, chemokines and their receptors), skin biopsies were collected from reactional leprosy patients lesions at the onset of ENL and one week after treatment with thalidomide (n=8). Following RNA extraction and cDNA synthesis, gene expression profile was assessed by

real-time RT-PCR. In 7 of 8 patients skin lesion samples have the IL-10 gene expression augmented after one week of thalidomide treatment (300mg/day). CCR5 and IFN were also augmented in 6/8 patients, foxp3 and CCL5 in 5/8. The chemokine IL-8 suffer a reduction in 5/8 patients after treatment and VEGFA gene was also reduced in 4/6 patients. The reduction of chemotatic and pro-angiogenic factors, like IL-8 and VEGFA may lead to diminished migration of inflammatory cells into the tissue. Moreover, the sustained expression of IL-10 and of CCR5, and however foxp3 during treatment may well correlate with the local suppression of the immune response and reduced bacterial load at the lesion site. Evaluation of the expression of chemotactic factors may contribute to a better understanding of pathology progression during reactions and may reveal targets for therapeutic interventions.

Financial Support: CNPq, FIOCRUZ

UTILIZAÇÃO DE PEPTÍDEOS SINTÉTICOS DERIVADOS DO *M. LEPRAE* NO IMUNODIAGNÓSTICO DOS EPISÓDIOS REACIONAIS.

ESQUENAZI, D^{1,3}; RIBEIRO-CARVALHO, MM^{1,3}; NERY, JAC²; SAMPAIO, EP²; SARNO, EN²; PESSOLANI, MC¹; PEREIRA, GM^{1,3}

¹Laboratório de Microbiologia Celular e ²Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. ³Laboratório de Imunopatologia e Disciplina de Patologia Geral, Faculdade de Ciências Médicas, UERJ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
e-mail: danuza@ioc.fiocruz.br.

Objetivos: A avaliação tradicional da resposta imune na hanseníase é feita com o antígeno total do *M. leprae* (ML). Porém, não se detectam diferenças significativas entre as reações. Neste trabalho foi investigada a produção de citocinas em resposta a peptídeos sintéticos derivados de proteínas do ML e a seus componentes por leucócitos sanguíneos de pacientes PB e MB, reacionais ou não. **Material e Métodos:** Foram estudados 23 pacientes (5 RR e 6 ENL, 12 não-reacionais) e seis indivíduos saudáveis (controle). Leucócitos sanguíneos foram estimulados com ML, antígeno solúvel (MLSA), parede celular (MLCW) e peptídeos *M. leprae*-específicos (p38, p39, p65 e p69). Ensaio multiplex para a detecção de IL-

1 β , IL-6, TNF- α , IFN- γ , IL-17, IL-4 e IL-13 nos sobrenadantes das culturas foi realizado, seguido de análise estatística (ANOVA e Bonferroni). **Resultados:** ML não foi capaz de induzir diferenças entre os grupos com a maioria das citocinas, excetuando IL-1 β e TNF- α ($p < 0.05$). Com os outros estímulos, diferenças foram maiores no grupo RR em comparação com todos os outros, especialmente quanto à produção de TNF- α IFN- γ ($p < 0.001$) e IL-13 ($p < 0.05$). Em comparação com pacientes não-reacionais, os níveis de IL-6 induzidos por p38 estavam aumentados nos reacionais, independentemente da reação ($p < 0.05$). **Conclusões:** Esses dados sugerem maior eficiência das frações do ML e peptídeos sintéticos na indução de citocinas, especialmente IFN- γ e TNF- α , em pacientes reacionais comparados com não-reacionais. O desenvolvimento de novas abordagens terapêuticas para as reações podem se beneficiar do conhecimento mais detalhado dos estímulos e mediadores envolvidos nas respostas imunoinflamatórias observadas nesses episódios.

Suporte Financeiro: NIH; CNPq e FAPERJ.

EFEITO DO *MYCOBACTERIUM LEPRAE* E TGF- β 1 NA MATRIZ EXTRACELULAR NEURAL

PETITO, RB; ALVES, TR; AMADEU, TP; ANTUNES, SLG; SAMPAIO, EP; BARUQUE, GA; SARNO, EN
Laboratório de Hanseníase, IOC/FIOCRUZ/RJ.
e-mail: euzenir@fiocruz.br

Objetivo: Considerando que o TGF β 1 aumenta a produção de matriz extracelular (MEC), resultando na fibrose, investigamos os efeitos do *Mycobacterium leprae* (ML), do PGL-I (componente lipídico da parede celular) e do TGF β 1 nas alterações da MEC neural e na transdiferenciação miofibroblástica. **Material e Métodos:** Células de Schwann (ST88-14) foram estimuladas ou não com ML e PGL-I para avaliar a expressão de TGF β 1 e do TGFRII. Determinamos os níveis desta citocina nas culturas. Estimulamos as ST88-14 com TGF β 1, ML e PGL-I para avaliar a secreção/deposição da MEC, e a indução da transdiferenciação em miofibroblastos (α SMA). A expressão de TGF β 1 e α SMA foi avaliada em biópsias de nervo sem alterações patológicas ou com graus variáveis de fibrose e inflamação. **Resultados:** O ML ou PGL-I induziu aumento do RNAm para TGF β 1, seguida de diminuição que

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

se manteve por até 6 horas. Após 6 horas, a secreção de TGFβ1 voltou aos níveis basais, aumentando após 7 dias de estímulo. O TGFβ1 aumentou a expressão de colágeno IV, laminina, fibronectina e tenascina após 7 dias, induzindo também a transdiferenciação em miofibroblastos. Em biópsias de pacientes com hanseníase, a expressão de TGFβ1 parece passar do axônio para as ST88-14. Mostramos a expressão de αSMA no perineuro e em algumas células endoneurais nas biópsias de nervo com fibrose. **Conclusão:** Sugerimos um envolvimento do TGFβ1 na modulação de resposta celular ao ML e ao PGL-I e na transdiferenciação da ST88-14 em miofibroblasto, contribuindo para a fibrose e a degeneração neural.

Suporte financeiro: FIOCRUZ, CNPQ.

AVALIAÇÃO CLÍNICA E EXPERIMENTAL DE 40 INDIVÍDUOS COM SUSPEITA CLÍNICA DE RECIDIVA EM HANSENÍASE

MADEIRA-DIÓRIO, S¹; DIAS-BAPTISTA, IMF¹; BELONE, AFF¹; ROSA, PS¹; MARCOS, EVC¹; TRINO, LM¹; SARTORI, BGC¹; BARRETO, JA¹; SUFFYS, PN² & URA, S¹.

¹Instituto "Lauro de Souza Lima"/Bauru. ²Fundação Oswaldo Cruz/RJ. e-mail: micro@iisl.br

Introdução: recidiva em hanseníase é definida como ocorrência de sinais de atividade clínica após alta por cura. Embora seja considerada um evento raro, os dados oficiais obtidos do SINAN (3,8%) são questionáveis, principalmente devido a não uniformização dos critérios diagnósticos. Relatos de recidiva associados à resistência medicamentosa também são poucos e na maioria referem-se a casos isolados. **Objetivo:** verificar a existência de cepas resistentes às drogas do esquema de poliquimioterapia (PQT) e monitorar a prevalência de cepas resistentes a rifampicina, visando a obtenção de dados epidemiológicos abrangentes que pudessem mostrar se ela é fator de risco para recidiva. **Casística e métodos:** 40 indivíduos com suspeita clínica de recidiva, após término da PQT/MB há pelo menos 05 anos, com lesões novas e índice bacilar ≥ 3+ e bacilo íntegro. Esses indivíduos foram atendidos por demanda espontânea ou encaminhados por outras unidades de referência. Foi retirada uma biópsia para inoculação em coxim plantar de camundongos e posterior extração de DNA, para

Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Genética Molecular Biology, Microbiology, Immunology, Genetics

avaliar resistência a dapsona e rifampicina. **Resultados:** foram avaliadas até o momento 37/40 das amostras: 14 apresentaram bacilos sensíveis a dapsona e rifampicina, 03 resistentes a dapsona, 03 resistentes a rifampicina, 16 inconclusivos e 01 resistência múltipla. As amostras serão submetidas à análise molecular dos genes envolvidos na resistência (rpoβ e folp1) para confirmação da mutação na FIOCRUZ/RJ. **Conclusão:** como a implantação da PQT é recente e o período de incubação da doença é longo, o achado de casos de resistência após 13 anos de implantação efetiva deste esquema, mostra que há necessidade de investigação dos casos de recidiva.

Suporte financeiro: Fundação Paulista contra a Hanseníase

ASSOCIAÇÃO DE POLIMORFISMO GENÉTICO NO GENE DO RECEPTOR DA VITAMINA D COM SUSCEPTIBILIDADE À HANSENÍASE NA POPULAÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL.

PARELLI, FPC¹; SILVA, WL²; MORAES, MO³; SOUZA, VNB⁴; PEREIRA, AC⁴.

¹Faculdade de Medicina, UNESP, Botucatu, SP. ²Universidade do Sagrado Coração, Bauru, SP. ³Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ. ⁴Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, SP. e-mail: anacarlap@gmail.com

Introdução e Objetivos: A forma ativa da vitamina D é um hormônio regulador de metabolismo do cálcio que também exerce um papel imunomodulador por meio da ligação ao seu receptor nuclear, VDR, em monócitos, macrófagos e linfócitos ativados. Estudos acerca da associação de polimorfismos genéticos de base única (SNPs) no gene VDR com susceptibilidade à hanseníase nas populações da Índia e Malauí incitam a necessidade de estudo destas variações na população brasileira. Neste trabalho avaliamos o papel dos polimorfismos *TaqI* e *FokI* neste gene na susceptibilidade à hanseníase. **Métodos e Resultado:** Trata-se de estudo caso-controle incluindo 366 casos de hanseníase e 273 controles saudáveis, ambos procedentes do estado de São Paulo. As genotipagens foram realizadas pela técnica de PCR-RFLP. Para comparação das frequências entre os grupos foram empregados testes derivados de modelos lineares generalizados (GLMs) com correção para as variáveis gênero e etnia. Foi encontrada

uma associação do genótipo CC do *locus TaqI* com susceptibilidade para hanseníase *per se* (OR=1,76; $p_{\text{corrigido}}=0,05$). Nossos dados não demonstram associação entre o *locus FokI* e hanseníase. **Conclusão:** Os dados obtidos sugerem um papel do genótipo CC do polimorfismo *TaqI* na susceptibilidade à hanseníase nesta população. Resultado similar foi descrito em estudo com a população de Ma-lauí. Na população indiana o genótipo CC foi associado à susceptibilidade para hanseníase tuberculóide.

INFLAMMATORY MEDIATORS MODULATION IN THE SERUM OF REACTIONAL LEPROSY PATIENTS

TELES, RB¹; TELES, RMB^{1,2}; GOMES, APN¹; SAMPAIO, EP¹; SARNO, EN¹

¹Leprosy Laboratory, IOC, FIOCRUZ-RJ. ²Division of Dermatology at David Geffen School of Medicine at UCLA.

e-mail: rbteles@ioc.fiocruz.br

Introduction and objectives: Reactional episodes still have been a problem in the treatment and control of Leprosy. During the reactions occurs the increase of neurological damage and uncontrolled immune-inflammatory response. This study aims are to trace a profile of inflammatory mediators, as biomarkers of the reaction episodes as a tool for research and treatment. **Methods and results:** TNF α , MBL, MMPs (MMP-2 and MMP-9) and TIMP-1 levels of reactional or reactional patients with different clinical forms were analyzed by ELISA. PBMC of leprosy patients were isolated and stimulated with *M. leprae* or/and TNF α ; MMP-9 and TIMP-1 secretion was measured by ELISA. The zimography was used to identify the presence of MMP-2 and MMP-9 activity in the serum. **Results:** TNF α levels were increased in reactional patients serum, especially in ENL, in comparison with unreactional patients. MMP-9 secretion was significantly higher ($p<0.05$) in serum of reactional than unreactional patients. The TIMP-1 levels were not modulated between the groups. The increase of MMP activity also has been detected in the serum of reactional patients by zimography. In addition, TNF α in combination with *M. leprae* increased the MMP-9 secretion in PBMC *in vitro*. TIMP-1 levels in supernatants were not modulated by TNF α . The MBL levels also seem to be increased during the reaction (ENL) but this increase was not significantly. **Conclusion:** The inflammatory molecules were differently modula-

ted between the serum of unreactional and reactional patients and already evaluated as marking biological in other inflammatory and infectious diseases.

Financial support: CNPq/FAPERJ.

MYCOBACTERIUM LEPRAE INFECTION MODULATES TRYPTOPHAN'S CATABOLISM IN THE CELLULAR IMMUNE RESPONSE IN LEPROSY

SALES, JS; LARA, F; PINHEIRO, RO; HERNANDEZ, MO; TELES, RB; MOURA, DF; SAMPAIO, EP; SARNO, EN

Leprosy Laboratory – IOC – FIOCRUZ/RJ, Brasil.

e-mail: jo@ioc.fiocruz.br

Introduction and Objective: The kynurenines pathway is a regulator of both the innate and the adaptive immune responses. Indoleamine 2,3-dioxygenase (IDO) catalyzes the first and important kynurenine pathway along the tryptophan (TRP) catabolism. The role of IDO in the immune response has been shown and the IDO involvement in immune tolerance mechanisms and antimicrobial activity. In this study, we will evaluate the catabolism of TRP induced by IDO in the cellular immune response of Leprosy. For this, we evaluated the correlation of IDO activity with different clinical polar forms of the disease. In addition, the effect of the exposition to *M. leprae* in the regulation of IDO levels was evaluated. **Methods and Results:** PBMC were isolated from normal donors and leprosy patients, these cells were treated with *M. leprae* or MT for 24h. PBMC were used to IDO mRNA detection by real time PCR. The culture supernatants and the serum of patients were fractionated by HPLC; radioactivity was determined in fractions corresponding to TRP and its metabolites. *M. leprae* increased the IDO mRNA levels and activity in the PBMC *in vitro*. IDO activity induction in serum was higher in lepromatous patients than tuberculoids patients. In addition, an increase of the expression of IDO in lepromatous patients biopsies compared with tuberculoids patient was observed by confocal. **Conclusion:** Our results indicate that the activation of IDO seems to be involved in the modulation of the immune response of Leprosy as well as the response to the *M. leprae*.

Financial support: CNPq.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

CARACTERIZAÇÃO DAS RECIDIVAS DE HANSENÍASE APÓS TRATAMENTO POLIQUIMIOTERÁPICO/OMS

MIRANDA, A^{1,4}; NERY, JAC¹; SALES, AS¹; PAULA, GP¹; PINO, LM¹; ROCHA, AS³; OLIVEIRA, EB¹; ESQUENAZI, D^{2,4}; SUFFYS, PN³; OLIVEIRA, MLW⁵ E SARNO, EN¹.

¹Laboratório de Hanseníase - Ambulatório Souza Araújo (ASA) e ²Laboratório de Microbiologia Celular e ³Laboratório de Biologia Molecular Aplicada a Micobactérias, IOC – FIOCRUZ – RJ; ⁴Departamento de Patologia e Laboratórios – FCM – UERJ; ⁵Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - UFRJ.
e-mail: almiran@ioc.fiocruz.br.

Objetivo: Representar o problema de recidiva de hanseníase no Ambulatório Souza Araújo - ASA, e identificar a presença de resistência medicamentosa aos hansenotáticos de 1ª linha (Rifampicina, Dapsona, Clofazimina).

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo baseado na análise de dados primários e de prontuários, obtidos de 48 pacientes do ASA, com suspeita de recidiva, no período de outubro de 2006 a setembro de 2008. Para confirmação diagnóstica, os pacientes foram submetidos a exame dermatológico, fisioterápico, histopatológico e PCR da biopsia cutânea, baciloscopia e testes imuno-sorológicos. Foi dada ênfase na dificuldade da caracterização histopatológica na biopsia da recidiva.

Resultados: Dos 48 casos selecionados e avaliados, 20 casos foram diagnosticados como recidiva de hanseníase, onde apenas 25% eram do sexo feminino. Com relação à forma clínica, 15 (75%) pacientes tinham a forma multibacilar e 5 (25%) eram paucibacilares, sendo 1 MHI e 4 BT. Somente o paciente com MHI apresentou produção de IFN- γ na cultura de PBMC obtidos na época da recidiva. Todos foram tratados com poliquimioterapia, acrescida de corticoesteróides quando da ocorrência de quadros reacionais. Até o momento, nas amostras colhidas para análise de resistência medicamentosa, não se detectou nenhuma mutação. **Conclusão:** Embora a taxa de recidiva após o tratamento PQT seja baixa, o diagnóstico e o reinício do tratamento devem ocorrer precocemente a fim de minimizar as incapacidades e impedir a disseminação de bacilos para pessoas hígidas. Os dados sugerem, também, que os pacientes multibacilares mantêm a baixa resposta ao *M. leprae*, mesmo por longo tempo após o primeiro tratamento.

Suporte Financeiro: POM - FIOCRUZ; CNPq

Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Genética Molecular Biology, Microbiology, Immunology, Genetics

PGL-I INIBE FUNCIONALMENTE LINFÓCITOS T CD4+ DE MEMÓRIA EFETORA

ALVIM, IMP^{1,2}; GUIMARÃES, MMS^{1,2}; PESSOLANI, MCV¹; PEREIRA, GMB^{1,2}.

¹Laboratório de Microbiologia Celular – IOC/FIOCRUZ; ²Laboratório de Imunopatologia – FCM/UERJ. e-mail: gerald@fiocruz.br

Introdução e Objetivos: O PGL-I é um abundante componente do envelope do *M. leprae* e desempenha funções que podem auxiliar na entrada do patógeno na célula hospedeira e na sua sobrevivência. Observações anteriores demonstraram um efeito seletivo do PGL-I em linfócitos T CD4+ em repouso e ativadas, reduzindo a expressão de CD28 e, provavelmente, como consequência, aumentando o limiar de ativação deste subtipo de linfócito em indivíduos sadios e pacientes de hanseníase. Vários passos da ativação das células, como regulação negativa do TCR, expressão de CD69 e CD25, e redução nos níveis de IL-2, TNF e IFN- γ em culturas estimuladas com antígenos ou mitógenos em presença de PGL-I. Para tentar identificar a célula-alvo do PGL-I, nós investigamos os efeitos do PGL-I na ativação de linfócitos T VD4+ virgens (CD45RO-/CD62L+), de memória central (CD45RO+/CD62L+) e de memória efetora (CD45RO+/CD62L-). **Resultados e Métodos:** Leucócitos de sangue periférico de voluntários sadios ou pacientes de hanseníase (n=6) foram estimulados com Concanavalina A em dose subótima (1 μ g/mL) por 20 horas, em presença ou ausência de PGL-I. A frequência de CD69 em cada subpopulação de linfócitos T CD4+ foi avaliada por citometria de fluxo, e utilizada como parâmetro para a ativação dos linfócitos. A frequência de linfócitos T CD4+ virgens e de memória central foram inibidas em presença de PGL-I, mas a subpopulação de memória efetora foi inibida muito mais, de 35 a 70% em 5 de 6 indivíduos. **Conclusão:** Este efeito seletivo na população de linfócitos T CD4+ de memória efetora afeta diretamente a eliminação da bactéria nas lesões e pode contribuir para a sobrevivência inicial do bacilo na célula hospedeira, e para aumentar a carga bacilar observada em pacientes lepromatosos, um passo crítico para a transmissão da hanseníase.

Suporte financeiro: FAPERJ, CAPES

HÁ RELAÇÃO ENTRE RESISTÊNCIA A DROGAS DE MYCOBACTERIUM LEPRAE E RECIDIVA DE HANSENIASE NO BRASIL?

SILVA ROCHA, A¹; SANTOS, AAC¹; NERY, JA³; PIGNATARO, P³; GALLO, MEN³; MARTINS DINIZ, L⁴; PONTES AIRES, MA⁵; GUEDES SALGADO, C⁶; CUNHA, MG^{7,8}; SARNO, EN³; SUFFYS, PN¹; OLIVEIRA, MLW²

¹Laboratório de Biologia Molecular Aplicada A Micobactérias – FIOCRUZ. ²Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ. ³Laboratório de Hanseníase. ⁴Serviço de Dermatologia Sta Casa de Misericórdia – EMESCAM – Vitória/ES. ⁵Centro de Referência – Dermatologia Sanitária D. Libânia- CE. ⁶Laboratório de Dermatologia – Imunologia, UEPA. ⁷Fundação de Medicina Tropical do Amazonas – FMT. ⁸Fundação de Dermatologia Tropical Alfredo da Matta – FUAM. e-mail: adsrocha@hotmail.com

Introdução: Esquemas de tratamento de hanseníase incluem rifampicina, dapsona, ofloxacina, clofazimina e minociclina, sendo a freqüência e evolução de resistência primária e secundária escassos. No entanto, já existem relatos da existência de isolados de *M. leprae* apresentando resistência contra uma (R) múltiplas -drogas (MDR). A freqüência de recidiva de hanseníase e sua contribuição para desenvolvimento de *M. leprae* resistente também não é bem definida. **Objetivo:** Estudar a magnitude e as características dos casos de recidiva de hanseníase diagnosticados em cinco Estados brasileiros, quanto aos aspectos clínicos, epidemiológicos e colaborar, através da genotipagem, na identificação de cepas resistentes às drogas rifampicina, dapsona e ofloxacina. **Casística e métodos:** Biópsias de pacientes com recidiva comprovada foram captadas em unidades de referência dos Estados - Amazonas, Pará, Ceará, Espírito Santo e Rio de Janeiro. Seu DNA foi extraído e seus produtos de PCR foram sequenciados nas regiões de interesse dos genes *rpoB*, *folP*, *gyrA* e *gyrB*. **Resultados:** Biópsias de 196 pacientes foram recebidas, 139 foram processadas para genotipagem e em torno de 44%, seqüenciadas. Não foram encontradas mutações nos genes *rpoB* e *folP1* enquanto mutações silenciosas foram observadas em *gyrA*, sugerindo a existência de famílias diferentes de *M. leprae* e o uso desta ferramenta para se estudar reinfecção. **Conclusão:** Apesar de não ter sido identificados genótipos sugerindo a existência de R-MDR, recomenda-se a continuidade da análise e maior de isolados, de todas as regiões do Brasil.

Suporte financeiro: CNPq, PAPES-Fiocruz, FAPERJ

VARIABILIDADE DO GENE NAT2 EM HANSENIAS DO ESTADO DE RONDÔNIA

SANTOS, RA¹; PINTO, RS²; LOPES, MQP²; NARASHI, K³, GALLO, MEN⁴; SUFFYS, FN²; SANTOS, AR²

¹Universidade Federal de Rondônia. ²Laboratório de Biologia Molecular aplicada a Micobactérias – Instituto Oswaldo Cruz, IOC-FIOCRUZ. ³Policlínica Oswaldo Cruz, Porto Velho/RO. ⁴Laboratório de Hanseníase – Instituto Oswaldo Cruz, IOC-FIOCRUZ. e-mail: adalbertorezende@yahoo.com.br

Introdução: O conteúdo genético é importante tanto em relação à resposta imunológica como terapêutica. Polimorfismos em genes metabolizadores de drogas podem influenciar a atividade biológica final da enzima levando ao aparecimento de desfechos desfavoráveis. A população brasileira, miscigenada, se distribui no território nacional de modo diverso nas diferentes regiões. Em humanos, a enzima N-acetiltransferase2 (NAT2), codificada pelo gene NAT2 é primordial na acetilação de diversas drogas, como a dapsona, usada no tratamento da hanseníase. Tendo em vista a diversidade alélica deste gene de acordo com a etnia, o que significa que o padrão e resposta às drogas metabolizadas pela enzima NAT2 deve ser diferente dependendo da população estudada. **Objetivo:** Descrever o perfil de acetilação na população de Rondônia e programar um sistema de farmacovigilância preventiva para tratamento da hanseníase, empregando metodologias que relacionarão a presença de SNPs no gene NAT2 com o perfil fenotípico individual de acetilação. **Metodologia:** A identificação de SNPs foi realizada a partir de sequenciamento direto da região codificante do gene NAT2. **Resultados e discussão:** Análise de DNA de 45 indivíduos mostrou que 10 SNPs mais comuns estavam presentes na população estudada. Os SNPs G191A; T341C; G590A e G857A (associado com acetilação lenta) com freqüências de 0,022; 0,300; 0,244; e 0,088. Os SNPs C282T; C481T e A803G (não relacionadas ao fenótipo NAT) estavam presentes com freqüências de 0,350; 0,300 e 0,120. Posteriormente estabeleceremos a relação entre os diferentes SNPs (e haplótipos) de NAT2 e fenótipo de acetilação na população de Rondônia, bem como em 5 macroregiões.

Suporte Financeiro: FNS- Ministério da Saúde

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

INVESTIGAÇÃO DE ALTERAÇÕES NOS GENES NOS2A, IFNG E IL-10 EM PACIENTES REACIONAIS E NÃO REACIONAIS NA HANSENÍASE

BELONE, AFF¹; BRITO, VN¹; ROSA, PS¹; PEREIRA, AC¹; DIAS-BAPTISTA, IMF¹; BARRETO, JA¹; SOARES, CT¹; GHIDELLA, CC²; FLEURY, RN¹; MORAES, MO³.

¹Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru/SP. ²Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis/MT. ³Instituto Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro/RJ. e-mail: abelone@iisl.br

Fundamento: Ainda que não exista consenso quanto aos fatores desencadeantes de reações tipo 1 na hanseníase, nem porque alguns indivíduos as apresentam e outros não, estudos *in situ* em lesões reacionais na faixa tuberculóide, demonstraram elevada produção de IL10, diminuição de iNOS, além do aumento de células NK+, quando comparadas com lesões tuberculóides não reacionais, reforçando o papel da resposta imune, determinada geneticamente, como fator determinante do prognóstico na hanseníase. **Objetivo:** Identificar alterações nas regiões codificadoras e promotoras dos genes IL10, NOS2A e IFNG em pacientes reacionais e não reacionais do espectro da hanseníase e correlacioná-las à ocorrência ou não de reações tipo 1. **Métodos:** Foi feita análise dos genes IL10, NOS2A e IFNG em 87 pacientes (56 reacionais e 31 não reacionais). Polimorfismos na região promotora do gene IL-10 e o polimorfismo 2109A/G do gene IFNG foram avaliados pela técnica de PCR-RFLP, o polimorfismo -874A/T do gene IFNG por ARMS e os polimorfismos do gene NOS2A por discriminação alélica em tempo real, utilizando o sistema Taq Man SNP Genotyping Assay. **Resultados:** Observou-se associação do genótipo IL-10 -1082 GG com proteção frente a reação tipo 1 (OR=0,11, p=0,05); e associação marginal dos genótipos TT dos SNPs rs3729508 e rs8072199 do gene NOS2A com proteção para reação tipo 1 (OR=0,28, p=0,10). **Conclusão:** Estes resultados corroboram os achados fenotípicos *in situ* e sugerem o papel de SNPs em genes envolvidos com a resposta imune na reação tipo 1, entretanto, é necessária ampliação da casuística para que esses dados sejam confirmados.

Suporte financeiro: CNPq, Fundação Paulista contra Hanseníase.

Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Genética Molecular Biology, Microbiology, Immunology, Genetics

PERFIL ANTIMICROBIANO DE BACTÉRIAS ISOLADAS DE ÚLCERAS HANSÊNICAS EM PACIENTES PÓS-ALTA DE HANSENÍASE.

GELATTI, LC; EIDT, LM; BECKER, AP; GANASSINI, L; FREITAS, H; BONAMIGO, RR; D'AZEVEDO, PA

Centro Universitário Metodista. e-mail: lucianegelatti@hotmail.com

Objetivo: Investigar o perfil antimicrobiano de bactérias isoladas de úlceras neurotróficas em pacientes pós-alta de hanseníase no Rio Grande do Sul. **Material e métodos:** Foi coletado material das úlceras de 17 pacientes, após consentimento, atendidos no Ambulatório de Dermatologia Sanitária e residentes no Hospital Colônia Itapuã. A colheita foi realizada no momento do curativo e o material encaminhado ao Laboratório de Microbiologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSA) para o cultivo microbiológico. **Resultados:** As culturas evidenciaram microrganismos em todas as úlceras, os cocos Gram-positivos em 63%, bacilos Gram-negativos em 80% e microbiota mista em 36%. *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* foram os maiores representantes. Os isolados de *S. aureus* revelaram susceptibilidade à maioria dos antimicrobianos testados. As Enterobactérias apresentaram susceptibilidade acima de 80% para ciprofloxacina e cefepime. Os isolados de *P. aeruginosa* apresentaram susceptibilidade aos carbapenêmicos em 100%, para ceftazidima 86% e aos aminoglicosídeos 43%. **Conclusões:** A identificação e determinação do perfil antimicrobiano dos isolados demonstrou a presença de microbiota bacteriana variada nas úlceras. O contato com profissionais da saúde e visitas ambulatoriais rotineiras faz com que a microbiota que coloniza e infecta a úlcera seja mantida, fazendo destes pacientes portadores de isolados bacterianos com variado perfil de resistência. Os resultados obtidos no presente trabalho podem auxiliar os profissionais da saúde no tratamento destes pacientes, tendo em vista a escassez de artigos com este enfoque microbiológico nos trabalhos sobre úlceras em hanseníase.

Suporte financeiro: CNPq, UFCSA, IPA.

**ESTUDO DAS PROTEÍNAS DE FASE AGUDA E VHS
NA HANSENÍASE**

NOGUEIRA, MES¹; DALPINO, D¹; MOZER, E¹; COSTA, MRSN¹;
VENTURINI, J²

¹Instituto Lauro de Souza Lima/SES/SP, Bauru/SP; ²Faculdade de
Medicina de Botucatu/UNESP, Botucatu/SP.

e-mail: imunologia@ils.br

Objetivo: Determinar o perfil de proteínas de fase aguda (PFA), IgM e IgG séricas e velocidade de hemossedimentação (VHS) na hanseníase não reacional.

Material e Métodos: Foram estudados 75 pacientes com hanseníase não reacional, classificados de acordo com as formas clínicas: hanseníase tuberculóide (n=16), hanseníase dimorfa (n=26) e hanseníase virchoviana (n=33). Foram determinados os níveis séricos de alfa-1-glicoproteína ácida (AGA), alfa-1-antitripsina (ATT), proteína C-reativa (PCR), C3c, C4, IgM, IgG e VHS. Para a análise de freqüência de pacientes com valores de referência normais e alterados foi realizado o teste do qui-quadrado. A determinação do índice de correlação de Spearman foi utilizada para verificar correlação entre os parâmetros laboratoriais. **Resultados:** A análise de freqüência revelou aumento significativo no número de pacientes com hanseníase virchoviana que apresentaram valores de referência alterados nos seguintes parâmetros: AGA (p=0,0036), ATT (p=0,0155), PCR (p<0,0001), C3c (0,0297), IgG (0,0296) e VHS (p<0,0001). Verificamos, ainda, correlação positiva significativa entre os valores de PCR e VHS, PCR e IgG, PCR e as outras PAF, VHS e IgG e VHS e PAF (exceto C4). **Conclusões:** De modo geral, pacientes com hanseníase virchoviana apresentam elevados níveis de VHS, PAF e IgG. É possível que esse perfil inflamatório seja decorrente da formação de imunocomplexos, uma vez que esses pacientes apresentam grande quantidade de antígenos circulantes e anticorpos específicos. A correlação positiva entre PAF (exceto C4) e VHS sugere a opção por apenas um desses marcadores na determinação do perfil inflamatório de pacientes com hanseníase não reacional.

Suporte Financeiro: Fundação Paulista Contra Hanseníase (FPCH).

COMPARAÇÃO DO ÍNDICE BACISLÓSCÓPICO FEITO NO ASSOADO NASAL E LINFA

SILVEIRA, MIS¹; LOURENÇO, DSD¹; MAIA JAC¹; MANAZES, RHO¹; TEIXEIRA, AFPM¹

¹Centro de Referência Nacional em Dermatologia Sanitária Dona Libânia, Fortaleza/CE, Brasil.

e-mail: irismars@saude.ce.gov.br

A Hanseníase é uma doença infecto contagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, cuja principal porta de entrada é a via aérea superior. Milhões de bacilos podem ser encontrados em pacientes sem tratamento que eliminam bacilos pela mucosa nasal. Este trabalho teve como objetivo comparar os índices baciloscópicos realizados em esfregaço de assoado nasal e esfregaço de linfa em um mesmo paciente. O trabalho foi realizado em uma Unidade de Referência do Estado do Ceará (Centro de Dermatologia Dona Libânia) e teve como metodologia a coleta de linfa em lóbulos auriculares (D e E), cotovelos (D e E) e a coleta de assoado nasal utilizando-se papel celofane. Foram feitos esfregaços em lâmina de vidro e coloração pela técnica de Zielh-Neelsen com leitura em microscopia ótica. No período de fevereiro a junho de 2004, foram avaliados 105 pacientes, dos quais 60 (57%) eram do sexo masculino e 45 (43%) eram do sexo feminino, com idade entre 09 e 75 anos que estavam iniciando o tratamento com poliquimioterapia (PQT). Observando-se os índices bacteriológico (IB) nos esfregaços de linfa e assoado nasal verificou-se uma maior positividade nos esfregaços da linfa 33(31%), mas a positividade nos esfregaços do assoado nasal também foi relevante, com 12 (11%) dos pacientes estudados apresentando IB positivo. De acordo com nossos resultados, concluímos que existem evidências que possibilitam uma avaliação paralela para auxiliar no diagnóstico da hanseníase.

METALOPROTEINASES NA FIBROSE DO NERVO PERIFÉRICO EM FORMAS NEURAIS PURAS DA HANSENÍASE.

OLIVEIRA, AL; ANTUNES, SL; TELES, RM; SAMPAIO, EP; MEDEIROS, M; NERY, JA; SARNO, EN
Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. e-mail: santunes@ioc.fiocruz.br

A expressão de RNA-m de metaloproteinases e de seu inibidor tecidual (TIMP1) foi estudada em biópsias de

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

nervo periférico com a forma neural pura da doença (FNP) relacionando-se essa expressão com a presença de fibrose no nervo. As biópsias foram divididas em grupos: G1: biópsias de nervo com aspecto normal, G2: biópsias FNP com aspecto normal, G3: biópsias FNP com infiltrado inflamatório; G4: biópsias FNP com infiltrado e fibrose do nervo; G5: biópsias FNP, com fibrose. Resultados: *Expressão de mRNA*: o grupo G3 e G4 expressaram altos níveis de MMP2 e MMP9 em relação aos grupos G1, G2 e G5. A expressão de TIMP1 foi mais elevada no grupo G4, sendo um pouco menor no grupo G3 e com baixa expressão no grupo G5. *Expressão imuno-histoquímica*: a expressão aumentada de MMPs e de TIMP1 ocorreu às custas de células inflamatórias, particularmente macrófagos CD68+, que invadiram o nervo periférico e também pela expressão em células de Schwann e axônios remanescentes. As atividades opostas de MMPs e de TIMP1 contribuem para a configuração final da matriz extracelular fibrótica dos nervos periféricos acometidos pela hanseníase.

ANÁLISE DA EXPRESSÃO DE MEDIADORES NEUROTRÓFICOS EM LESÕES CUTÂNEAS HANSÊNICAS

COSTA, MRSN¹; MICHELIN, LB²; BRITO DE SOUZA, VN¹; MARCIANO, LH¹; BARRETO, JA¹

¹Instituto Lauro de Souza Lima/CCD/SES/SP, Bauru/SP; ²Faculdade de Ciências/UNESP, Bauru/SP. e-mail: rcosta@iisl.br

Objetivos: Esse estudo se propôs a investigar o envolvimento de mediadores neurotróficos nas alterações dos ramos neurais periféricos de lesões cutâneas hansenícas. Avaliou-se a expressão do fator de crescimento neural (NGF), neurotrofina 3 (NT3), receptor neurotrófico p75 (p75^{NTR}) e produto gênico protéico 9.5 (PGP 9.5) em biópsias cutâneas de pacientes com hanseníase em início de tratamento, sem episódios reacionais. **Material e Métodos:** A amostra obtida de biópsias cutâneas foi dividida conforme as formas clínicas de hanseníase em três grupos: tuberculóides (HT), dimorfos (HD) e virchovianos (HV). A análise imunoistoquímica foi realizada em cortes microscópicos de blocos parafinados para identificação dos marcadores NGF, NT3, p75^{NTR} e PGP 9.5. Os critérios de avaliação quanto à apresentação do sinal imunoistoquímico foram: todo o campo microscópico de cada corte foi avaliado; a apresentação do sinal imunoistoquímico

Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Genética Molecular Biology, Microbiology, Immunology, Genetics

foi analisada em ramos nervosos íntegros ou fragmentados; escores semi-quantitativos foram atribuídos ao sinal imunoistoquímico. Os resultados foram submetidos ao teste estatístico não paramétrico de Kruskal-Wallis, com nível de significância determinado pelo teste de Dunn ($p < 0,05$). **Resultados e Conclusões:** Os achados demonstraram expressão estatisticamente menor de p75^{NTR} nas lesões cutâneas de pacientes com hanseníase virchoviana em relação àqueles com hanseníase tuberculóide. Nas condições estudadas, sugerimos que a diminuição de p75^{NTR} possa estar relacionada à falta de estímulos tróficos envolvidos em alterações clínicas marcantes nos pacientes virchovianos, como o aumento do grau de incapacidade. Os dados apresentados abrem perspectivas para investigações sobre a participação desse receptor de alta complexidade, e suas interações com demais receptores e ligantes neurotróficos, na progressão do dano neural periférico hanseníco.

Suporte Financeiro: Fundação Paulista Contra Hanseníase (FPCH).

MICROFASCICULAÇÃO: UMA RESPOSTA PECULIAR DO NERVO NA NEUROPATIA DA HANSENÍASE.

ANTUNES, SL¹; ALVES, L²; MEDEIROS, MF¹; CORTE-REAL, S³; PESSOLANI, MC²; JARDIM, MR¹; NERY, JA¹; SALES, AM¹; SARNO, EN¹

¹Laboratório de Hanseníase, ²Laboratório de Microbiologia Celular, ³Laboratório de Ultra-estrutura e Biologia Celular, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
e-mail: santunes@ioc.fiocruz.br

A presença de microfasciculação foi estudada em 240 biópsias de nervo (118 com a forma neural pura (FNP) da doença, 31 com neurites após o tratamento, consideradas reacionais (RN) e em 91 biópsias de nervo com outras neuropatias (ON). A expressão de Dhh, (fator “desert hedgehog”) induzida por *Mycobacterium leprae* vivo em células de Schwann humanas cultivadas in vitro também foi investigada. A microfasciculação foi encontrada em 18 biópsias (12 PNL e 6 RN), entretanto não foi encontrada no grupo ON. Estava associada com alterações do perineuro, com a presença de infiltrado inflamatório no nervo e de BAAR. Foi encontrada positividade para proteína S100, neurofilamento e de proteína mielínica

básica (MBP) no interior do microfascículo, indicando a presença de células de Schwann, de axônios e de mielina. As células que envolviam os microfascículos eram NG2-positivas. O estudo com microscopia eletrônica de transmissão, feito em três biópsias, mostrou que essas células fibroblásticas-perineurais não possuíam membrana basal e portanto não eram células perineurais maduras. O *M. leprae* induziu a diminuição da expressão de Dhh nas culturas in vitro de células de Schwann humanas.

PARTICIPAÇÃO DOS MEDIADORES ENDOTELIAIS NA PATOGÊNESE DAS REAÇÕES HANSÊNICAS

COSTA, MRSN; PEREIRA, AC; MOZER, E; NOGUEIRA, MES; BARRETO, JA

Instituto Lauro de Souza Lima/CCD/SES/SP, Bauru/SP.
e-mail: rcosta@ils.br

Objetivos: Investigou-se a participação de mediadores endoteliais na patogênese das reações hansênicas, com o objetivo de implicá-los como possíveis marcadores fisiopatológicos desses episódios. Os mediadores incluídos foram a trombosmodulina (TM); fator tecidual (TF); fator de crescimento vascular endotelial (VEGF); molécula de adesão vascular (VCAM-1); receptor de produtos de glicosilação avançada (RAGE). **Material e Métodos:** As avaliações de TM, TF, VEGF, VCAM-1 e RAGE foram realizadas por meio de quantificação sorológica por ELISA e identificação imunoistoquímica em biópsias de lesões cutâneas de pacientes com hanseníase em início de tratamento pela PQT e não tratados para os episódios reacionais. Foram incluídos no estudo, soros de doadores não hansenianos e biópsias cutâneas sem alterações. Os sujeitos da pesquisa foram divididos em quatro grupos: reação reversa (RR), eritema nodoso hansênico (ENH), não reacionais (NR) e não hansenianos (C). Os resultados sorológicos foram submetidos à análise de variância e teste de Dunnett para verificação de nível de significância. Os resultados imunoistoquímicos foram correlacionados com níveis sorológicos pelo teste de Spearman. **Resultados e Conclusões:** Observou-se que a elevação sérica de TM foi significativa ($p < 0,05$) no grupo RR em relação aos outros grupos do estudo. VCAM-1 se apresentou elevada em RR, mas somente em relação ao grupo C. No grupo ENH, VEGF revelou-se elevado somente em relação ao grupo NR. A avaliação

por ELISA não apresentou correlação estatística com a análise imunoistoquímica, embora a divergência entre alguns dos mediadores avaliados no soro e sua expressão cutânea possa estar relacionada com aspectos sistêmicos dos pacientes com hanseníase reacional. Nas condições ensaiadas, os resultados sugerem a participação da trombosmodulina como mediador de ativação endotelial envolvido na reação reversa e do VEGF no eritema nodoso hansênico.

Suporte Financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

CARACTERIZAÇÃO DOS NÍVEIS SÉRICOS DE INTERLEUCINA-18, NEOPTERINA E LECTINA LIGADA A MANOSE, EM PACIENTES COM HANSENÍASE NO SEGMENTO DA POLIQUIMIOTERAPIA E NOS EPISÓDIOS REACIONAIS.

SILVA, EA¹; BELONE, AFF¹; ROSA, PS¹; MOZER, E¹; VILALVA, FCJ¹; GHIDELLA, C²; URA, S¹.

¹Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru/SP; ²Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis/MT. e-mail: elianesil@yahoo.com.br

Fundamento: Níveis séricos de marcadores inflamatórios, como a interleucina-18 (IL-18), a lectina ligada a manose (MBL) e a neopterinina, estão elevados nas doenças inflamatórias crônicas como na hanseníase. **Objetivo:** Avaliar a resposta inflamatória dos pacientes com hanseníase no momento do diagnóstico, no 6º mês de PQT e nos quadros reacionais (tipo 1 e 2), sem e com corticoterapia. **Métodos:** Foram avaliados clinicamente seis grupos de pacientes ambulatoriais. Grupos 1, 2, 3 e 4: pacientes hansenianos em presença de reação tipo 1 ou tipo 2, sem/com corticoterapia (RT1=11, RT2=06, RT1c=07, RT2c=08); grupo 5: pacientes no momento do diagnóstico e após 6 meses de PQT (não reacional=05); grupo 6: indivíduos clinicamente curados (CC=14), utilizados como controle. As concentrações séricas dos marcadores foram determinadas pela técnica imunoenzimática. **Resultados:** Níveis mais elevados de neopterinina e IL-18 foram observados em pacientes reacionais (RT1=3,37, 101,05; RT2=10,17, 340,77; RT1c=2,30, 104,84; RT2c=3,53, 202,24, respectivamente), quando comparados ao grupo não reacional (2,15-1,87, 43,23-50,83) e controle (1,26; 40,78). Por sua vez, os grupos RT2 e RT2c

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

apresentaram concentrações elevadas significantes destes dois marcadores, em comparação aos outros grupos. Os níveis séricos de MBL não diferiram significativamente entre os pacientes estudados, exceto naqueles com reação tipo 2 (27,69 e 21,60, respectivamente). **Conclusão:** Os resultados obtidos sugerem uma maior atividade inflamatória nos pacientes reacionais. Essa atividade, mediada pela IL-18 e neopterin, em pacientes com reação tipo 2, mostra a presença de um perfil Th1 associado a resposta mediada por imunocomplexos, característico deste quadro.

Suporte financeiro: Fundação Paulista contra Hanseníase.

CONTRIBUIÇÃO DE POLIMORFISMOS DE GENES KIR E DE SEUS LIGANTES HLA NA IMUNOPATOGENICIDADE DA HANSENÍASE

FRANCESCHI, DSA¹; MAZINI, PS¹; REIS, PG¹; RUDNICK, CCC¹; SELL, AM¹; TSUNETO, LT¹; PEIXOTO, PRF²; VISENTAINER, JEL¹

¹Laboratório de Imunogenética, Departamento de Análises Clínicas, Universidade Estadual de Maringá. ²15ª Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Maringá/PR, Brasil. e-mail: jelvisentainer@uem.br

Objetivo: O objetivo deste estudo foi investigar o papel de genes KIR (*killer cell immunoglobulin-like receptor*) na imunopatogênese da Hanseníase no Paraná. **Material e métodos:** As genotipagens dos genes KIR e HLA (*human leukocyte antigen*) foram realizadas pela reação em cadeia da polimerase com seqüências específicas de sondas (Luminex, citometria de fluxo, One Lambda), em 165 pacientes com hanseníase. Este estudo seguiu um desenho caso–controle. A distribuição das frequências de genes HLA–KIR foi avaliada em tabelas de contingência e, os valores observados foram comparados com os esperados usando o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher. **Resultados:** As frequências dos genótipos HLA e KIR estavam em equilíbrio de Hardy–Weinberg. As frequências de ambos os genes ativatórios KIR2DS2 e KIR2DS3 foram maiores em pacientes Tuberculóides (TT) que naqueles Wirchovianos (LL) e, o KIR inibitório com seu ligante, KIR2DL1–C2/C2, estava elevado em pacientes TT em comparação a todos os outros subgrupos

Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Genética Molecular Biology, Microbiology, Immunology, Genetics

e controles. Contudo, uma associação negativa entre KIR2DL3–C1 e KIR2DL3–C1/C1 e o grupo TT foi identificada. Pacientes Borderline exibiram uma maior freqüência de KIR3DL2–A3/11 que os controles e aqueles LL e, uma menor freqüência de KIR2DL1–C2 que os controles e o subgrupo TT. **Conclusão:** Os resultados provêm uma primeira evidência da contribuição do KIR ao desenvolvimento das formas clínicas da hanseníase. Contudo, sugerimos que novas investigações de variantes KIR–HLA sejam conduzidas em grandes estudos em outros grupos étnicos, por causa do pequeno número de indivíduos em cada subtipo de hanseníase no presente estudo.

Suporte financeiro: Fundação Araucária do estado do Paraná, CNPq, UEM

DETECÇÃO DE INFECÇÃO SUBCLÍNICA E DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO EM HANSENÍASE

LOBATO, J^{1,5}; COSTA, MP¹; REIS, EM^{1,5}; GONÇALVES, MA¹; COSTA, AV¹; SPENCER, J³; BRENNAN, P³; BÜHRER-SÉKULA, S⁴; GOULART, LR^{1,2,5}; GOULART IMB^{1,5}

¹Centro de Referência Nacional em Hanseníase, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. ²Laboratório de Nanobiotecnologia, Instituto de Genética e Bioquímica, Universidade Federal de Uberlândia. ³Universidade do Estado do Colorado/EUA. ⁴Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública - Universidade Federal de Goiás. ⁵Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. e-mail: labcredesh@famed.ufu.br

O determinante antigênico do glicolípido fenólico 1 (PGL-1), um resíduo trissacarídeo do antígeno purificado da parede celular do *Mycobacterium leprae*, é responsável pela resposta humoral na hanseníase. Objetivou-se comparar três ensaios sorológicos em pacientes com hanseníase e seus contatos, utilizando dois testes quantitativos, ELISA com PGL-1 nativo e com ND-O-HSA sintético; e o teste semi-quantitativo de fluxo lateral com o antígeno NT-P-BSA (ML-Flow). Soros de 156 pacientes e 191 contatos domiciliares foram analisados. Em pacientes, a detecção de IgM contra PGL-1 pelo ELISA PGL-1 foi 69%, ELISA ND-O-BSA 61% e ML-Flow 63%. O teste ML-Flow detectou anticorpos em 6.6% dos paucibacilares (PB), enquanto que o ELISA PGL-1 e ND-O-HSA detectaram 29% neste grupo. Houve uma correlação positiva e significativa entre

todos os ensaios sorológicos. O ELISA PGL-1 foi o teste com melhor correlação entre a carga bacilar e resposta humoral ($p < 0,005$). O ML-Flow discriminou PB e multibacilares (MB) ($p < 0,05$), contribuindo para a classificação operacional, enquanto que os ELISA PGL-1 e ND-O-HSA mostraram correlação com a carga bacilar e as formas clínicas de Ridley-Jopling ($p < 0,05$). O ELISA com o PGL-1 nativo teve maior detecção entre os contatos domiciliares (25%), sendo 17% para ELISA ND-O-HAS e 10% para ML-Flow. A melhor correlação do ELISA PGL-1 com a carga bacilar e formas clínicas indica seu uso para controle de tratamento e recidiva. Porém, o ML-Flow é o mais apropriado para a classificação operacional na atenção básica à saúde, com implicações na definição do esquema terapêutico e na determinação do risco de incapacidades.

Suporte financeiro: FAPEMIG, UFU, FNS/Ministério da Saúde, CNPq, CAPES.

DETECÇÃO DO DNA DO *M. LEPRAE* EM SWAB BUCAL DE PACIENTES COM HANSENÍASE

MARTINEZ, TS^{1,2}; REIS, EM^{1,2}; LOBATO, J^{1,3}; SOUZA, DOB¹; GONÇALVES, MA¹; COSTA, AV¹; GOULART, LR^{1,2,3}; GOULART IMB^{1,2}

¹Centro de Referência Nacional em Hanseníase/Dermatologia Sanitária, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. ²Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia.

³Instituto de Genética e Bioquímica, Universidade Federal de Uberlândia. e-mail: credsh@hc.ufu.br

O envolvimento da mucosa nasal na hanseníase está bem estabelecido e definido de acordo com as formas clínicas. A detecção do DNA do *Mycobacterium leprae* é importante para a avaliação do envolvimento da cavidade oral na hanseníase, verificando se a boca pode funcionar como via de infecção e transmissão e, desta maneira, contribuir para a disseminação da doença. Foram selecionados todos os pacientes com hanseníase virgens de tratamento atendidos no CREDESH no período de outubro de 2002 a março de 2008, analisando-se os dados relativos a swab bucal. Dentre 290 pacientes, 38 eram da forma clínica TT, 105 eram DT (58 PB e 47 MB), 47 DD, 35 DV e 65 VV. A maioria era do sexo masculino (60,69%). Quanto à detecção do *M. leprae* em swab

bucal observou-se que 17,93% (52/290) dos pacientes apresentaram positividade para *M. leprae* em swab bucal, sendo que a detecção variou de 5,26% (2/38) em T a 47,7% (31/65) em V, passando pelos valores de 6,9% (4/58) em DT-PB, 4,26% (2/47) em DT-MB, 14,9% (7/47) em DD e 17,14% (6/35) em DV. A positividade do teste por forma clínica aumentou em direção ao pólo V, com uma correlação com o espectro de Ridley & Jopling de 92,24% ($r = 0,9604$). Percebe-se que a positividade em swab bucal foi encontrada em todas as formas clínicas, com maiores índices no pólo virchowiano, podendo sugerir a cavidade bucal como via de infecção e transmissão da doença.

Suporte financeiro: Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, FAPEMIG, CNPq, CAPES

MAGNITUDE E CARACTERIZAÇÃO DAS RECIDIVAS EM PACIENTES SUBMETIDOS AOS ESQUEMAS PQT/OMS: ANÁLISE DE RESISTÊNCIA MEDICAMENTOSA – TÉCNICA DE SHEPARD

MADEIRA-DIÓRIO, S¹; SALGADO, CG²; AIRES, MAP³; CUNHA, MGS⁴; GALLO, MEN⁵; DIAS-BAPTISTA, IMF¹; BELONE, AFF¹; ROSA, PS¹; MARCOS, EVC¹; TRINO, LM¹; SARTORI, BGC¹; OLIVEIRA, MLW⁶.

¹Instituto "Lauro de Souza Lima"/Bauru, ²Laboratório de Dermatologia – Imunologia, UEPA, ³Centro de Referência – Dermatologia Sanitária D. Libânia - CE, ⁴Fundação de Dermatologia Tropical Alfredo da Matta – FUAM, ⁵Laboratório de Hanseníase – FIOCRUZ/RJ, ⁶Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ. e-mail: micro@ils.br

Introdução: os esquemas de tratamento da hanseníase incluem rifampicina, dapsona, ofloxacina, clofazimina e minociclina. Dados sobre a frequência e evolução de resistência primária e secundária são escassos, no entanto, há relatos que demonstram a existência de cepas com resistência a uma ou mais drogas do esquema. **Objetivo:** estudar a magnitude e as características dos casos de recidiva de hanseníase diagnosticados em cinco Estados brasileiros, quanto aos aspectos clínicos-epidemiológicos e colaborar na identificação de cepas do *Mycobacterium leprae* resistentes às drogas rifampicina e dapsona por meio de inoculação em pata de camundongo (técnica de Shepard). **Casuística e métodos:** os casos com suspeita clínica de recidiva foram captados em unidades de referência nos Estados do Amazonas, Pará, Ceará, Espírito

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

Santo e Rio de Janeiro. Biópsia de pele dos pacientes foi coletada para inoculação em coxim plantar de camundongos para avaliar resistência a dapsona e rifampicina, totalizando 29 amostras. **Resultados:** foram avaliadas até o momento 14/29 amostras, sendo três de Belém, oito de Manaus, uma do Rio de Janeiro e duas de Fortaleza. Foi observado um caso de resistência parcial a dapsona em um paciente proveniente de Belém; em outro, de Fortaleza, o resultado obtido na contagem bacilar ficou muito próximo do considerado resistente; nenhuma cepa apresentou resistência a rifampicina. Em 9/14 houve multiplicação bacilar nos camundongos do grupo controle (não recebem a droga), sugerindo a presença de bacilos vivos na amostra inoculada. **Conclusão:** monitorar a prevalência de cepas resistentes é importante para obtenção de dados epidemiológicos abrangentes que possam mostrar se ela é ou não fator de risco para recidiva.

Suporte financeiro: CNPq

PCR EM TEMPO REAL: DETECÇÃO DE *MYCOBACTERIUM LEPRAE* EM SANGUE DE PACIENTES

REIS, EM^{1,3}; NUNES, MM^{1,3}; LOBATO, J^{1,2}; NEVES, AF²; GONÇALVES, MA¹; COSTA, AV¹; GOULART, LR^{1,2,3}; GOULART IMB^{1,3}

¹Centro de Referência Nacional em Hanseníase/Dermatologia Sanitária, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. ²Laboratório de Nanobiotecnologia, Instituto de Genética e Bioquímica, Universidade Federal de Uberlândia. ³Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. e-mail: labcredesh@famed.ufu.br

A PCR em tempo real (PCR-TR) tem mostrado grande especificidade e sensibilidade na detecção de DNA do *M. leprae*, entretanto, não há estudos demonstrando a detecção de DNA no sangue de pacientes nas várias formas clínicas. Objetivou-se a utilização da PCR-TR para a detecção de *M. leprae* em sangue de pacientes com hanseníase, virgens de tratamento, dispondo-se de sonda e primers específicos. Extraíu-se DNA de sangue de 199 pacientes [26 tuberculoides (T), 76 dimorfos-tuberculóide (DT), 34 dimorfos-dimorfo (DD), 30 dimorfos-virchowiano (DV) e 33 virchowianos (V)] e a PCR-TR foi processada com o sistema TaqMan. Detectou-se DNA *M. leprae* em 25,1% (50/199) das amostras analisadas. Observou-se

Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Genética Molecular Biology, Microbiology, Immunology, Genetics

maior positividade entre os pacientes V, 39,4% (13/33); seguida por DT com 23,7% (18/76); DV 23,3% (7/30); DD 20,6% (7/34) e T 19,2% (5/26), sem apresentar diferença estatística entre quaisquer formas clínicas. Isso indica que em todas as formas clínicas há passagem do bacilo pelo sangue periférico, mesmo que transitória, até um novo sítio com temperatura adequada à sua sobrevivência. Esse achado tem um valor singular, pois, uma vez que esta técnica foi validada em pacientes, ela poderá ser utilizada no rastreamento da população designada como grupo de risco. Além disso, a presença de *M. leprae* no sangue sugere a possibilidade da transmissão sanguínea do bacilo, uma teoria de extrema importância para a sociedade, que deve ser cuidadosamente investigada.

Suporte Financeiro: FAPEMIG, CNPq, CAPES, FNS/MS

TESTES SOROLÓGICOS ANTI-PGL-1 NA AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE

COSTA, MP^{1,2}; LOBATO, J^{1,2}; REIS, EM^{1,5}; GONÇALVES, MA¹; COSTA, AV¹; SPENCER, J³; BRENNAN, P³; GOULART, LR^{1,2,5}; BÜHRER-SÉKULA, S⁴; GOULART IMB^{1,5}

¹Centro de Referência Nacional em Hanseníase, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. ²Instituto de Genética e Bioquímica, Universidade Federal de Uberlândia. ³Universidade do Estado do Colorado/EUA. ⁴Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública - Universidade Federal de Goiás. ⁵Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. e-mail: labcredesh@famed.ufu.br

A resposta humoral anti-PGL-1 na hanseníase é diretamente proporcional à carga bacilar. Testes sorológicos tornam-se essenciais no monitoramento do tratamento da hanseníase e na detecção de recidivas. Objetivou-se avaliar o teste ELISA e o teste do fluxo lateral (ML-Flow) para a detecção de IgM anti-PGL-1 no diagnóstico e na alta da poliquimioterapia (PQT) em pacientes com hanseníase. Em 91 pacientes os resultados dos testes ELISA e ML-Flow foram comparados com o índice baciloscópico (IB) de esfregaço dérmico e com teste de Mitsuda no diagnóstico e alta dos pacientes. Tanto o ELISA quanto o ML-Flow apresentaram correlação positiva significativa com o IB. O teste ELISA mostrou uma positividade geral de 66% (60/91) e o ML-Flow de 60% (55/91), alcançando 100% entre os pacientes dimorfo-virchowianos (DV) e virchowianos (V). Após o tratamento, a positividade da sorologia e do IB diminuíram, sendo

significativa nestes dois testes ($p < 0,05$). A negatificação dos resultados sorológicos na alta foi observada principalmente para o teste ELISA; e pacientes que negatificaram neste teste eram aqueles que tinham menores Índices ELISA (IE) no diagnóstico, sendo que entre os virchowianos (V) não houve negatificação. Observou-se que a resposta celular é revigorada após o tratamento, exceto no pólo V. Houve uma correlação inversa entre sorologia e IB com o teste de Mitsuda. Conclui-se que os testes sorológicos anti-PGL-1 quantitativos, em especial o ELISA, é uma ferramenta útil no monitoramento da PQT e sua utilização é fundamental em Centros de Referência que desenvolvem assistência, ensino e pesquisa em hanseníase.

Suporte financeiro: NLR (Amsterdan, Netherlands), FAPEMIG, FNS/Ministério da Saúde, CNPq e CAPES.

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica
Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

ESTADOS REACIONAIS PÓS-TRATAMENTO NA HANSENÍASE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM A RECIDIVA.

PINO, LCM; NERY, JAC; SALES, AM; ALBUQUERQUE, ECA; MACHADO, AM; ROCHA, AS; SARNO, EN
FIOCRUZ. e-mail: liviapino@gmail.com

Introdução: A hanseníase é doença infecciosa causada pelo *M. leprae* com múltiplas apresentações clínicas a depender da resposta imune ao mesmo. O tratamento com poliquimioterapia varia de 6-12 meses. Durante o tratamento, assim como após a alta ocorrem estados inflamatórios agudos com lesões de pele e nervo periférico. Os estados reacionais pós-tratamento constituem situação clínica complexa e requerem acompanhamento periódico no sentido de se diferenciar da recidiva. O Ministério da Saúde recomenda três cursos de corticóide (dose inicial 1 mg por Kg de peso) antes de definir o caso como recidiva. **Casuística:** Durante os dois últimos anos cerca de 30% dos casos multibacilares apresentaram estados reacionais após alta sendo submetidos à protocolo clínico e laboratorial para afastar recidiva: exame dermatológico, exame baciloscópico, estudo imunológico,

histopatologia da lesão e exame neurológico. **Resultados:** Vinte casos foram diagnosticados como recidivas sendo 50% deles acompanhados de estados reacionais. Todos foram submetidos a tratamento poliquimioterápico após diagnóstico, assim como corticóide. Foram colhidas amostras das lesões para análise de resistência à rifampicina, não se detectando nenhuma mutação até o momento. A resposta imune ao *Mycobacterium leprae* in vitro foi analisada em oito casos no sentido de correlacionar com forma clínica apresentada no primeiro diagnóstico e a apresentada na recidiva. **Discussão:** Embora a taxa de recidiva com tratamento PQT seja baixa, a ocorrência de quadros reacionais após alta dificulta não só o diagnóstico de recidiva, mas principalmente o reconhecimento da cura da doença pelo paciente

ERITEMA NODOSO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HANSENÍASE VIRCHOWIANA.

RAZERA, F¹; EIDT, L²; OLM, GS¹; STEFANI, S¹; BONAMIGO, RR¹

¹Hospital Mãe de Deus; ²Ambulatório de Dermatologia Sanitária.
e-mail: ferazera@gmail.com

A hanseníase é uma doença infecciosa que afeta predominantemente a pele e os nervos periféricos, causada pelo *M. leprae*, e geralmente apresenta-se com alterações características da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Entretanto, o espectro clínico é determinado pelo grau de imunidade específica do paciente, podendo haver formas de apresentação atípicas como o caso em questão, sendo importante o seu reconhecimento. Paciente feminina, branca, 60 ano, procedente de Porto Alegre. Consulta em pronto-atendimento dermatológico de hospital geral privado, pelo surgimento de lesões dolorosas nas mãos, com sete dias de evolução. Negava outras doenças ou uso de medicações. Ao exame: nódulos eritematosos, dolorosos à palpação em região palmar bilateral. Ausência de outras lesões cutâneas. Espessamento de nervo auricular e cubital. Exames laboratoriais gerais sem alterações, FAN e VDRL negativos. Exame anatomo-patológico: hanseníase virchowiana sobreposta a reação tipo 2 (eritema nodoso hansênico). Pesquisa de BAAR positiva com a maioria dos bacilos fragmentados. A paciente foi encaminhada para iniciar poliquimioterapia em serviço de referência. O eritema

significativa nestes dois testes ($p < 0,05$). A negatificação dos resultados sorológicos na alta foi observada principalmente para o teste ELISA; e pacientes que negativaram neste teste eram aqueles que tinham menores Índices ELISA (IE) no diagnóstico, sendo que entre os virchowianos (V) não houve negatificação. Observou-se que a resposta celular é revigorada após o tratamento, exceto no pólo V. Houve uma correlação inversa entre sorologia e IB com o teste de Mitsuda. Conclui-se que os testes sorológicos anti-PGL-1 quantitativos, em especial o ELISA, é uma ferramenta útil no monitoramento da PQT e sua utilização é fundamental em Centros de Referência que desenvolvem assistência, ensino e pesquisa em hanseníase.

Suporte financeiro: NLR (Amsterdan, Netherlands), FAPEMIG, FNS/Ministério da Saúde, CNPq e CAPES.

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica
Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

ESTADOS REACIONAIS PÓS-TRATAMENTO NA HANSENÍASE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM A RECIDIVA.

PINO, LCM; NERY, JAC; SALES, AM; ALBUQUERQUE, ECA; MACHADO, AM; ROCHA, AS; SARNO, EN
FIOCRUZ. e-mail: liviapino@gmail.com

Introdução: A hanseníase é doença infecciosa causada pelo *M. leprae* com múltiplas apresentações clínicas a depender da resposta imune ao mesmo. O tratamento com poliquimioterapia varia de 6-12 meses. Durante o tratamento, assim como após a alta ocorrem estados inflamatórios agudos com lesões de pele e nervo periférico. Os estados reacionais pós-tratamento constituem situação clínica complexa e requerem acompanhamento periódico no sentido de se diferenciar da recidiva. O Ministério da Saúde recomenda três cursos de corticóide (dose inicial 1 mg por Kg de peso) antes de definir o caso como recidiva. **Casuística:** Durante os dois últimos anos cerca de 30% dos casos multibacilares apresentaram estados reacionais após alta sendo submetidos à protocolo clínico e laboratorial para afastar recidiva: exame dermatológico, exame baciloscópico, estudo imunológico,

histopatologia da lesão e exame neurológico. **Resultados:** Vinte casos foram diagnosticados como recidivas sendo 50% deles acompanhados de estados reacionais. Todos foram submetidos a tratamento poliquimioterápico após diagnóstico, assim como corticóide. Foram colhidas amostras das lesões para análise de resistência à rifampicina, não se detectando nenhuma mutação até o momento. A resposta imune ao *Mycobacterium leprae* in vitro foi analisada em oito casos no sentido de correlacionar com forma clínica apresentada no primeiro diagnóstico e a apresentada na recidiva. **Discussão:** Embora a taxa de recidiva com tratamento PQT seja baixa, a ocorrência de quadros reacionais após alta dificulta não só o diagnóstico de recidiva, mas principalmente o reconhecimento da cura da doença pelo paciente

ERITEMA NODOSO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE HANSENÍASE VIRCHOWIANA.

RAZERA, F¹; EIDT, L²; OLM, GS¹; STEFANI, S¹; BONAMIGO, RR¹

¹Hospital Mãe de Deus; ²Ambulatório de Dermatologia Sanitária.
e-mail: ferazera@gmail.com

A hanseníase é uma doença infecciosa que afeta predominantemente a pele e os nervos periféricos, causada pelo *M. leprae*, e geralmente apresenta-se com alterações características da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Entretanto, o espectro clínico é determinado pelo grau de imunidade específica do paciente, podendo haver formas de apresentação atípicas como o caso em questão, sendo importante o seu reconhecimento. Paciente feminina, branca, 60 ano, procedente de Porto Alegre. Consulta em pronto-atendimento dermatológico de hospital geral privado, pelo surgimento de lesões dolorosas nas mãos, com sete dias de evolução. Negava outras doenças ou uso de medicações. Ao exame: nódulos eritematosos, dolorosos à palpação em região palmar bilateral. Ausência de outras lesões cutâneas. Espessamento de nervo auricular e cubital. Exames laboratoriais gerais sem alterações, FAN e VDRL negativos. Exame anatomo-patológico: hanseníase virchowiana sobreposta a reação tipo 2 (eritema nodoso hansênico). Pesquisa de BAAR positiva com a maioria dos bacilos fragmentados. A paciente foi encaminhada para iniciar poliquimioterapia em serviço de referência. O eritema

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

nodoso, reação hansênica tipo 2, é um processo inflamatório imunomediado, reconhecido como alteração da imunidade humoral. Caracterizado pelo surgimento de nódulos subcutâneos, eritematosos e dolorosos em membros e face, simétricos, em pacientes com hanseníase dimorfa e virchowiana. Raramente é manifestação inicial da doença e costuma surgir após o início da poliquimioterapia. Diversos fatores podem desencadear o processo: cirurgia, gestação, trauma, infecções, etc. Pode haver sintomas sistêmicos e acometimento de outros sistemas pelos imunocomplexos. O presente caso é relatado para alertar quanto a esta manifestação inicial incomum da hanseníase.

ÚLCERA DE MARJOLIN

DE DEUS, RP; VILELA, EA; MADALENA, M
Secretaria de Estado Saúde do Distrito Federal.
e-mail: roseane_deus@yahoo.com.br

Relato de caso de úlcera de Marjolin em paciente do sexo masculino, 34 anos de idade, casado, natural da Bahia, procedente de Planaltina-DF, atendido na Unidade Mista do Hospital Regional da Asa Sul (UMS /HRAS) do Distrito Federal, no dia dezanove de setembro de 2006, encaminhado para avaliação de lesão ulcerada em região plantar esquerda. Fez tratamento para Hanseníase com início em 06/1991 e término em 1993. Referia “ferida no pé esquerdo” com evolução de mais ou menos quinze anos, com períodos de cicatrização e recidiva (SIC). Apresentava ao exame clínico: lesão úlcero-vegetante, friável de mais ou menos três cm no seu maior diâmetro, localizada na cabeça do primeiro metatarso esquerdo. Realizada biópsia de lesão, cujo resultado foi de carcinoma epinocelular. Raios-X de pé esquerdo sem alterações ósseas. Realizada desarticulação tarso-metatarsica esquerdo. Paciente evoluiu após com metástases em região inguinal comprovado com biópsia e foi encaminhado para oncologia, apresentou metástases numerosas em curto espaço de tempo, foi retirado todo o membro inferior esquerdo e quadril e evolução para óbito.

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

HANSENÍASE EVIDENCIADA APÓS USO DE INTERFERON

JAIME, TJ; PADOVEZE, CM; JUNGER, JMB; SOUSA, MAJ;
DAXBACHER, ELR

Ministério da Saúde / SVS / PNEH. e-mail: egondax@gmail.com

Fundamentos: A hanseníase é moléstia infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*. É caracterizada por uma série de manifestações clínicas espectrais, ditadas pela resposta imune do hospedeiro ao microorganismo. Trata-se de uma doença endêmica no Brasil, onde por sua freqüência, é cada vez mais descrita em associação a outras patologias. **Motivo da Comunicação:** Ilustrar um caso de associação entre hepatite C e hanseníase, com efeitos de seus tratamentos sobre esta associação. **Apresentação:** Paciente masculino, 27 anos, portador de hepatite C, que após 5 meses do início do tratamento com ribavirina e interferon-alfa 2b deflagrou quadro de hanseníase, com o aparecimento de lesões eritematosas nos membros e abdômen, não pruriginosas, com sintomas sistêmicos como febre e mal estar, além de redução da força muscular das mãos e hipoestesia tátil e térmica em algumas lesões. **Discussão:** Os interferons compreendem uma classe de citocinas com propriedades imunomoduladoras e antiproliferativas. O interferon-alfa2b, amplamente utilizado por suas propriedades antivirais, teve comprovação *in vitro* de sua capacidade de estimular tanto a atividade das células *natural killer* (NK) quanto a citotoxicidade mediada por células dependente de anticorpos. **Conclusão:** Acreditamos que esta droga tenha sido capaz, através de um *upgrading* imunológico, de permitir a manifestação da hanseníase.

CARACTERIZAÇÃO HISTOPATOLÓGICA DA REAÇÃO REVERSA E CORRELAÇÃO COM SEVERIDADE CLÍNICA.

MIRANDA, A^{1,2}; ANTUNES, SLG¹; CASTRO, ACR¹; BARBOSA, MGT¹; NERY, JAC¹; SARNO, EN¹.

¹Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ/RJ. ²Departamento de Patologia e Laboratórios, FCM, UERJ/RJ. e-mail: almiran@ioc.fiocruz.br

Objetivo: Estabelecer critérios histológicos para o reconhecimento da RR, mesmo nas formas atípicas ou em fases tardias do acompanhamento do paciente, e

correlacionar a gravidade do quadro clínico reacional com os dados histológicos. **Material e métodos:** Análise histopatológica de 30 casos de RR, obtidos entre out/05 e ago/08 e correlação com a avaliação da severidade clínica da reação, graduada do nível leve a severo (segundo Walker/Lockwood). Propomos, ainda, uma subdivisão histológica da reação (de A a D), baseada nas alterações da epiderme, conformação do granuloma, presença de halo linfocitário, localização do infiltrado e presença de necrose. **Resultados:** Histologicamente, 1/3 dos pacientes preenchem critérios de cada subtipo (A, B e C), sendo o tipo A predominante nas reações pós-tratamento. O subtipo mais grave (D) não foi encontrado. Os achados histopatológicos mais comuns são, na epiderme, a acantose e a exocitose nas camadas basais, e na derme, a centralização do infiltrado em torno de filetes nervosos espessados e do músculo eretor do pelo. As alterações dos vasos sanguíneos e extravasamento de hemácias são raras, assim como a presença do bacilo de Hansen. Quanto à correlação clínico-histopatológica, houve concordância nas classificações, em 57% dos pacientes. **Conclusões:** O exame histopatológico da biópsia de lesão cutânea pode auxiliar no diagnóstico em casos difíceis ou atípicos da Reação tipo I e a análise conjunta de dados clínicos e histológicos, pode auxiliar no prognóstico e acompanhamento dos pacientes hansenianos.

Suporte financeiro: POM-FIOCRUZ, CNPq

AValiação da Qualidade de Vida em Pacientes com Hanseníase

BURATTO, GG¹; MAEDA, SM¹; ESCHBACH, JD²; TOMIMORI, J¹

¹Universidade Federal de São Paulo. ²Vrije University-Holanda.
e-mail: jane.derm@uol.com.br

Objetivos: mensurar a qualidade de vida dos pacientes com hanseníase. **Método:** Foram avaliados 91 pacientes em diferentes fases da doença e tratamento, utilizando dois questionários: SF-36 ("Short Form-36") de aplicação geral e DLQI ("Dermatology Life Quality Index") de aplicação em pacientes dermatológicos. **Resultados e Discussão:** Quarenta e nove (53,8%) pacientes eram do sexo masculino, com a média da idade de 48,4 anos. A forma multibacilar foi diagnosticada em 78,0%. Para

o questionário SF-36 obtivemos os seguintes escores médios: 1. *Capacidade funcional* = 70,99; 2. *Aspectos físicos* = 53,57; 3. *Dor* = 70,62; 4. *Estado geral de saúde* = 68,22; 5. *Vitalidade* = 66,92; 6. *Aspectos Sociais* = 78,98; 7. *Aspectos emocionais* = 69,23; 8. *Saúde mental* = 69,85. O domínio mais comprometido foi o relacionado ao *Aspecto Social* (provável ligação com o estigma). Já o *Aspecto Físico* foi o menos afetado (pouco acometimento sistêmico, exceto durante o surto reacional). A *Capacidade funcional* e a *Dor* também se encontravam bastante afetados (ligados a reações hanseníase). Para o questionário DLQI, o escore observado foi 5,24. Formas neurais puras ou branqueadas terapêuticamente podem ter levando a uma subestimação da QV pela DLQI. No questionário DLQI, as questões ligadas a *Sintomas* e *Sentimentos*, seguidas de *Atividades Diárias/Vestimenta* foram as mais afetadas. **Conclusões:** O domínio mais afetado está ligado aos aspectos sociais e sentimentais e no incômodo causado pelas lesões cutâneas para si próprio e no embaraço que estas podem causar frente aos outros – sinalizando persistência do estigma. A limitação física e dinâmica sexual não estão entre as principais queixas dos pacientes.

NÚMERO DE CASOS DE HANSENÍASE QUE NÃO RECEBERAM ALTA POR CURA SEGUNDO O CRITÉRIO NÚMERO DE DOSES DA PQT X TEMPO DE TRATAMENTO

GALLO, MEN; OLIVEIRA, MLW; SENA, S
PNCH/SVS/MS. e-mail: meng@ioc.fiocruz.br

Introdução: De acordo com a normatização do Programa Nacional de Controle da Hanseníase a poli-quimioterapia disponível para os pacientes de hanseníase é por tempo determinado devendo os casos classificados como paucibacilares (PB) receber alta após 6 doses supervisionadas num período máximo de 9 meses e os multibacilares (MB) após 12 doses em até 18 meses. Os critérios para alta, considerando-se o paciente curado com a respectiva saída do registro ativo são o número de doses e o tempo de tratamento. **Objetivo:** verificar a adesão dos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento dos casos às normas oficiais vigentes. **Metodologia:** os dados foram obtidos do Banco de Dados HANSNET abrangendo o período de 2001 a 2005. Foram selecionados os estados do Maranhão, Rondônia,

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

Pará, Mato Grosso, São Paulo e Paraná. Para a análise dos dados foi utilizado o sistema EPI INFO WINDOWS 3.4.3>Analysys. **Resultados:** Nos casos MB a alta por cura no prazo máximo de 18 meses variou de 41.8% a 82.4% no primeiro ano e percentuais superiores a 85% no último ano. Na coorte dos PB observamos uma uniformidade dos resultados desde o primeiro ano avaliado variando de 76.4% a 88.2%. **Conclusões:** Foi observado um aumento percentual gradativo de 2001 à 2005 do indicador de alta por cura obedecendo as instruções normativas para todas as categorias de pacientes.

MOTIVOS CAUSAIS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE PACIENTES COM HANSENÍASE.

NERY, JAC¹; SALES, AM¹; FURTADO, CMC¹; PAULA, GP²; NETO, JC¹; SARNO, EN¹

¹Laboratório de Hanseníase - Ambulatório Souza Araújo – ASA – IOC – FIOCRUZ – RJ. ²Instituto de Pesquisa Hospital Evandro Chagas – IPEC. e-mail: neryjac@ioc.fiocruz.br

Objetivo: Este estudo tem como objetivo determinar a freqüência de episódios de internação em pacientes com hanseníase no IPEC, assim como os principais motivos causais. **Materiais e métodos:** Estudo retrospectivo onde foram analisados 71 prontuários de pacientes com hanseníase. Pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos classificados de acordo com os critérios de Ridley & Jopling (1966), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2005. Foram analisados dados como a presença dos estados reacionais, queixa principal, reação adversa ao medicamento, forma clínica do paciente, presença de co-morbidades, tempo de internação e condições de alta, com vistas a criar um escore com boa validade para definir aqueles pacientes mais prováveis de vir a necessitar de internação. **Resultados:** Dos 71 casos, 52% eram do sexo masculino. Em relação à forma clínica, 81% eram multibacilares, dentre as hospitalizações, 45% das internações ocorreram durante o tratamento da doença, 85% apresentaram episódios de Reação Hansênica, dentre estas o Eritema Nodoso foi a principal causa de internação hospitalar correspondendo a 50% das internações, 18% dos pacientes internados apresentaram reações medicamentosas na grande maioria estavam relacionados à Poliquimioterapia/PQT. A principal comorbidade associada à hanseníase foi a hipertensão

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

arterial sistêmica representando 22 casos. **Conclusão:** A Hanseníase é uma doença de atendimento ambulatorial, entretanto, alguns quadros necessitam de internação, sendo necessário uma melhor avaliação da dimensão da demanda hospitalar dessa patologia.

Suporte Financeiro: Faperj

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO NEURAL APÓS CIRURGIA DE DESCOMPRESSÃO EM PACIENTES DE HANSENÍASE

CUNHA, PAL; NASCIMENTO, JY; ROLA, EC; CUNHA, MGS; COLLADO-FUENTES, R; COLLADO, CSC

Fundação Alfredo da Matta, Manaus/AM.

e-mail: pedrocunha@vivax.com.br

Objetivos: A hanseníase é uma doença sistêmica manifestada em pele e nervos. O dano neural recente pode, geralmente, ser reversível por esteróides. No entanto, a recuperação total torna-se difícil quando o dano neural ocorre há muito tempo. A descompressão neural é uma das intervenções que pode ser feita visando minimizar os efeitos adversos e prevenir a piora do quadro de dano neural. O objetivo desse estudo é fazer uma análise, através dos resultados de exame neurofuncional, da eficácia da cirurgia de descompressão neural em pacientes de hanseníase. **Métodos:** Duzentos e seis cirurgias de descompressão neural foram realizadas no período de março de 2006 a setembro de 2007. No acompanhamento pré e pós operatório, os pacientes foram examinados usando monofilamentos para o teste de sensibilidade. A força motora foi testada usando a escala original MCR e pela palpação de troncos nervosos periféricos. **Indicações de cirurgia:** Neurite sem melhora após 4 semanas de corticóide; Abscesso neural; Úlceras plantares de difícil cicatrização; Pacientes com dor crônica e/ou de difícil controle. **Resultados:** Um total de 153 pacientes foi incluído nessa análise e 206 cirurgias de descompressão foram realizadas. Cento e vinte e um (79%) dos pacientes foram classificados como multibacilar (MB) e trinta e dois (21%) como paucibacilar (PB). A idade média foi de 37 anos (mínima 8 e máxima 89). Entre os pacientes, 59% estavam em uso de PQT e 41% estavam de alta. Dor foi à queixa principal, representando 55%, seguida de parestesias 33% e fraqueza muscular 11%. Mais de 60%

dos 102 pacientes avaliados com evolução maior que 6 meses mostraram redução ou até interrupção do uso de corticóides. A evolução após 30 dias de cirurgia mostrou os seguintes resultados: 64% redução da dor; 34% melhora da sensibilidade; 32% melhora da força muscular.

Conclusão: No acompanhamento pós-operatório, a dor apresentou melhora importante causando satisfação expressada pelos pacientes sobre os resultados, assim como a melhora da sensibilidade; melhora menos significativa da função motora foi observada. O alívio da dor neural manifestada pela maioria dos pacientes trouxe o benefício da redução ou até interrupção do uso de corticóides, evitando os efeitos adversos conhecidos e melhorando a qualidade de vida dos pacientes, tornando possível que estes retornem as suas atividades diárias mais cedo.

Suporte financeiro: Governo do Estado do Amazonas e DAHW/FUNDHANS

RESISTÊNCIA MÚLTIPLA A RIFAMPICINA E DAPSONA EM PACIENTE MULTIBACILAR (BL).

URA, S; BELONE, AFF; DIÓRIO, SM; ROSA, PS; SOARES, CT; FLEURY, RN.

Instituto Lauro de Souza Lima. e-mail: somei.blv@terra.com.br

Objetivo: Apresentar caso clínico de resistência múltipla à Rifampicina e Dapsona, em paciente multibacilar (BL).

Caso clínico: RM, 44 anos, feminina, iniciou tratamento aos 17 anos, fez monoterapia com DDS por 4 anos. Em 2000 iniciou PQT-MB/24 doses, tendo alta medicamentosa em 09/2002. Em 09/2007, apareceram novas lesões sugestivas de reativação, histologicamente o aspecto era de hanseníase virchoviana ativa, com 5+ de bacilos, na maioria íntegros. Foi reiniciado PQT-MB. Em 11/2007, nova biópsia mostrava praticamente o mesmo aspecto; foi coletado material para inoculação em camundongos. Clinicamente apresentava placas eritemato-pigmentares, em face (dorso do nariz, regiões malares), lóbulos auriculares, antebraços e pernas. As lesões dos antebraços e pernas eram bem delimitadas. Foi mantido a PQT-MB. Em 08/2008, nova biópsia mostrava quadro de hanseníase mais regressivo que o anterior, mas ainda com sinais de atividade. Havia grande quantidade de bacilos, na maioria granulados, e alguns íntegros. A baciloscopia cutânea variava de 1 a 3+, apenas com bacilos granu-

losos. Clinicamente as lesões tinham o mesmo aspecto. Em 10/2008, após 10 doses, PQT-MB foi interrompido por intolerância (náusea, vômitos). Biópsia de lesão em placa delimitada do antebraço mostra esboço de reação granulomatosa, ainda com presença de bacilos íntegros. **Resultados:** A inoculação dos bacilos em camundongos demonstrou bacilos resistentes à Rifampicina e Dapsona. **Conclusões:** A resistência múltipla a drogas utilizadas no tratamento da hanseníase é rara, e representa sério problema terapêutico e epidemiológico. Uma alternativa para esta paciente seria a associação de Ofloxacina, Minociclina e Clofazimina.

Suporte Financeiro: Fundação Paulista contra Hanseníase.

A IMPORTANCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE NA ERRADICAÇÃO DA HANSENIASE

CARDOSO, AA; FEITOSA, LP; FERREIRA DOS SANTOS, MLC; SOUZA, MCG; PINTO, JC; NERY, JAC¹

Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – Serviço de Dermatologia Sanitária – Hanseníase/DST. e-mail: julyzinha.85@gmail.com

Objetivos: Expressar as dificuldades dos profissionais de saúde em diagnosticar de forma correta e precoce a hanseníase. Uma anamnese bem feita e um exame físico minucioso certamente orientam o médico-examinador a um diagnóstico de sucesso. **Material e Métodos:** ISL, feminino, branca, 74 anos, moradora de Honório Gurgel, procurou o serviço de saúde especializado há oito meses com máculas hipercrômicas arredondadas, com bordas eritematosas e infiltradas, limites mal definidos, em dorso, membros superiores e membros inferiores, além de parestesia em membros inferiores. Retornou ao serviço no sexto dia de poliquimioterapia para paucibacilar, com aparecimento de máculas eritemato-violáceas com bordas internas nítidas e externas apagadas sugerindo lesão tipo “queijo suíço”. Apresentou alteração da sensibilidade térmica e nova baciloscopia com resultado positivo, sendo diagnosticada Hanseníase Dimorfa e iniciado tratamento com poliquimioterapia para multibacilar. **Resultados:** Inicialmente foi realizada biópsia sugestiva de Hanseníase Borderline e baciloscopia negativa. Optou-se pelo tratamento com poliquimioterapia para paucibacilar. Posteriormente a lesão apresentou alteração de sen-

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

sibilidade térmica e nova baciloscopia com resultado positivo. Foi diagnosticada Hanseníase Dimorfa, tratada com a poliquimioterapia para multibacilar. **Conclusões:** Nem sempre a lesão detectada clinicamente dá idéia da extensão e intensidade da infecção. É necessário o acompanhamento minucioso, com exame físico, baciloscopia e biópsia. A erradicação da doença é um grande desafio para a saúde pública. Contudo, é necessário aprimorar o reconhecimento da hanseníase pelos profissionais da área da saúde a fim de promover tratamento precoce, evitando aparecimento de novos casos.

CO-INFECÇÃO DE HANSENÍASE E HIV EM PAÍSES ENDÊMICOS

BASAGLIA, CM; CARDOSO, AA; FERREIRA DOS SANTOS, MLC; MARTINS, IH; MELLO, N; SOUZA, MCG; PINTO, JC; NERY, JAC

¹Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – Serviço de Dermatologia Sanitária – Hanseníase/DST. e-mail: isa@telemidia.puc-rio.br

Objetivo: Apresentar dois casos de co-infecção (hanseníase/HIV), que desenvolveram estados reacionais.

Materiais e Métodos: Caso 1: A.B.O., 60 anos, masculino, morador de Campo Grande, solteiro, aposentado. Diagnóstico de HIV há 10 anos, desde então tratando com TARV (ATV, 3TC, RTV, Tenofovir), carga viral inicial 270.300 e CD4 250. Em 2004 apresentou quadro de hanseníase, tendo iniciado tratamento. Em 2007 ocorreu agudização do quadro cutâneo, diagnosticada como reacional. Caso 2: L.S.S., 43 anos, feminina, moradora de Duque de Caxias, solteira, desempregada, diagnóstico de HIV, acompanhamento expectante há 10 anos. Em 2006 apresentou lesões cutâneas diagnosticadas e tratadas como hanseníase. Dois anos depois desenvolveu agudização do quadro dermatológico, diagnosticada como estado reacional. **Resultados:** Caso 1: Baciloscopia positiva, grau de incapacidade 0, biópsia cutânea de hanseníase virchowiana, iniciando tratamento PQT-MB 12 doses. O quadro reacional se caracteriza por lesões nodulares de vários tamanhos e formas, algumas apresentando na superfície lesões bolhosas. Sendo diagnosticada reação tipo II, iniciando Talidomida e corticoterapia. Caso 2: Baciloscopia negativa, biópsia cutânea hanseníase tuberculóide,

iniciado PQT-PB 6 meses. Seis meses após o término do tratamento iniciou TARV, carga viral inicial 300.300 e CD4 200. O quadro de agudização desenvolvido se caracterizava por placas eritematosas sugestivas de reação tipo I, iniciado corticoterapia e Amitriptilina, devido a queixas neurológicas. **Conclusão:** Em países endêmicos, como Brasil, com 38410 novos casos de hanseníase/2005 e 32.628 de HIV/2006, é importante o monitoramento dessa associação. Nos casos apresentados, respostas imunológicas distintas, relacionadas ao HIV, parecem ser responsáveis por quadros reacionais diferentes (tipo I e II).

ORQUITE COMO PRINCIPAL MANIFESTAÇÃO NO INÍCIO DO QUADRO DE HANSENÍASE

CARDOSO, AA; FEITOSA, LP; MARTINS, IH; OLIVEIRA, PS; SANTOS, MLCF; SOUZA, MCG; PINTO, JC; NERY, JAC

Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – Serviço de Dermatologia Sanitária – Hanseníase/DST. e-mail: milena_cgs@yahoo.com.br

Objetivos: A hanseníase continua sendo um problema para a saúde pública brasileira, pois a falta de preparo e atenção dos profissionais retarda o reconhecimento da doença, principalmente quando o paciente não apresenta um quadro clássico logo de início. **Material e Métodos:** J.A., 27 anos, casado, morador de Nova Iguaçu, iniciou o quadro aos 14 anos com parestesia nos cotovelos. Aos 24, procurou atendimento com queixa de “dor nos testículos” e “nódulo na virilha”. Foi tratado com antibioticoterapia para orquite, melhorando apenas a dor. Após 1 semana, apresentou espessamento neural, febre alta, lesões infiltradas em pavilhão auricular, além de polimorfismo cutâneo, com máculas, tubérculos, placas, ulcerações e infiltrações em MMSS, MMII e tronco. Procurou um serviço especializado que suspeitou de hanseníase. **Resultados:** Biópsia compatível com Hanseníase Virchowiana e Reação do tipo II, além de baciloscopia positiva, mesmo não apresentando lesões cutâneas anteriormente. Iniciou PQT-MB e uma dose inicial de 70 mg de Prednisona, depois lentamente retirada, sendo substituída por 300 mg de Talidomida, com previsão para 12 doses. Aos 26 anos, teve remissão do quadro e suspensão da medicação, tendo como seqüela mão em garra, toda a região lateral da mão esquerda

anestesiada e discreta atrofia muscular. Vem apresentando quadros recorrentes de reações, sendo mantidas as doses antireacionais. **Conclusão:** É necessário estar atento para outras manifestações além de máculas clássicas e alterações neurais no início do quadro, para que se possa ter um tratamento precoce e decisivo no prognóstico da doença, com isso evitando a instalação da incapacidade.

POLIARTRALGIA MIGRATORIA COMO A PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DA HANSENIASE

CARDOSO, AA¹; FEITOSA, LP¹; FERREIRA DOS SANTOS, MLC¹; SOUZA, MCG¹; PINTO, JC¹; RIZZO, CHN²; NASCIMENTO, FAP²; NERY, JAC¹

¹Instituto de Dermatologia Prof. Rubem David Azulay – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – Serviço de Dermatologia Sanitária – Hanseníase/DST. ²34ª. Enfermaria – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro/RJ. e-mail: santosmalu@gmail.com

Objetivos: Demonstrar a ocorrência da poliartralgia migratória na abertura de um quadro de hanseníase, elucidando assim os vários diagnósticos diferenciais antes do aparecimento da lesão cutânea característica.

Material e Métodos: MJSS, feminino, branca, 37 anos, moradora de Santa Cruz, há 4 anos vem se queixando de dores articulares principalmente metacarpofalangeanas em ambas as mãos, além dos ombros e punhos, de caráter simétrico. Relata progressão do quadro e nega rigidez matinal. Após 3 anos de dores articulares ela refere o aparecimento de uma mácula hipocrômica com bordas eritematosas bem delimitadas e com diminuição da sensibilidade em coxa esquerda. Investigamos o caso com o pedido do fator reumatóide e fator antinuclear. Foi utilizado no estudo o exame clínico, observando a perda da sensibilidade das lesões e a avaliação dos sinais citados pela paciente. Além disso, foi realizada baciloscopia para elucidação do diagnóstico e avaliação fisioterápica. **Resultados:** Fator reumatóide e fator antinuclear negativos, baciloscopia negativa, grau de incapacitação 1, teste de sensibilidade com monofilamento alterado. Obtivemos a confirmação da perda de sensibilidade da lesão e comprovação do acometimento articular pelo edema, principalmente em joelho esquerdo, sem sinais flogísticos através da avaliação clínica. A paciente foi diagnosticada como Hanseníase paucibacilar e iniciado

PQT-PB. **Conclusões:** O paciente hanseníase pode abrir o quadro com outras manifestações sistêmicas que não a esperada mácula hipocrômica com diminuição de sensibilidade, nem o quadro neurológico periférico. Portanto, esta deve ser considerada uma doença clínica.

HANSENIASE DIMORFA-VIRCHOWIANA APÓS USO DE IMUNOBOLÓGICOS NO TRATAMENTO DE ARTRITE REUMATÓIDE

MAEHARA, LSN; MARIANO, MM; MAEDA, SM; MICHALANY, NS; FLORIANO, MC

Universidade Federal de São Paulo.

e-mail: marcoscf.derm@epm.br

Objetivos: apresentação de um caso de hanseníase dimorfa-virchowiana surgido após uso de imunobiológicos para tratamento de artrite reumatóide. Discussão de possível relação causa-efeito. **Apresentação do quadro clínico:** descrevemos o caso de paciente em tratamento com imunobiológicos há dois anos (inicialmente, infliximab, e após, adalimumab), referindo aparecimento de lesões oligossintomáticas disseminadas no tronco e membros há seis meses. O paciente apresentava antecedente familiar de hanseníase. O exame clínico sugeriu a hipótese de hanseníase dimorfa-virchowiana, confirmada por exame histopatológico. **Discussão:** o atual avanço da ciência no campo da medicina proporciona o uso de técnicas e medicações cada vez mais modernas. Muito se comenta e divulga sobre os resultados clínicos impressionantes do emprego de medicações imunobiológicas no tratamento de doenças imuno-inflamatórias. No entanto, sabe-se que essas medicações podem predispor à reativação de doenças granulomatosas, como as micobacterioses. A literatura mostra apenas dois casos de hanseníase em pacientes tratados com infliximab, ambos apresentando forma dimorfa-virchowiana. **Conclusão:** o caso apresentado soma-se aos dois casos já citados na literatura e aponta para a necessidade de vigilância quanto à possibilidade do desenvolvimento desta afecção, ainda endêmica no Brasil, em pacientes tratados com imunobiológicos.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

DESCOMPRESSÕES NEURAIS EM NEUROPATIA HANSÊNICA NA SES-DF DE 2003 A 2008.

VILLELA, EA; CARDOSO, JD; PARENTE, SC.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
e-mail: ericvillela@terra.com.br

Objetivo: Apresentar a casuística, resultados e complicações das descompressões dos nervos ulnar, mediano, fibular comum e tibial realizadas na SES-DF entre 2003 e 2008 e discutir as indicações preconizadas pelo MS em comparação com outros pontos de vista na literatura.

Método: estudos retrospectivos por análise de prontuários dos pacientes submetidos a cirurgia descompressiva. No período, foram realizadas 152 descompressões do ulnar, 105 do tibial, 106 do mediano e 99 do fibular em 184 pacientes com uma média de 2,51 descompressões por paciente. **Resultados:** análise de 26 descompressões do ulnar observou regressão da dosagem média diária de prednisona de 42,40 para 18,30 mg. A análise de 26 descompressões do mediano constatou melhora da sensibilidade em 20 e da antepulsão em 9 mãos. A análise de 37 descompressões do tibial constatou que 21 apresentaram melhora da sensibilidade plantar. A análise de 14 descompressões do fibular comum constatou melhora da função do ELH em 3,1 níveis de força. A análise de descompressão dos 8 grandes troncos nervosos de 11 pacientes dimorfos constatou melhora sensitiva em 69,30% dos casos; melhora motora em 34,84% e diminuição da dose média de prednisona de 51,81 para 17,72 mg/dia. **Conclusão:** Descompressões neurais em neuropatias hansênicas com déficit neurológico progressivo resulta em melhora da dor, da função sensitiva e motora e permite diminuição da ingestão diária de prednisona e portanto das complicações resultantes do seu uso prolongado.

ANATOMIA PATOLÓGICA PARA DIFERENCIAÇÃO DA NOTALGIA PARESTÉSICA COM A HANSÊNIASE.

MANSO, VLS.

Ambulatório de Especialidades / AMA "Dr. César Antunes da Rocha"-SP. e-mail: vaniamanso@yahoo.com.br

Notalgia parestésica foi descrita em 1934 por Astwazatorow, dermatose neurocutânea, etiologia desconhecida, sem tratamento específico, caracterizada por distúrbios de sensibilidades e evoluindo com intenso prurido. Alguns

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

autores a consideram como forma macular da amiloidose cutânea. Relato de uma Sra 32 anos, apresentando na região escapular direita (D) uma grande mácula acastanhada, delimitada, não pruriginosa, sensações parestésicas, distúrbios de sensibilidades e palpação dos nervos periféricos normais. Anatomia patológica (ILSL) com Dermatite superficial crônica com intensa fagocitose do pigmento melânico. Notalgia parestésica. Este caso relatado nos faz um alerta para o diagnóstico diferencial da hanseníase com outras dermatoses com alterações de sensibilidades, sendo, então, de grande valor o anatomo-patológico.

MERALGIA PARESTÉSICA: RELATO DE CASO.

MANSO, VLS¹; MANINI, MIP²; ALONSO-NIETO, JL³

¹Ambulatório de Especialidades / AMA "Dr César Antunes da Rocha"-SP, ²Ambulatório de Dermatologia Sanitária- Referência em hanseníase-SES-SP, ³Ambulatório de Eletromiografia (EMG) do Centro Educacional e Assistencial de Pedreira/SP, Brasil. e-mail: vania.manso@uol.com.br

Meralgia parestésica foi descrita em 1895 por Bernhardt e Roth (meros = coxa em latim) causada, geralmente, por compressões contínuas ou descontínuas do nervo cutâneo femoral lateral (NCFL) ao nível da espinha ilíaca ântero-superior e ao nível do ligamento inguinal. Relatamos o caso clínico do Sr., 37 anos, comunicante de hanseníase (avô) na infância, há 2 anos queimação e "dormência" na coxa direita (D), nega fatores desencadeantes. Anestesia do terço ínfero-lateral de coxa (D), ausência de lesões cutâneas, reação da histamina incompleta, palpação dos nervos periféricos normais. Baciloscopia negativa. Anatomia patológica: dermatite crônica perivascular superficial. Teste de Mitsuda, 17 mm. Reavaliado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária² sugerido diagnóstico de Meralgia Parestésica (MP) do NCFL(D), mesmo com antecedente epidemiológico para hanseníase. Exame neurológico e EMG³: nervos motores e sensitivos examinados normais. Aumento do limiar sensitivo do NCFL (D), quadro clínico e resultados indicam tratar-se de MP (D) ou síndrome de compressão do NCFL (D) ao nível da crista ilíaca ântero-superior do mesmo lado. Ressaltamos a necessidade do conhecimento dos sinais e sintomas de outras neuropatias para diferenciação da hanseníase, particularmente da forma neural pura.

TRATAMENTO DA HANSENÍASE ASSOCIADA A DOENÇAS HEPÁTICAS: MONITORAMENTO CLÍNICO, LABORATORIAL E MULTIDISCIPLINAR.

MANSO, VLS¹; MODENESI, S¹; RODRIGUES, JGCS¹

¹Ambulatório de Especialidades /AMA "Dr César Antunes da Rocha" – São Paulo/SP, Brasil. e-mail: vania.manso@uol.com.br

As medicações utilizadas na poliquimioterapia paucibacilar (PQT-PB) são a Di-amino-difenil-sulfona (Dapsona) e a Rifampicina. Dapsona possui acetilação no fígado com ciclo entero-hepático e vida média de 70 dias e atividade bacteriostática. Excreção quase que totalmente pelas vias urinárias (70-80%). Rifampicina é desacetilada no fígado, ciclo entero-hepático, meia vida de 3 hs e seu metabólito mantém atividade bactericida. Excreção pelas vias urinárias (30%) e 75% pelo tubo gastro-intestinal. Relatamos um caso de uma Sra., 46 anos, após exame de contato multibacilar e triagem laboratorial (protocolo)¹ antes do tratamento, foi diagnosticado hanseníase indeterminada, hepatite tipo C crônica e litíase biliar. Medicada com PQT-PB, monitoramento clínico e laboratorial mensal, acompanhamento concomitante no centro de referência para hepatites e na clínica cirúrgica. Após alta por cura da hanseníase foi submetida à colecistectomia e mantém avaliação clínica da hepatite C crônica. Ressaltamos a importância da avaliação laboratorial e multidisciplinar anterior ao tratamento da hanseníase e nos casos com alterações, o tratamento deve ser realizado com monitoramento.

URGÊNCIA NA HANSENÍASE: RELATO DE CASO.

MANSO, VLS¹; MODENESI, S¹; LIMA, FR²

¹Ambulatório de especialidades "Dr César Antunes da Rocha" – São Paulo. ²Assistência médica ambulatorial (AMA) "Dr César Antunes da Rocha" – São Paulo. e-mail: vania.manso@uol.com.br

Episódio reacional tipo 1 ou reação reversa ocorre devido a resposta imune-celular, TH-1 (ou hipersensibilidade tardia tipo IV de Gell & Coombs) muito intensa, principalmente nos troncos nervosos, responsável pela maioria das incapacidades físicas na hanseníase. Relatamos o caso clínico do Sr de 40 anos, encaminhado pelo médico plantonista² com suspeição diagnóstica de hanseníase e neurite. Comunicante de hanseníase multibacilar na sua infância (pai), há 5 anos lesões dormentes, câimbras, parestesias nos membros e dores articulares. Há 15 dias com exacerbação das lesões, dores nos cotovelos e

contratura dos dedos das mãos. Placas eritematosas, "foveolares" anestésicas, difusas. Garra móvel IV e V dedos da mão esquerda (E). Espessamento, diminuição da mobilidade e dor à palpação neural, principalmente dos nervos ulnares. Hanseníase Dimorfa reacional tipo 1, medicado com Poliquimioterapia Multibacilar e Prednisona 1mg/Kg/dia, com regressão em 15 dias da garra do IV dedo (E). Anatomia patológica, hanseníase multibacilar. Baciloscopia positiva 6+/6, íntegros. Eletromiografia: bloqueio da neurocondução em 85% e 36% das unidades motoras ao nível dos cotovelos direito e esquerdo, respectivamente. O reconhecimento do diagnóstico da hanseníase associado ao episódio reacional como sendo uma urgência e seu tratamento imediato com posterior acompanhamento regular contribuíram significativamente para a não progressão dos danos neurais.

EFEITO DO LASER DE BAIXA POTÊNCIA NA CICATRIZAÇÃO DE FERIDAS

GONÇALVES, MC; VOLPATO, RSC; ROSA, EB; FREITAS, CSC; GONZALEZ, APM; LIMA, IAPF; AZEVEDO, UA

Programa de controle da Hanseníase (PCH) do Núcleo de atendimento de Carapicuíba (NAC), da Prefeitura de Carapicuíba, SP. e-mail: mariacelinaster@gmail.com

Objetivos: Avaliar eficácia do laser baixa potência no processo de cicatrização das feridas. **Material e Métodos:** Foram avaliados pacientes do NAC com feridas crônicas de membros inferiores, de etiologia hanseníase e outras e excluídos os contra indicados pela técnica. O método para avaliação foi decalque em papel filme e caneta CD-marker, reprodução em papel milimetrado e fotografia. O laser foi aplicado duas vezes na semana utilizando o aparelho "Endophoton" da "KLD" com caneta laser P30P904-050 radiação invisível pulsada. Técnica de aplicação pontual na margem e no leito da ferida com dose de 1 a 3J/cm². A cada dez sessões foi realizada mensuração, sempre pelo mesmo profissional. **Resultados:** Todos os pacientes responderam com diminuição do edema, fibrose, profundidade e tamanho da lesão e aumento da granulação. **Conclusões:** O laser de baixa potência é mais uma opção no tratamento das feridas crônicas hanseníase.

Suporte Financeiro: Associação de recursos próprios dos autores e da Secretaria de Saúde de Carapicuíba.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

EPISÓDIOS REACIONAIS HANSÊNICOS VERSUS RECIDIVA EM ÁREA HIPERENDÊMICA DO ESTADO DE MATO GROSSO: RELATO DE CASO

FERREIRA SBF^{1,2,3}; IGNOTTI E¹; GAMBÁ, MA¹

Universidade Federal de São Paulo. ²Universidade de Cuiabá.

³Secretaria Municipal de Saúde, Cuiabá/MT.

e-mail: jffbenev@terra.com.br

Introdução: As reações hansênicas são quadros inflamatórios agudos que podem ocorrer em pacientes em curso do tratamento, constituindo-se, em importante causa de morbidade e incapacidade física. Podem confundir com a reativação da doença, ou seja, levando ao diagnóstico errôneo da recidiva e exigindo, para diagnóstico mais preciso, de recursos clínicos e laboratoriais para essa diferenciação. **Objetivo:** Descrever os aspectos clínicos/epidemiológico apresentado pelo paciente. **Método:** estudo de caso clínico/epidemiológico, procedente de uma região hiperendêmica do Estado de Mato Grosso no período de 2003 a 2008. **Resultado:** paciente de 17 anos, masculino, Virchowiano, fez uso de PQT/MB/12 doses em 2003; com episódios reacionais de ENH durante e após terapêutica, sendo tratado com prednisona e talidomida; em 2006 apresentou agudização da doença com anemia hemolítica, insuficiência hepática e renal, ulceração das lesões nodulares, vasculite necrotizante, sendo notificado no SINAN/MT e tratado como recidiva por dois meses, quando recebeu o diagnóstico definitivo de reação hansênica. **Conclusão:** o entendimento do conceito espectral da diferenciação de recidiva versus episódios reacionais em hanseníase são imprescindíveis para evitar diagnósticos errôneos e conseqüentemente terapêutica adequada visando à qualidade de vida do paciente.

NOVA TÉCNICA RECONSTRUTIVA DO FORRO NASAL NAS DEFORMIDADES CAUSADAS PELA HANSENÍASE

MEYER, TN¹

¹Casa de Saúde Santa Fé, FHEMIG, Três Corações/MG, Brasil. e-mail: tufi@uai.com.br

Objetivo: A hanseníase multibacilar pode trazer deformidades nasais, sendo o forro do nariz lesado por ação bacilar direta, que também pode destruir o arcabouço

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

cartilaginoso. As técnicas cirúrgicas utilizadas para a reconstrução devem incluir um meio de fornecer novo forro. A utilização de mucosa, em vez de pele, como nas técnicas mais conhecidas, traz tecido semelhante ao destruído. Objetiva-se apresentar um retalho mio-mucoso, utilizado em um caso de deformidade nasal pós-hanseníase. **Material e métodos:** Um paciente adulto, masculino, já tratado de hanseníase virchowiana e portador de deformidade nasal típica submeteu-se a reconstrução do nariz em dois tempos. No primeiro, o forro foi reconstituído utilizando-se um retalho mio-mucoso da artéria facial (*FAMM flap*), cuja área doadora foi a bochecha esquerda. Em um segundo tempo, reconstruiu-se a sustentação da ponta nasal por enxertos de cartilagem costal. Foi feita documentação fotográfica dos aspectos pré- e pós-operatórios, bem como da técnica cirúrgica, apresentada em todos os seus passos. **Resultado:** Houve evolução acidentada no pós-operatório mediato do primeiro tempo, decorrente de miíase contraída, após a alta hospitalar, pelo paciente. Entretanto, o retalho sobreviveu sem danos. A evolução do segundo tempo não trouxe incidentes. O paciente declarou-se satisfeito com o resultado obtido. **Conclusão:** No caso apresentado, o retalho mio-mucoso da artéria facial foi eficaz na reconstrução do forro nasal destruído pela hanseníase.

DESCOMPENSAÇÃO DE CARDIOMIOPATIA CHAGÁSICA DURANTE TRATAMENTO COM TALIDOMIDA E PREDNISONA DE UM CASO DE ERITEMA NODOSO HANSÊNICO SUBINTRANTE: CASUALIDADE OU CAUSALIDADE?

BELFORT, ECC; BERNARD, G; VALENTE, NY; CARVALHO, NB; TRINDADE, MAB

Instituto de Saúde. e-mail: angelatrindade@uol.com.br

É relatado um caso que aborda duas doenças endêmicas no Brasil, hanseníase e doença de Chagas. Apesar de serem consideradas como problemas de saúde pública, são muitas vezes diagnosticadas em fases tardias, em parte pelo fato de estarem parcialmente controladas em alguns Estados brasileiros. Assim, o tratamento tende a ser mais difícil e seqüelas que poderiam ser evitadas acarretam um pior prognóstico. Trata-se de uma paciente feminina, natural de Minas Gerais, com um tipo de reação

de eritema nodoso hansênico (ENH), raro, necrotizante (ENN) e subinfrante, iniciado precocemente após ter começado tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde para hanseníase multibacilar (poliquimioterapia - PQT). Apresentou, na evolução, cardiopatia chagásica descompensada após dois anos de tratamento para ENH com talidomida e prednisona, além da PQT. É discutido, com base na literatura encontrada, se a existência da coinfeção, interação imunopatogenética e/ou seu manejo foram responsáveis pela refratariedade da reação hansênica e/ou pela precipitação da miocardiopatia infecciosa, além de alertar para a importância da triagem de comorbidades, com especial atenção para nossas endemias, antes de iniciar tratamento imunossupressor.

DEFORMIDADES IRREVERSÍVEIS POR TRATAMENTO IRREGULAR DA HANSENÍASE

GRASSINI, L; NERY, JAC

¹Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay. e-mail: liviagrassini@hotmail.com

Objetivos: Relatar caso de paciente com Hanseníase Dimorfa Virchowiana tratado de forma irregular, com retorno do quadro sintomático, evoluindo com deformidades em membros inferiores. **Métodos:** O paciente foi submetido a exame clínico, exame neurológico e baciloscopia de linfa. **Resultados:** R.S.R, 36 anos, masculino, pardo, morador Queimados-RJ. Paciente foi diagnosticado com Hanseníase Dimorfa Virchowiana em 23/04/03, tendo realizado tratamento irregular com esquema PQT/MB por duas vezes em três anos. Após esse período, refere manifestações de reação tipo I com uso de corticoterapia, também de forma irregular. Procurou o serviço com queixa de aparecimento de novas lesões e deformidades em membros inferiores. Ao exame clínico: lesões eritematosas e intumescidas em membros inferiores e dorso. Encurtamento de ambos hálux devido à reabsorção óssea do primeiro pododáctilo, acompanhado de pequenas úlceras. Ao exame neurológico: nervo ulnar, mediano e radial edemaciados em lado direito, notando-se resistência parcial na avaliação de força; dor à palpação de nervo fibular. Exames laboratoriais: baciloscopia positiva. **Conclusões:** A hanseníase é

uma doença infecto-contagiosa, de alta prevalência no Brasil, onde são detectados cerca de 42 mil novos casos por ano. Portanto, a doença é de grande importância para a saúde pública. Preconiza-se tratamento adequado para prevenir deformidades. Tanto o esquema de poliquimioterapia quanto a corticoterapia nas reações são de extrema importância no tratamento e cura da hanseníase e tem como finalidade evitar deformidades causadas pela doença. Contudo, para que haja resposta terapêutica efetiva é necessário estabelecer boa relação médico-paciente e conscientização do paciente, ressaltando o valor do tratamento para tal quadro.

EFEITOS SISTÊMICOS DE CORTICOTERAPIA EM PACIENTE COM REAÇÃO HANSENÍCA TIPO I

AGUIAR, DP; ROSA, VGA; ELIAS, BLF; OSÓRIO, CT; MELLO, NCP; BASAGLIA, CM; SILVA, LG; NERY, JAC

¹Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay. e-mail: liviagrassini@hotmail.com

Objetivos: Demonstrar efeitos colaterais do uso prolongado e indiscriminado de corticosteróides no tratamento de reação tipo I em paciente com hanseníase.

Material e Métodos: Paciente foi submetido a exame clínico, exame radiológico, exame neurológico, exame oftalmológico e rotina laboratorial. **Resultados:** J.G.S, masculino, branco, 69 anos, natural AL, relata há 18 meses aparecimento de mácula hipocrômica anestésica em antebraço direito. Procurou posto de saúde, onde foi diagnosticado hanseníase multibacilar. Após três meses de tratamento desenvolveu reação tipo I, desde então utiliza prednisona 30 mg/dia. Portador de cardiopatia chagásica, usando furosemida, espironolactona, digoxina e carvedilol. Foi internado no serviço para avaliação clínica. Ao exame: Fácies doença crônica, acrocianose, pele de coloração escura, ressecada, descamativa e friável, principalmente dorso, abdome e articulações. Apresenta infiltrado periorbitário bilateral, em nuca e pescoço; edema Ml direito (frio, doloroso, rubor, cacifo); hiperemia conjuntival, atrofia muscular e mãos em garra; hematomas e parestesia em MMSS/MMII; anestesia de mãos/pés. Exames laboratoriais: baciloscopia negativa. Exames: 3,74 milhões hemácias, 12,1g% hemoglobina, 35,4% hematócrito, 60,0mg/dl uréia, 1,4 mg/dl creatinina, 190,0 U/L Gama-GT, 337,0 U/L Fosfatase Alcalina, 46,44 ml/minuto

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

clearance creatinina, 154,80 mg/24h proteinúria, TOTG: 106,0 mg/dl jejum; 246,0 mg/dl 2h após administração dextrosol. Exame oftalmológico: opacificação dos cristalinios. Exame radiológico sem alterações. **Conclusões:** A hanseníase compromete órgãos vitais. No entanto, para evitar danos causados pela doença é necessário utilizar corticoterapia. Porém, uso indiscriminado pode causar seqüelas graves. No caso descrito, paciente desenvolveu diabetes, opacificação do cristalino bilateral e insuficiência renal. Contudo, há necessidade do médico reavaliar uso desses medicamentos para evitar complicações.

FENÔMENO DE LÚCIO: RELATO DE CASO

GRASSINI, L; BASTOS, PNN; NERY, JAC

Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay. e-mail: liviagrassini@hotmail.com

Objetivos: Relatar quadro raro de reação hansênica, o Fenômeno de Lúcio, em paciente com Hanseníase Virchowiana. **Material e Métodos:** O paciente foi submetido a exame clínico, exame neurológico e rotina laboratorial. **Resultados:** G.G.M, 50 anos, masculino, branco, morador Madureira-RJ, natural RJ. Paciente relata há seis meses aparecimento de nódulos em MMSS e lesões ulceradas em MMII, acompanhadas de dor, edema e xerodermia; congestão nasal. Procurou serviço em 15/10/2008 devido evolução do quadro. Exame clínico: "fácies leonina", mada-rose ciliar e superciliar bilateral, blefarocalase, infiltrado em lóbulos da orelha e nariz, crostas nasais. MMSS: nódulos eritematosos involuídos. MMII: lesões ulceradas, lesões eritematosas dolorosas, purpúricas, necróticas, formação de crostas enegrecidas que, segundo o paciente, deslocaram-se e formaram as úlceras; infiltrado inflamatório; cicatrizes atróficas. Exame neurológico: parestesia em pés. Exames laboratoriais: baciloscopia positiva, biópsia cutânea sugestiva de Hanseníase Virchowiana Multibacilar. Foi iniciado tratamento com esquema PQT/MB. **Conclusões:** No Brasil, a hanseníase assume grande importância epidemiológica, pois ainda possui alta incidência e prevalência. O Fenômeno de Lúcio (FL) ou eritema necrosante é quadro reacional raro observado em pacientes com Hanseníase de Lúcio ou Hanseníase Virchowiana. Tal reação está associada à oclusão vascular por trombose ou por ploriferação subendotelial/endotelial, ocasionando congestão venosa que, somada ao infiltrado leucocitário mono e polimorfonuclear ao

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

redor dos vasos, resultam em necrose das arteríolas e endotélio. Contudo, o reconhecimento e diagnóstico de FL, mesmo sendo afecção atípica, devem ser aventados durante investigação de lesões ulceronecroticas a fim de evitar complicações e promover melhor prognóstico para o paciente através de tratamento adequado.

IMPORTÂNCIA DA SUSPEIÇÃO DIAGNÓSTICA PRECOCE DA HANSENÍASE

AGUIAR, DP; SOUSA, AS; SANTOS, MLCF; SOUZA, MCG; SILVA, LG; BASTOS, PNN; PINTO, JC; NERY, JAC

Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay. e-mail: liviagrassini@hotmail.com

Objetivos: Expressar a dificuldade dos profissionais de saúde especializados no determinado assunto, em diagnosticarem a hanseníase. Anamnese e exame físico minuciosos certamente orientam o médico-examinador ao diagnóstico correto. **Material e Métodos:** O paciente foi submetido a exame clínico, exame neurológico e exames laboratoriais. **Resultados:** V.P.B, masculino, branco, 74 anos, morador de Duque de Caxias, relata há 10 meses aparecimento de algumas bolhas, placas e máculas no dorso e MMII associado a edema e parestesia de extremidades. Ao exame: Presença de lesões anulares tipo placas e máculas eritemato-violáceas disseminadas com bordas internas nítidas e externas apagadas tipo "queijo suíço", com alteração de sensibilidade térmica e edema na mão direita. Exames laboratoriais: baciloscopia positiva com índice baciloscópico de 1,57+ e biópsia cutânea sugestiva de Hanseníase Borderline Virchowiana. Sendo iniciado esquema poliquimioterápico para a forma multibacilar (PQT-MB) com 12 doses mensais supervisionadas de Rifampicina 600mg e Clofazimina 300mg, e doses diárias auto-administradas de Clofazimina 50mg e Dapsona 100mg, com duração de 12 meses. **Conclusões:** No Brasil, a hanseníase assume grande importância epidemiológica, pois ainda possui alta incidência e prevalência. Por ano, cerca de 50.000 novos casos são detectados, sendo o diagnóstico e tratamento precoces instrumentos de grande importância para controle da endemia. O paciente em questão, apesar de apresentar um quadro clássico de hanseníase, teve diagnóstico retardado por 10 meses, o que facilita a disseminação da cadeia epidemiológica. Contudo, é necessário aprimorar o reconhecimento da hanseníase pelos profissionais da área

da saúde a fim de promover tratamento precoce, evitando aparecimento de novos casos.

INDUÇÃO DE HIPERCORTISOLISMO EM PACIENTE COM REAÇÃO HANSÊNICA TIPO II

GRASSINI, L.; BASTOS, PNN; PINTO, JC; SOUZA, MCG; SANTOS, MLCF; NERY, JAC

Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay. e-mail: liviagrassini@hotmail.com

Objetivo: Relatar desenvolvimento de seqüelas graves pelo uso crônico da corticoterapia em paciente com reação hansênica tipo II. **Material e Métodos:** O paciente foi submetido a exame clínico, exame de imagem, rotina laboratorial, como baciloscopia e histopatologia. **Resultados:** A.R.S., masculino, 53 anos, morador RJ, natural PE. Há seis anos foi diagnosticado Hanseníase Virchowiana através de exame clínico/laboratorial e tratado com poliquimioterapia multibacilar. Há cerca de cinco anos desenvolveu quadro reacional tipo II, sendo administrado esquema anti-reacional com Talidomida 100mg/dia e Prednisona 40mg/dia. Este esquema terapêutico está sendo mantido desde então devido ao retorno do quadro (nódulos e distúrbios sensitivos) com retirada ou diminuição da dose dos medicamentos. Foi internado em 21/07/2008, queixando-se de dor lombar. Exame clínico: adelgaçamento da pele e edema MMII, nódulos (em flanco superior direito, MMII e MMSS), onicodistrofia micótica, opacificação do cristalino, acúmulo central e perda periférica de gordura, madarose central. Paciente relatou dor em região lombar e úlcera de perna progressiva. Exame neurológico: neuropatia fibular acometendo membro inferior direito com perda motora e sensitiva e marcha escarvante. Exame radiológico: processo osteoporótico em coluna lombar. Paciente desenvolveu Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Conclusões:** Na hanseníase há comprometimento de nervos periféricos, trazendo seqüelas desagradáveis. Entretanto, para controle da neuropatia, é necessário usar corticoterapia, que quando bem conduzida traz grandes benefícios ao impedir instalação de deformidades. Porém, é terapia imunossupressora que deve seguir critérios para boa utilização. Foi observado que uso indiscriminado nesses pacientes tem causado verdadeiras iatrogenias, tornando-se necessária a conscientização de sua utilização pelo profissional.

REAÇÃO HANSÊNICA TIPO I EM PACIENTE COM HANSENÍASE BORDERLINE TUBERCULÓIDE

GRASSINI, L.; BASTOS, PNN; NERY, JAC

¹Setor de Dermatologia Sanitária do Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay. e-mail: liviagrassini@hotmail.com

Objetivo: Relatar quadro de reação hansênica tipo I, também conhecido como reação Reversa (RR) em paciente com Hanseníase *Borderline* Tuberculóide.

Métodos: O paciente foi submetido a exame clínico, exame neurológico, rotina laboratorial, como baciloscopia e histopatologia. **Resultados:** J.L.B.M., 31 anos, masculino, pardo, morador Nova Iguaçu, natural RJ. Paciente relata há cerca de um ano aparecimento de lesão eritemato-violácea em flanco superior direito (FSD) e lesões anulares em coxa esquerda e frente. Foi diagnosticado Hanseníase Tuberculóide há quatro meses, sendo iniciado tratamento com esquema PQT/PB. Paciente retornou ao serviço com queixa de aparecimento de lesão eritematosa em região periocular, sugestiva de RR. Ao exame clínico: placa eritemato-violácea de 14 cm, bem delimitada e descamativa em FSD; lesões circinadas eritematosas em membro inferior esquerdo e frente; lesão periocular infiltrada, eritematosa, intumescida. Ao exame neurológico: hipoestesia nos locais das lesões; sensibilidade preservada em extremidades. Exames laboratoriais: Baciloscopia negativa, histopatologia constatando processo inflamatório perianaxial com desorganização e infiltração linfocitária, compatível com hanseníase *borderline* em reação. Foi iniciada corticoterapia com Prednisona 40 mg/dia para tratamento da RR. **Conclusões:** Na Hanseníase pode ser observada a permanência das lesões mesmo após meses de tratamento. Entretanto, a poliquimioterapia não deve ser retirada, pois visa melhora futura do quadro. O paciente e o profissional de saúde devem ficar atentos à mudança de aspecto ou surgimento de novas lesões, pois podem significar o desenvolvimento de reações, neste caso ocorreu a Reação Tipo I, que devem ser tratadas com esquemas específicos a fim de melhorar o prognóstico do paciente.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

AVALIAÇÃO DE SENSIBILIDADE E DA REGENERAÇÃO DE NERVOS NA LESÃO CUTÂNEA DA HANSENÍASE.

CASTRO, AC; MAGALHÃES, GO; RANGEL, E; ILLARRAMENDI, X; ANTUNES, SL; SARNO, EN

Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Rio de Janeiro, Brasil. e-mail: santunes@ioc.fiocruz.br

As alterações sensoriais (AS) tátil, térmica e dolorosa das lesões cutâneas da hanseníase, assim com a sua recuperação após o tratamento poliquimioterápico (PQT) foram avaliadas através de métodos estesiométricos (teste com éter, monofilamentos, teste com alfinetes) em 35 pacientes portadores de hanseníase. A quantificação de fibras nervosas através da imuno-marcação com antígenos neurais (PGP9.5 e NGFr) em biópsias cutâneas de lesões hansenianas hipostésicas foi também realizada antes e depois da PQT em um grupo de 11 pacientes. O tipo de sensibilidade mais alterada ao exame foram a térmica e a dolorosa, as quais foram também as que mais se recuperaram após a PQT. A sensibilidade tátil foi a menos alterada e a que menos se recuperou após o tratamento. As lesões que apresentaram granuloma epitelióide em torno de filetes nervosos cutâneos foram as que mais apresentaram alterações da sensibilidade térmica e que menos freqüentemente se recuperaram após a PQT. A quantidade de fibras nervosas PGP⁺ e NGFr⁺ nas biópsias de lesões cutâneas antes e após a PQT não mostrou diferença significativa. A sensibilidade das lesões cutâneas se recupera após a PQT e o mecanismo responsável por essa recuperação não pareceu ser a regeneração nervosa, mas possivelmente a remissão do processo inflamatório.

DAPSONA: EFEITOS ADVERSOS NA POLIQUIMIOTERAPIA

CRUZ, RCS¹; BÜHRER, S²; PENNA, GO³; CUNHA, MGS¹; SILVA, MLG¹; FARIAS, MF¹

¹Fundação Alfredo da Matta. ²Universidade Federal de Goiás. ³Universidade Federal de Brasília. e-mail: rossileneacruz@uol.com.br

Objetivo: Verificar a freqüência de efeitos adversos ocasionados pela Dapsona, tendo como conseqüência a suspensão temporária da medicação e até mesmo a necessidade de utilização de medicamentos alterna-

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

tivos. **Metodologia:** Foram observados 99 pacientes que participam do “Estudo Clínico Independente para avaliação da eficácia de esquema único de multidrogaterapia (MDT-U) para tratar pacientes com hanseníase”, submetidos mensalmente a exames clínicos e laboratoriais, e observou-se a freqüência dos sintomas, alterações laboratoriais encontradas, dose em que o efeito ocorreu e em que período do tratamento foi suspensa a medicação. **Resultados:** Da amostra avaliada 48% apresentaram efeitos adversos à Dapsona, onde em 10% foi suspensa a medicação e instituído o esquema alternativo. O evento ocorreu com maior freqüência no 1º mês (24%) e a suspensão da medicação aconteceu por ocasião da terceira dose (14%). A freqüência do quadro de anemia ocorreu em 35% dos pacientes. Nos demais, a instituição do ácido fólico e sulfato ferroso permitiu a conclusão do esquema terapêutico com a normalização dos níveis de hemáceas e hemoglobina por volta do 4º e 6º mês. **Conclusão:** A Dapsona é a principal responsável pelos efeitos adversos na poliquimioterapia, destacando-se a Anemia em 35% dos pacientes. O acompanhamento laboratorial permitiu o acompanhamento, permitindo a detecção precoce dos efeitos indesejados e o seu monitoramento.

Suporte Financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq

ALTERAÇÃO DO REFLEXO VASOMOTOR E PRESENÇA DE ANTICORPOS ANTI PGL-I EM CASOS CO-PREVALENTES.

SALES, AM; VITAL, R; DUPREE, N; TELES, RB; NERY, JAC; SARNO, EM; ILLARRAMENDI, X

Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. e-mail: ximenill@ioc.fiocruz.br

Introdução: O diagnóstico precoce de hanseníase ainda permanece como o maior desafio para o controle da doença como problema de saúde pública. A presença de disautonomia indica lesão precoce do nervo e a presença de anticorpos anti-PGL-I indica infecção. O exame dos contatos dos pacientes é uma das ações mais importantes para o controle da doença. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de alteração da função autonômica periférica e da positividade ao teste ML-flow nos casos

de hanseníase detectados entre os contatos na primeira avaliação clínica (casos co-prevalentes). **Metodologia:** Estudo realizado no Ambulatório Souza Araújo, FIOCRUZ, onde é rotina o exame dos contatos dos pacientes registrados. Foram incluídos os contatos com sinais sugestivos de hanseníase no momento do primeiro exame e posterior confirmação histopatológica. A função autonômica periférica foi determinada pela fluxometria de LASER-Doppler utilizando o fluxômetro PERIMED 5000, Suécia. A inspiração profunda e rápida foi utilizada como estímulo para produzir o reflexo vasomotor cutâneo (RVM). Os anticorpos anti-PGL-I foram avaliados pelo teste de ML-flow em amostra de soro ou sangue. **Resultados:** Foram avaliados 33 casos co-prevalentes. Observou-se uma elevada prevalência (19%) de alteração de ambos os testes, assim como de alteração do RVM (28%) ou presença de anticorpos anti-PGL-I (47%) no diagnóstico. A maioria dos casos (79%) era paucibacilar. **Conclusões:** A elevada prevalência observada de testes alterados não configura o padrão esperado nestes pacientes. Tais resultados mostram um comprometimento neurológico inicial, confirmando que o diagnóstico precoce, ainda é a estratégia mais importante para evitar o dano neural.

Suporte financeiro: FIOCRUZ-FAPERJ, CNPq

NEUROPATIA PERIFÉRICA AUTÔNOMICA SUB-CLÍNICA EM COMUNICANTES DE HANSENÍASE.

ILLARRAMENDI, X¹; VITAL, R¹; SALES, AM¹; BAKKER, M²; BUHRER-SEKULA, S²; WILDER-SMITH, A³; OSKAM, L²; SAMPAIO, E¹; SARNO, EN¹.

¹Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ. ²KIT, Amsterdam, Holanda. ³Departamento de Doenças Infecciosas, Hospital Tan Tock Seng, Cingapura.
e-mail: ximenill@ioc.fiocruz.br

Introdução: O diagnóstico precoce de hanseníase é essencial para o tratamento e controle da doença. O reflexo vasomotor (RVM) avalia as fibras nervosas amielínicas que são as primeiras a serem atingidas na hanseníase, mesmo antes de sinais clínicos. **Objetivo:** Contatos de pacientes foram avaliados com o intuito de detectar manifestações precoces da doença. **Método:** Foram avaliados 577 contatos pacientes multibacilares recém diagnosticados no Ambulatório Souza Araújo, IOC,

Rio de Janeiro, com idades entre 12-65 anos. A função autonômica periférica foi determinada pela fluxometria de LASER-Doppler (FLD) utilizando o fluxômetro PERIMED 5000. A perfusão sanguínea e a temperatura foram medidas nas falanges distais dos segundos e quintos quirodátiles. Utilizou-se a inspiração profunda e rápida para produzir a resposta simpática. Os anticorpos anti-PGL-I foram avaliados pelo teste de ML-flow em amostra de soro ou sangue. **Resultados:** Observou-se alteração do RVM em 29,6% dos contatos e presença de anticorpos anti-PGL-I em 23,1%, sendo ambos os testes positivos em 18,1%. Não se observou associação entre a alteração do RVM e a presença de anticorpos ($p=0,424$). A alteração nos quintos quirodátiles (16,4%) foi mais freqüente que nos segundos (9,9%), sugerindo maior comprometimento ulnar como observado nos doentes. A maioria dos casos com anticorpos (52,6%) eram contatos de pacientes com a forma lepromatosa da doença, mas não se evidenciou associação entre as variáveis. No entanto, observou-se associação entre a forma clínica do caso índice e a alteração do RVM ($p=0,003$). **Conclusões:** A alteração da função autonômica periférica determinada pela FLD sugere infecção sub-clínica nos contatos.

Suporte financeiro: FIOCRUZ-FAPERJ, NLR

A DESMIELINIZAÇÃO NA NEUROPATIA DA HANSENÍASE, CORRELAÇÃO ELETROFISIOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA.

RODRIGUES, MJ; TEIXEIRA, RV; BATISTA, TA; NERY, jac; SALES, AM; SARNO, EN; ANTUNES, SLG
FIOCRUZ. e-mail: santunes@ioc.fiocruz.br

A desmielinização do nervo periférico é uma alteração encontrada na neuropatia hanseniana. O presente estudo teve como objetivo correlacionar os achados histopatológicos de remielinização em corte semifinos de biópsia de nervo com os achados eletrofisiológicos obtidos nos nervos biopsiados. Foram selecionados 42 biópsias da forma neural pura da hanseníase, compreendendo 21 com achados de remielinização (CR) e 21 sem remielinização (SR). Os exames eletrofisiológicos dos nervos dos dois grupos mostraram que no grupo CR, 12 nervos (57,1%) tinham padrão desmielinizante na neurocondução, enquanto 9 (42,9%) não apresentavam

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

esse padrão. No grupo SR, 16 nervos (76,2%), mostraram a neurocondução coincidente com a histopatologia e em 5 biópsias não houve coincidência. No grupo CR, a neurocondução coincidiu com a histopatologia em 12 biópsias (57,1%), mas não em 9 (42,9%). Para explicar os casos em que não houve correlação do padrão desmielinizante detectado na neurofisiologia com a remielinização na histopatologia, podemos dizer que o exame da neurocondução pode ser prejudicado pela perda de axônios que acabam por gerar potenciais de baixa amplitude e de difícil detecção no estudo eletrofisiológico, sendo a desmielinização responsável por uma perda axonal associada. Vale também comentar que o achado histopatológico utilizado como parâmetro no presente estudo foi a remielinização, que supõe portanto, uma desmielinização prévia.

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE 39 CASOS DE RECIDIVA DE HANSENÍASE

DINIZ, LM¹; OLIVEIRA, MLW²; MACEIRA, JP²; MIRANDA, A³; FLEURY, RN⁴

¹Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES. ²Universidade Federal do Rio de Janeiro. ³Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, FIOCRUZ/RJ. ⁴Instituto Lauro de Souza Lima. e-mail: ldiniz@viprede.com.br

Objetivos: Estudar as características histopatológicas das lesões de recidiva de hanseníase, em pacientes do Espírito Santo, diagnosticados entre 2006 e 2008.

Material de métodos: Trinta e nove pacientes com o diagnóstico clínico de recidiva de hanseníase foram submetidos a biópsias com punch das lesões para o estudo histopatológico. Os fragmentos foram fixados em formol 10%, incluídos na parafina, cortados, corados pela Hematoxilina-Eosina e Fite-Faraco e avaliados microscopicamente. **Resultados:** O estudo das características histopatológicas das lesões evidenciaram três casos de hanseníase indeterminada, um tuberculóide, nove dimorfa-tuberculóide, sete dimorfa-dimorfa, seis dimorfa-virchowiana, seis virchowianas, dois casos de reação reversa e cinco com aspectos inespecíficos. A correlação clínico/histopatológica foi de 82%. Houve concordância em 61,5% nas dimorfa-tuberculóides, 43,7% nas dimorfa-dimorfa, 67% nas dimorfa-virchowianas e 100% nas virchowianas. Provavelmente a discordância

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

clínico/histopatológica se deveu ao local da realização da biópsia, nem sempre adequado. **Conclusões:** A correlação clínico/histopatológica corroborou dados da literatura, pois Kalla e col. obtiveram pareamento de 64,6% e Bhatia e col. de 69%. Os pacientes sem evidências histopatológicas apresentavam características clínicas de atividade da doença, sem reação e/ou baciloscopias/teste *ML-Flow* positivos. As características histopatológicas das lesões de recidiva foram semelhantes às mesmas encontradas nas formas ativas da doença, nunca tratadas, sem padrão específico que definisse se tratar de recidiva. A confirmação histopatológica de recidiva só pode ser completamente afirmada no caso da realização de biópsias seriadas: no primeiro diagnóstico (lesão ativa), no final do tratamento (regressão da lesão) e na recidiva (lesão ativa), se a lesão recorrer na mesma área.

Suporte financeiro: CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa).

CORRELAÇÃO DO TESTE SOROLÓGICO *ML FLOW* COM A BACILOSCOPIA NOS CASOS DE RECIDIVA DA HANSENÍASE

DINIZ, LM¹; OLIVEIRA, MLW²; GALLO, ME³; MAGNANINI, M².

¹Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES. ²Universidade Federal do Rio de Janeiro. ³Fundação Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (FIOCRUZ-RJ). e-mail: ldiniz@viprede.com.br

Objetivos: Estudos têm demonstrado que o anticorpo anti-PGL-1 correlaciona-se ao nível da baciloscopia. A maioria dos casos paucibacilares apresenta teste sorológico *ML-Flow* negativo, ao contrário dos casos multibacilares, cujos testes são positivos. O estudo objetivou correlacionar os resultados dos testes *ML Flow* com os das baciloscopias de pacientes com o diagnóstico clínico de recidiva da hanseníase. **Material de métodos:** Durante maio de 2006 a setembro de 2008 foram diagnosticados 120 pacientes com recidiva de hanseníase, em cinco estados brasileiros. Todos foram submetidos ao teste sorológico *ML Flow* e às baciloscopias (lóbulo de orelhas, cotovelo e lesão). **Resultados:** Houve concordância entre a baciloscopia na recidiva e o teste *ML Flow* quando os dois foram positivos em 91,8% dos casos e em 61% dos casos quando os dois exames foram negativos. 79,5% e 84,9%

dos casos multibacilares tiveram baciloscopia e o teste *ML Flow* positivos, respectivamente. 95,7% e 66,7% dos paucibacilares tiveram baciloscopias e teste *ML Flow* negativos, respectivamente. **Conclusões:** Com os resultados do teste *ML Flow* demonstrou maior sensibilidade do que a baciloscopia para indicar a presença do bacilo, tanto nos casos multibacilares como nos paucibacilares. Buhner-Sékula e colaboradores (2003) demonstraram a sensibilidade ao teste *ML Flow* de 97,4% nos multibacilares e 40% nos paucibacilares. Portanto, recomenda-se nos casos de recidiva de hanseníase a realização do teste *ML Flow*.

Suporte financeiro: CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa).

ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA PARA AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE CLÍNICA DA REAÇÃO TIPO I.

WALKER, SL¹; NICHOLLS, PG²; BUTLIN, CR³; NERY, JAC⁴; ROY, HK³; RANGEL, E⁴; SALES, AM⁴; LOCKWOOD, DNJ¹

¹London School of Hygiene and Tropical Medicine, UK. ²University of Southampton, UK. ³DBLM Hospital, Nilphamari, Bangladesh.

⁴Laboratório de Hanseníase - IOC/FIOCRUZ/RJ, Brasil.

e-mail: neryjac@ioc.fiocruz.br

Introdução: Os quadros reacionais tipo I acometem principalmente pacientes com as formas “borderline” da hanseníase. A reação tipo I, clinicamente, caracteriza-se por alterações inflamatórias na pele e/ou nervos e ao afetar nervos periféricos, pode causar perda da sensibilidade e alteração da função motora, levando a deformidades.

Objetivo: Desenvolver um instrumento de aferição que possibilite quantificar a gravidade clínica da reação tipo I. **Metodologia:** Foi desenvolvida uma escala, cuja validade de conteúdo foi determinada por consulta a especialistas em hanseníase. A validade de constructo foi determinada com a aplicação da escala em 81 pacientes com diagnóstico de reação tipo I, acompanhados em Bangladesh e Brasil. Um especialista categorizou cada episódio reacional como leve, moderado ou severo. Um outro especialista aplicou a escala, independentemente. A concordância entre os dois observadores que aplicaram a escala foi realizada em 39 participantes em um estágio subsequente. A técnica da curva ROC foi utilizada para definir o ponto de corte. **Resultados:** A escala mos-

trou boa consistência interna, com Alpha de Cronbach > 0,8. Após descartar 3 itens da escala original, o poder discriminante entre as categorias, foi estatisticamente significativo ($p=0,048$). A reação leve caracterizou-se por um escore de 4 ou menos, a moderada apresentou escore entre 4,5 e 8,5 e a grave um escore de 9 ou mais. A concordância inter-observador foi boa. **Conclusão:** Esta é a primeira escala validada, que quantifica a gravidade da reação tipo I, permitindo que clínicos classifiquem com acurácia, a clínica da reação, podendo ser útil no tratamento e prognóstico dos quadros reacionais.

PERFIL NUTRICIONAL E DISLIPIDEMIAS EM EX-HANSENIANOS DO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ.

CAMELLO, RS; SOUSA, JB, VARGAS; TS

Hospital Colônia Itapuã – SES / RS. e-mail: ritaedu@terra.com.br

Introdução: As dislipidemias e a obesidade somadas a outros fatores de risco são responsáveis pela principal causa mundial de mortalidade, a doença cardiovascular. A prevenção da morbidade e dos fatores de risco determinantes ou associados a essa doença tem aumentado consideravelmente a esperança de vida. **Objetivo:** avaliar o perfil nutricional e conhecer a prevalência de dislipidemias em moradores ex-hansenianos do HCl.

Métodos: Foram avaliados 40 moradores com idades entre 52 e 87 anos, destes, 16 são do sexo masculino com média de idade de 71,8 anos, e 24 do sexo feminino com idade média de 72,3 anos. Para classificação de índice de massa corpórea, através dos critérios da OMS/95, utilizou-se peso e estatura, e para determinação do perfil lipídico o ATP III (Adult Treatment Panel III). **Resultados:** Quanto ao perfil nutricional dos moradores avaliados, não encontramos baixo peso, 60 % normais, 25% com obesidade I e 15% com obesidade II. Quanto aos níveis de colesterol total, 87,5% encontram-se nos parâmetros limítrofes, enquanto 12,5% apresentaram níveis elevados. Os níveis de triglicerídios, 92,5% de moradores apresentaram níveis inferiores a 150mg/dl e 7,5% acima dos níveis desejáveis. **Conclusão:** O alto percentual de moradores com perfil nutricional adequado e a baixa prevalência de dislipidemias se deve ao manejo nutricional adequado com estímulo na ingestão de alimentos saudáveis que previnem doenças e aumentam a qualidade e a expectativa de vida.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

POLIQUIMIOTERAPIA NOS PACIENTES COM HANSENÍASE MULTIBACILAR TRATADOS COM O ESQUEMA OMS/12 DOSES

SALES, AM¹; NERY, JAC¹; PENNA, ML²; DUPPRE, NC¹; PEREIRA, RMO¹; RANGEL, E¹; ALBUQUERQUE, E¹; SARNO, EN¹

¹Laboratório de Hanseníase – IOC/Fiocruz/RJ. ²Instituto de Medicina Social – UERJ. e-mail: anna@radnet.com.br

Introdução: O tratamento poliquimioterápico (PQT) da hanseníase multibacilar foi reduzido de 24 para 12 doses, a partir de meados de 1997. Os resultados em longo prazo devem ser avaliados pela carga bacilar, pela frequência de episódios reacionais e ocorrência de incapacidades físicas após o tratamento. **Objetivo:** Avaliação de parâmetros clínicos e laboratoriais de pacientes com hanseníase multibacilar, tratados com o esquema da Organização Mundial de Saúde (OMS)/12 doses, acompanhados após a alta terapêutica, em especial, a carga bacilar do paciente, através do índice baciloscópio, a avaliação do grau de incapacidade e a frequência de quadros reacionais pós-alta. **Metodologia:** Serão incluídos no estudo os pacientes com hanseníase multibacilar, acompanhados no Ambulatório de Hanseníase-FIOCRUZ-RJ, registrados no serviço no período de setembro de 1997 a dezembro de 2001, submetidos a poliquimioterapia padronizada pela OMS com 12 doses supervisionadas que completaram seu tratamento em até 18 meses. Os pacientes serão acompanhados em consultas anuais por até 10 anos após a alta terapêutica. Serão realizados exame clínico, baciloscopia e avaliação fisioterápica para avaliação do grau de incapacidade. Serão avaliados também os episódios reacionais, que quando ocorrem, são responsáveis por uma frequência maior ao Serviço. **Resultados:** Foram avaliados 192 pacientes, sendo 33,2% BB, 32,6% BL e 33,2% LL, a média do índice baciloscópio inicial foi de 2,15, na alta foi de 1,53, com queda nos anos subsequentes. 51,6% dos pacientes apresentavam GI=0 no diagnóstico. 76% dos pacientes apresentaram quadros reacionais em algum momento. Apenas 1 paciente deste grupo apresentou recidiva da doença.

Clínica Médica, Cirurgia, Terapêutica Internal Medicine, Surgery, Therapeutics

HANSENÍASE DIMORFA COM REAÇÃO TIPO 1: A IMPORTÂNCIA DE SEU MANEJO

POZIOMCZYK, CS; KÖCHE, B; CRESTANA, L; BECKER, FL; EIDT, LM; CAMPOS, LC; FREITAS, M.

Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. e-mail: leidt@bol.com.br

As reações hansênicas são a principal causa de lesões dos nervos periféricos e incapacidades provocadas pela hanseníase. Apresentam-se através de episódios inflamatórios agudos e subagudos, podendo acometer tanto os casos paucibacilares como os multibacilares, sendo mais comuns nos casos multibacilares. Podem estar relacionados com o tratamento poliquimioterápico (PQT), sendo mais comuns durante os primeiros meses do tratamento. A Reação tipo 1 ou reação reversa caracteriza-se por apresentar novas lesões dermatológicas e alterações da cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites). **História e manifestações:** Paciente feminina, 57 anos, branca, costureira, procedente de Canoas. Diagnóstico de hanseníase dimorfa em sua cidade em maio/2008, com início de tratamento com PQT-MB no mês seguinte. Após 1 mês de tratamento, notou piora das lesões de pele (aumento do edema), acompanhada de febre, cefaléia e dor no corpo. Exame físico: placas eritemato-violáceas infiltradas em face (algumas com ulceração), membros superiores, membros inferiores e tronco. Lesões foveolares em dorso. À oroscopia, lesão semelhante em palato duro. Apresenta também adenopatias dolorosas em região cervical anterior, sensação de choque à percussão de nervos medianos e dor à palpação de trajeto de nervo tibial posterior esquerdo. Exames complementares: Baciloscopia de lóbulo direito, cotovelo esquerdo e 2 lesões de pele (maio/2008): negativa. Exame anatomopatológico de lesão de face (maio/2008): dermatite crônica granulomatosa, BAAR positivo, índice bacilar: 1. Exames laboratoriais (julho/2008): HMG, glicemia jejum, perfil lipídico, função renal e hepática: sem alterações. VSG: 5mm. O esquema de tratamento com PQT-MB foi iniciado em sua cidade, no momento do diagnóstico. Com o surgimento do surto reacional iniciou-se com Prednisona 80mg/dia, recebeu orientações de repouso, manteve-se PQT-MB e acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** reforça a importância do diagnóstico e manejo da reação hansênica como forma de prevenir a instalação de incapacidade física.

HANSENÍASE DIMORFA: UMA APRESENTAÇÃO ATÍPICA

POZIOMCZYK, CS; KÖCHE, B; CRESTANA, L; BECKER, FL; EIDT, LM; CAMPOS; FREITAS, M.

Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Porto Alegre, RS.
e-mail: jffbenev@terra.com.br

Complicações oculares na hanseníase são comuns, levando à alteração na visão ou mesmo cegueira. O envolvimento ocular na hanseníase pode resultar não somente da doença em si como também de reações às drogas utilizadas em seu tratamento. Estruturas oculares mais acometidas na hanseníase: aparelho lacrimal, pálpebra, córnea e úvea. História e manifestações: Paciente masculino, 48 anos, branco, casado, funcionário público, procedente de POA. Queda de cílios de pálpebra superior esquerda há 1 ano. Prurido conjuntival eventual. Olho seco. Usando lubrificante ocular. Refere consulta anterior com oftalmologista, com exame oftalmológico normal. Sem história de alopecia prévia. HMP e HF: Refere epididimite em uso de AINE e ATB há 10 dias. Nega uso crônico de medicamentos. Nega co-morbidades. Sem história familiar de alopecia, diabetes mellitus ou doenças auto-imunes. PPS: Residiu no Mato Grosso entre 1985 e 1996, onde trabalhou com extração de garimpo e com fundição; refere intoxicação por mercúrio em 1991. Desde 1996 morando em Porto Alegre. Exame físico: ausência de cílios em pálpebra superior esquerda; infiltração de orelha esquerda; espessamento de nervo auricular esquerdo; diminuição do reflexo corneano bilateral. Nervos ulnares, radiais, fibulares e tibiais posteriores sem espessamento e sem dor à palpação. Placa infiltrada em nádega esquerda com diminuição da sensibilidade térmica. Exames complementares: baciloscopia de lóbulos, cotovelo e lesão em nádega: negativos. Iniciados PQT-MB e acompanhamento. **Conclusão:** importância da abordagem multidisciplinar no diagnóstico e tratamento da hanseníase, uma vez que a suspeição inicial foi da oftalmologia.

POLIHAXANIDA TÓPICA NO TRATAMENTO DE FERIDA HANSÊNICA: RELATO DE CASO

ARAÚJO, JG¹; NOGUEIRA, LBC²; NOGUEIRA, MLC³; REIS, EM^{1,5}; SCOTTI, A⁴; GOULART, IMB^{1,5}.

¹Centro de Referência Nacional em Hanseníase/Dermatológica

Sanitária (CREDESH), Universidade Federal de Uberlândia (UFU) – MG. ²Centro Universitário do Triângulo (UNITRI-MG). ³Faculdade de Marketing e Negócios (UNIESSA –MG). ⁴LAPROSOLDA (Centro para Pesquisa e Desenvolvimento de Processos de Soldagem), Faculdade de Engenharia Mecânica – UFU. ⁵ Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. e-mail: credsh@hc.ufu.br

Feridas neurotróficas resultantes de hanseníase acarretam vários estigmas, levando o doente à marginalização. Estudos têm sido desenvolvidos levando a um avanço no conhecimento dos diferentes tipos de lesões, do processo de reparação do tecido lesado, bem como de novos produtos a serem aplicados. As avaliações do impacto dos produtos no processo de reparação dos tecidos são feitas por documentação fotográfica sem tratamento de imagens e tratamento estatístico para medições precisas. Objetivou-se avaliar o processo cicatricial com o uso de polihexanida (PHMB) tópica no tratamento da ferida crônica decorrente de neuropatia hansênica. Uma paciente de 79 anos, há 20 anos portadora de ferida que apresentava exsudato seroso, tecido de granulação opaco e fibrina no leito e bordas com hiperqueratose, foi tratada de fevereiro/2007 a agosto/2008 no CREDESH com ácidos graxos essenciais, papaína, alginato de cálcio, carvão ativado com prata, com resultados favoráveis, porém lentos e sem alcançar a cicatrização total. Em 05/09/2008 iniciou tratamento exclusivo com PHMB solução aquosa, gel e creme, com trocas diárias dos curativos em ambulatório. Após 45 dias a ferida apresentava cerca de 70% cicatrizada com o uso da PHMB, conforme registro fotográfico e técnicas de tratamento de imagens. Os produtos contendo PHMB mostraram-se adequados para o tratamento de feridas hansênicas de forma eficaz e segura, podendo ser disponibilizados para utilização nos serviços de saúde. Além disso, a utilização de técnicas de tratamento de imagens poderá subsidiar o desenvolvimento de um software para monitoramento de tratamento de feridas a ser aplicado em Telessaúde na rede SUS.

Suporte Financeiro: Walkmed Produtos Médicos (doação dos produtos de polihexanida), FUNDO NACIONAL DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA SAÚDE

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE USO DE CORTICOSTERÓIDES EM HANSENÍASE

MOREIRA, SC¹; SOUZA, JJS²; TALHARI, S³; OLIVEIRA, MLW⁴; KAZAN, R⁵; MAROJA, MF⁶

¹Núcleo Estadual MS-Bahia; ²Programa Nacional de Controle da Hanseníase-MS; ^{3,4}Fund. Inst. Medicina Tropical de Manaus; ⁵Univ. Fed. de Mato Grosso; ⁶Fundação Alfredo da Mata.
e-mail: shirlei.moreira@saude.gov.br

Introdução: os documentos normativos dos programas nacionais e estaduais de controle da hanseníase em geral ressaltam a necessidade de supervisão médica, com avaliação clínico-laboratorial dos pacientes em uso de corticoterapia prolongada. Entretanto, há vários relatos de novas morbidades e até mortalidade, conseqüentes à imunodeficiência adquirida pelo uso abusivo desse medicamento em portadores de hanseníase. **Objetivos:** Propor protocolo clínico para padronizar a prescrição de corticosteróides, otimizar seu uso e minimizar danos possíveis, bem como alertar para o diagnóstico precoce das co-morbidades e medidas tempestivas de controle.

Material e Métodos: Revisão bibliográfica sobre aspectos farmacológicos dos corticosteróides, indicações e usos, efeitos colaterais, interações medicamentosas, imunização, e, sobretudo sua aplicação em hanseníase.

Resultados: não se aplica (fase de proposição). **Conclusões/Discussão:** O impacto positivo na melhoria da qualidade de vida das pessoas atingidas pela hanseníase é observado cotidianamente, entretanto, as morbidades decorrentes dos efeitos colaterais inerentes ao uso do corticosteróide, e aquelas decorrentes do uso inadequado e indiscriminado, vêm trazendo sérios e graves danos à saúde dos pacientes. A falta de informação e a baixa percepção das conseqüências deletérias do uso indevido, somada a ausência de um sistema de controle são principais fatores. Dessa forma, intervenções no sentido não apenas de controlar, mas de informar parecem ser formas de atuação mais promissoras frente a essa realidade.

Suporte Financeiro: Programa Nacional de Controle da Hanseníase - MS

Enfermagem Nursing

A CONDIÇÃO CRÔNICA DE UM HANSENÍANO E SUA REPERCUSSÃO NO CONTEXTO FAMILIAR EVIDENCIADO PELO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.

COSTA, EJC; AZEVEDO, FM; ROSA, FG; ZAGUI, IC; CARRIJO, MLR; PENA, SB

FAEN/UFMT. e-mail: jayrla_ely@hotmail.com

Pesquisa realizada como componente do projeto "Avaliação dos Múltiplos Custos em Saúde na Perspectiva dos Itinerários Terapêuticos de Famílias e da Produção de Cuidados em Saúde em Municípios de MT". Nosso pressuposto foi que, as necessidades de cuidados da condição crônica de hanseníase, submete quem a vivencia, empreender um Itinerário Terapêutico (IT), no qual ela redesenha o sistema de saúde de acordo com suas necessidades, auxiliada pelas redes de apoio, buscando nos serviços básicos de saúde, a autonomia para a resolutividade de sua doença. Assim, questionamos: quais são as repercussões da condição crônica de hanseníase no contexto familiar de um adulto e de que modo o Sistema de Cuidado Formal tem realizado a produção de cuidado, para que possa atender as suas necessidades? Nosso objetivo é compreender a experiência de adoecimento por hanseníase de um adulto e sua família e as repercussões da condição crônica dela decorrente para a família. Trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratória descritiva, realizado pelo método estudo de caso, sendo os dados colhidos por entrevista semi-estruurada no período de setembro/outubro/2008. Resultados: O IT consistiu em busca de PSF Distrito da Guia; PSF Cidade Verde/Cuiabá; PSF CPA-4/Cuiabá; Laboratório Central; PSF distrito da Guia; HPSC e HUJM. O IT evidenciou também que somente a partir da terceira busca é que se iniciou o referenciamento de outros serviços via encaminhamento, evidenciando que os dois primeiros PSF não propiciaram a integração dos serviços.

Suporte Financeiro: FAPEMAT EDITAL MS/CNPq/FAPEMAT – N° 010/2006

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

PROPOSTA DE PROTOCOLO DE USO DE CORTICOSTERÓIDES EM HANSENÍASE

MOREIRA, SC¹; SOUZA, JJS²; TALHARI, S³; OLIVEIRA, MLW⁴; KAZAN, R⁵; MAROJA, MF⁶

¹Núcleo Estadual MS-Bahia; ²Programa Nacional de Controle da Hanseníase-MS; ^{3,4}Fund. Inst. Medicina Tropical de Manaus; ⁵Univ. Fed. de Mato Grosso; ⁶Fundação Alfredo da Mata.
e-mail: shirlei.moreira@saude.gov.br

Introdução: os documentos normativos dos programas nacionais e estaduais de controle da hanseníase em geral ressaltam a necessidade de supervisão médica, com avaliação clínico-laboratorial dos pacientes em uso de corticoterapia prolongada. Entretanto, há vários relatos de novas morbidades e até mortalidade, conseqüentes à imunodeficiência adquirida pelo uso abusivo desse medicamento em portadores de hanseníase. **Objetivos:** Propor protocolo clínico para padronizar a prescrição de corticosteróides, otimizar seu uso e minimizar danos possíveis, bem como alertar para o diagnóstico precoce das co-morbidades e medidas tempestivas de controle.

Material e Métodos: Revisão bibliográfica sobre aspectos farmacológicos dos corticosteróides, indicações e usos, efeitos colaterais, interações medicamentosas, imunização, e, sobretudo sua aplicação em hanseníase.

Resultados: não se aplica (fase de proposição). **Conclusões/Discussão:** O impacto positivo na melhoria da qualidade de vida das pessoas atingidas pela hanseníase é observado cotidianamente, entretanto, as morbidades decorrentes dos efeitos colaterais inerentes ao uso do corticosteróide, e aquelas decorrentes do uso inadequado e indiscriminado, vêm trazendo sérios e graves danos à saúde dos pacientes. A falta de informação e a baixa percepção das conseqüências deletérias do uso indevido, somada a ausência de um sistema de controle são principais fatores. Dessa forma, intervenções no sentido não apenas de controlar, mas de informar parecem ser formas de atuação mais promissoras frente a essa realidade.

Suporte Financeiro: Programa Nacional de Controle da Hanseníase - MS

Enfermagem Nursing

A CONDIÇÃO CRÔNICA DE UM HANSENÍANO E SUA REPERCUSSÃO NO CONTEXTO FAMILIAR EVIDENCIADO PELO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.

COSTA, EJC; AZEVEDO, FM; ROSA, FG; ZAGUI, IC; CARRIJO, MLR; PENA, SB

FAEN/UFMT. e-mail: jayrla_ely@hotmail.com

Pesquisa realizada como componente do projeto "Avaliação dos Múltiplos Custos em Saúde na Perspectiva dos Itinerários Terapêuticos de Famílias e da Produção de Cuidados em Saúde em Municípios de MT". Nosso pressuposto foi que, as necessidades de cuidados da condição crônica de hanseníase, submete quem a vivencia, empreender um Itinerário Terapêutico (IT), no qual ela redesenha o sistema de saúde de acordo com suas necessidades, auxiliada pelas redes de apoio, buscando nos serviços básicos de saúde, a autonomia para a resolutividade de sua doença. Assim, questionamos: quais são as repercussões da condição crônica de hanseníase no contexto familiar de um adulto e de que modo o Sistema de Cuidado Formal tem realizado a produção de cuidado, para que possa atender as suas necessidades? Nosso objetivo é compreender a experiência de adoecimento por hanseníase de um adulto e sua família e as repercussões da condição crônica dela decorrente para a família. Trata-se de um estudo qualitativo de natureza exploratória descritiva, realizado pelo método estudo de caso, sendo os dados colhidos por entrevista semi-estruurada no período de setembro/outubro/2008. Resultados: O IT consistiu em busca de PSF Distrito da Guia; PSF Cidade Verde/Cuiabá; PSF CPA-4/Cuiabá; Laboratório Central; PSF distrito da Guia; HPSC e HUJM. O IT evidenciou também que somente a partir da terceira busca é que se iniciou o referenciamento de outros serviços via encaminhamento, evidenciando que os dois primeiros PSF não propiciaram a integração dos serviços.

Suporte Financeiro: FAPEMAT EDITAL MS/CNPq/FAPEMAT – N° 010/2006

A CONDIÇÃO CRÔNICA DE UM HANSENÍANO E SUA REPERCUSSÃO NO CONTEXTO FAMILIAR.

COSTA, EJC; AZEVEDO, FM; ROSA, FG; ZAGUI, IC; CARRIJO, MLR; PENNA, SB

FAEN/UFMT. e-mail: jayrla_ely@hotmail.com

Pesquisa realizada como componente do projeto "Avaliação dos Múltiplos Custos em Saúde na Perspectiva dos Itinerários Terapêuticos de Famílias e da Produção de Cuidados em Saúde em Municípios de MT". Nosso pressuposto foi que, as necessidades de cuidados da condição crônica de hanseníase, submete quem a vivencia, empreender um Itinerário Terapêutico (IT), no qual ela redesenha o sistema de saúde de acordo com suas necessidades sendo auxiliada pelas redes de apoio, buscando autonomia para a resolutividade de sua doença. Assim, questionamos: de que modo um adulto do Distrito da Guia/Cuiabá/MT e sua família vivenciando essa condição crônica, tece sua busca por cuidados no Sistema Único de Saúde e qual o IT por eles empreendidos? Compreender a experiência de adoecimento por hanseníase de um adulto e sua família e as repercussões da condição crônica no contexto familiar, traçando o IT por eles empreendido do aparecimento até o momento atual da doença. Estudo qualitativo de natureza exploratória descritiva realizado pelo método estudo de caso, por meio de entrevista em profundidade. Os dados foram colhidos em setembro/outubro de 2008. A análise foi realizada por meio da construção do Genograma e do Ecomapa, em composição com IT visualizado como tecnologia avaliativa em saúde. A construção do genograma e ecomapa de um adulto vivenciando a hanseníase, teve como principal rede de apoio a religiosidade, familiares e amigos, buscando resolutividade de suas necessidades de saúde, empreendendo um IT caracterizado por idas e vindas a instituições de saúde, como: PSF, Centros de Saúde, Pronto Socorro e Hospital.

PREDNISONA E AUTOMEDICAÇÃO EM PACIENTES COM REAÇÕES HANSÊNICAS

SOUZA, LC¹; GOBEL, MBB²;

Secretaria Estadual de Saúde – SES/MT. ²Centro Estadual de Referência para Média e Alta Complexidades – CERMAC/MT. e-mail: lucianecegati@hotmail.com

A Hanseníase é uma doença crônica, cuja evolução pode ocorrer episódios reacionais. Esses episódios muitas vezes ocasionam quadros dolorosos muito intensos localizados ou sistêmicos, necessitando tratamento rápido e adequado. **Objetivo:** Apresentar os efeitos colaterais da prednisona em Hansenianos que fazem uso de automedicação por tempo indeterminado. **Material e Métodos:** Este estudo é do tipo qualitativo descritivo, e foi realizado em um Ambulatório de Dermatologia referência para Hanseníase no Estado de Mato Grosso/MT. Os dados foram coletados através da análise nos prontuários de dez hansenianos que estiveram presentes no ambulatório entre os anos de 1994 a 2004, sendo categorizados quanto ao sexo e faixa etária, efeitos colaterais, formas clínicas, tipo de reação, período de tratamento com prednisona e condutas para retirada do corticóide. **Resultados:** Dentre os pacientes que se automedicaram durante as reações, verificou-se que a maioria era do sexo masculino. Os efeitos colaterais encontrados foram: cushing, depressão, irritabilidade, tremor, cansaço, gastrite, erupção acneiforme, estrias, infecção urinária, obesidade, hipertensão arterial, exoftalmo, glaucoma, diabetes e algias. As reações ocorreram nos pacientes com forma clínica Virchoviana e Dimorfa, sendo que os virchovianos apresentam a maioria. **Conclusões:** O presente estudo alerta para a necessidade de padronização das intervenções de acordo com a classificação do ENH, bem como para o monitoramento adequado para a prevenção de incapacidades. Oito pacientes tiveram necessidade de encaminhamento à clínica de dor para retirada do corticóide, desses somente três não conseguiram e continuam sob o acompanhamento do ambulatório até os dias atuais.

Suporte Financeiro: SES e DAHW.

LEVANTAMENTO CENSITÁRIO DA POPULAÇÃO MORADORA DO INSTITUTO “LAURO DE SOUZA LIMA”.

GUIMARÃES, HCQCP; GARCIA, JRL; SIQUEIRA, LM; PRADO, RBR; LORENZETTO, M; GARCIA, M; QUAGGIO, CMP; RODRIGUES, G; MARQUES, SA.

Instituto “Lauro de Souza Lima”, Bauru/SP. e-mail: clinicapes@isl.br

Este estudo tem como objetivo caracterizar e identificar a população moradora do Instituto “Lauro de Souza Lima” (ILSL) quanto à situação de moradia, sócio-econômica e de saúde. Foi uma proposta do Programa Estadual de Controle da Hanseníase/Estado de São Paulo. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário adaptado de um censo realizado no Hospital Francisco Ribeiro Arantes. Este foi aplicado por duas graduandas de enfermagem previamente treinadas por um dos membros da família, que informou sobre todos os outros, após firmar o consentimento. Os dados foram inseridos no EPIINFO e EXCEL para análise estatística. Foram entrevistados os setenta moradores do Setor Social, distribuídos a seguir: dos internados, 16 residem em casas, 15 na unidade geriátrica e três nos *Carvilles*; dos não internados, 36 residem em casas. Da população entrevistada, 67% são do sexo masculino e idade média de 52 anos. O grau de escolaridade predominante foi o fundamental incompleto em 49%. Quanto a situação de trabalho, 51% são aposentados e 44% possuem renda mensal de um a dois salários mínimos. Sobre a situação de saúde, 36% nunca tiveram hanseníase e os demais (64%) declararam que já tiveram. Do total dessa população, 50% apresentam algum tipo de seqüela, predominantemente pés (70%) e mãos (60%). Esse levantamento aponta que os moradores relatam ter uma condição satisfatória de vida, porém nota-se que convivem com certa dificuldade nas atividades de vida diária, indicando a necessidade de outros estudos para avaliar o grau de incapacidade e a qualidade de vida.

FATORES INTERFERENTES NA PRÁTICA DO AUTO CUIDADO EM HANSENÍASE

GALAN, NGA¹; OLIVEIRA, EWG²; PRADO, RBR¹; BIANCO, MHBC².

¹Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. ²Universidade do Sagrado Coração, Bauru/SP. e-mail: ngalan@isl.br

O objetivo do estudo foi identificar os fatores interferentes na prática do auto cuidado em hanseníase quanto ao conhecimento, habilidade e apoio. Foram entrevistados no Instituto Lauro de Souza Lima 30 indivíduos afetados pela hanseníase atendidos na sala de curativos, através de um questionário estruturado, abordando suas concepções sobre a doença e de como ele recebe e aplica o conhecimento transmitido pelos profissionais, de acordo com a Teoria de Orem. As respostas foram analisadas e classificadas em três grupos de fatores interferentes: conhecimento, habilidade e apoio, conforme NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Dos 30 entrevistados (70% homens e 30% mulheres), 56% relataram ter recebido orientações sobre os cuidados que deveriam tomar. 93% apresentaram respostas evidentes de déficit de auto cuidado relacionado ao conhecimento, caracterizado por interpretação errônea de informação e limitação cognitiva, isto é, não entendem bem o porquê das lesões e projeta mitos e crenças em seu discurso. 100% das respostas dos entrevistados evidenciaram o déficit relacionado à habilidade caracterizado por incapacidade para perceber uma parte do corpo, prejuízo musculoesquelético e dor, sugerindo a necessidade de um cuidador para realizar as atividades de prevenção de incapacidades. 54% das respostas evidenciaram que recebem apoio para realizar auto cuidado, e que não há prejuízo da interação com a comunidade, nem inadequação dos sistemas de saúde ou falta de recursos. A avaliação perceptiva das respostas dos indivíduos permitiu identificar que o déficit de auto cuidado está diretamente relacionado ao conhecimento e à habilidade e, parcialmente, ao apoio recebido.

PARCERIA ENTRE OS TRÊS SETORES: DESCOBRINDO CASOS NOVOS DE HANSENÍASE

MORENO, MCM^{1,2}; NASCIMENTO, GM¹; SANTOS, J³; ALENCAR, MA³; VALLE, LS¹; ARAÚJO, MC¹; ARAÚJO, RT¹

¹Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. ²Hospital Universitário Onofre Lopes. ³Prefeitura Municipal de Natal/RN, Brasil. e-mail: cleamoreno@hotmail.com

Este trabalho teve como principal objetivo diagnosticar casos de hanseníase precocemente. A hanseníase é uma doença muito antiga, que continua sendo negligenciada. Existem inúmeros casos sem diagnóstico, que para serem descobertos necessitam da participação de todos que puderem contribuir. Baseado nisso, realizou-se um projeto em uma cidade do nordeste do Brasil, que é dividida em 4 distritos sanitários. Foi escolhido o Distrito Oeste, onde havia sido utilizado um sistema de georreferenciamento que localizou as ruas com maior concentração da doença. Estabeleceu-se uma parceria entre os três setores da sociedade: a Secretaria Municipal de Saúde, uma Faculdade e uma Organização Não Governamental. Metodologia: capacitações, campanha educativa e busca ativa de casos. Resultados: capacitação de 43 agentes de saúde, 82 alunos de enfermagem, 8 professores, 19 médicos e 36 enfermeiros. Organizou-se concurso entre alunos da rede pública de ensino; os 3 primeiros colocados receberam computador, televisão e bicicleta, respectivamente e uma bolsa de estudos na faculdade para quando concluírem os estudos no nível médio. Estabeleceu-se uma semana de campanha educativa e busca ativa, com estratégias para busca de casos e um dia "D", no qual foram examinadas 254 pessoas, encontrados 34 suspeitos de hanseníase e ao final, confirmados 7 novos casos. Conclui-se que o projeto é de grande relevância social, tendo como base o estabelecimento de parcerias e utilização da educação em saúde para que sejam alcançados os melhores resultados. Instituições financiadoras: Prefeitura Municipal de Natal, Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte e The Leprosy Relief Association.

**Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional
Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional**

HANSENÍASE MULTIBACILAR CLÁSSICA NÃO DIAGNOSTICADA: CONTRIBUIÇÃO PARA MANUTENÇÃO DA ENDEMIAS?

TELES, FAC.; RÊGO, JCG; OSÓRIO, CT; ELIAS, BLF; FILHO, NAS; TELES, LAC; LIMA, ALC; NERY, JAC

Serviço de Dermatologia Sanitária da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. e-mail: beatrizelias@ig.com.br

Objetivos: Atentar sobre importância do diagnóstico precoce de hanseníase, considerando que o atraso neste processo não elimina os casos existentes, contribuindo para surgimento de casos novos, através da infecção de contactantes, mantendo o caráter endêmico da doença, facilitando também as incapacidades. **Métodos:** N.P.S., 54 anos, feminina, negra, cozinheira, natural do Rio de Janeiro, procurou nosso serviço por apresentar máculas hipocrômicas e parestésicas em face, MMSS, de início há sete anos. Apresentava duas baciloscopias prévias negativas. Após avaliação, levantou-se a hipótese diagnóstica de hanseníase MB. Solicitaram baciloscopia, biópsia e exame histopatológico. **Resultados:** Exame: máculas hipercrômicas, anestésicas em face e MMSS; lesão hipercrômica residual em tórax e dorso; madarose e lesões infiltradas em lóbulos auriculares. Biópsia cutânea compatível com hanseníase borderline e baciloscopia de seis sítios com índice baciloscópico de 3,5% positivo. Após confirmada clínica e laboratorialmente hanseníase MB, introduziu-se PQT MB com previsão para 12 doses. O caso foi notificado e na avaliação de contatos foi detectado paciente de 04 anos com hanseníase PB. **Conclusão:** Apesar do caráter endêmico no Brasil, observa-se grande dificuldade no reconhecimento e diagnóstico precoces de hanseníase, contribuindo com a manutenção da endemia. Quadros clássicos de hanseníase MB não diagnosticados são freqüentes. A paciente em questão sofreu atraso diagnóstico de sete anos. É preciso reverter esta situação para atingirmos recrudescimento da prevalência às custas do diagnóstico e tratamento precoce.

PARCERIA ENTRE OS TRÊS SETORES: DESCOBRINDO CASOS NOVOS DE HANSENÍASE

MORENO, MCM^{1,2}; NASCIMENTO, GM¹; SANTOS, J³; ALENCAR, MA³; VALLE, LS¹; ARAÚJO, MC¹; ARAÚJO, RT¹

¹Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. ²Hospital Universitário Onofre Lopes. ³Prefeitura Municipal de Natal/RN, Brasil. e-mail: cleamoreno@hotmail.com

Este trabalho teve como principal objetivo diagnosticar casos de hanseníase precocemente. A hanseníase é uma doença muito antiga, que continua sendo negligenciada. Existem inúmeros casos sem diagnóstico, que para serem descobertos necessitam da participação de todos que puderem contribuir. Baseado nisso, realizou-se um projeto em uma cidade do nordeste do Brasil, que é dividida em 4 distritos sanitários. Foi escolhido o Distrito Oeste, onde havia sido utilizado um sistema de georreferenciamento que localizou as ruas com maior concentração da doença. Estabeleceu-se uma parceria entre os três setores da sociedade: a Secretaria Municipal de Saúde, uma Faculdade e uma Organização Não Governamental. Metodologia: capacitações, campanha educativa e busca ativa de casos. Resultados: capacitação de 43 agentes de saúde, 82 alunos de enfermagem, 8 professores, 19 médicos e 36 enfermeiros. Organizou-se concurso entre alunos da rede pública de ensino; os 3 primeiros colocados receberam computador, televisão e bicicleta, respectivamente e uma bolsa de estudos na faculdade para quando concluírem os estudos no nível médio. Estabeleceu-se uma semana de campanha educativa e busca ativa, com estratégias para busca de casos e um dia "D", no qual foram examinadas 254 pessoas, encontrados 34 suspeitos de hanseníase e ao final, confirmados 7 novos casos. Conclui-se que o projeto é de grande relevância social, tendo como base o estabelecimento de parcerias e utilização da educação em saúde para que sejam alcançados os melhores resultados. Instituições financiadoras: Prefeitura Municipal de Natal, Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte e The Leprosy Relief Association.

**Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional
Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional**

HANSENÍASE MULTIBACILAR CLÁSSICA NÃO DIAGNOSTICADA: CONTRIBUIÇÃO PARA MANUTENÇÃO DA ENDEMIAS?

TELES, FAC.; RÊGO, JCG; OSÓRIO, CT; ELIAS, BLF; FILHO, NAS; TELES, LAC; LIMA, ALC; NERY, JAC

Serviço de Dermatologia Sanitária da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. e-mail: beatrizelias@ig.com.br

Objetivos: Atentar sobre importância do diagnóstico precoce de hanseníase, considerando que o atraso neste processo não elimina os casos existentes, contribuindo para surgimento de casos novos, através da infecção de contactantes, mantendo o caráter endêmico da doença, facilitando também as incapacidades. **Métodos:** N.P.S., 54 anos, feminina, negra, cozinheira, natural do Rio de Janeiro, procurou nosso serviço por apresentar máculas hipocrômicas e parestésicas em face, MMSS, de início há sete anos. Apresentava duas baciloscopias prévias negativas. Após avaliação, levantou-se a hipótese diagnóstica de hanseníase MB. Solicitaram baciloscopia, biópsia e exame histopatológico. **Resultados:** Exame: máculas hiperocrômicas, anestésicas em face e MMSS; lesão hiperocrômica residual em tórax e dorso; madarose e lesões infiltradas em lóbulos auriculares. Biópsia cutânea compatível com hanseníase borderline e baciloscopia de seis sítios com índice baciloscópico de 3,5% positivo. Após confirmada clínica e laboratorialmente hanseníase MB, introduziu-se PQT MB com previsão para 12 doses. O caso foi notificado e na avaliação de contatos foi detectado paciente de 04 anos com hanseníase PB. **Conclusão:** Apesar do caráter endêmico no Brasil, observa-se grande dificuldade no reconhecimento e diagnóstico precoces de hanseníase, contribuindo com a manutenção da endemia. Quadros clássicos de hanseníase MB não diagnosticados são freqüentes. A paciente em questão sofreu atraso diagnóstico de sete anos. É preciso reverter esta situação para atingirmos recrudescimento da prevalência às custas do diagnóstico e tratamento precoce.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

IMPORTÂNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE PACIENTES HANSÊNICOS PARA DIMINUIÇÃO DA DOENÇA.

OSÓRIO, CT; ELIAS BLE; REGO, JCG; TELES, FAC; FILHO, NAS; TELES, LAC; LIMA, ALC; NERY, JAC.

Serviço de Dermatologia Sanitária da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. e-mail: beatrizelias@ig.com.br

Objetivo: Enfatizar a importância da notificação de pacientes hansênicos para que haja a quebra da cadeia epidemiológica através da identificação e tratamento precoce dos contactantes acometidos. **Relato de caso:**

K.C.F.S. feminina, parda, 4 anos, moradora da Ilha do Governador. Mãe da paciente relata que há 1 ano houve o aparecimento de lesões em pernas e pé direito da criança, com aumento progressivo. Possui contato com a avó, da qual esta possui um atraso no diagnóstico em 7 anos, sendo tratada e diagnosticada na Santa Casa de Misericórdia. Provavelmente este atraso no diagnóstico possibilitou o maior contato da avó com a criança permitindo que esta adoecesse. Foi iniciado o tratamento para a criança com PQT-PB children, usando as 1-2mg/kg/dia de dapsona e 20mg/kg/mês de rifampicina tentando esta conduta para diminuir os efeitos colaterais.

Resultados: Ao exame verificou-se a presença de placas de 3-4cm com o centro atrófico e bordas violáceas em MMII e pé direito, com alteração de sensibilidade.

Conclusão: No Brasil a hanseníase assume grande importância epidemiológica. Por ano, cerca de 50.000 novos casos são detectados e destes, 15% são menores que 14 anos trazendo hoje grande preocupação para o Brasil e outros países endêmicos, pois essas crianças são colaboradores para a cadeia epidemiológica. A criança em questão apresenta 4 anos e é comunicante de paciente com hanseníase MB com atraso no diagnóstico e tratamento de sete anos.

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional *Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional*

PENSÃO ESTADUAL DE HANSENÍASE-SP: MUDANÇA DE VIDA, SOBREVIVÊNCIA OU VIDA.

FERREIRA, ME¹; METELLO, HN¹; MARZILIAK, MLC¹; NOGUEIRA, W¹; LAFRATTA, TE¹; MOHALLEN, DF¹; SILVA, RCP^{1,2}; GUISARD, CLP^{1,3}; CLEMENTE, TG^{1,4}; MACEDO, HR⁵

¹ Divisão Técnica de Hanseníase/CCD/CVE/SES-SP. ² Universidade de Taubaté/SP. ³ Grupo de Vigilância Epidemiológica de Taubaté/SES-SP. ⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Bragança Paulista/SP. ⁵ Grupo Tarefa de Hanseníase do Ministério da Saúde/SVS/MS. e-mail: dvhansen@saude.sp.gov.br

Objetivo: Conhecer situação social e condição de vida dos beneficiários de pensão estadual. **Material e Métodos:** A pesquisa foi de natureza quantitativa com aspectos qualitativos, financiada pela Secretaria de Estado da Saúde/SP e Fundação Paulista contra a Hanseníase. Foram realizadas entrevistas estruturadas, com perguntas abertas e fechadas através de um inquérito de saúde, por 129 entrevistadores de 17 Departamentos Regionais de Saúde e de três hospitais-colônia, capacitados pela Divisão Técnica de Hanseníase em três treinamentos. O universo de beneficiários era de 631 pessoas, sendo entrevistadas 485 (76,86%). Os dados foram tabulados em programa EPI-INFO. **Resultados:** Dentre as questões qualitativas, em duas constatamos: mudanças nos hábitos de vida decorrentes das seqüelas; interferência no trabalho e na qualidade de vida; omissão do diagnóstico para minimizar preconceito e discriminação; comprometimento das relações sociais; afastamento/isolamento por parte dos próprios sujeitos; discriminação social com conseqüências no lazer e saúde emocional. O principal significado atribuído a pensão foi a sobrevivência, além da melhoria na qualidade de vida, que para alguns sujeitos, não é reconhecida como direito. **Conclusão:** O contato mais próximo com os pensionistas mostrou que a pensão é percebida como um meio de sobrevivência; uma "ajuda para suportar a doença"; reconhecimento de direito, uma vez que o governo impôs danos à vida decorrentes da internação compulsória e do isolamento social à vida destas pessoas. Ao Estado cabe garantir qualidade de vida e envelhecimento ativo desta população, permitindo-lhes uma participação na sociedade que leve em consideração as limitações e amplie o foco além do aspecto financeiro.

AÇÕES DE HANSENIASE SOB OLHAR DE PROFISSIONAIS DO PSF SERGIPANO

NASCIMENTO, EA; ANDRADE, MN; RAPOSO, MT; ALMEIDA, MLD; BARBOSA, JC; JUNIOR, ANR

Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.
e-mail: eliane.nascimento@saude.se.gov.br

Objetivo: Analisar fatores que dificultam as ações de controle da hanseníase na atenção básica a partir da descentralização das ações em saúde para o nível municipal.

Material e Métodos: Buscando obter informações para melhor compreensão da situação da doença no estado realizou-se dois grupos focais abordando temas sobre desenvolvimento do programa, capacitação, monitoramento, atuação dos profissionais e sugestões. Foram selecionados, intencionalmente, dois municípios hiper-endêmicos com baixa taxa de cura e dois hiper-endêmicos com alta taxa de cura e dois silenciosos. Compareceram profissionais de 05 municípios, totalizando 12 médicos e enfermeiros.

Resultados: Na atuação dos profissionais foi demonstrado envolvimento e interesse pela hanseníase, integração da equipe, estratégias de atendimento, falta de conhecimento dos pacientes, questões sobre a qualidade dos registros, a atuação do ACS e algumas dificuldades. Sobre capacitação chamou atenção a falta, importância, necessidade e qualidade dos cursos. No monitoramento foi ressaltada a qualidade da ação. Finalmente foram sugeridas ações para melhoria do desenvolvimento do programa no estado e relatado as dificuldades e facilidades enfrentadas pelos profissionais. Nas sugestões ressalta-se a necessidade de atualização freqüente principalmente com relação às complicações, a elaboração de questionário para levantar a real necessidade das equipes, a necessidade de abranger mais municípios e de se ter um banco dos profissionais já capacitados; disponibilizar medicação extra para cada unidade; sensibilização dos gestores. As dificuldades se centraram na falta de prednisona e na atuação do gestor e as facilidades na freqüência das informações que chegam aos profissionais.

Conclusões: A importância da técnica de grupo focal se dá pelo conhecimento de percepções, conceitos e idéias de forma mais aprofundada; as diferenças epidemiológicas nos municípios se traduzem na fala dos profissionais; a descentralização permitiu avanços ao programa, no entanto muitas atividades ainda não estão sendo realizadas a contento, sendo prioritário acompanhamento sistemático do nível municipal e estadual conforme competências, organização dos serviços e disponibilidade de recursos.

Suporte Financeiro: ASSOCIAÇÃO NLR BRASIL

CIDADÃOS ASILADOS EGRESSOS DO HOSPITAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA DO PARANÁ (HDSR): QUEM SÃO?

TISSERANT, AE¹; GIRARDI, DR²; SANTOS, DMK¹; STREMEL, NN¹; SERRA, VM; BARBOSA, JC²;

Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. ²UNIFAE. ³Secretaria Municipal de Saúde de Piraquara. ⁴Universidade Federal do Ceará. e-mail: niverastremel@hotmail.com

Estigmas acompanham pessoas atingidas pela Hanseníase, mesmo após sua cura. Esta pesquisa tem objetivo de conhecer o perfil das pessoas asiladas e egressas do HDSR. Foi realizada de julho/2007 a julho/2008, no Município de Piraquara, Paraná, cidade sede do Hospital. Os cidadãos, que residiam neste município, foram convidados a participar e chegou-se a mais de 50% do total, sendo 85 entrevistados e os demais, recusas e óbitos. Os dados foram coletados por meio de questionário para traçar o perfil sócio-demográfico. E posteriormente tabuladas e analisadas pelo programa EPI-Info 6.04d. Resultados: os cidadãos residem em 16 bairros: Jardim Primavera, Santa Mônica e Jardim Esmeralda, com o maior número e os mais próximos do Hospital na zona urbana (81), 3,6% (3) da zona rural. As idades variaram de 44 a 86 anos. A faixa etária de 60 a 86 anos, a maioria homens. Quanto a moradia 72,6% casa própria, 8,1% (6) cidadãos moram em casa lar. Possui benefícios: 83,4%. Aposentados são 67,9%, 17,9% são donas de casa, 6% são profissionais da área de enfermagem, 3,6% de agricultores, 1,2%: autônomo, auxiliar administrativo, comerciante, serviços gerais. A cor branca é predominante 85,9%, 11,8% de pardo e 2,4% preta. Religião: católica com 77,3%, 23,5% evangélica e 1,2% cristã. 31,8% moram com mais uma pessoa, 18,8% vivem sós. Este estudo demonstra que os cidadãos egressos são idosos, convivendo em condições dignas, recebendo pensão civil do Paraná, desde 1986, fundamentados na fé católica e evangélica. As instituições financiadoras foram a SESA-PR, ONG-NLR Brasil e SMS de Piraquara-PR.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE HANSENIASE NA VISÃO DO USUÁRIO

NASCIMENTO, EA¹; ANDRADE, MN¹; RAPOSO, MT;
ALMEIDA,MLD³; BARBOSA, JC; RAMOS JR, AN
Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe.
e-mail: eliane.nascimento@saude.se.gov.br

Objetivo: Descrever em que medidas estão sendo realizadas, na visão do usuário, as ações do programa de controle da hanseníase em Sergipe. **Material e Métodos:** O instrumento aplicado na entrevista com os usuários foi um questionário elaborado pela Associação NLR Brasil (Netherlands Leprosy Relief) composto de vários blocos de perguntas abertas, semi-estruturadas. Participaram 23 usuários, sendo 16 dos municípios hiper-endêmicos com alta taxa de cura e 07 dos municípios hiper-endêmicos com baixa taxa de cura do ano de 2003. **Resultados:** Comparando-se os dois grupos de municípios, hiperendêmico com alta cura e com baixa cura, observa-se: no comportamento pela busca ao serviço de saúde que todos os itens são favoráveis ao grupo de alta cura. Em aproximadamente 20% dos usuários a busca se deu por orientação dos profissionais de saúde, 62% dos diagnósticos foram realizados pela unidade básica, a média de tempo do início dos sintomas até o diagnóstico foi de 2,6 meses; a principal eficácia dos mecanismos de comunicação para grupo de alta cura é a TV e para os de baixa é ação do agente de saúde comunitário, justificando-se o melhor entendimento da linguagem desse profissional; quanto ao acesso, não há diferença em nenhum grupo e o custo é maior nos de baixa cura; o tempo de espera esteve em média de 30 min em ambos os grupos; a situação de faltosos demonstra diferenças importantes entre os dois grupos: no de alta cura 6,3 dos pacientes foram retratados e 28% dos de baixa cura foram retratados por duas vezes e o intervalo de tempo entre o abandono e o reinício foi significativamente maior nos de baixa cura; na pontuação sobre qualidade a prioridade para os de alta cura foi a informação e para os de baixa os agentes de saúde simpáticos. **Conclusões:** os municípios de baixa cura demonstram menos qualidade no atendimento de seus pacientes visto que estes têm mais tempo da doença antes do diagnóstico, maior número de incapacidades, mais rotatividade de profissionais, mais influência da doença na vida dos usuários.

Suporte Financeiro: ASSOCIAÇÃO NLR BRASIL

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional *Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional*

DETEÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENIASE EM MUNICÍPIOS EM SILÊNCIO EPIDEMIOLÓGICO NA PARÁIBA

ZAMORA, ARN; LIRA, TEB; CAMPOS, CGP; LIMA, RS
Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.
e-mail: zamorabrasil@gmail.com

Objetivos: aumentar detecção de casos novos de hanseníase em municípios com menos de 10.000 habitantes em silêncio epidemiológico no sertão paraibano, área que concentra as maiores detecções do Estado. **Material e Métodos:** foram definidos critérios para seleção de municípios: estar em regional onde predominem municípios com detecção Muito Alta ou Hiperendêmica (parâmetros do Ministério da Saúde); ter pelo menos uma equipe de PSF; ter detectado menos de um caso novo / 10.000 habitantes/ ano entre 2002 e 2007. Foram selecionados cinco municípios e realizada apresentação do projeto aos Secretários Municipais de Saúde. Foram realizadas capacitações para médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Três semanas após as capacitações foram realizadas campanhas de detecção, com apoio técnico de dermatologista, fisioterapeuta e enfermeiros. Três meses após as campanhas, foi realizada visita de monitoramento da implantação das atividades de controle. Todas as atividades foram seguidas de reuniões de avaliação com os gestores municipais. **Resultados:** nos cinco municípios foram detectados 16 casos novos de hanseníase, todos maiores de 15 anos, sendo 09 PB e 07 MB, 10 com Grau 0 de incapacidade, 04 com Grau 1 e 02 com Grau 2. Na visita de monitoramento, foi verificada a realização de atividades como exame de contatos, monitoramento de incapacidades e inclusão oportuna dos casos no SINAN. **Conclusões:** ações simples, mas estruturantes, são adequadas e de baixo custo para aumentar a detecção de casos novos de hanseníase em áreas previamente selecionadas.

Suporte Financeiro: LRA SAÚDE EM AÇÃO, Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba, Secretarias Municipais de Saúde.

ESPACIALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DA HANSENÍASE EM CANINDÉ-CE: APLICANDO ESTRATÉGIAS SELETIVAMENTE.

ZAMORA, ARN; OLIVEIRA, JM

Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

e-mail: zamorabrasil@gmail.com

Canindé, cidade cearense de grande turismo religioso, localizada a 110 km de Fortaleza, com população de 76.212 habitantes. Considerado município prioritário para ações de hanseníase por ser endêmico e apresentou coeficiente de detecção de 3,8 em 2006. Utilizamos o SIG (Sistema de Informação Geográfica) para mapear a hanseníase com o objetivo de espacializar os casos formulando estratégias para aumentar o coeficiente de detecção. Trata-se de estudo descritivo/operacional que utilizou casos notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) entre 2002 e 2006 na zona urbana, mapa da cidade, planilha para anotar coordenadas que eram fornecidas pelo aparelho GPS à medida que os endereços eram georreferenciados. No mapa de concentração de casos os bairros mais acometidos foram: Capitão Pedro Sampaio, Canindezinho, Centro, Santa Luzia e Palestina. Capacitamos os profissionais, realizamos duas campanhas direcionadas para essas áreas e aumentamos o coeficiente de detecção para 8,4 em 2007 caracterizando o município como hiperendêmico. Dos casos notificados em 2007 59,4% foram diagnosticados na forma multibacilar e 40,6% na forma paucibacilar. Mapear os casos usando o SIG foi eficaz, pois sensibilizou profissionais através da apresentação de dados construídos por eles e sintetizados em mapa que possibilitou a visualização da distribuição espacial da doença. O número de casos notificados por bairro era conhecido, mas não existia uma noção da distribuição exata da hanseníase, pois, referenciar caso por caso da doença nos últimos cinco anos favoreceu uma avaliação de períodos e não apenas da situação do momento atual.

Suporte Financeiro: LRA SAÚDE EM AÇÃO, PREFEITURA MUNICIPAL DE CANINDÉ

FATORES ASSOCIADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA HANSENÍASE EM JOÃO PESSOA/PB.

TRINDADE, LC; ZAMORA, ARN; CAMPOS, GCP; MENDES, MS; AQUINO, JAP; CANTÍDIO, MM

Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

e-mail: zamorabrasil@gmail.com

Introdução: O abandono do tratamento da hanseníase é um problema operacional que pode estimular incapacidades. Não existem dados fidedignos sobre os fatores associados com esse indicador no município de João Pessoa/PB. **Objetivos:** O objetivo geral foi identificar fatores associados ao abandono do tratamento da hanseníase, em 2005 e 2006. Os objetivos específicos foram: caracterizar o abandono, identificando possíveis deficiências no sistema de informação; descrever o perfil sócio-econômico-demográfico e clínico dos pacientes; identificar os motivos que levaram ao abandono do tratamento; identificar alterações clínicas e desenvolvimento de incapacidades após o abandono; elaborar recomendações e estratégias para superar fatores contribuintes do abandono. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, incluindo pacientes com hanseníase que estavam em abandono do tratamento nos dias 29 de dezembro de 2005 e 2006 (n=57) e, para comparação, pacientes recrutados de forma aleatória, que tenham concluído seu tratamento com regularidade em 2005 e 2006 e iniciado o tratamento no mesmo período dos casos em abandono. Foram coletados dados em prontuários e no SINAN, realizadas entrevistas e exames clínicos, sendo seguidas as determinações da Comissão de Ética em Pesquisa. **Resultados:** A população de estudo incluiu 13 usuários em abandono comprovado e 28 que concluíram o tratamento. Entre aqueles que abandonaram o tratamento, não houve predomínio de sexo, a idade mediana foi de 30 anos e a maioria era solteira. A classificação operacional ligeiramente predominante foi a paucibacilar. Foram observadas falhas na alimentação do sistema de informação e discordâncias entre este e os prontuários. Os fatores de relevância relacionados ao abandono do tratamento encontrados foram: alcoolismo, reações adversas às drogas e os faltosos. **Conclusão:** a pesquisa operacional ajudou a determinar as causas do abandono de tratamento em João Pessoa e a traçar estratégias para corrigí-las.

Suporte Financeiro: LRA SAÚDE EM AÇÃO

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

USO DO SIG (SISTEMA DE INFORMAÇÃO GEOGRÁFICA) NO CONTROLE DA HANSENÍASE EM PEDRAS DE FOGO / PB

COSTA, SMR, ZAMORA, ARN

Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.
e-mail: zamorabrasil@gmail.com

Objetivo: A Hanseníase é um grave problema de Saúde Pública em Pedras de Fogo (PB), que apresenta, ao longo de 10 anos, comportamento de alta endemicidade, motivo da intervenção aqui relatada. Aumentar a detecção de casos novos de hanseníase e o controle dos comunicantes no município de Pedras de Fogo/PB. **Metodologia:** Usando os endereços dos pacientes residentes no município constantes do SINAN de 2000 a 2006, foram coletadas em GPS as coordenadas de cada casa da área urbana. Foi usado o software Arcview, abastecido com as informações coletadas, para a elaboração de mapas com a distribuição e densidade dos casos de hanseníase e a vulnerabilidade de cada área, identificando as de maior incidência. Reunimos as equipes de Saúde da Família responsáveis por cada área e traçamos estratégias como: capacitações, campanhas de detecção e de exames de contatos. **Resultados Alcançados:** O georreferenciamento demonstrou ser ferramenta muito útil, pois possibilitou ver distribuição, densidade e vulnerabilidade do nosso município para hanseníase, direcionando ações de busca e controle. Com isso aumentamos em 50% a taxa de detecção e 50% o percentual de contatos examinados. Observamos, também, que quanto maior a densidade demográfica, maior a taxa de detecção no município. **Conclusões e recomendações para a saúde pública:** O mapeamento usando georreferenciamento de casos através do GPS é importante ferramenta no direcionamento das ações de ponta, haja vista que permite identificar áreas de maior incidência, direcionado e intensificando ações de busca e controle. Sugerimos o uso desta ferramenta para outros agravos.

Suporte Financeiro: LRA Saúde em Ação, Prefeitura Municipal de Pedras de Fogo

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional *Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional*

AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE NA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

SAMPAIO, PS¹; BARBOSA, JC²; ALENCAR, MJF^{2,3}; HEUKELBA-CH, J²; HINDERS, D⁴; MAGALHÃES, MC⁵; RAMOS JR², AN

¹Universidade de Fortaleza (UNIFOR). ²Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). ³Agência de Vigilância em Saúde - Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia. ⁴Consultor em Administração e Planejamento das Ações de Controle da Hanseníase. ⁵Secretaria de Vigilância à Saúde/Ministério da Saúde. e-mail: jcaracas@ufc.br

As ações do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) incluem atividades de diagnóstico e tratamento precoce das reações; prevenção de incapacidades e auto-cuidados; reabilitação física e psicossocial; vigilância epidemiológica; informação, educação e comunicação. Com o objetivo de avaliar essas ações, foram realizados dois grupos focais com profissionais de saúde envolvidos com assistência e gestão (municipal e estadual) dos estados do Pará e Maranhão (enfermeiros-13, médicos-2, fisioterapeutas-2, terapeuta ocupacional-1, biólogo-1 e sociólogo-1). Na percepção dos participantes, o PCH foi avaliado positivamente em sua concepção bem como em suas ações de capacitação. No entanto, ressaltaram falta de comprometimento na operacionalização das ações nas unidades de saúde. Na visão dos participantes tais falhas operacionais se dão em decorrência de dois fatores: falta de compromisso dos profissionais envolvidos com as ações do programa e falta de vontade política da gestão municipal e estadual em implementar determinadas ações. Os participantes sugeriram a reestruturação e ampliação das unidades de referência; incentivo às ações de descentralização a partir das equipes de saúde da família; alocação otimizada dos recursos disponíveis; postura ativa dos gestores em controlar e acompanhar as atividades dos profissionais envolvidos quanto a: cumprimento de carga horária, implantação dos conteúdos aprendidos nas capacitações, diminuição da rotatividade. Sugeriram também maiores investimentos na reabilitação, em supervisão das ações, ampliação de recursos humanos e estruturação da vigilância de contatos. Conclui-se que a percepção dos profissionais emergiu das experiências positivas e negativas no controle e reflete a necessidade de sistematizar o monitoramento e a avaliação como ferramenta de gestão.

ASPECTOS GERENCIAIS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE: PERSPECTIVA DOS GESTORES

BARBOSA, JC¹; RAMOS JR, AN¹; PONTES, RJS¹; MOTA, MV¹; CASTRO, CGJ²

Universidade de São Paulo. e-mail: jcaracas@ufc.br

Objetiva-se conhecer a percepção dos gestores estadual e municipais sobre os aspectos gerenciais no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase no Estado de Ceará. O estudo foi realizado em sete municípios que em 2005 mantinham-se como espaços prioritários para o desenvolvimento das ações de controle do programa. Os participantes foram: coordenadores estadual e municipais e um responsável pelas ações da hanseníase na atenção básica. As entrevistas foram agendadas previamente por meio de contato telefônico e realizadas nos municípios. A coleta de dados foi de novembro de 2007 a julho de 2008. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, após consentimento. O plano de supervisão foi uma das atividades identificadas na gerência. Não existe um padrão de supervisão, local determinado e nem formulário específico, cada coordenador faz esta atividade de acordo com as condições de cada município. O mais freqüente são duas vezes por ano em cada unidade. Geralmente são avaliados os prontuários e os livros de registro de pacientes. No planejamento da coordenação estadual existe supervisão trimestral para cada secretaria regional de saúde, ou pelo ao menos ir naquelas que agrupam municípios prioritários. Outra atividade gerencial é o plano de capacitação, pois devido à alta rotatividade dos profissionais esta sempre se faz necessária. O financiamento das capacitações era basicamente pela ONG. Nas ações de comunicação e informação são utilizados jornal, rádio e televisão. São realizadas palestras em escolas, associações, igrejas e indústrias. Tem município que realiza campanha e o “dia da mancha”. Evidencia-se que as questões operacionais esbarram em aspectos de fragilidade do planejamento e do desenvolvimento sistematizado no contexto local. São frágeis os componentes de avaliação & monitoramento dentro do programa, o que dificulta a sustentabilidade das ações. Além disso é notória a não integração das ações na rede de atenção básica.

DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE: PERSPECTIVA DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

BARBOSA, JC¹; RAMOS JR, AN¹; PONTES, RJS¹; MOTA, MV¹; CASTRO, CGJ²

Departamento de Saúde Comunitária / Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Ceará. ²Departamento de Prática de Saúde Pública / Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo

Objetiva-se conhecer a percepção dos gestores e profissionais sobre as facilidades e dificuldades da descentralização do Programa de Controle da Hanseníase no Estado de Ceará. O estudo de natureza avaliativa e descritiva foi realizado no Estado do Ceará nos sete municípios prioritários que, em 2005, mantinham-se como espaços prioritários para o desenvolvimento das ações de controle do programa. Os participantes foram: coordenador estadual, sete coordenadores municipais do PCH, um responsável pelas ações da hanseníase na atenção básica e diretor do centro de referência estadual. As entrevistas foram agendadas previamente por meio de contato telefônico e realizadas nos municípios, após consentimento. A coleta de dados foi de novembro de 2007 a julho de 2008. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. As facilidades pontuadas pelos gestores foram: realização de diagnóstico precoce, ter profissionais capacitados e estrutura necessária nas unidades e troca de saberes entre equipes de saúde família. Os profissionais também relataram a importância de ter profissionais capacitados e ressaltaram o fato de ser vantajoso para o paciente ser atendido próximo de sua residência e a existência de uma referência estadual em hanseníase. As dificuldades abordadas pelos gestores foram: recursos materiais insuficientes para diagnóstico, a falta de estrutura principalmente relacionada a capacitação dos profissionais, o compromisso dos gestores, a credibilidade da comunidade e estigma. Já os profissionais relataram apenas sobre a alta rotatividade dos profissionais e o estigma. A integração das perspectivas desses diferentes atores envolvidos com o controle é fundamental para o enfrentamento de questões críticas no cenário nacional.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

CAMPANHAS DE INTENSIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO COMO MÉTODO DE EDUCAÇÃO CONTINUA EM HANSENÍASE

JESUS, HB

Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus/BA.
e-mail: humberto.barreto@yahoo.com.br

Objetivos: Capacitar as equipes das unidades de saúde para suspeição, diagnóstico e tratamento de hanseníase, preparando-as para acompanharem os casos detectados no Dia da Mancha. **Material e Métodos:** Em cada um dos quatro módulos assistenciais da cidade, elegeu-se uma unidade de saúde, preferindo-se aquelas que tinham a Estratégia de Saúde da Família implantada. A mobilização da comunidade foi entendida como fundamental para o sucesso da campanha e o ponto de partida consistiu no trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) visitando desde o primeiro dia da semana em que seria realizada a campanha todos os moradores em suas casas, informando do Dia da Mancha que ocorreria no sábado. Além disso, diversas faixas foram colocadas em pontos estratégicos da localidade, informando da atividade que aconteceria na unidade de saúde, das 8 às 17 horas. Durante a semana, a equipe da unidade de referência se deslocou para a unidade onde iria acontecer a campanha para treinamento da equipe do local e no Dia da Mancha propriamente dito dermatologistas do município se revezaram no exame da coletividade, que recebeu ali mesmo os medicamentos por eles prescritos ou submeteu-se a baciloscopia da linfa, avaliação neurológica e tomada da primeira dose da PQT. Nos meses subsequentes, a equipe da unidade de referência acompanhou o desenvolvimento das ações descentralizadas, fazendo os ajustes necessários, enquanto eram preparadas novas campanhas em outras regiões. **Resultados:** A utilização da estratégia de pequenas campanhas de intensificação do diagnóstico de hanseníase proporcionou a descoberta de casos da doença ocultos por diversos fatores. A associação desta atividade com a promoção de uma capacitação em serviço revelou-se método eficaz de ampliação do benefício obtido, pois ao tempo em que possibilita uma descentralização das ações de controle aponta a verdadeira prevalência da doença no município. **Conclusões:** Dada a sua multiplicidade de apresentação clínica e a cronicidade do seu desenvolvimento, a hanseníase pode passar despercebida da população e dos profissionais

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional *Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional*

de saúde. Atividades de incremento da detecção de casos como a que ficou conhecida como “Dia da Mancha” revelam-se como importante instrumento a que se pode lançar mão na luta pela eliminação da doença. Mini-campanhas como as aqui descritas mostram-se ainda mais eficazes porque aliam a capacitação de novos atores à descentralização das ações, as quais, ao alcance da comunidade, tornam-se de efetivo controle.

Suporte Financeiro: Secretaria Municipal de Saúde de Ilhéus-BA.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SOCIAL DOS BENEFICIÁRIOS DE PENSÃO DE HANSENÍASE DO ESTADO DE SÃO PAULO.

MARZLIAK, MLC; SILVA, RCP; NOGUEIRA, W; GUISSARD, CLMP; FERREIRA, ME; METELLO, HN.; LAFRATTA, TE; MOHALLEM, DF; CLEMENTE, TMG.; MACEDO, HR
Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase do CVE – SES/SP. e-mail: dvhsen@saude.sp.gov.br

Objetivo: Conhecer a realidade dos beneficiários de pensões estaduais quanto à situação de saúde e de qualidade de vida. **Material e Métodos:** Pesquisa com abordagem quantitativa e qualitativa. Inquérito realizado por entrevista. Os beneficiários compareceram às US ou receberam Visita Domiciliar. **Resultados:** Foram realizadas 485 entrevistas entre 631 beneficiários cadastrados. Igual proporção nos sexos, 42% na faixa etária 71 e 80 anos. Não se observou diferença de escolaridade e sexo e 20% são analfabetos. Cerca da metade são viúvos (42%). A média de co-habitantes é 2,7, sendo 32% de companheiros, 24% cônjuges e 21% netos. Atualmente a maioria dos pesquisados recebe pensão por terem sido dependentes de pensionistas. São 85% que recebem até dois salários mínimos e 56% possuem domicílio próprio. Apenas 89 (18,3%) possuem plano privado de saúde. As incapacidades de mão e pés estão presentes em 88% dos casos e olhos em 63,56%. O grau 2 está presente nos pés (78,12%), mãos (75%) e olhos (52%). A ordem de acometimento é igual à do Censo Incapacidade 2005, entretanto sete vezes maior. **Conclusão:** Pessoas idosas com necessidades especiais atuais e perspectivas futuras de necessidades maiores ainda. O benefício recebido é parte da renda familiar e permite atender algumas necessida-

des básicas de vida. Mesmo sendo beneficiários devido à doença altamente incapacitante e possuírem seqüelas de gravidade progressiva desempenham função dentro das famílias seja pela composição de renda ou tutela de menores. O SUS é a resposta para suas demandas básicas de saúde como também específicas da hanseníase.

INCIDÊNCIA DE PACIENTES HANSÊNICOS EM TRATAMENTO COM PÉ CAÍDO

TEÓFILO, JS

Centro de Controle de Agravos/ Prefeitura Municipal de Açailândia. e-mail: juteofilofisio@gmail.com.

Hanseníase é uma doença bacteriana que afeta a pele e os nervos. Uma de suas características é a possibilidade de ocorrência de reações: períodos de inflamação aguda no curso de uma doença crônica que podem afetar os nervos. Episódios de neurite são considerados fatores determinantes na ocorrência de incapacidades, mas é apenas na terceira fase que ocorre o maior comprometimento com a destruição do nervo, apresentando perda da sua função levando a incapacidades e deformidades permanentes como o pé caído. Objetivos: Verificar a incidência de pés caídos em pacientes hansênicos em tratamento no município de Açailândia- MA. Material e Métodos: A abordagem quantitativa foi fundamentada na revisão bibliográfica e no levantamento de informações em arquivos de fichas individuais dos portadores de hanseníase em tratamento entre os anos de 2007 e 2008, num total de 241 pacientes do Centro de Controle de Agravos de Açailândia-MA. Resultados: Foram feitas as coletas de dados dos 241 portadores de hanseníase em registro ativo e foram encontrados 6 pacientes com pé caído em poliquimioterapia multibacilar na forma dimorfa, equivalentes a 2,5 % da quantidade total de registros de acordo com o Bioestat 5.0. Conclusões: A incapacidade física deve ser diagnosticada precocemente para o adequado acompanhamento e minimização das seqüelas da hanseníase, sendo necessário esforço das equipes de saúde da família e secretaria municipal de saúde para capacitação dos profissionais visando o melhor desempenho nas atividades de prevenção de incapacidades.

Suporte Financeiro: Esta pesquisa teve como instituição financiadora a Prefeitura Municipal de Açailândia

“INTEGRAHANS”: POTENCIALIZAÇÃO DE CASOS NOVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM FORTALEZA/CE

ALENCAR, MJ^{1,2}; MANGUEIRA, JO²; NOVAES, MC³; PAIVA, RAC⁴; VASQUES, GRS⁵; MELO, ILA² QUEIROZ, JS² HEUKEL-BACH, J²

¹Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia. ²Universidade Federal do Ceará (UFC). ³Secretaria Municipal de Saúde de Jijoca. ⁴Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. ⁵Secretaria Municipal de Saúde de Maracanaú. e-mail: jesusalencar@yahoo.com.br

O diagnóstico e acompanhamento de casos novos de hanseníase no município de Fortaleza/CE continuam centralizados, com 72% dos casos novos detectados no centro de referência. A estratégia “INTEGRAHANS” inclui mecanismos de intervenção organizada e sistematizada para o fortalecimento da atenção integral ao portador de hanseníase na atenção primária no município. Como atividade do “INTEGRAHANS”, foi realizada uma campanha de diagnóstico e exame de contatos, em uma regional de saúde. Além disso, foram realizadas atividades integradas para assegurar a sustentabilidade das ações: articulação interinstitucional com técnicos e gestores municipais; capacitação profissional continuada; mobilização, além das equipes de saúde da família (ESF) das unidades, de professores, médicos e residentes de saúde da família e dermatologia, estudantes de medicina e enfermagem, e membros do “Grupo de Amigos e Portadores de Hanseníase” (representantes de movimento social). Os casos novos detectados estão sendo acompanhados pelas ESF. No semestre anterior à intervenção, foram notificados na média 5 casos novos por mês na área. No três meses após o início do “INTEGRAHANS”, foram notificados na média 13 casos novos por mês. Todos esses casos encontram-se acompanhados nas unidades de atenção primária. A cobertura de exame de contatos dos casos detectados foi de 76%, superando as coberturas anteriores. Concluímos que a atenção integral ao portador da hanseníase no seu território favorece que o acompanhamento dos casos novos e de seus contatos pelas ESF dentro do seu território e seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde, favorecendo a integração do portador ao serviço no âmbito das atenção primária.

Suporte Financeiro: Association – LRA Saúde em Açãõ.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DOS CASOS DE HANSENÍASE NA ÁREA DA TRÍPLICE FRONTEIRA AMAZÔNICA

VÁSQUEZ, FG; PEDROSA, VL; MAROJA, MF

¹Fundação de Dermatologia e Venereologia Alfredo da Matta-FUAM. e-mail: epi@fuam.am.gov.br

A hanseníase no Brasil e no Amazonas ainda representa um sério problema de saúde pública. Estudar a dimensão da endemia nos municípios que compreendem a tríplice fronteira Amazônica decorre de inquietações referentes às relações que esses municípios estabelecem entre si e com os países vizinhos, uma vez que se encontram em áreas de difícil acesso e com grande fluxo de pessoas. Neste contexto este artigo teve como objetivo analisar a detecção dos casos de hanseníase na área da tríplice fronteira Amazônica no período de 1996 a 2007 segundo sua distribuição espacial. Estudo do tipo ecológico, realizado nos municípios de Tabatinga, Atalaia do Norte e Benjamin Constant. Os dados foram armazenados no programa TerraView, com análise exploratória dos dados e estatística de Kernel. No período de 1996 a 2007 foram notificados 226 casos de hanseníase nos três municípios estudados, a taxa de detecção nos Municípios de Tabatinga, Atalaia do Norte e Benjamin Constant variou respectivamente de 1996 a 2007 entre 1,25 a 1,20; 8,63 a 2,55 e 6,77 a 0,73 para cada 10.000 habitantes. Na análise espacial, observou-se distribuição homogênea dos casos no Município de Tabatinga, já nos municípios de Benjamin Constant e Atalaia do Norte, foram observados aglomerados espaciais nas regiões urbanas. Com base nos resultados, podemos concluir que apesar da taxa de detecção apresentar declínio na área de estudo, a doença atinge os municípios de forma diferenciada, o que demonstra a necessidade de uma intervenção imediata do poder público em áreas prioritárias.

MUTIRÃO “MANCHAS: PROCURAR PARA CURAR” – CUIABÁ, NOVEMBRO DE 2007

BARRETO, JA¹; CABRAL, JC²; NOGUEIRA, MES¹

¹Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru/SP. ²Hospital Universitário Julio Muller, Cuiabá/MT. e-mail: jaisonbarreto@gmail.com

Objetivos: avaliar o impacto de um mutirão de atendimento dermatológico na detecção de casos novos

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional

de hanseníase na cidade de Cuiabá – MT. **Material e métodos:** com o apoio da SMS de Cuiabá e da SES de MT, entre 26 e 30 de novembro de 2007, foi realizado um mutirão dermatológico no Jardim Florianópolis, Cuiabá – MT, com área de abrangência de 25 mil pessoas, visando atendimento dermatológico gratuito, sem mencionar especificamente a palavra hanseníase. O slogan “Manchas: procurar para curar” foi utilizado no intuito de se evitar o preconceito e a não vinda do paciente hanseniano à Unidade de Saúde. **Resultados:** foram atendidos 272 pacientes, sendo que 255 tinham outras dermatoses e 3 eram portadores de carcinomas de pele; foram diagnosticados 9 casos MB e 5 PB, confirmados por exame clínico, biópsia, baciloscopia e sorologia anti-PGL-1. **Conclusões:** na data do mutirão, havia 418 casos de hanseníase em tratamento em Cuiabá, sendo que 25 (5,9%) tinham menos de 15 anos. No mutirão dermatológico, procuraram por atendimento médico 272 pacientes, sendo que 15 (5,5%) tinham hanseníase. Diferentemente do restante do Estado de Mato Grosso, a hanseníase é considerada doença eliminada como problema de saúde pública em Cuiabá, embora o número de casos em menores de 15 anos e o fato de 5,5% dos casos dermatológicos atendidos numa área de abrangência de 25.000 pessoas serem de hanseníase falem contra esta condição.

Suporte financeiro: DAHW

REAVLIAÇÃO DE INDIVÍDUOS VIRCHOVIANOS TRATADOS COM PQT 24 DOSES DE 1990-2000 EM SANTA CATARINA.

BARRETO, JA¹; NOGUEIRA, MES¹; BELONE, AFF¹; ROSA, PS¹; DIÓRIO, SM¹; VARELA, J²; CAMELLO, RS³

¹Instituto Lauro de Souza Lima, Coordenadoria de Controle de Doenças - SES/SP. ²Diretoria de Vigilância Epidemiológica – SES/SC. ³Hospital Itapuã - SES/RS. e-mail: jaisonbarreto@gmail.com

Objetivo: Reavaliar os casos de hanseníase virchoviana diagnosticados e curados entre 1990 a 2000 e seus contatos, com ênfase na verificação da cura clínica e laboratorial. **Material e Métodos:** Foram avaliados 65 casos índices (CI), 225 contatos (CC) e 03 casos por demanda espontânea. Foi realizado exame clínico, baciloscópico e sorologia anti PGL-1 (ELISA). **Resultados:** Foram detectados 08 casos novos, sendo 06 a partir de

reavaliação de comunicantes e 02 por demanda espontânea; 01 caso de recidiva de PQT 28 doses tratado em 2006 (demanda espontânea); 02 casos de reativação com comunicantes doentes (CD) e 05 CI com baciloscopia positiva (1+ a 2+). Nove CI, 25 CC e 02 CD diagnosticados entre 1990 e 2000 apresentaram sorologia anti- PGL-1 positiva. **Conclusões:** As recidivas na hanseníase virchoviana, embora raras, normalmente manifestam-se após 10 anos do término do tratamento. A reavaliação clínico-laboratorial destes pacientes e de seus contatos mostrou-se efetiva na detecção de casos de reativação, além de oportunizar o diagnóstico de contatos com doença ativa no momento atual. Indivíduos com exames laboratoriais sugestivos de doença ativa devem ser investigados detalhadamente.

Suporte Financeiro: DAHW e FPCH

PERFIL DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS.

PIRES, CAA.^{1,2}; SILVA, MNM¹; ARAUJO FILHA, TJC¹; MACEDO, GMM²; MELO, SL¹; SOUSA, MRR¹

¹Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Pará – SESPA. ²Universidade Federal do Pará – UFPA. e-mail: carlaavelarpires@bol.com.br

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, constituindo um problema de saúde pública, principalmente no norte do Brasil. O coeficiente de detecção em menores de 15 anos expressa força de transmissão recente da doença. Portanto, é um indicador sentinela para orientar onde intervir, com ações que visem à identificação e tratamento de fontes de infecção ativa e vigilância epidemiológica. **Objetivo:** Descrever a ocorrência da hanseníase na faixa etária de 0 a 15 anos na Unidade de Referência Especializada (URE) do Estado do Pará. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado através de dados coletados das fichas de notificação preenchidas nesta URE. Foram estudados 88 casos de hanseníase, em menores de 15 anos, atendidos na URE Dr Marcelo Candia, de janeiro de 2005 a Julho de 2008. **Resultados:** Dos pacientes estudados, 54,5% eram do sexo masculino, 48,9% estavam na faixa etária de 11 a 15 anos e 84,15% eram procedentes da região metropolitana de Belém. As formas clínicas predomi-

nantes foram as tuberculóides e dimorfas em 42,0% e 38,6% dos casos, respectivamente. No momento do diagnóstico, o grau de incapacidade foi avaliado em 92% dos casos e 93,8% destes casos apresentavam grau de incapacidade zero. **Conclusão:** A região norte continua sendo área de alta endemicidade para hanseníase, inclusive entre menores de 15 anos, apontando uma exposição precoce da população ao *M. leprae*. É importante que haja a descentralização do diagnóstico e do tratamento para as Unidades Básicas de Saúde, bem como uma vigilância rigorosa dos contactantes.

PROJETO DE DETECÇÃO DE CASOS DE RECIDIVA NO BRASIL: RESULTADOS DA URE MARCELLO CANDIA, PARÁ

SALGADO, CG^{1,2}; LEÃO, MR³; ARAÚJO FILHA, TJ³.

¹Laboratório de Dermato-Imunologia UEPA/UFPA/MC, Marituba/PA. ²Instituto de Ciências Biológicas – UFPA, Belém/PA. ³Unidade de Referência e Treinamento em Dermatologia Sanitária do Estado do Pará “Dr Marcelo Candia”, Marituba/PA. e-mail: csalgado@ufpa.br

A poliquimioterapia (PQT) para hanseníase contribuiu significativamente na redução do número de casos de hanseníase em todo o mundo, possui alta eficácia e baixos índices de falha terapêutica. Consideram-se como recidiva os casos que apresentam sinais clínicos de atividade da doença, que não melhoram com o uso de prednisona ou que apresentam lesões persistentes ou recrudescência após 5 anos do término do esquema PQT. Visando avaliar a magnitude deste problema no Brasil, foi proposto um estudo multicêntrico, com análise dos dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais dos pacientes com quadro de recidiva em 5 estados brasileiros, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Ceará, Amazonas e Pará, cujos pacientes foram avaliados na URE Marcello Candia, em Marituba, com os seguintes resultados: 33 pacientes incluídos, sendo 27 (81.8%) do sexo masculino e 18.2% do sexo feminino, 64% da área metropolitana de Belém, que engloba além da capital, as cidades de Ananindeua, Marituba e Benevides; o período entre o primeiro diagnóstico e a recidiva foi de 8.65 (DP: 5.10) anos; quanto as formas clínicas, nenhum caso paucibacilar (PB) recidivou como PB, nove (27.3%) casos PB recidivaram como multibacilar (MB), 23 (69.7%) casos MB recidivaram como MB, sendo mais que 70% com a mesma forma

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

clínica, e 1 (3%) caso MB recidivou como PB. Em relação ao laboratório, 23 (69.7%) casos foram positivos para o ML-Flow, e destes, 9 (39.1%) casos, 6 BT e 3 BB foram negativos na baciloscopia, enquanto que todos os 14 (42.4%) casos com baciloscopia positiva também foram ML-Flow positivos. Em 3 casos com baciloscopia positiva, foi avaliada a resistência medicamentosa pela técnica de inoculação em pata de camundongo, realizada no Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL, Baurú), e em um destes casos detectou-se resistência parcial a dapsona. O material coletado está sendo processado para análise molecular de resistência medicamentosa no serviço de hanseníase da FIOCRUZ, RJ. Os dados de todos os Estados participantes estão sendo reunidos para avaliação conjunta e discussão dos resultados obtidos.

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e pelo Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) do Ministério da Saúde do Brasil.

PROJETO INTEGRA-HANS: REINTEGRAÇÃO DE CASOS ANTIGOS NA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE

MANGUEIRA, JO¹; ALENCAR, MJF^{1,2}; NOVAES, MC³; PAIVA, RAC⁴; MELO, ILA¹; QUEIROZ, JS¹; HEUKELBACH, J¹

¹Universidade Federal do Ceará. ²Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia. ³Secretaria Municipal de Saúde de Jijoca. ⁴Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e-mail: jom_jp@hotmail.com

O Projeto Integra-Hans tem como foco integrar as ações de controle da hanseníase na rede de Atenção Básica do município de Fortaleza/CE, através da articulação entre universidades, serviços de saúde, secretaria municipal de saúde, movimento social e a ONG internacional *British Leprosy Relief Association*. No município, a maioria dos pacientes realiza tratamento em centros de referência. Uma das estratégias utilizadas é o resgate de casos diagnosticados nos anos de 2004 a 2006, residentes na área de abrangência da Secretaria da Regional III do município para avaliação quanto à presença de incapacidades físicas. O objetivo do presente trabalho foi descrever os resultados preliminares do Integra-Hans em relação aos casos antigos de hanseníase. Realizou-se identificação e análise de casos na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, seguida por capaci-

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional

tação de 08 das 16 Equipes de Saúde da Família desta área para busca e acompanhamento dos casos que necessitarem, com avaliação neurológica e funcional e exame de seus contatos. A coleta de dados foi iniciada em julho de 2008. Dos 228 casos diagnosticados foram resgatadas 17 pessoas, 82% do sexo feminino, 94% com faixa etária acima de 15 anos, 53% multibacilares, 59% com grau 0 de incapacidades, 35% com grau 1. As alterações de sensibilidade e o comprometimento dos pés 35%, foram as principais incapacidades encontradas. A ampliação das ações de controle na atenção básica e a continuidade da atenção a pessoas que realizaram tratamento é necessária devido à possibilidade do desenvolvimento de estados reacionais, progressão de incapacidades e complicações.

HANSENÍASE: AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO AUMENTAM TAXA DE DETECÇÃO EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DE MATO GROSSO DO SUL.

LUNARDI, MC

Secretaria Municipal de Saúde, Naviraí/MS, Brasil.
e-mail: mclunardi@gmail.com

A hanseníase no município de Naviraí-MS atinge níveis hiperendêmicos desde 1998, aumento expressivo após 2001, também marcado pela atenção humanizada aos doentes e familiares, qualidade da assistência, ampliação da busca de casos e mobilização social. **Objetivo:** Apresentar as estratégias utilizadas para aumentar a detecção e melhorar os indicadores do Programa de Controle da Hanseníase (PEH). **Metodologia:** Treinamento de pessoal das diferentes áreas de atuação passou a ser feito após 2000 e campanhas/mutirões de busca de suspeitos, após 2001. Mobilizações que incluíam palestras em escolas, empresas, clubes, grupos comunitários, famílias beneficiárias de programas federais, etc. além de divulgação massiva em rádios, carro de som, panfletos, cartazes, outdoors, etc. **Resultados:** Após campanhas-mutirões, os percentuais de detecção foram incrementados, passando de 62,8%/2001 para 88,9%/2006, atribuídos no último ano à ampliação para bairros de difícil acesso e zona rural. A detecção entre crianças passa de 1/12 casos (2003), mantendo-se alta, reflexo provável das ações educativas neste grupo populacional. Após 2004 as formas paucibacilares representam 50% e 70% dos de-

tectados; as deformidades físicas no diagnóstico foram menos que 5%; casos sem incapacidade física, entre 84% e 93%, reforçando o diagnóstico precoce. Exames de contatos passaram de 64% em 2002 para 95,4% em 2007 e a taxa de cura, acima de 90%. **Conclusão:** Estas ações incrementaram a detecção de casos, merecendo sua manutenção e aperfeiçoamento. Os indicadores operacionais evidenciam diagnóstico precoce, altos índices de cura e investigação de contatos, necessários para reduzir a carga física e social da doença e alcançar seu controle e futura eliminação.

HANSENÍASE EM CRIANÇAS - VALIDAÇÃO DIAGNÓSTICA EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DE MATO GROSSO DO SUL.

LUNARDI DA SILVA, MC

PMEH/GEMSAU, Naviraí/MS, Brasil. e-mail: mclunardi@gmail.com

Introdução: O município de Naviraí-MS apresentou em 2005 e 2006, alta detecção geral de hanseníase (14,1/10.000 e 16,6/10.000 hab.) e nos menores de 15 anos (7,1/10.000 e 5,4/10.000 hab.). A validação diagnóstica no grupo de menores de 15 anos pode influenciar nestas taxas devido a falsos diagnósticos. **Objetivo:** Apresentar resultado da validação diagnóstica para hanseníase entre menores de 15 anos, detectados entre 01/01/2005 a 18/04/2006 em Naviraí-MS. Metodologia: A Coordenação Nacional do Programa de Eliminação da Hanseníase assegurou a vinda de 2 médicos do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL) de Bauru-SP, para realizar validação diagnóstica que ocorreu entre 16 e 18/04/2006. Onze famílias, através de visita domiciliar foram convocadas e orientadas sobre importância do comparecimento, objetivo e local. Realizou-se exame clínico, avaliação dos prontuários e discussão de 10 casos com equipe municipal em conjunto com coordenação estadual do programa. **Resultados:** A única ausência ocorreu devido a mudança da família do município. As 10 crianças reavaliadas tiveram confirmação do diagnóstico e da forma clínica, permanecendo 9 casos paucibacilares e 1 caso multibacilar, 90% delas eram contato íntimo de casos tratados ou em tratamento. Na ocasião, os profissionais do ILSL confirmaram diagnóstico de 2 casos em adultos, familiares dos examinados. **Conclusão:** Constatou-se concordância de diagnóstico na totalidade

reavaliada, demonstrando eficiência e capacidade técnica da equipe. Estes achados reafirmam os resultados encontrados nas avaliações operacionais, indicativas de diagnóstico precoce, tratamento adequado, altos índices de cura, alto percentual de contatos examinados, além de aprimoramento das ações de educação em saúde e mobilização social.

CASUÍSTICA DO ATENDIMENTO DE REABILITAÇÃO EM HANSENÍASE DA SES-DF 2003-2008

VILLELLA, EA; DEUS, RP; PARENTE, SC; CARDOSO, JD

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

e-mail: ericvillela@terra.com.br

Objetivo: Apresentar a casuística e o modelo de atendimento dos pacientes do programa de hanseníase da SES-DF com indicação para descompressão neural, cirurgia de reabilitação e adaptação de calçados entre os anos de 2003 e 2008 feitas por equipe multidisciplinar formada a partir de curso nacional de reabilitação em hanseníase. **Método:** A equipe multidisciplinar, composta de 2 dermatologistas, 1 enfermeira, 2 fisioterapeutas, 1 ortopedista e 1 técnico em órteses se reúne e atende pacientes previamente triados 2 vezes por semana no Hospital-Dia. Os casos cirúrgicos são operados pelo ortopedista da equipe no Hospital de Base do DF, as adaptações de calçados feitas a partir de moldes tirados pela equipe são confeccionadas pelo ortesista na Oficina de Órteses e Próteses da SES e o tratamento fisioterápico é realizado pelos fisioterapeutas da equipe nos serviços de fisioterapia da Policlínica de Taguatinga e do HRAN. **Resultados:** foram realizadas de Outubro de 2003 a Setembro de 2008, 462 descompressões neurais em 184 pacientes, 69 cirurgias de reabilitação em 58 pacientes e confeccionadas 324 pares de palmilhas para 271 pacientes. **Conclusão:** o tratamento multidisciplinar dos pacientes do programa de reabilitação em hanseníase é possível e traz benefícios para a formação dos ortopedistas, dermatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e ortesistas. O paciente é o maior beneficiário com essa interação.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

CARACTERÍSTICAS DOS CASOS DE RECIDIVA EM HANSENÍASE DIAGNÓSTICADOS EM UNIDADES ESPECIALIZADAS (UE) E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) DO ESTADO DE MATO GROSSO-BRASIL (2004-2006)

FERREIRA, SBE; IGNOTTI, E; GAMBÁ, MA.

Universidade Federal de São Paulo. e-mail: jffbenev@terra.com.br

Introdução: o Estado de Mato Grosso configura em uma região hiperendêmica em casos de hanseníase. A baixa ocorrência de recidiva em hanseníase após terapêutica é considerada como um dos principais indicadores não somente para a avaliação da eficácia de um tratamento, mas, também, para a prevenção de danos neurais que possam ocasionar incapacidades físicas permanentes, com conseqüente sofrimento tanto para o indivíduo quanto para sua família. **Objetivo:** Caracterizar os casos de recidiva em hanseníase diagnosticada em unidades especializadas (UE) e unidades básicas de saúde (UBS) no Estado de Mato Grosso no período de 2004 a 2006. **Método:** Estudo transversal de todos os indivíduos notificados pelo Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN/MT) pelas UE dos municípios de Cáceres, Cuiabá, Diamantino, Rondonópolis e Várzea Grande e pelas UBS dos demais municípios do Estado, no período de 2004 a 2006. Considera-se recidiva em hanseníase, o indivíduo, que após alta do tratamento de Polioquimioterapia (PQT), desenvolve novos sinais e sintomas da doença, afastada a possibilidade de estados reacionais. Os dados foram obtidos por meio do banco de dados do SINAN/SES/MT registrados por Estado e municípios. **Resultados:** No período de 2004 a 2006 foram registrados 323 casos de recidiva em hanseníase em Mato Grosso, sendo 78 (24,1%) casos em UE e 245 (75,9%) casos em UBS. Dos pacientes estudados, 229 (70,9%) eram do sexo masculino com idade média de 42,6 anos ($\pm 15,8$; min. 12-max.84) e 94 (29,1%) do sexo feminino, com idade média de 39,6 anos ($\pm 13,3$; min. 11-max.72). Dos casos diagnosticados 65 (0,6%) eram das UE e 258 (1,3%) das UBS. A forma clínica predominante foi a Dimorfa 156 (48,3%) [$\chi^2 = 5, 219$ ($p = 0,266$)]. A baciloscopia foi negativa em 116 (35,9%) dos casos [$\chi^2 = 5, 857$ ($p = 0,053$)]. Permanecendo significativa nos pacientes MB com baciloscopia negativa 87 (32,7%) [$\chi^2 = 12,336$ ($p = 0,002$)]. **Considerações finais:** os resultados indicam maior incremento de casos de recidivas nas UBS. Isto implica em necessidade de monitoramento

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional

desses diagnósticos para a confirmação de recidiva tanto pelas coordenações do programa de hanseníase e dos serviços de vigilância epidemiológica, evitando diagnósticos errôneos e aumento da prevalência de casos no registro ativo.

CURSO: IMPLEMENTAÇÃO DAS URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS DA HANSENÍASE NA ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL (AMA) DA CIDADE DE SÃO PAULO.

MANSO, VLS^{1,2,3}; LICCO, FMC²; MARQUES, MCM²; PINHO, MER²; AMADOR, SM³; CAMPOS, AA³.

AE Dr César Antunes da Rocha. ²Supervisão Técnica de Saúde de Santo Amaro e Cidade Ademar da Coordenadoria Regional de Saúde Sul da Secretaria de Saúde da Cidade de São Paulo; ⁶Projeto Franciscanos pela eliminação da hanseníase.
e-mail: vania.manso@uol.com.br

Objetivo: Educação permanente sobre as urgências e emergências da hanseníase aos profissionais de saúde das 6 AMAs - Cidade Ademar/ Pedreira, São Paulo.

Justificativa: Na hanseníase, os episódios reacionais, efeitos adversos das medicações e/ou co-morbidades das doenças associadas motivam a busca aos serviços de atendimento imediato. **Metodologia:** aulas teóricas-práticas para os profissionais médicos plantonistas, enfermeiros e Responsáveis Técnicos (RT) das AMAs. Questionários de avaliação pré e pós-aulas. Multiplicação das informações pelos RTs aos plantonistas e interlocução com a médica responsável do AE. **Resultados:** iniciado em agosto de 2008, após 2 meses foram feitas 4 suspeições com 1 emergência, hanseníase multi-bacilar e eritema nodoso hansênico grave. As demais foram reavaliadas como psoríase, hérnia de disco e síndrome do túnel do carpo. Eritema nodoso hansênico necrotizante, anemia hemolítica à dapsona e suspeita de hepatite medicamentosa obtiveram suporte clínico nas AMAs. **Conclusão:** essa nova ferramenta de educação permanente aos profissionais de pronto atendimento da saúde é uma estratégia inovadora para o controle sustentável da hanseníase e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com hanseníase.

Colaboração: Projeto Franciscanos pela Eliminação da hanseníase.

CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA HANSENÍASE EM PERNAMBUCO.

MALAGÓN, AJLG; ALVES, CKA

Universidade Católica de Pernambuco. e-mail: ajulia@gmail.com

A Hanseníase, doença crônica transmissível causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que apresenta preferência por nervos periféricos e pele, continua sendo um importante problema de saúde pública no mundo e no Brasil. Pernambuco ocupa a segunda colocação na região Nordeste possuindo como Centro de Referência Estadual, o Hospital da Mirueira, local de coleta de dados desta pesquisa. O objetivo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no ambulatório em 2005. Trata-se de estudo epidemiológico descritivo mediante levantamento de registros dos 147 atendimentos realizados, excluídos 35 prontuários que não estavam no setor. Utilizaram-se medidas de frequência absoluta e relativa para analisar os dados. Dos prontuários analisados, 53,27% eram de pessoas do sexo masculino. Em 77,58% os pacientes estão na faixa etária entre 13 e 60 anos e 5,6% entre 5 e 12 anos, demonstrando que crianças convivem com adultos com a forma transmissível da doença e estão sem tratamento ou o fizeram de forma incorreta. A forma clínica predominante foi a Indeterminada (36%) seguida da Virchowiana (21%) o que significa, no primeiro caso, que o diagnóstico está sendo precocemente, havendo, portanto, melhora nas ações realizadas para controle da doença. Por outro lado, o segundo caso indica que mesmo com as melhoras, ainda existem falhas na detecção da doença. Também observou-se que Hospital atende pessoas de todo o Estado, porém a maior demanda de atendimento foi das cidades de Abreu e Lima, Paulista e Igarassu, respectivamente. Não foi possível saber os motivos que levaram os usuários a procurarem esta instituição para tratamento.

ANÁLISE DA DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS CASOS DE RECIDIVA DIAGNOSTICADOS EM UNIDADES ESPECIALIZADAS E UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO ESTADO DE MATO GROSSO.

FERREIRA SBF^{1,2}; IGNOTTI E³; XAVIER DR³; GAMBA, MA⁴

Universidade de Cuiabá. ²SMS/Cuiabá. ³Universidade Estadual de Mato Grosso. ⁴Universidade Federal de São Paulo.
e-mail: jffbenev@terra.com.br

Introdução: O Estado de Mato Grosso situa-se como região hiperendêmica em Hanseníase. A análise de distribuição territorial do número de casos da ocorrência de recidiva facilitará a compreensão deste evento para o planejamento de ações de controle da doença. **Objetivo:** Descrever a distribuição territorial de casos de recidiva e identificar a sua proporção por unidades especializadas (UE) e unidades básicas de saúde (UBS). **Método:** Os dados foram baseados nos registros do SINAN-hansen/MT no período de 2004 a 2006. O percentual de recidivas em hanseníase foi definido como: número de recidivas dos anos pesquisados dividido por todas as entradas do mesmo ano para tratamento de hanseníase multiplicado por 100. A distribuição geográfica dos registros de recidiva foi realizada por meio dos softwares Tabwin e Terraview. **Resultados:** Dos 323 casos de recidiva, 229 (70,9%) eram do sexo masculino com idade média de 42,6 anos ($\pm 15,8$; min. 12- max.84) A forma clínica mais predominante foi a Dimorfa 31 casos (19,9%) e 125 (80,1%) nas UE e UBS respectivamente [5,219 (0,266)]. A diferença do percentual de recidiva foi duas vezes maior nas UBs em relação as UE. Do total de 90/139 municípios registraram casos de recidiva com percentual de 64,7%. Deste, 13 (14,4%) apresentam acima de cinco casos. Sendo 11/86 municípios com registros de pacientes multibacilares com percentual de 12,3%. **Conclusão:** o alto percentual de casos diagnosticados por recidiva do Estado de Mato Grosso nas UBs sugere a necessidade de maior acurácia diagnóstica antes da notificação e tratamento desses indivíduos.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

LEVANTAMENTO DOS CASOS DE HANSENÍASE SEGUNDO SEXO, CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL E AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA NO DIAGNÓSTICO E NA CURA, CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, 2001 - 2007.

ALMEIDA, SAD¹; BERNARDES, CA²

¹Programas de Controle da Hanseníase e da Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde Pública. ²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande/MS, Brasil.
e-mail: tbhansen@pmcg.ms.gov.br

Introdução: As avaliações epidemiológicas e operacionais constituem valioso instrumento, pois possibilitam o conhecimento da situação do agravo e desta forma elege prioridades e direcionam as ações. **Objetivos:** Caracterizar os casos de hanseníase por sexo e classificação operacional; Descrever o número de casos avaliados quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico e na cura; Identificar as estratégias para a melhoria da avaliação das incapacidades físicas dos casos detectados. **Metodologia:** Estudo de série de casos, descritivo e retrospectivo, de corte transversal, com levantamento de dados secundários dos casos notificados de hanseníase. Os dados referentes a: sexo, classificação operacional, avaliação do grau de incapacidade física, foram coletados nos registros do Programa de Controle da Hanseníase da Secretaria Municipal de Saúde Pública, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Notificados 1.107 casos, destes 662 (59,8%) do sexo masculino e 567 (51,2%) multibacilares. Quanto ao grau de incapacidade física no diagnóstico, 933 (84,0%) foram avaliados. No mesmo período 1.108 casos receberam alta por cura e 133 avaliados no grau de incapacidade física, 12,0% do total. **Conclusão:** Predominância de casos do sexo masculino. A proporção de multibacilares no diagnóstico na forma clínica polarizada. Há estabilidade de avaliação no momento do diagnóstico, no parâmetro descrito como regular (75 – 90%) segundo normas do Programa Nacional de Controle de Hanseníase. Observa-se incremento na qualidade no momento da cura, enfatiza-se necessidade de continuidade nas ações para implementar a avaliação. Ressalta-se avaliações sistemáticas na contribuição da melhoria da qualidade da saúde pública.

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional *Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional*

PERFIL CLÍNICO-LABORATORIAL DE PACIENTES DA CASA DE SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS (CSSFA) BAMBUÍ, MINAS GERAIS, INTERNADOS DE 1943 ATÉ 1998.

RAMON, JOD; ENIO, RPP; VERÔNICA, LD
FHEMIG. e-mail: ssfa.direcao@fhemig.mg.gov.br

Introdução: A “desospitalização” dos hansenianos constitui desafio da reorganização da saúde pública no Brasil face ao aspecto milenar do estigma da hanseníase. O tratamento e o controle ambulatorial constituem práticas adequadas que exigem conhecimento de efeitos colaterais e controle próximo do hanseniano até sua cura. **Objetivo:** Avaliar o perfil clínico-laboratorial dos hansenianos da CSSFA, discutindo a importância dos exames complementares no diagnóstico e controle da doença. **Pacientes e Métodos:** Estudo descritivo de 237 hansenianos na CSSFA, de 1943 até 1998, utilizando Fichas Epidemiológicas e Clínicas, que constituíram banco de dados analisado pelo programa Epi-Info versão 6.04b. Foram analisados os exames: 1. Bacilo Ácido Resistente (BAAR); 2. Histologia das lesões; 3. ECG (Eletrocardiograma); 4. Glicemia; 5. Uremia; 6. Creatinemia; 7. Velocidade de hemossedimentação (VHS); 8. Exame parasitológico de fezes (EPF); 9. Exame de urina rotineira; 10. Hemograma. **Resultados:** O hemograma e hemossedimentação estavam normais em dois terços dos pacientes. A glicemia, uremia, creatinemia estavam normais em 90% dos pacientes. O ECG estava alterado em 56,5% dos pacientes. O BAAR era positivo em 31,3% dos pacientes, e encontrados: *Strongiloides stercoralis*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba coli* e *histolytica*. O exame de urina estava alterado em 75,2% dos pacientes. A histologia foi necessária para estabelecer diagnóstico em 9,2% dos pacientes. **Conclusão:** O exame dermatoneurológico é fundamental para o diagnóstico da hanseníase, os exames complementares ajudam no encontro do agente etiológico e no controle do paciente.

REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: ONDE ESTÃO OS NÓS?

KELLY-SANTOS, A¹; TORRES, NS²; PEREIRA, RMO¹; BRAN-DÃO, FS³; MELLO, MGS⁴.

¹Fundação Oswaldo Cruz. ²Instituto Brasileiro de Inovação Social em Saúde/IBISS. ³Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. ⁴Universidade Federal do Rio de Janeiro.

e-mail: adrianakellyminas@hotmail.com

Apesar dos esforços na descentralização das ações de Hanseníase na Atenção Básica ainda identifica-se a demanda de atendimentos de baixa complexidade à alguns Centros de Referência do município do Rio de Janeiro. Investiga-se aqui os motivos da demanda, oriunda da Baixada Fluminense, a três Centros de Referência do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa operacional, realizada de janeiro de 2006 a junho de 2007, com base nas fichas da triagem e prontuários de pacientes atendidos nos três Centros; entrevistas abertas com profissionais do Programa de Hanseníase do município que mais encaminham; grupo focal com pacientes de hanseníase atendidos nos três Centros. Analisaram-se 1035 documentos dos três Centros, identificando-se o predomínio de encaminhamentos do município de Duque de Caxias, com 105 pacientes (26,93%), oriundos de Unidades de Referência e de hospitais (71,43%), seguido pela procura espontânea (17,14%). A principal demanda refere-se à confirmação diagnóstica, a qual está associada: a postura dermatologista-centralizadora dos serviços locais, o desconhecimento da população dos serviços locais e a referência histórica dos três Centros no tratamento da hanseníase. Prevalence a informalidade nos encaminhamentos. Já a contra-referência é formal e acontece em 70% dos casos. Conclui-se a necessidade de instituir ou reforçar um protocolo de atendimentos e de encaminhamentos para os centros de referência de Caxias seguindo os critérios para o fluxo de referência e contra referência junto aos três Centros do Rio de Janeiro.

HANSENÍASE EM MENORES DE QUINZE ANOS NA 21ª CERES – CE

NEVES, FPB¹; CUNHA, FMB²

¹Programa de hanseníase da Secretaria Municipal de Saúde de Barbalha-CE. ²Universidade Federal do Ceará - Faculdade de Medicina de Barbalha. e-mail: fpbritoneves@hotmail.com

A Hanseníase, no Ceará, tem uma tendência de expansão na faixa etária menor de quinze anos. O **objetivo** deste trabalho é avaliar o perfil da hanseníase em menores de quinze anos, através de indicadores epidemiológicos e operacionais, no período de 1996 a 2006. **Material e Métodos:** Trata-se de estudo transversal de natureza descritiva, realizado a partir das fichas de notificação (SINAN), no período de 10 anos. Foi criado um roteiro e preenchido com informações relacionadas ao número de casos, sexo, idade, classificação clínica e operacional, avaliação de incapacidades na notificação e cura, tipos de alta, modo de diagnóstico, prevalência, detecção e município de origem. Os resultados foram transformados em percentuais. **Resultados:** Foram encontrados 3.135 pacientes, destes 198 (6,3%) menores de quinze anos. Predominou: o sexo masculino (56%); faixa etária de 10 a 14 anos (75%); forma paucibacilar (75%); classificação Indeterminada (39%); avaliação de incapacidades grau 0 na notificação e cura, embora tenha casos grau I (13%) e II (3%); alta por cura (88%); modo de diagnóstico por demanda espontânea (59%); A detecção variou entre 2,71 a 0,89 (hiperendêmica à endemicidade alta). A prevalência passou de 12,89 a 5,07 (muito alta a alta) e Juazeiro do Norte com maior número de casos (87%). **Conclusão:** Apesar das ações governamentais, a descentralização do programa de Hanseníase para Assistência Básica de Saúde, nesta CERES, ocorrida em 2000, não está sendo satisfatória. Comprova este fato a existência de casos multibacilares em menores de quinze anos, o número de diagnósticos diminuindo progressivamente numa área com endemicidade alta, apesar de capacitações médicas e campanhas educativas.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

NORMALIZAÇÃO DO REFLEXO VASOMOTOR CUTÂNEO PARA AVALIAÇÃO DE DISAUTONOMIA PERIFÉRICA EM HANSENÍASE.

ILLARRAMENDI, X; BAKKER, M; SALES, AM; VITAL, R; NERY, JAC; JARDIM, MR; SAMPAIO, EP; OSKAM, L; SARNO, EN.

Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. Real Instituto Tropical (KIT), Amsterdam, Holanda. e-mail: ximenill@ioc.fiocruz.br

Introdução: Na neuropatia hansênica, a função autonômica pode estar alterada isoladamente ou junto às funções sensitiva e motora. A fluxometria por LASER-Doppler (FLD) permite a avaliação não invasiva da função autonômica e detectar anormalidades focais, mas tem sido pouco utilizada na hanseníase. **Objetivo:** Avaliar a vasoconstricção reflexa em um grupo de controles para obter dados de normalização para estabelecer padrão de alteração em pacientes e contatos. **Método:** Foram avaliados 149 pacientes, 577 contatos e 163 controles entre 12-65 anos. Excluíram-se indivíduos com outras causas de neuropatia periférica. O reflexo vasomotor (RVM) cutâneo dos membros superiores foi examinado com o fluxometro por LASER-Doppler (PERIMED®). Utilizou-se a inspiração profunda e rápida para produzir a resposta simpática cutânea e medir a função autonômica periférica. **Resultados:** A mediana (interquartil) da porcentagem de vasoconstricção medida nos segundos quirodátiles (esquerdo=82,81% (73,4-88,2) e direito=81,44% (67,3-88,6)) foi menor que nos quintos quirodátiles (esquerdo=88,53% (82,7-93,0) e direito=88,13% (82,3-92,5)). O RVM foi principalmente influenciado pela idade ($p=0,0092$), tabagismo ($p=0,0001$), pressão arterial sistólica ($p=0,008$), uso de anti-hipertensivo ($p=0,045$), e ciclo menstrual ($p=0,0025$). O RVM foi significativamente diferente entre os grupos para todos os locais avaliados ($p=0,0001$). A mediana da porcentagem de vasoconstricção de todos os quirodátiles nos pacientes (74,3%) foi menor que a dos contatos (80,35%) e nestes, menor que dos controles (84,11%). **Conclusão:** Vários parâmetros influenciam o RVM e devem ser controlados para a análise de dados dos casos investigados. A disautonomia periférica foi evidenciada em pacientes e contatos usando a FLD, mas não permitiu discriminar entre infecção e doença.

Suporte financeiro: FIOCRUZ-FAPERJ, e NLR

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional

RELAÇÃO DA DISAUTONOMIA PERIFÉRICA E SOROLOGIA NO ADOECIMENTO DE COMUNICANTES

ILLARRAMENDI, X¹; SALES, AM¹; VITAL, R¹; BAKKER, M²; PEREIRA, RMO¹; BUHRER-SEKULA, S²; WILDER-SMITH, A³; NERY, JAC¹; OSKAM, L²; SAMPAIO, EP¹; SARNO, EN¹.

¹Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ. ²KIT, Amsterdam, Holanda. ³Departamento de Doenças Infecciosas, Hospital Tan Tock Seng, Cingapura. e-mail: ximenill@ioc.fiocruz.br

Introdução: O diagnóstico precoce de hanseníase é essencial para o tratamento e controle da doença e suas seqüelas. O reflexo vasomotor (RVM) avalia as fibras nervosas amielínicas que são as primeiras a serem atingidas na hanseníase. A presença de anticorpos anti-PGL-I indica infecção recente. **Objetivo:** Avaliar fatores de risco de adoecer em contatos de pacientes multibacilares. **Método:** Foram acompanhados 161 contatos de pacientes multibacilares no Ambulatório Souza Araújo, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. O RVM foi determinado pela fluxometria de LASER-Doppler. A presença de anticorpos anti-PGL-I testou-se através do ML-flow em amostra de soro. **Resultados:** De um total de 578 contatos, 161 tiveram pelo menos uma reavaliação. Diagnosticou-se hanseníase em 8 contatos, obtendo-se uma incidência de 16,2/1000 pessoas-ano. A incidência nos contatos com qualquer teste alterado foi de 19,7/1000 pessoas-ano e naqueles com exames normais foi de 14,7/1000 pessoas-ano. No grupo com ambos os testes alterados nenhum paciente foi diagnosticado, mas só foram avaliadas 21 pessoas-ano. Dos 410 contatos que tiveram RVM normal no ingresso, 17 desenvolveram alteração. A incidência de alteração foi de 55,7/1000 pessoas-ano (95% CI: 34,6-89,5) e foi maior entre os contatos soropositivos no início ($p=0,09$). **Conclusões:** Observou-se uma elevada incidência de adoecimento em contatos sadios no momento do diagnóstico do caso índice apesar da imunização com BCG e do tratamento do caso índice. Nesta amostra, a alteração nos testes de RVM e ML-flow não constituíram-se fatores de risco dependentes de adoecimento.

Suporte financeiro: FIOCRUZ-FAPERJ, NLR

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE DO CEARÁ NO PERÍODO DE 2001 A 2007.

SOARES, GMMM, TAVARES, CM; MARTINS, TA; PESSOA, MLL; CARIOCA, SM

Programa Estadual de Controle da Hanseníase – PECH- Secretaria Estadual de Saúde COPROM-NUPREV-NUVEP, Ceará, Brasil.

e-mail: gerlania@saude.ce.gov.br

Objetivo: Analisar a situação epidemiológica da hanseníase no Ceará no período de 2001 a 2007. **Materiais e**

Métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo e analítico de uma série histórica de casos de hanseníase nos últimos 07 anos. Utilizou-se relatórios do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Estado, do período de 2001 a 2007. A análise da cobertura dos serviços de saúde foi respaldada em documentos técnicos e regulamentações de procedimento da área técnica de hanseníase. **Resultados:** Os dados avaliados demonstram uma detecção em todas as idades e em menores de 15 anos consideradas como muita alta. No último ano avaliado (2007) encontramos um percentual de cura de 89%, considerado regular segundo os parâmetros do Ministério da Saúde. A evolução dos casos novos de hanseníase avaliados quanto ao grau de incapacidades físicas demonstraram um aumento de 90% na avaliação no diagnóstico, porém no momento da cura necessitamos melhorar essa avaliação que tem alcançado um percentual inferior a 50% dos casos. A cobertura dos serviços de saúde demonstrou um indicador de 89,6%, porém somente 82% dos 184 municípios notificaram casos de hanseníase em 2007.

Conclusão: Tendência crescente da detecção da endemia hanseníase no período de 2001 a 2007 de 7%; Aumento nos coeficientes de detecção em menores de 15 anos na série histórica 2001 - 2007 em 8,6%; Selecionados 21 municípios cearenses que respondem por 66% da carga da doença no Estado, com objetivo de intensificar as Ações de Controle para Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública; Municípios notificantes 83% e 17,4% silenciosos.

Suporte Financeiro: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

INDICADORES DE SAÚDE BUCAL DOS PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE - URE DR. MARCELLO CANDIA MARITUBA-PA.

SANTIAGO, RSDAC^{1,2}; BARROSO, RFF³; SALGADO, CG⁴

¹Laboratório de Dermatologia-Imunologia UEPA/UFPA/MC, Marituba/PA. ²Campus Universitário de Castanhal - UFPA, Belém/PA. ³Faculdade de Odontologia - UFPA, Belém/PA. ⁴Instituto de Ciências Biológicas - UFPA, BelémPA. e-mail: betasant@ufpa.br

Avaliar o perfil epidemiológico de saúde bucal de pacientes portadores de hanseníase em PQT da URE Dr. Marcello Candia Marituba-Pa através dos indicadores: ICPOD (índice de dentes cariados, perdidos e obturados), IPV (índice de placa visível), ISG (índice de sangramento gengival) e mensuração do fluxo salivar e da capacidade tampão pelo pH salivar. A amostra foi de 40 pacientes submetidos à análise das condições bucais e coleta estimulada de saliva, obtendo-se o fluxo salivar (FS) e a capacidade tampão mensurada pelo pHmetro, e posterior intervenção clínica preventiva, como controle de placa bacteriana e orientações de higiene bucal. Os resultados obtidos mostraram o ICPO médio de 10,7 elementos dentários comprometidos por indivíduo, o IPV de 68,1% de pacientes com 51% ou mais da superfície dentária com placa bacteriana, o ISG de 54,5% de pacientes com 0-25% da superfície dentária com sangramento gengival, 26,3% dos pacientes apresentaram FS<0,7ml/min e o pH salivar variou de 6.16 a 7.34. Conclui-se que o ICPO = 10,7 é de altíssima prevalência para cárie dentária, o IPV = 68,1% (51% ou mais da superfície) e ISG = 54,5% (0-25% da superfície), devem-se a falta de higiene bucal com severo acúmulo de placa bacteriana e formação de cálculo, quanto aos aspectos salivares, 26,3% dos pacientes apresentaram hipossalivação, o que pode está associado ao uso prolongado de medicação e alterações psicológicas em virtude da hanseníase e o pH salivar não foi alterado, obtendo-se a capacidade tampão normal em todos avaliados, ou seja, pH acima de 5.5.

Suporte Financeiro: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA), e Financiadora de Estudos e Projetos do Governo Federal, Ministério da Ciência e Tecnologia (FINEP 1460/03).

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

PERFIL DOS PACIENTES DE UM AMBULATÓRIO REFERÊNCIA NACIONAL PARA HANSENÍASE

HACKER, MA; SALES, AM; NERY, JA ILLARRAMENDI, X; DUPPRE, NC; ALBUQUERQUE, ECA; RANGEL, E; SARNO, EN. Laboratório de Hanseníase, Instituto Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. e-mail: marianah@ioc.fiocruz.br

Objetivos: Comparar o perfil epidemiológico de pacientes de hanseníase do Ambulatório Souza Araújo (ASA)- FIOCRUZ (Rio de Janeiro) nas décadas de 1988-1997 e 1998-2007 com os dados do SINAN no estado do Rio de Janeiro e principais municípios de residência dos pacientes do ASA (Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti e Belford Roxo). **Material e Métodos:** A proporção de casos com idade inferior a 15 anos, proporção de casos multibacilares (MB) e o grau de incapacidade foram comparados. Os dados disponíveis no SINAN referem-se aos casos registrados até 2006. **Resultados:** A proporção de casos com idade menor de 15 anos nos 2 períodos analisados, entre os casos do ASA foi de 13,5% e 10,3%, e de 11,7% e 6,5% entre os casos do estado, e nos municípios selecionados foi de 10,8% e 6,3%. A proporção de casos MB no ASA foi de 50,4% e 44,2%, no estado foi de 76,1% e 52,9%, e de 71,7% e 51,0% nos municípios selecionados. A proporção de casos com incapacidade (grau I e II) e no ASA foi de 32,4% e 35,1% e 40,8% e 25,2% no estado, e de 41,7% e 24,0% nos municípios selecionados. **Conclusões:** Redução de casos MB pode indicar possível melhoria no diagnóstico. A maior proporção de casos com incapacidade entre os pacientes do ASA, possivelmente indica clientela de casos mais graves, ou sub-avaliação nas unidades básicas. O exame sistemático dos contatos dos pacientes do ASA favorece detecção precoce, podendo justificar a maior proporção de casos menores de 15 anos.

FATORES ASSOCIADOS AO ADOECIMENTO EM CONTATOS DE PACIENTES COM HANSENÍASE.

SALES, AM¹; DUPPRE, NC¹; HACKER, MA¹; NERY, JAC¹; PENNA, MLF²; LEON, ACP¹; SARNO, EN¹

¹Laboratório de Hanseníase – IOC/Fiocruz-RJ. ²Instituto de Medicina Social – UERJ. e-mail: amsales@ioc.fiocruz.br

Introdução: As estratégias de ações de controle da hanseníase no Brasil incluem o diagnóstico precoce de

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional *Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional*

casos novos, a vigilância de contatos desses pacientes. **Objetivo:** Avaliar a associação entre características dos casos índices de hanseníase, assim como as de seus contatos e o aparecimento de casos novos nesse grupo. **Métodos:** Foram analisados 6.158 comunicantes, provenientes de 1201 casos índices, acompanhados no Laboratório de Hanseníase – Fiocruz / RJ, entre 1987 e 2007. Foram estudadas variáveis sócio-demográficas dos pacientes e seus contatos, variáveis epidemiológicas, como número de pessoas, tempo e tipo de convivência, relação de consangüinidade, presença de cicatriz e vacina BCG, assim como o tempo decorrido entre o diagnóstico do caso índice e o exame do contato e variáveis relacionadas aos casos índices, como baciloscopia e grau de incapacidade. Para análise estatística foi utilizada a regressão logística multinível. **Resultados:** A proporção de casos de hanseníase entre os contatos foi de 7,3% (448/6158). Após ajuste para fatores dos comunicantes e dos casos índices, o tempo de convivência maior que 10 anos, convívio intradomiciliar, tempo entre o diagnóstico do caso índice e o exame de contato maior que 1 ano mostraram associação com o desfecho. A presença da cicatriz de vacina BCG, assim como a vacina BCG, permaneceram significativamente associadas à proteção. Entre as variáveis do segundo nível, a baciloscopia foi o fator mais importante no adoecimento do contato. **Conclusões:** O exame imediato dos contatos, principalmente os de pacientes com baciloscopia positiva, visando o diagnóstico precoce constitui fator de extrema importância para o controle da hanseníase.

PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DO RJ.

MOLLERI, HA¹; TARDIN, RT²; LOPES, MEV²; LINO, CRG³; NOVAES, A⁴; ALENCAR, MJF⁴; GOMIDE, M³; HINDERS, D⁵ Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária, Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro/RJ. ²Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. ³Instituto de Estudos em Saúde Coletiva/Universidade Federal do Rio de Janeiro. ⁴Universidade Federal do Ceará. ⁵Consultor/NLR Brasil. e-mail: melopes@rio.rj.gov.br

Objetivo: Descrever a funcionalidade e a integração dos serviços de prevenção e tratamento de incapacidades físicas na rede de assistência à hanseníase no muni-

cípio do Rio de Janeiro (MRJ). **Metodologia:** Pesquisa descritiva, quali-quantitativa, baseada em entrevistas e questionários aplicados a gestores e profissionais dos três níveis de complexidade e na identificação das leis e normas vigentes relacionadas à atenção a hanseníase. **Resultados:** Na pesquisa documental, verifica-se que é priorizada a atenção básica, sem clareza do que compõe a média complexidade. Os profissionais de reabilitação não são previstos pelo Ministério da Saúde para compor as equipes do Programa de Controle da Hanseníase (PCH), além da inexistência no SIA/SUS/MS de procedimentos específicos de PI. Identificou-se pouca formalização nas ações de nível terciário, bem como dificuldades de internação clínica de intercorrências, de realização de neurolises e cirurgias de reabilitação. Há oferta de serviços para a baixa e média complexidade, com atividades técnicas implantadas além do normatizado pelo MS. Há conhecimento dos profissionais sobre o perfil da oferta das referências e o sistema de referência e contra-referência funciona de forma razoável, entre os três níveis de atenção. **Conclusões:** No PCH do MRJ foram feitos investimentos que levaram à oferta de procedimentos de prevenção, tratamento e reabilitação física para os níveis de baixa e média complexidade, com atuação de equipe mínima e profissional de reabilitação. No entanto, a falta de diretrizes claras para as ações de média e alta complexidade representam uma ameaça à sustentabilidade dessas ações. Identifica-se a necessidade de investimentos na alta complexidade.

HANSENÍASE VIRCHOWIANA EM UM ESTADO DE BAIXA ENDEMIA

KÖCHE, B; POZIOMCZYK, CS; BECKER, FL; CRESTANA, L; GORELIK, M; EIDT, LM; CAMPOS, LC; FREITAS, M
Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Porto Alegre, Rio Grande do Sul. e-mail: leidt@bol.com.br

A taxa de prevalência da Hanseníase no Brasil é bastante variável, oscilando entre 0,4 a 17 casos por 10.000 habitantes (2001). As Regiões Norte e Nordeste apresentam as mais altas taxas de prevalência, concentrando maior parte dos casos. Estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul já eliminaram a hanseníase como problema de saúde pública, segundo os critérios da OMS. História e

manifestações: Paciente masculino, 59 anos, branco, viúvo, vendedor, procedente de Porto Alegre. Lesões papulosas, pruriginosas, há 1 ano, inicialmente em membros inferiores com extensão para o tronco e membros superiores. Relatava parestesia em região plantar à D. Exame Físico: Nódulos eritemato-violáceos em membros superiores, tronco e membros superiores. Pele apresentando espessamento difuso e xerodermia. Madarose bilateral. Pavilhões auriculares infiltrados. Espessamento à palpação em segmento de nervo radial direito e esquerdo. Diminuição de sensibilidade na área entre os dois metatarsianos e calcâneos. Exames complementares: Baciloscopia: lóbulo direito: IB4, cotovelo esquerdo: IB5, lesão dorso: IB4, lesão nádega: IB 4; 2% bacilos íntegros, 98% bacilos fragmentados e granulados, presença de globias pequenas e médias. Foram iniciados PQT-MB e acompanhamento. Conclusão: importância de manter a vigilância epidemiologia e a suspeição clínica em Estados de baixa endemia, possibilitando o diagnóstico e o tratamento precoces para a interrupção da cadeia epidemiológica e a prevenção das incapacidades físicas.

AValiação de contatos de casos novos de Hanseníase na perspectiva dos usuários e profissionais de saúde do Estado do Tocantins

FERREIRA, AC¹; SULEIMAN, CBC²; SILVA, LFM³; SILVA, SMM⁴; HEUKELBACH, J⁵.

¹Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, Palmas/TO. ²Hospital de Doenças Tropicais, Araguaína/TO. ³Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, Palmas/TO. ⁴Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), Palmas/TO. ⁵Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza/CE.
e-mail: adriana@saude.to.gov.br

Objetivo: Identificar os fatores que contribuem para a baixa cobertura da avaliação de contatos de pacientes com hanseníase, na perspectiva dos usuários e dos profissionais de saúde, no Tocantins. **Metodologia:** Estudo transversal, desenvolvido em nove municípios do Tocantins. Foram incluídos os casos novos diagnosticados ≥ 3 meses antes do início da coleta de dados. Aplicação de questionários pré-testados com perguntas abertas e fechadas, aplicados aos pacientes, contatos e profissio-

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

nais de saúde. **Resultados:** Em total, foram incluídos 74 pacientes, 172 contatos e 77 profissionais. Embora 68 (91.9%) dos profissionais tenham informado a necessidade de levar seu familiar à unidade de saúde, 10 (55.6%) não os levaram. A informação sobre a importância de ir à unidade estava de forma independente, associada à ida do contato para a unidade (OR= 35.52; p=0.001). A conduta profissional não diferiu com relação a tratar o paciente na unidade (p=0.07) ou encaminhar à unidade de referência (p=0.2). O registro de contatos no SINAN não correspondeu à realidade: mais de 30% destes não foram examinados e apenas 39,7% dos registrados correspondiam ao número de contatos verdadeiros. **Conclusão:** Para o controle da hanseníase como problema de saúde pública é necessário aumentar a proporção de contatos examinados; há perda de diagnósticos com a não avaliação dos contatos dos pacientes PB; as capacitações não atendem as necessidades de conduta dos profissionais não reflete a realidade.

Suporte Financeiro: NLR Brasil "Netherlands Leprosy Relief do Brasil" e Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

OFICINA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO: UMA FERRAMENTA PARA MELHORIA DO CONTROLE DA HANSENÍASE.

ALÊNCAR, OM¹; BENJAMIM, D¹; PATROCLO, MAA²; SANTOS, EM²; CRUZ, M²; COUTINHO, T²

¹Programa Nacional de Controle da Hanseníase-PNCH/DEVEP/SVS/MS. ²Escola Nacional de Saúde pública- ENSP-LASER/DENSP/FIOCRUZ. e-mail: olga.alencar@saude.gov.br

Introdução: o presente trabalho tem como objetivo apresentar os resultados das oficinas de monitoramento e avaliação (M&A) realizadas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) no período de julho de 2007 a julho de 2008. **Objetivos:** implementar o M&A na gestão do programa de hanseníase em todo o país; promover a uniformização da linguagem em M&A e plano de ação no PNCH. **Metodologia:** baseia-se na pedagogia da problematização- participativa, com desconstrução e construção de conceitos, a partir do conhecimento prévio dos participantes. Para a coleta de dados utiliza-se um formulário estruturado que é preenchido após cada oficina pelos monitores. Para

Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional *Epidemiologia e Controle, Pesquisa Operacional*

avaliar os participantes e seleção de monitores utiliza-se um instrumento de avaliação com critérios previamente definidos. Para avaliar a oficina, sob a ótica do participante, utiliza-se também um instrumento específico. **Resultados:** foram realizadas, no período supracitado, 10 oficinas, que contaram com a participação de 375 profissionais que atuam nos municípios prioritários e nos Estados das cinco regiões do País. Assim, dos 375 participantes das oficinas foram selecionados 46 profissionais, sendo que 17 já atuaram como monitor em pelo uma oficina. Dos 27 estados brasileiros 25 já foram capacitados nas ações de M&A, que corresponde a 221 municípios prioritários e 84% dos profissionais capacitados atuam nos estados da Amazônia legal, área esta onde há uma maior concentração dos casos. **Conclusão:** trata-se de uma ferramenta para o acompanhamento das ações de controle da hanseníase, com vistas à melhoria do programa e uma estratégia efetiva para qualificar os profissionais das coordenações estaduais e municipais de saúde do SUS.

Suporte financeiro: MS/SVS/PNCH; OPAS

REDUÇÃO DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS: ESFORÇO PARA ALCANÇAR A META EM 2011

OLIVEIRA, MLW; BENJAMIM, D; SENA, S; SEVALHO, G; MORELO, E; LEBOEUF, MA; PENNA, ML

Programa Nacional de Controle da Hanseníase-PNCH/DEVEP/SVS/MS. e-mail: maria.leide@saude.gov.br

Introdução: A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, mas ainda em patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Desde 2007, o PNCH instituiu o indicador de detecção em menores de 15 anos para o monitoramento da endemia no País e propõe reduzir a doença em menores de 15 anos. **Objetivos:** reduzir em 10% a hanseníase em < de 15 anos, no Brasil, até 2011. **Metodologia/estratégias:** estudo de tendência da doença em menores de 15 anos; fomento a advocacia em prol da vigilância de contatos em < de 15 anos em todo o país, com vistas à identificação de focos ativos da doença; divulgação da importância do exame dos conviventes intradomiciliares e melhora da acurácia diagnóstica em crianças. **Resultados:** o estudo de tendência (1994-2007)

revela queda na detecção geral da hanseníase sendo a velocidade relativa de redução, menor para o total de casos do que para menores de 15 anos, o que é coerente com a hipótese de que esta queda reflita de fato uma queda da incidência real de hanseníase. O percentual de casos novos em menores de 15 anos em 2007 correspondeu a 7,6% do total anual registrado no país. O maior percentual foi referente à região Norte, 9,9%, seguida da região Nordeste, 8,6%, e das regiões Sudeste e Centro-Oeste, ambas com o mesmo percentual de 5,6%. Na região Sul foi registrado o menor percentual, tendo os casos em menores de 15 anos alcançado 1,9% do total de casos.

Conclusão: os dados epidemiológicos apresentados, a potencialidade do SUS e a possível existência de diagnósticos falso-positivos permitem inferir pela obtenção da meta em 2011. Para tanto é preciso a colaboração de todos para que se institua a hanseníase em menores de 15 anos como um evento sentinela indesejável para todos os gestores municipais.

Suporte financeiro: MS/SVS/PNCH; SES/SMS/ Organizações parceiras

História, Ciências Sociais, Educação em Saúde History, Social Sciences, Health Education

AValiação de Resultados do Projeto “AJUDANDO PESSOAS DE BAIXA RENDA A ALCANÇAR SEUS DIREITOS HUMANOS NO ESTADO DO CEARÁ”

ZAMORA, ARN; LIMA, KRR; ROBLES, PA

Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

e-mail: zamorabrasil@gmail.com

Objetivos: Investigar os resultados alcançados pelo projeto “AJUDANDO PESSOAS DE BAIXA RENDA A ALCANÇAR SEUS DIREITOS HUMANOS NO ESTADO DO CEARÁ” nos 5 anos de execução (2003 a 2008). **Material e Métodos:** o projeto foi idealizado e executado pelo MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, em 5 municípios: Fortaleza, Maracanaú, Redenção, Juazeiro do Norte e Sobral. Sua avaliação foi quanti-qualitativa constando de questio-

nários semi-estruturados específicos para beneficiários (484), gestores do projeto (34), voluntários do MORHAN (61) agentes interessados (22), além de entrevistas (26) e grupos focais (10). **Resultados:** o projeto trouxe significativos avanços técnicos e institucionais para o MORHAN, potencializados para ampliar sua força política e diversificar capacidades locais de mobilização, formação de parcerias e intervenção nas políticas públicas de saúde. Guiando-se pelas premissas da cidadania ativa, as ações do projeto, multiplicadas pelo apoio de voluntários, possibilitaram que postos de saúde, escolas públicas e empresas privadas recebessem informações e orientações expressivas sobre direitos a saúde e doenças como Hanseníase. Políticas públicas em saúde e práticas sociais que lhes dão sustentação e legitimidade foram objeto de preocupação do MORHAN, que se fez presente em espaços e instâncias como Conselhos e Conferências municipais e estaduais. **Conclusões:** o projeto exerceu papel marcante sobre o MORHAN no fortalecimento de lideranças, estratégias e parceiros, na disseminação dos direitos e deveres, no resgate da dignidade e promoção da solidariedade entre as pessoas, famílias e grupos afetados pela Hanseníase.

Suporte Financeiro: LRA SAÚDE EM AÇÃO e DFID - Fundo para Desafios Enfrentados pela Sociedade Civil.

O INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA COMO CAMPO DE ESTÁGIO DE GRADUAÇÃO – RELATO DE VIVÊNCIA

MARTINS, A¹; FERNANDES, P¹; MARCHI, MA¹; RODRIGUES, TR¹; GALAN, NGA².

¹FAP – Faculdade da Alta Paulista, Tupã/SP. ²Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

e-mail: thi_enf@hotmail.com

Preparar o enfermeiro para uma assistência especializada também se torna essencial para o programa da hanseníase onde sua complexidade exige acompanhamento multiprofissional. O objetivo é relatar a experiência de duas estagiárias do curso de enfermagem no Instituto Lauro de Souza Lima. O estágio foi voluntário e extracurricular, 36 horas/aula, durante 14 a 18 de janeiro de 2008,

revela queda na detecção geral da hanseníase sendo a velocidade relativa de redução, menor para o total de casos do que para menores de 15 anos, o que é coerente com a hipótese de que esta queda reflita de fato uma queda da incidência real de hanseníase. O percentual de casos novos em menores de 15 anos em 2007 correspondeu a 7,6% do total anual registrado no país. O maior percentual foi referente à região Norte, 9,9%, seguida da região Nordeste, 8,6%, e das regiões Sudeste e Centro-Oeste, ambas com o mesmo percentual de 5,6%. Na região Sul foi registrado o menor percentual, tendo os casos em menores de 15 anos alcançado 1,9% do total de casos.

Conclusão: os dados epidemiológicos apresentados, a potencialidade do SUS e a possível existência de diagnósticos falso-positivos permitem inferir pela obtenção da meta em 2011. Para tanto é preciso a colaboração de todos para que se institua a hanseníase em menores de 15 anos como um evento sentinela indesejável para todos os gestores municipais.

Suporte financeiro: MS/SVS/PNCH; SES/SMS/ Organizações parceiras

História, Ciências Sociais, Educação em Saúde History, Social Sciences, Health Education

AValiação de Resultados do Projeto “AJUDANDO PESSOAS DE BAIXA RENDA A ALCANÇAR SEUS DIREITOS HUMANOS NO ESTADO DO CEARÁ”

ZAMORA, ARN; LIMA, KRR; ROBLES, PA

Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

e-mail: zamorabrasil@gmail.com

Objetivos: Investigar os resultados alcançados pelo projeto “AJUDANDO PESSOAS DE BAIXA RENDA A ALCANÇAR SEUS DIREITOS HUMANOS NO ESTADO DO CEARÁ” nos 5 anos de execução (2003 a 2008). **Material e Métodos:** o projeto foi idealizado e executado pelo MORHAN – Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, em 5 municípios: Fortaleza, Maracanaú, Redenção, Juazeiro do Norte e Sobral. Sua avaliação foi quanti-qualitativa constando de questio-

nários semi-estruturados específicos para beneficiários (484), gestores do projeto (34), voluntários do MORHAN (61) agentes interessados (22), além de entrevistas (26) e grupos focais (10). **Resultados:** o projeto trouxe significativos avanços técnicos e institucionais para o MORHAN, potencializados para ampliar sua força política e diversificar capacidades locais de mobilização, formação de parcerias e intervenção nas políticas públicas de saúde. Guiando-se pelas premissas da cidadania ativa, as ações do projeto, multiplicadas pelo apoio de voluntários, possibilitaram que postos de saúde, escolas públicas e empresas privadas recebessem informações e orientações expressivas sobre direitos a saúde e doenças como Hanseníase. Políticas públicas em saúde e práticas sociais que lhes dão sustentação e legitimidade foram objeto de preocupação do MORHAN, que se fez presente em espaços e instâncias como Conselhos e Conferências municipais e estaduais. **Conclusões:** o projeto exerceu papel marcante sobre o MORHAN no fortalecimento de lideranças, estratégias e parceiros, na disseminação dos direitos e deveres, no resgate da dignidade e promoção da solidariedade entre as pessoas, famílias e grupos afetados pela Hanseníase.

Suporte financeiro: LRA SAÚDE EM AÇÃO e DFID - Fundo para Desafios Enfrentados pela Sociedade Civil.

O INSTITUTO LAURO DE SOUZA LIMA COMO CAMPO DE ESTÁGIO DE GRADUAÇÃO – RELATO DE VIVÊNCIA

MARTINS, A¹; FERNANDES, P¹; MARCHI, MA¹; RODRIGUES, TR¹; GALAN, NGA².

¹FAP – Faculdade da Alta Paulista, Tupã/SP. ²Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

e-mail: thi_enf@hotmail.com

Preparar o enfermeiro para uma assistência especializada também se torna essencial para o programa da hanseníase onde sua complexidade exige acompanhamento multiprofissional. O objetivo é relatar a experiência de duas estagiárias do curso de enfermagem no Instituto Lauro de Souza Lima. O estágio foi voluntário e extracurricular, 36 horas/aula, durante 14 a 18 de janeiro de 2008,

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

programado com atividades práticas e teóricas. Nesta Instituição, há um vínculo entre ensino, pesquisa e assistência. Foi presenciada uma assistência de enfermagem especializada, sistematizada, humanizada, holística e com um alto grau de satisfação dos usuários, evidenciada por relatos e atitudes. A gestão segue rigorosamente todos os preceitos éticos e organizacionais do Sistema Único de Saúde e que os recursos especializados utilizados para o atendimento ambulatorial e hospitalar não existem em instituições privadas. Constatou-se que a doença é bem mais complexa e desafiadora do que se vê nos demais estágios em nível de atenção primária, pois, apesar de representar um avanço, o tratamento não necessariamente evita as reações e dano neural, causando as incapacidades físicas e deformidades. Nesse sentido, percebemos o importante papel da equipe de enfermagem em educar para prevenir e em última instância, tratar as lesões causadas pelos traumas e contribuir para a reabilitação. A experiência obtida nessa Instituição foi muito positiva. Permitiu melhor compreensão da complexidade da doença, norteando e motivando os alunos para maior comprometimento nas ações voltadas a hanseníase. Recomendamos este estágio aos graduandos de enfermagem na disciplina de saúde pública.

HERDAR OU CONTRAIR? HISTÓRIA DA DEFINIÇÃO ETIOLÓGICA DA HANSENÍASE

CURI, LM

UFMG/UNIARAXÁ. e-mail: luciano.curi@bol.com.br

O texto aborda o surgimento da hansenologia e os avanços ocorridos durante o século XIX e início do século XX. Trata da importância de personagens célebres como Danielssen, Boeck, Hansen, Mitsuda, Rotberg entre outros. Mostra como a constituição da hansenologia foi marcada por embates históricos e científicos que ultrapassavam apenas discussões médico-científicas. Enfim, contextualiza e analisa o primeiro grande embate vivido pela área; a definição etiológica da doença e as consequências sociais daí advindas.

História, Ciências Sociais, Educação em Saúde History, Social Sciences, Health Education

JOGOS, PASSATEMPOS E ATIVIDADES LUDOPE-DAGÓGICAS – CAMPANHA 2008.

NASCIMENTO, ACF; MARZLIAK, MLC

Programa de Controle da Hanseníase de São Paulo/Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica de Hanseníase/CVE/CCD/SES-SP.
e-mail: anafedato@yahoo.com.br

Introdução: Em São Paulo, surge como preocupação, a presença da doença em menores de 15 anos. Para tanto, cabe nossa intervenção na vigilância de contatos, possibilitando trabalhar a hanseníase como tema dentro das escolas, oferecendo as orientações necessárias para o conhecimento da doença de forma diferenciada, através de atividades, jogos e passatempos. **Objetivos:** Intensificar a vigilância de contatos em geral; - Socializar conhecimentos sobre Hanseníase na área escolar; - Sensibilizar crianças e adolescentes para a problemática de hanseníase através de jogos pedagógicos. **Materiais e Métodos:** Os jogos foram criados para falar sobre a Hanseníase de forma lúdica ao alcance dos jovens, visando à multiplicação da informação. Elaborou-se 09 jogos para o Ensino Fundamental e o Ensino Médio específicos para cada faixa etária. Está sendo aplicado em especial nos municípios prioritários, dentro do ensino transversal sobre doenças dermatológicas. Para a orientação sobre o tema, sinais e sintomas serão enfatizados através do recurso pedagógico álbum seriado. Os jogos foram pré-testados com crianças e adolescentes nas faixas etárias de 7 a 15 anos. Os professores foram orientados através de reuniões técnicas regionalizadas. **Resultados:** Os resultados preliminares demonstram a eficiência do recurso didático. Esses recursos estão sendo utilizados nas diferentes regionais de saúde na Campanha 2008 em S.Paulo. **Conclusões:** Até o momento a receptividade é favorável, com sugestões de utilização. Os resultados finais serão em dezembro/2008 nos relatórios específicos da Campanha “Se Toque – Hanseníase tem Cura” no Estado de S.Paulo.

Suporte Financeiro: CVE/SP

**O CORPO E A DOENÇA NA HISTÓRIA: CONFLU-
ÊNCIAS SOBRE A LEPRO**

CURI, LM

UFMG/UNIARAXÁ. e-mail: luciano.curi@bol.com.br

O texto aborda a introdução da doença e do corpo como objetos de estudo da História. Mostra a alteração na percepção da doença introduzida pela biologia e a compreensão contemporânea do corpo como construído histórico e sócio-cultural. Trata da mudança ocorrida com o leproso na modernidade e sua relação com o desenvolvimento do saber médico, com a secularização do Ocidente e com as novas percepções da doença e do corpo advindas durante os séculos XIX e XX.

**MOBILIZAÇÃO SOCIAL - PROPOSTA DO ESTADO
DE MINAS GERAIS**

GROSSI, MAF¹; ANDRADE, ARC¹; MIRANDA, MCR¹; GALLI-
CIOLI, R²; SCHOOLLAND, S³

¹Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária – Superintendência de Epidemiologia, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. ²Gerência Regional de Saúde de Diamantina-MG. ³REPREHAN-IBISS. e-mail: anaregiandrade@hotmail.com

A Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária vem discutindo estratégias de mobilização Social em vários encontros e reuniões objetivando aumentar a detecção e o diagnóstico precoce. Para isso, foram realizadas duas oficinas piloto de mobilização social, uma destinada às lideranças comunitárias em São Joaquim de Bicas e a outra aos gestores dos serviços de saúde em Ouro Preto. As duas oficinas têm na sua concepção a sensibilização e capacitação de dois segmentos fundamentais para consolidação das ações de controle da hanseníase na rede básica de saúde. As duas requerem uma reunião anterior a sua realização. A metodologia adotada foi participativa. Os pontos em comum foram reflexões sobre estigma, dinâmicas de grupo, apresentação e discussão de vídeos, a apresentação de conteúdo teórico sobre a doença e construção de produtos durante a oficina, e os pontos distintos observados foram que os líderes comunitários se reconhecem no processo e se co-responsabilizam pela disseminação da informação, e os gestores compreendem as suas responsabilidades no processo e aprendem a construir um projeto de ações de combate

a Hanseníase. Tem-se a consciência de que a oficina para líderes comunitários é adequada aos municípios de até 20.000 habitantes. Para municípios maiores a proposta é a associação de uma oficina de gestores antecedendo a uma de líderes comunitários. Neste caso, a área de abrangência para escolha dos líderes comunitários seria a área de abrangência das unidades de saúde. Espera-se que essas ações resultem no maior envolvimento da sociedade civil e dos serviços de saúde como um todo.

**OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO EM HANSENÍASE
PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

GROSSI, MAF; ANDRADE, ARC; MIRANDA, MCR; PUGEDO, AC; SILVA, EJ; ALBERTO, JAM; JUSTINO, MOMP; SILVA, WF
Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária – Superintendência de Epidemiologia, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. e-mail: anaregiandrade@hotmail.com

Minas Gerais apresenta, historicamente ao longo dos anos, grande número de municípios silenciosos, do ponto de vista epidemiológico. Em 2007 foram 445 entre os 853 municípios existentes. Esses municípios estão distribuídos por todo o estado, geralmente próximos a municípios hiperendêmicos. Além disso, há demanda crescente da rede para capacitação de ACS, já que essa categoria não é incluída nos treinamentos de Ações de Controle de Hanseníase. E, finalmente, o ACS atua como o principal elo entre comunidade e serviço de saúde, o que possibilitaria aumentar não só a detecção dos casos novos, como o diagnóstico precoce. Tendo em vista esses fatos, a Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária idealizou proposta de oficina de sensibilização para esse grupo de profissionais. Os municípios selecionados deveriam ter programa de ações de controle em hanseníase implantado e serem capazes de diagnosticar e tratar os casos de hanseníase. Foram realizadas quatro oficinas piloto, com carga horária de oito horas. Utilizou-se metodologia participativa, com desconstrução e construção de conceitos, a partir do conhecimento prévio dos participantes. Para tal foi feita apresentação e discussão do vídeo "A vida não pára", dramatizações, abordagem sobre diagnóstico, transmissão e tratamento, reflexão sobre ética, papel do ACS e avaliação do conhecimento. Participaram os municípios de Pouso Alegre, Passos, Al-

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

fenas e Varginha, com um total de 185 ACS. A avaliação dos participantes foi muito favorável e a expectativa é que haja maior mobilização na busca de casos novos de hanseníase.

FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PACIENTES COM HANSENÍASE

SOUZA, LGC; EVANGELISTA, LO; FERREIRA, LGF; REIS, OS; SILVA, E; FRANÇA, LD

¹Faculdade de Saúde, Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí – NOVAFAPI. e-mail: lucianacariri@yahoo.com.br

Objetivo: Relatar experiência fisioterapêutica em abordagem primária à saúde de um portador de hanseníase e familiares na cidade de Teresina - Piauí. **Material e Métodos:** Adotou-se visita domiciliar para coleta de dados. A assistência foi realizada sob orientação da disciplina de Fisioterapia Social do Curso de Fisioterapia da Faculdade NOVAFAPI, integrada às ações dos projetos de extensão Amigos da Vila e Neuroliga – NOVAFAPI. Obteve-se anamnese e exame clínico funcional do paciente com hanseníase multibacilar (baciloscopia positiva) em tratamento de poliquimioterapia padrão OMS, ministrado pelo Programa Saúde da Família (PSF). Na assistência aos contactantes foram avaliadas as crianças (três) com o teste de desenvolvimento de Denver e cartão de vacinação. Verificou-se as condições de saúde da família sendo orientadas ações de prevenção e autocuidado. As lesões mais complexas encaminhadas para o Centro Integrado de Saúde da Faculdade NOVAFAPI. **Resultados:** Paciente com hanseníase: 56 anos; masculino; carvoeiro; reside em casebre, sem saneamento básico caracterizando condição de risco pessoal e social. Apresenta: lesões de pele; dor e espessamento neural; perda de sensibilidade e força muscular das pálpebras, membros superiores e inferiores; alopecia em sobrancelhas e cílios; anidrose em extremidades; hiperidrose em tórax e Artropatia de Charcot. Há evidência de comprometimento funcional. As crianças apresentaram desempenho adequado para a idade. Houve relato de mais dois casos de hanseníase em adultos da família que já estão sendo acompanhados pelo PSF. **Conclusão:** O acompanhamento exige atenção multidisciplinar na prevenção, diagnóstico e tratamento das incapacidades físicas, justificando a atuação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

História, Ciências Sociais, Educação em Saúde History, Social Sciences, Health Education

RETRATO DE METODOLOGIA COMPARTILHADA: PROGRAMA ESTADUAL E HOSPITAIS DE HANSENÍASE-SP

FERREIRA, ME; METELLO, HN; MARZILIAK, MLC; SILVA, RCP; GUIARD, CLP; CLEMENTE, TG

¹Divisão Técnica de Hanseníase/CCD/CVE/SES-SP. ²Universidade de Taubaté/SP. ³Grupo de Vigilância Epidemiológica de Taubaté/SES-SP. ⁴Secretaria Municipal de Saúde de Bragança Paulista/SP. e-mail: dvhansen@saude.sp.gov.br

Objetivo: Construir metodologia participativa para reestruturação dos hospitais-colônia de São Paulo. **Material e Método:** Trabalho qualitativo, com relato de experiência desenvolvida pelo Programa Estadual de Controle da Hanseníase (PECH) com hospitais-colônia. No ano de 2000 foi realizado censo populacional, seminário nos hospitais Francisco Ribeiro Arantes (HFRA) e Arnaldo Pezutti Cavalcanti (HAPC) e a divisão da gerência em hospitalar e social, proposta pelo PECH. Em reunião técnica do PECH com os hospitais HFRA e HAPC, surgiu a necessidade de avaliar a situação atual, os avanços, a população existente e as atuais propostas. Em julho de 2007, em oficina de trabalho coordenada pelo PECH, foi apresentada proposta de avaliação não somente para os dois hospitais, mas também ao Complexo Hospitalar Padre Bento (CHPB) e Instituto Lauro Souza Lima (ILSL), alterando-se a proposta para encontro estadual. **Resultados:** Realização de censo populacional, com questionário comum, caracterizando situação de moradia, sócio-econômica e de saúde. As entrevistas foram estruturadas com perguntas fechadas, e abertas sobre processo de reestruturação e gerência social nos dois hospitais. Foram duas reuniões para apresentação dos dados coletados e reflexões/contribuições pelos participantes. Os dados serão apresentados à Secretaria Estadual de Saúde (SES) em Encontro Estadual com os hospitais colônia. A proposta foi financiada pela SES, Fundação Paulista contra Hanseníase e pelo ILSL. **Conclusão:** A construção desse caminho metodológico pelo PECH confirma a possibilidade de efetivar ações com participação de todos os sujeitos, reconhecendo a particularidade e as diferenças institucionais, sem a verticalização que assinalam ações na área da saúde.

PSF E HANSENÍASE: LIMITAÇÕES NA ERRADICAÇÃO DA DOENÇA

LEANDRO, JA

Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG/PR.
e-mail: jleandroprof@yahoo.com.br

Objetivos: As premissas teóricas da pesquisa referem-se à história das doenças, à história do tempo presente e à história das políticas de saúde. Tomou-se a hanseníase e o Programa Saúde da Família como objetos articulados de investigação com o objetivo de verificar, pelo relato dos integrantes da equipe, limitações no processo de erradicação da doença. **Material e métodos:** Questionário com questões abertas aplicado entre maio e setembro de 2008, em 29 profissionais que atuam no PSF em cidades das regiões Norte e Nordeste; e análise quantitativa e qualitativa das respostas obtidas. **Resultados:** A primeira questão investigada revelou que 55% dos profissionais ainda não consideram as equipes suficientemente capacitadas para detectar a doença, faltando treinamentos mais específicos; em relação aos fatores que dificultam o tratamento, segunda questão investigada, o mais citado foi o uso freqüente de bebida alcoólica por parte dos portadores, registrado em 40% dos questionários; no que tange à atuação do Conselho Municipal de Saúde na busca pela erradicação da doença, terceira questão investigada, 75% dos profissionais do PSF afirmaram que o órgão não prioriza o tema em suas discussões. **Conclusões:** Ainda que o PSF represente uma melhoria significativa na atenção básica em saúde, os resultados da pesquisa indicam que para a erradicação da hanseníase no Brasil existem algumas limitações que precisam ser superadas. Essas limitações são *técnicas* (formação acadêmica dos profissionais e capacitação das equipes), *sócio-culturais* (relacionadas ao comportamento do portador da doença) e *políticas* (falta de comprometimento dos gestores municipais em relação à hanseníase).

PERCEPÇÃO DA ATUAÇÃO DE CUIDADORES NA HANSENÍASE JUNTO A IDOSOS

FONSECA, MS¹; BATTAGLINI, MP²; PRADO, RBR¹; LUNARDELLI, MCF²; CARDOSO, CL².

¹Instituto “Lauro de Souza Lima”, Bauru/SP, Brasil. ²Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Bauru/SP, Brasil.
e-mail: psifonseca@hotmail.com

O cuidado humanizado tem sido foco de estudos na área da saúde pública e ponto destacado pelas diretrizes do Programa Humaniza SUS. O objetivo desse estudo foi investigar a percepção de cuidadores sobre a atuação profissional junto a idosos atingidos pela hanseníase, internados em enfermaria geriátrica. Foi aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturada a doze funcionários da enfermaria geriátrica do Instituto “Lauro de Souza Lima”. Os dados foram categorizados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin. Dentre os entrevistados, 75% são do sexo feminino, com idade variando entre 27 e 65 anos. De acordo com as respostas foram encontradas as seguintes categorias: percepção sobre o cuidado de idosos: afetividade dirigida para os profissionais, dependência física, emocional e infantilização; conhecimentos e atitudes da equipe: expressão de carinho, atenção e diálogo, habilidades e técnicas voltadas aos cuidados dos idosos; realização no trabalho: satisfação, reconhecimento profissional e prejuízos emocionais. Conclui-se que a percepção da equipe acerca do relacionamento profissional com os idosos evidencia aspectos positivos que sobrepõem os limites de sua atuação, atestados pelos desgastes físicos e emocionais relatados. Porém, tais limites podem ser alvo de intervenções psicoeducativas junto a esta população, visando à humanização do ambiente de trabalho.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS AO ISOLAMENTO DE HANSENIANOS DURANTE A ERA VARGAS

DUCATTI, I

Universidade de São Paulo. e-mail: ducattivan@gmail.com

O isolamento compulsório, a partir da década de 1930, no Brasil, pode ser explicado pelos discursos científico-ideológicos, pelo estigma da hanseníase, pela dificuldade técnica de se chegar a uma vacina, pelos problemas sanitários e de urbanismo, pela necessidade do controle social pelo aparelho de Estado, etc., possibilidades que não são excludentes entre si. Pelo contrário, constituem uma série de determinações que se articulam em torno da necessidade de organização da reprodução das relações sociais, cujas bases ganhavam novos contornos a partir das mudanças estruturais da economia brasileira em face de um crescente industrialismo. A implantação do isolamento do portador de hanseníase, científica-

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

mente adotada na Noruega no século XIX, era uma condição relativamente aceitável até a década de 1930, desde que não fosse de forma compulsória e incluísse instrução e apoio aos familiares e amigos do doente. Para a eliminação da hanseníase e outras epidemias (já extintas nos países capitalistas centrais), seria necessária, concomitantemente às pesquisas médicas e de saúde, a criação, em nível nacional, da melhoria das estruturas sociais, como saneamento público, educação, saúde coletiva e alimentação, como ocorreu, por exemplo, na França, ainda no período medieval. Sobre o isolamento, havia dois modelos de prevenção adotados em duas diferentes regiões do mundo: o modelo “democrático”, implantado na Noruega num tempo em que o nacionalismo estava em alta e os médicos estavam fortemente interessados em estudo de territórios, populações e perfis epidemiológicos; e o modelo segregacionista e colonialista implantado, por exemplo, no Havaí, que serviu de modelo para o Brasil.

HANSENÍASE NO ESTADO DE SÃO PAULO SEGUNDO RELATÓRIO DE VITAL BRAZIL, 1918

BRASIL, MTLRE; IBÁÑEZ, N

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
e-mail: fmitie@hotmail.com

O Instituto Butantan (IB) desde a criação em 1901 tem exercido papel importante na produção de insumos para saúde pública, pesquisa científica e divulgação sobre saúde. O relatório anual do IB de 1918, fonte primária da pesquisa, traça um perfil da saúde pública paulista naquele ano. Objetivo- estudar as cópias de formulários anexados ao relatório, que foram enviados pelos diretores de escolas rurais respondendo questões de saúde dos alunos e da localidade. Ao tabular os dados dos 27 formulários somaram-se 10.867 alunos, destes 19,41% foram considerados anêmicos, 63,74% faziam uso regular de calçados, 4,45% tinham pediculose, 5,45% tracoma, 90,64% tinham sido vacinados contra a varíola. As outras doenças como malária, difteria, acidentes ofídicos e “leprosos” abrangiam a população da localidade. O número de “leprosos” era oriundo do conhecimento popular pois o sistema de notificação de casos começou somente em 1924. Foram consolidados 425 casos de hanseníase em diversas localidades. Comparando os

História, Ciências Sociais, Educação em Saúde History, Social Sciences, Health Education

dados de 1918 nota-se que vários locais positivos para hanseníase continuavam positivos em 2004. Discute-se que mesmo com as transformações ocorridas nestes 90 anos no sistema de saúde brasileiro e, no controle da doença, considerada curável com tratamento (6 a 12 meses de PQT) registram-se casos novos todos os anos. Faz uma breve abordagem histórica dos possíveis fatores envolvidos nesta persistência de detecção considerando o período pré isolamento, o isolamento compulsório seguido do atendimento ambulatorial programático e a atual esperança na consolidação da atenção básica.

BANCO ELETRÔNICO DE MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE HANSENÍASE: UM DISPOSITIVO DE ANÁLISE E DA MEMÓRIA DAS PRÁTICAS COMUNICATIVAS

KELLY-SANTOS, A¹; GOULART, AP²; MONTEIRO, S¹

¹Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz. ²Escola de Comunicação - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, Brasil. e-mail: adrianaKellyminas@hotmail.com

A produção de materiais educativos para as campanhas de hanseníase integra as diretrizes e ações dos programas de controle da doença, nos níveis federal, estadual e municipal. Todavia, são escassos os estudos sobre a análise dos materiais produzidos, bem como sua preservação e documentação. Frente à importância desse acervo, o presente trabalho objetiva: 1) descrever o processo de elaboração de um banco de 276 materiais sobre hanseníase produzidos por organizações governamentais e não governamentais, entre 1975-2008; 2) analisar o tipo, o público e os objetivos dos materiais. O banco foi elaborado numa base eletrônica de dados, que contém a análise descritiva e temática e um link para o documento completo dos materiais. A análise revela que os materiais são destinados principalmente para o público em geral (75%), sendo uma minoria para profissionais de saúde (12%); público infanto-juvenil (6%) e portadores de hanseníase (3%) e outros (4%). Predominam panfletos (26%), folhetos (24%); cartazes (23%), seguido de cartilhas (15%); álbuns seriados (3%) e outros (9%). Majoritariamente os materiais objetivam aumentar a auto-suspeição e detecção de casos da população e orientar o profissional de saúde para diagnóstico e tratamento, bem como divulgar os serviços de saúde pública

voltados para a prevenção. Nos conteúdos abordados privilegia-se o discurso biomédico, focado na sintomatologia, tratamento e cura, por meio de uma linguagem técnica-prescritiva, hierarquizando as relações entre os sujeitos do processo comunicativo. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos de recepção dos materiais por diferentes públicos, visando a orientar ações de educação mais efetivas.

AVALIAÇÃO DE CURSOS DE CAPACITAÇÃO EM HANSENÍASE

GALAN, NGA¹; BELUCI, ML²; BIANCO, MHBC².

¹Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. ²Universidade do Sagrado Coração, Bauru/São Paulo.
e-mail: ngalan@ils.br

O objetivo do estudo foi verificar se o conteúdo dos cursos possibilitou aos profissionais implantar ou implementar ações do programa de hanseníase em sua unidade de trabalho. Para coleta de dados, foi utilizado questionário estruturado on-line hospedado no Sítio do ILSL (<http://www.ils.br/questionario>), questões sobre ações do programa e os dados de 418 participantes dos cursos entre 2005 a 2007. A operacionalidade do Sistema iniciou com a tela de apresentação do estudo e convite, seguida da identificação do participante, da tela do termo de consentimento e quando aceito liberou a página com o questionário e as respostas armazenadas no Banco de Dados MySQL para análise. Foi possível contatar por e-mails 245 (59%) participantes dos cursos. Após seis meses, obteve-se 115 (47%) respostas ao estudo. Constatou-se que 61% já atuavam no programa e implantaram/implementaram ações após a realização dos cursos, e que os subsídios práticos, teóricos e didáticos oferecidos foram contributivos. 39% afirmaram que não atuavam, e a transferência de setor ou demissão do emprego foram os motivos relatados com maior frequência (66%); não havia o programa (12%); estudante sem vínculo empregatício ou outros motivos (22%), sugerindo um descompromisso da política administrativa dos municípios com o programa da hanseníase, desconsiderando os investimentos da capacitação e comprometendo o compromisso de multiplicar o conhecimento adquirido. O conhecimento adquirido nos cursos de capacitação

em hanseníase permitiram implantar/implementar ações em hanseníase nas unidades de atuação, porém, se faz necessário reorganizar a política administrativa local no sentido de possibilitar que o profissional treinado atue no programa.

AVALIAÇÃO DE OFICINAS NO CONTROLE DA HANSENÍASE

NASCIMENTO, ACF; MARZLIAK, MLC; LAFRATTA, TE; LOURENÇO, SC; LESSA, ZL.

Programa Estadual de Controle da Hanseníase de São Paulo/ Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase/ CVE/CCD/SES-SP. e-mail:anafedato@yahoo.com.br

Introdução: Conteúdos de Hanseníase dados em cursos tradicionais foram mantidos, porém mudanças no planejamento das oficinas, na metodologia pedagógica e parcerias firmadas. **Objetivo:** - Planejar oficinas com proposta pedagógica alternativa, utilizando metodologia participativa, dialógica, problematizadora e significativa; - Informações sobre epidemiologia, sinais, sintomas, tratamento, PI, ações sociais e educativas e o tratamento de feridas; - Avaliar as versões das oficinas, parcerias locais e uso dessa metodologia/estratégica de curso. **Materiais e Métodos:** Planejamento pedagógico sobre Hanseníase nas diferentes áreas para municípios da região do Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Franco da Rocha (2005), com parcerias (regional, CEFOR local e municípios). Com resultados positivos dessa oficina, foram planejadas novas, para região do GVE - Mogi das Cruzes (2006), Município de Guarulhos (2006) e do GVE - Santos/Guarujá (2008), respeitando características regionais e necessidades dos grupos (conteúdos diferenciados). A metodologia pedagógica foi o fio condutor, possibilitando avaliação do processo e resultado das oficinas. No GVE - Santos contou com o curso de tratamento de feridas. **Resultados:** Participaram 200 profissionais de diferentes categorias ligados diretamente às ações de controle da hanseníase. Desde 2005, essas oficinas foram realizadas com grande participação dos envolvidos, motivando-os a implementarem o Controle da Hanseníase nos municípios. **Conclusão:** A proposta das oficinas com a mudança do planejamento pedagógico de acordo com as necessidades municipais e as parcerias envolvidas

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

foi um caminho alternativo para a capacitação de RH. A disponibilidade dos profissionais técnicos em desenvolver os conteúdos temáticos específicos, nos motiva a continuar desenvolvendo o projeto.

AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO EM PESSOAS DIAGNOSTICADAS COM HANSENÍASE NA URE DR MARCELLO CANDIA

BRANDÃO, WLO

Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária Dr. Marcello Candia – Marituba – Pará. e-mail: wlobrand@hotmail.com

Objetivo: A pessoa diagnosticada com Hanseníase (MH) pode ser afetada pelo desenvolvimento da depressão. Diversos fatores potencializam esse quadro, em especial a história de cuidado com a saúde, os conhecimentos da pessoa em relação à MH, entre outros. Então, avaliar a existência de quadro indicativo de depressão no momento do diagnóstico auxilia o planejamento de intervenções da psicologia que facilitem o processo de enfrentamento e gerenciamento dessa situação pelo paciente. **Material e métodos:** Utilizamos o inventário de Depressão de Beck (BDI), que é uma escala de auto-relato de 21 itens, os quais obedecem às áreas do comportamento, tais como: tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, culpa, punição, irritabilidade, retraimento social, mudança da auto-imagem, dificuldade de trabalhar, perda da libido. O BDI avalia a depressão como mínima, leve, moderada e grave. Os relatos foram coletados na primeira consulta da psicologia. **Resultados:** Participaram 21 pacientes, sendo 15 do sexo masculino, na faixa etária entre 16 e 69 anos de idade. Do total de participantes, 16 apresentavam MH multibacilar, 10 relataram história de MH na família. A aplicação do BDI indicou: Sete pacientes com depressão mínima, quatro com depressão leve e dez com depressão moderada. Dos pacientes com depressão moderada as áreas evidenciadas foram: Punição; auto-imagem; culpa; e indecisão. **Conclusão:** A avaliação da depressão favorece o desenvolvimento de estratégias para a intervenção tanto da psicologia como da equipe interdisciplinar. O estigma da doença; o conhecimento sobre a MH; e a possibilidade do desenvolvimento de incapacidades são importantes no início do tratamento.

História, Ciências Sociais, Educação em Saúde History, Social Sciences, Health Education

ÁLBUM SERIADO: RECURSO DIDÁTICO FACILITADOR DO ENSINAR/APRENDER – AVALIAÇÃO DE IMPACTO

LESSA, ZL¹; NASCIMENTO, ACF²; LOURENÇO, SC²; BERRO, E¹

¹Fundação Paulista Contra a Hanseníase. ²Programa de Controle da Hanseníase em São Paulo/ Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica em Hanseníase – CVE/CCD/SES-SP.

e-mail: contato@fundacaohanseníase.org.br

Introdução: A elaboração do Álbum Seriado (AS) específico para hanseníase, surgiu do interesse dos profissionais em possuir recurso didático de fácil entendimento para orientação da clientela. Através da pesquisa “História Recontada” (2003) foi demonstrado que a maioria dos usuários em tratamento possuía conhecimento fragmentado sobre a doença, inclusive os próprios funcionários com informações diversificadas. **Objetivo:** Implantação e consolidação do AS elaborado nas regionais de saúde com avaliação de processo, resultado e impacto. **Materiais e Métodos:** Planejamento das atividades junto as regionais, monitoramento, supervisão, relatórios parciais de processos e avaliações de projetos desenvolvidos pelo Núcleo de Educação em Saúde e Programa Estadual de Controle da Hanseníase/CVE – SP. Implantação (2005) e consolidação (2006) nas diferentes regiões, com apresentação de projetos municipais. Foram distribuídos 2000 AS para SES/SP, doados pela Fundação (1). **Resultados:** - Elaboração de projetos de pesquisa desenvolvidos a partir das intervenções educativas realizadas; - Interesse de profissionais de outras Instituições/ONG's em adquirir o AS para atividades de docência e de capacitação de Coordenadores Regionais; - Avaliação de Impacto Pedagógico: 44,5% dos interlocutores regionais e coordenadores municipais apresentaram relatórios contendo a opinião desses profissionais sobre a forma, conteúdo e resultados, incluindo mudanças ocorridas na Atenção Básica. O AS continua amplamente utilizado no Estado de S. Paulo e no Brasil como um todo. **Conclusão:** Em 2005, 62% dos municípios enviaram informações e 41% utilizaram o AS considerando sua capacidade de sensibilização e motivação. Em 2006, 49% enviou informações sendo que 80% utilizaram o AS considerando seu grande impacto.

Suporte Financeiro: Fundação Paulista Contra a Hanseníase e Programa de Controle da Hanseníase em São Paulo

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HANSENÍASE NA PREVENÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DAS INCAPACIDADES.

OSÓRIO, CT; ELIAS, BLE; REGO, JCG; TELES, FAC; FILHO, NAS; TELES, LAC; LIMA, ALC; NERY, JAC

Serviço de Dermatologia Sanitária da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. e-mail: beatrizelias@ig.com.br

Objetivos: Chamar atenção dos profissionais de saúde sobre importância do reconhecimento precoce da hanseníase e seu comprometimento neural como medida principal na prevenção de incapacidades e deformidades. **Relato de caso:** A.C.S., 75 anos, negro, morador de Xerém, diagnosticado com hanseníase MB há seis meses, tratando com PQT-MB (6ª. Dose). Há três meses apresentou infiltração difusa com descamação intensa e prurido, por efeito colateral ao uso de dapsona, sendo internado por trinta dias para tratamento. Após alta hospitalar, procurou nosso serviço apresentando queimaduras em mãos devido banhos com água morna realizados em casa, por indicação médica. **Resultados:** Exame: presença de infiltração em todo tegumento com descamação; perda da sensibilidade de mãos e pés bilateralmente; queimadura de segundo grau em mãos; presença de lagofalmo, hiperemia conjuntival e “mão em garra”. Foi realizado curativo com colagenase e foi aconselhado a continuar o esquema PQT-MB, recebendo orientações para diminuir incapacidades e também auto-cuidados. **Conclusões:** No Brasil, a hanseníase assume grande importância epidemiológica. Por ano, cerca de 50.000 novos casos são detectados, sendo sua erradicação um desafio para saúde pública. O paciente em questão sofreu conseqüências devido a não detecção precoce da doença, evoluindo para ocorrência de dano neural bilateral em MMSS/MMII contribuindo para instalação de incapacidade e deformidade. Sendo assim, apesar da hanseníase ser reconhecida como doença de acometimento preferencialmente dermatológico, é seu acometimento neural o grande provedor do caráter estigmatizante e limitante da doença, cabendo aos profissionais de saúde reconhecer indícios de lesões neurais e tratar adequadamente pacientes evitando um prognóstico ruim da doença que, muitas vezes, submete-os a um quadro de limitação profissional e social.

IMPLANTAÇÃO DE GRUPOS DE AUTO CUIDADOS EM HANSENÍASE NO ESTADO DA PARAÍBA

CAMPOS, GCP; XAVIER, ER; ZAMORA, ARN

Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba.

e-mail: geisacampos@uol.com.br

No Brasil o autocuidado em hanseníase é uma preocupação antiga, mas praticar atividades de orientação a grupos que precisam de acompanhamento intensivo, esclarecimentos e motivação para se cuidarem ainda é incipiente. Em 2007 foram criados na Paraíba 2 grupos de autocuidados, um na capital, no Complexo Hospitalar Clementino Fraga, referência estadual em hanseníase, e outro em Campina Grande, no Centro de Saúde do Catolé, referência municipal no atendimento ambulatorial de hanseníase. Em 2008 esperava-se ampliar o número de grupos, tendo como principais objetivos prevenir incapacidades e estimular a prática de autocuidados pelos pacientes, melhorando qualidade de vida. **Metodologia:** os pacientes foram selecionados entre aqueles com grau 1 e/ou 2 de incapacidade e convidados às reuniões, que aconteceram mensalmente em cada município. A metodologia usada foi construtivista, onde usuários participam ativamente das discussões e atividades práticas. Recursos didáticos: filmes, banners, panfletos, álbum seriado, kit de PI e kit de autocuidados. **Resultados:** Implantamos em 2008 grupos em: Cajazeiras, Catolé do Rocha, Bayeux e Pedras de Fogo. Implementamos os grupos de João Pessoa e Campina Grande. Nos dois anos de atividades, nenhum dos usuários que compareceram regularmente às reuniões apresentou piora das incapacidades, e todos evidenciaram realizar práticas de autocuidados cotidianamente. **Conclusões:** Embora seja processo lento, consideramos a implantação de grupos de autocuidados importante no apoio ao tratamento integral e pós alta, não só no que se refere à prevenção de incapacidades, mas também na socialização e na melhora da auto estima.

Suporte Financeiro: LRA Saúde em Ação, Secretaria de Estado da Saúde/ PB, Secretarias Municipais de Saúde.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

DEMANDA DE HANSENÍASE NA PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES DO HC/ UFMG

BAMBIRRA, N; ALVES, CRP; SERELLI, LS; FERNANDES, NGA; ANDRADE, ANC

Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG, Belo Horizonte/MG, Brasil. e-mail: nidiab@hc.ufmg.br

O Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas/ UFMG oferece suporte clínico para dificuldades diagnósticas e terapêuticas encontradas na atenção básica de saúde. O setor de prevenção de incapacidades (PI) prioriza o acompanhamento dos pacientes de hanseníase em reações, tratamento com esquema alternativo e aqueles com maior risco de incapacidade. O objetivo é identificar a demanda dos pacientes da PI, verificando se os mesmos se enquadram nas competências de um serviço de referência, proposto pelo SUS. Foram avaliados prontuários de 347 pacientes do setor de PI no período de janeiro / julho de 2008. Desses 57,3% eram do sexo masculino e 42,7% do sexo feminino, 14,7% estavam em tratamento, 85,3% em alta da PQT e um caso em abandono. Dentre eles 5,8% eram paucibacilares e 94,2% multibacilares sendo; 50,4% grau zero, 29,4% grau um e 20,2% grau dois. Dos pacientes em tratamento (51) 21,6% apresentaram reação e em alta (296) 31,4%, totalizando 104 pacientes em reação. Desses 60,5% em reação tipo 1, 26,9%, tipo 2 e 12,5% mista. 10,1% com indicação cirúrgica. A análise mostrou que os episódios reacionais representam uma realidade na rotina do serviço de referência. Por outro lado, é importante que os pacientes sem episódios reacionais sejam reencaminhados para UBS. A referência deve estar atenta para esse fato, permitindo ampliação das estratégias de ação no controle da hanseníase.

Suporte financeiro: Hospital das Clínicas UFMG

O ENFRENTAMENTO RELIGIOSO NA HANSENÍASE

FONSECA, MS¹; PORTEZAN, VC¹; PRADO, RBR¹
¹Instituto Lauro de Souza Lima. Bauru/SP, Brasil.
e-mail: psifonseca@hotmail.com

Enfrentamento é um processo de mobilização de recursos externos e internos, emergente em situações estressoras que visa preservar a integridade biopsi-

Prevenção de Incapacidades, Reabilitação Prevention of Incapacities, Rehabilitation

cosocial do indivíduo. É necessário que a equipe de saúde ao oferecer cuidados aos pacientes, possa atuar de modo a facilitar o processo de enfrentamento da hanseníase. Com o objetivo de verificar a utilização do enfrentamento religioso na hanseníase, procedeu-se a um estudo qualitativo. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada em oito pacientes, submetidos ao tratamento da doença e internados nas enfermarias do Instituto “Lauro de Souza Lima”. As respostas dos pacientes foram organizadas em eixos temáticos. Todos os pacientes consideravam-se católicos, a média de idade foi de 55 anos e possuíam baixa escolaridade. Os resultados mostraram que alguns pacientes apropriavam-se do discurso religioso como meio de se proteger das responsabilidades durante o tratamento, delegando a poderes maiores a possibilidade da melhoria de sua condição atual. Entretanto, os pacientes relataram confiança em relação aos resultados do tratamento por meio de atitudes religiosas como a comunhão entre as pessoas, confissão, participações em missa e doações. Concluiu-se que o enfrentamento religioso auxiliou na elaboração psicológica da situação do adoecimento, devido a um processo de significação coerente com a história de vida pregressa e atual do paciente. Constituiu-se como mais um recurso de enfrentamento da doença, além da rede de apoio familiar e social que inclui também, os profissionais que prestam serviço a tais usuários. Na maior parte dos casos, esse enfrentamento foi utilizado de modo a otimizar a evolução do tratamento.

REPERCUSSÃO SOCIAL DA HANSENÍASE E SEQÜELAS: ESCALA DE PARTICIPAÇÃO/WHOQOL-Bref

MORAIS, GF¹; MAAKAROUN, MJ¹; ALVES, CRP²; ANDRADE, LSM³; FERREIRA, ACAP³; LEÃO, FG³; PAULA, IS³; SARELLI, LS²
¹CSSI/FHEMIG. ²HC/UFMG. ³FCMMG.

e-mail: monicamaakaroun@terra.com.br

Objetivos: Dimensionar a restrição à participação social de portadores de hanseníase e/ou seqüelas apresentando graus de incapacidade 0/1 e 2, através da Escala de Participação e do WHOQOL-Bref. **Materiais e métodos:** Participaram 81 portadores de hanseníase e/ou seqüelas, atendidos nos ambulatórios da CSSI/ FHEMIG e no anexo de dermatologia HC/UFMG, distribuídos em dois grupos segundo grau de incapacidade

e entrevistados para aplicação da Escala de Participação e do WHOQOL-Bref. **Resultados:** Grupo I: 40 portadores de incapacidade grau 0/1, idades entre 25 e 81 anos, homens (57,5%) e mulheres (42,5%). Na escala de Participação as restrições apresentadas foram: nenhuma (72,5%), leve (7,5%), moderada (10,0%), grande (7,5%) e extrema (2,5%). No WHOQOL-Bref o desvio padrão foi: domínio físico 2,77; psicológico 0,33; relações sociais 0,59; meio ambiente 0,74. Grupo II: 41 portadores de incapacidade grau 2, idades entre 28 a 91 anos, homens (61,0%) e mulheres (39,0%). Na Escala de Participação as restrições apresentadas foram: nenhuma (31,7%), leve (43,9%), moderada (16,4%), grande (8,4%) e extrema (2,4%). No WHOQOL-Bref o desvio padrão foi: domínio físico 3,54; psicológico 1,53; relações sociais 0,20; meio ambiente 0,88. **Conclusão:** Escala de Participação: ambos os grupos sofrem preconceito, porém os portadores de hanseníase com grau de incapacidade 2 apresentaram restrição social significativamente mais acentuada do que os com grau 0/1 ($p=0,000$; razão de chances=5,678). WHOQOL-Bref: ambos os grupos, mas em especial o dos portadores de grau de incapacidade 2, apresentam pior qualidade de vida do que a população geral em todos os domínios pesquisados, principalmente no físico.

PACIENTES ATINGIDOS PELA HANSENÍASE: CONCEPÇÕES SOBRE ADOECIMENTO, TRATAMENTO E CURA

FONSECA, MS¹; RADIGHIERI, WAB¹

¹Instituto "Lauro de Souza Lima", Bauru/SP, Brasil.

e-mail: psifonseca@hotmail.com

O presente estudo investigou as concepções que pacientes atingidos pela hanseníase possuem sobre o adoecimento, tratamento e cura da hanseníase. Utilizou-se a pesquisa qualitativa e o método fenomenológico, por meio da aplicação de um roteiro de entrevista a dez pacientes. As entrevistas foram gravadas, transcritas e as respostas categorizadas em núcleos temáticos, sendo realizadas na Divisão de Reabilitação do Instituto Lauro de Souza Lima (ILSL). Foram incluídos pacientes em tratamento de úlcera plantar, diagnosticados há mais de cinco anos e concluído o tratamento de polioquimioterapia. **Resultados:** Sobre adoecimento: sentimento de que a

vida deveria ter sido diferente, lamentação e culpa; estigma, auto-estigma e abalo da auto-imagem; limitação das atividades e possibilidades físicas e sociais; enfrentamento otimista da doença relatado por um dos entrevistados. Sobre tratamento: desgaste emocional devido ao longo tratamento, inúmeras intervenções medicamentosas, cirúrgicas, de reabilitação e de manutenção em forma de curativos, rotinas norteadas pelo tratamento. Sobre a cura: nove entre dez entrevistados referem que a hanseníase tem cura, porém, não se sentem curados devido às seqüelas causadas pela doença. **Conclusão:** Os significados sobre a doença relatados pelos pacientes referem-se ao estigma e a alteração da imagem corporal, haja vista as implicações psicológicas advindas do surgimento e manutenção das deficiências físicas na hanseníase, evidenciando-se o sofrimento social que afeta a biografia dos pacientes. Porém, o enfrentamento positivo da hanseníase, demonstra a viabilidade de, a partir de um apoio consistente da equipe, desde o início do diagnóstico, ampliar as possibilidades do paciente diante das restrições impostas pela doença.

ADAPTAÇÕES SIMPLES PARA CALÇADOS EM PACIENTES COM PÉS NEUROPÁTICOS

PARENTE, SC; SILAS, P; VILLELA, EA; CARDOSO, JD

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

e-mail: ericvillela@terra.com.br

Objetivo: Avaliar a eficácia das adaptações simples para calçados no tratamento de calosidades e úlceras nos pés neuropáticos de pacientes portadores de Hanseníase e diabetes mellitus. **Método:** Estudo de coorte, realizado no período de novembro de 2006 a novembro de 2007, em 22 pacientes, sendo 12 mulheres e 10 homens, com idade entre 24 e 76 anos, dentre os quais 19 eram portadores de hanseníase e 3 diabéticos, entre estes 11 pacientes apresentavam 16 úlceras no início do estudo sendo 11 úlceras em 8 pé direito e 5 úlceras em 4 pé esquerdo. 18 pacientes apresentavam 63 calosidades sendo 28 calos em pé direito e 35 em pé esquerdo, foram avaliados quanto a eficácia do uso de adaptações simples para calçados em pés neuropáticos com úlceras plantares e calosidades, considerando-se algumas variáveis. **Resultados:** Após a reavaliação dos 11 pacientes com úlceras, foi observado que das 16 úlceras iniciais,

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

09 (56,25%) cicatrizaram totalmente, 04 (25%) tiveram melhora e 03 (18,76%) pioraram, incluindo a formação de nova úlcera em um dos pés analisados. Isso correspondeu a uma cura total em 7 pacientes e 7 pés. Das 63 calosidades nos 18 pacientes, 41 (65,07%) regrediram totalmente, 16 (25,39%) regrediram parcialmente e 6 (9,52%) pioraram, incluindo a formação de duas novas calosidades. **Conclusão:** A utilização das adaptações simples de calçados para o tratamento de úlceras e calosidades em pacientes com hanseníase e diabetes mellitus demonstrou-se eficaz na maioria dos pacientes.

CARACTERIZAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE DE PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA HANSENÍASE EM PERNAMBUCO.

MALAGÓN, AJLG; ALVES,CKA

Universidade Católica de Pernambuco.
e-mail: ajulia@gmail.com

A Hanseníase continua sendo um importante problema de saúde pública no Brasil havendo ainda necessidade de ações para que a meta de eliminação seja alcançada até 2010. O estudo teve como objetivo caracterizar o Grau de Incapacidade de pacientes atendidos no ambulatório do Hospital da Mirueira, Pernambuco, medida determinada através de ficha padronizada dividida em: face, membros superiores e inferiores. Trata-se de estudo epidemiológico de corte transversal descritivo realizado a partir de análise documental em prontuários. Os resultados mostram que não foram identificadas lesões na face, e a ocorrência do grau II foi maior nos membros superiores, 8,5%, apontando presença de lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção óssea e mão caída. A maioria das pessoas apresentou grau I nos membros inferiores, 36,4%. O alto número de pessoas com grau de incapacidade I e II demonstra falha nas ações de controle da doença na região, pois as incapacidades quando chegam neste estágio indicam que o diagnóstico pode ter sido feito tardiamente ou que o doente não está realizando o tratamento da maneira correta. Evidencia-se a necessidade de intervir para que o desempenho ocupacional destas pessoas não seja prejudicado, visando à realização das Atividades de Vida Diária (AVD) e ao auto-cuidado, importante aliado do paciente para prevenção das deformidades, principalmente em membros superiores. Sendo as mãos as

Prevenção de Incapacidades, Reabilitação Prevention of Incapacities, Rehabilitation

maiores responsáveis pela realização das ações, quando as lesões chegam nestes níveis, as dificuldades para realização das AVD são grandes, pois funções de preensão, pinças, movimentos de flexão, extensão, adução e abdução ficam altamente comprometidas.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES ASILARES DE UMA EX-COLÔNIA DE HANSENÍASE PELAS ESCALAS SALSA E DE PARTICIPAÇÃO.

MEYER, TN¹; LEHMAN, LF²; GROSSI, MAF³; UTIUMI, BSC¹; SOARES, TN¹; GARCIA, G¹

¹Casa de Saúde Santa Fé, FHEMIG, Três Corações, MG. ²American Leprosy Missions. ³SES/MG, Belo Horizonte, Brasil.
e-mail: tufi@uai.com.br

Objetivos: As escalas SALSA e de Participação são métodos relativamente recentes para avaliar incapacidades. Sua utilização em uma subpopulação especial de pacientes (asilares com seqüelas de hanseníase) não foi ainda relatada, podendo ser útil na melhor gradação das incapacidades e na avaliação da eficácia dos tratamentos. Neste trabalho, as escalas foram aplicadas a pacientes com as características mencionadas. **Material e métodos:** Trata-se de estudo descritivo. Foram avaliados 40 pacientes (20 homens, entre 55 e 83 anos, mediana de 67 anos, e 20 mulheres, entre 58 e 81 anos, mediana de 74 anos), asilares, com graus avançados de incapacidades físicas, moradores na Casa de Saúde Santa Fé, ex-colônia de hanseníase em Três Corações (MG). Utilizaram-se os formulários padronizados destas escalas. **Resultados:** Escala SALSA: os escores variaram entre 20 e 51 (mediana 34, desvio-padrão 9,3) em mulheres e entre 25 e 61 (mediana 39,5, desvio-padrão 11,1) em homens, com mediana geral de 36,0 e desvio padrão geral de 10,8. Escala de Participação: os escores variaram entre 1 e 52 (mediana 12,0, desvio-padrão 13,2) em mulheres e entre 6 e 58 (mediana 31,0, desvio-padrão 12,9) em homens, com mediana geral de 14,0 e desvio padrão geral de 13,0. Notou-se facilidade de aplicação do questionário SALSA, ao passo que houve dificuldades na obtenção de respostas à Escala de Participação, em especial em pacientes mais idosos. **Conclusões:** Foi possível utilizar as escalas na subpopulação estudada. Na Escala de Participação foram notadas dificuldades e resultados com intervalos alargados e desvios-padrão próximos da mediana.

UMA BOTA DE UNNA ARTESANAL SIMPLES

RIBEIRO, HL; SANTOS, EFR

Clínica Médico-Cirúrgica de Piraquara.

e-mail: dombola@uol.com.br

Objetivos: A bota de Unna encontra-se incorporada ao armamentário do tratamento da úlcera de perna. Ao modelo artesanal tradicional mais trabalhoso dispomos atualmente de preparado industrializado, de fácil aplicação, porém mais oneroso. Apresentamos alternativa técnica unindo a facilidade de aplicação e baixo custo. A adaptação proposta justifica-se por permitir incorporar à rotina dos serviços de tratamento de feridas o benefício de uma terapêutica reconhecida. Neste trabalho apresentamos a técnica de confecção e resultados preliminares. **Material e Métodos:** Compreendendo-se por bota de Unna uma atadura impregnada com pasta a base de óxido de zinco, utilizamos: 1) atadura elástica 10 cm x 2,2 m. 2) preparado de óxido de zinco, de 45g. (Babymed®, PratiGlós®, TopiGlós®). 3) chumaço de algodão. 4) atadura de crepe. 6) esparadrapo. Técnica de Aplicação: Após limpeza da lesão, aplica-se metade do tubo, incluindo todo o pé e perna até o terço proximal, espalhando-a uniformemente. Ato contínuo aplica-se atadura elástica, e o restante do tubo sobre a atadura, completando-se curativo secundário com chumaço ou gazes e crepe. Técnica de Manutenção e Retirada: Troca-se o secundário diariamente. Na retirada usar soro fisiológico ou vaselina, evitando dor ou sangramento. **Casuística:** 6 pacientes de úlceras de perna, sendo 2 com lesões bilaterais, perfazendo um total de 36 curativos. O tempo de uso foi de 7 a 10 dias, sendo as trocas em ambiente cirúrgico com anestesia e debridamento sempre que necessário. Pacientes por etiologia das lesões: hansênica 1; venosa 2; mista (venosa e hansênica) 1; mista (traumática e venosa) 2. **Resultados:** Um paciente (2,77%) retirou a bota em domicílio alegando mau odor. As demais observações com boa aceitação e melhoria das lesões (97,22%). **Conclusões:** A “bota de Unna artesanal simples” apresentou primeiros resultados satisfatórios, boa aceitação e facilidade de aplicação, candidatando-se a ulteriores observações.

Suporte Financeiro: Recursos próprios dos autores em Hospital conveniado ao SUS.

GESTÃO DE PROCESSOS NA PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM PACIENTES COM HANSENÍASE

MAINENTI, DAM^{1,2}; REIS, ÉM^{1,2}; AZEVEDO, VC¹; GOULART, IMB^{1,2}

¹Centro de Referência Nacional em Hanseníase/Dermatologia Sanitária, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. ²Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. e-mail: credsh@hc.ufu.br

A prevenção de incapacidades (PI) em hanseníase deve ser iniciada no momento do diagnóstico, durante o tratamento e após alta por cura, visto que o risco de ocorrer danos neurais permanece. Objetivou-se avaliar a efetividade das ações de PI em Centro de Referência Nacional em Hanseníase, com a aplicação do modelo de gestão de processos visando reorganizar e melhorar a atenção à hanseníase na rede SUS. Realizou-se análise de uma coorte de 190 pacientes em poliquimioterapia de 2003 a 2005, quanto ao sexo, idade, ocupação, classificação clínica e operacional, grau de incapacidade no diagnóstico (GID) e alta (GIA) e números de avaliações de PI realizadas. Houve predomínio do sexo masculino (57,6%), idade entre 31 e 60 anos (58,7%), formas MB (56,5%) e forma clínica DT (38%). Na ocupação, prevaleceu o setor de serviços domésticos (31,5%). No diagnóstico, 56,5% apresentaram GID=0 (78,8% T e DT); 35,9% GID=1 (33,3% V) e 7,6% GID=2 (42,9% DD). Na alta, houve aumento de grau 0 (59,8%; 74,6% T e DT); reduziu o grau 1 (34,8%; 37,5% V) e o grau 2 (5,4%; 40% DD). A média de avaliações de PI durante o tratamento foi 2,5 para PB e 4,2 para MB. O GIA em 87% dos pacientes permaneceu igual ao diagnóstico; 8,7% regrediram e 4,3% agravaram. A gestão de processos deve fazer parte da rotina dos serviços de saúde, em especial dos serviços de referência em hanseníase, visando otimizar o atendimento, facilitar o acesso e garantir a qualidade.

Suporte financeiro: FNS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, FAPEMIG, CNPq e CAPES.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

IMPACTO DA PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES: CORRELAÇÃO ENTRE DIAGNÓSTICO E ALTA

PEREIRA, ECL; DIAS, AM; MAGALHÃES, FAP

Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP, Brasil. e-mail: elaine.pereira@saofrancisco.edu.br

Objetivos: Os objetivos foram analisar a regularidade e efetividade das avaliações de prevenção de incapacidade realizadas em Bragança Paulista entre 1999 a 2006, bem como comparar o grau de incapacidades no diagnóstico e na alta. **Metodologia:** As informações foram coletadas nos prontuários (n=171) e nas fichas do SINAN. A análise estatística foi realizada pelo Qui-quadrado ($p \leq 0,01$). **Resultados:** Dos 171 avaliados 66,6%, apresentaram incapacidades no diagnóstico, apenas 47% foram avaliados no diagnóstico e na alta. Em mão direita, 9% evoluíram de G0 para G1 ou mais, 18% que apresentavam G1 ou mais apresentaram G0 na alta ($p=0$). Em mão esquerda, 7% evoluíram de G0 para G1 ou mais, 37% dos G1 ou mais apresentaram G0 na alta ($p=0$). Em pé direito, 20% evoluíram de G0 para G1 ou mais, 30% dos G1 ou mais apresentaram G0 na alta ($p=0$). Em pé esquerdo, 28% evoluíram de G0 para G1 ou mais, 28% dos G1 ou mais apresentaram G0 na alta ($p=0$). Em olho direito 10% evoluíram de G0 para G1 ou mais, 34% com G1 ou mais apresentaram G0 na alta ($p=0$). Em olho esquerdo, 8% evoluíram de G0 para G1 ou mais, 39% com G1 ou mais apresentaram G0 na alta ($p=0$). **Conclusões:** Dentre os pacientes diagnosticados e tratados no período, 53% não foram avaliados no diagnóstico e na alta. Os pacientes que receberam orientações no diagnóstico tiveram reduções significativas nos graus de incapacidades em olhos, mãos e pés na alta, demonstrando a efetividade da prevenção de incapacidades.

Suporte Financeiro: PROBAIC-USF

Prevenção de Incapacidades, Reabilitação Prevention of Incapacities, Rehabilitation

TRATAMENTO COM PREDNISONA: MASSA GORDA OU RETENÇÃO DE LÍQUIDO

CARVALHO, SM¹; MARQUES, FS¹; MORAES, JS¹; PAULA, LD¹; RODRIGUES, CAF¹; SOARES, LTL¹

¹Fundação de Ensino Superior de Passos / Universidade do Estado de Minas Gerais, Passos/MG, Brasil.

e-mail: ambes_2008@hotmail.com

Objetivo: Avaliar antropometricamente pacientes do Núcleo de Assistência, Ensino e Pesquisa em Hanseníase do Município de Passos-MG, que fazem uso de prednisona. **Objetivo específico:** Analisar massa gorda, ou retenção de líquido, em pacientes em tratamento com prednisona. **Materiais e Métodos:** Foram avaliados 10 pacientes que faziam uso de prednisona durante um período de 6 meses a 1 ano, utilizando como material de apoio a anamnese nutricional, de onde se obteve os dados antropométricos, incluindo um aparelho de bioimpedância capaz de avaliar os compartimentos do corpo (massas gorda, magra e água corporal total), através de ondas eletroativas, um método não invasivo de alta precisão. **Resultados:** De acordo com os dados obtidos, dos 10 pacientes avaliados, 10 % (1) apresentavam baixo peso; 30 % (3) eram eutróficos e 60% (6) pré-obesos e obesos. As médias dos dados foram: 41,10 anos de idade, peso: 70,03kg; estatura: 163,85 cm; índice de massa corporal: 25,72m²/Kg; circunferência da cintura: 86,6 cm; circunferência do quadril: 99,6 cm; dobra cutânea triptal: 16,7 mm; dobra cutânea bicipital: 7,5mm; dobra cutânea supra-ilíaca: 12mm; dobra cutânea supra-escapular: 18 mm e água corporal total, em relação ao peso total: 49,3%. **Conclusão:** Conclui-se que a obesidade e pré-obesidade dos pacientes analisados são decorrentes do excesso de massa gorda, e não da retenção de líquido causada pela prednisona, pois 100% dos pacientes estudados estão com a porcentagem de água corporal dentro da média considerada normal.

Suporte financeiro: Fundação de Ensino Superior de Passos/ Universidade do Estado de Minas Gerais

EFEITO DA LASERTERAPIA SOBRE A CICATRIZAÇÃO DE ÚLCERAS HANSÊNICAS: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

BARRETO, JG^{1,2}; SALGADO, CG^{1,3}

¹Laboratório de Dermato-Imunologia UEPA/UFPA/MC, Marituba, Pará. ²Campus Universitário de Castanhal – UFPA, Castanhal, Pará. ³Instituto de Ciências Biológicas – UFPA, Belém, Pará. e-mail: jbarreto@ufpa.br

A úlcera hansênica é uma das sequelas mais estigmatizantes da hanseníase, podendo levar a deformação e amputação do membro afetado. Diversas técnicas de tratamento têm sido utilizadas no manejo destas úlceras com resultados frequentemente insatisfatórios. A laserterapia de baixa intensidade (LBI) vem sendo utilizada no tratamento de úlceras desde 1967, contudo seus resultados são inconclusivos. Este estudo avaliou o efeito da LBI sobre a cicatrização de úlceras hansênicas e foi realizado no ambulatório de curativos da Unidade de Referência Estadual em Dermatologia Sanitária do Pará – Marcello Candia. Vinte e cinco sujeitos foram distribuídos em dois grupos de estudo. No grupo controle (GC), 12 pacientes permaneceram recebendo tratamento de rotina. No grupo experimental (GE), 13 pacientes foram submetidos ao tratamento de rotina associado à LBI três vezes por semana, durante 12 semanas. A LBI (AlGalnP-660nm) foi aplicada com dose de 2J/cm² no leito e 4J/ponto na borda da lesão. Avaliou-se a área da lesão (cm²), profundidade (mm) e escore PUSH. No GC a área das úlceras foi de 5,3 (±9,2) antes e 4,4 (±8,5) depois do tratamento, a profundidade foi de 6,3 (±5,4) antes e 5,4 (±5,7) depois, o escore PUSH foi 9,7 (±3,4) antes e 8,4 (±5,3) depois. No GE a área foi de 4,2 (±5,9) antes e 3,8 (±5,7) depois do tratamento, a profundidade foi de 6,2 (±5,1) antes e 4,1 (±3,9) depois, o escore PUSH foi 9,6 (±3,3) antes e 7,9 (±5,3) depois. A LBI, dentro dos parâmetros utilizados neste estudo, não demonstrou benefícios para a cicatrização de úlceras hansênicas ($p > 0,05$).

Suporte financeiro: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde do Brasil; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará e pela Financiadora de Estudos e Projetos do Governo Federal, Ministério da Ciência e Tecnologia (FINEP 1460/03).

PODOLOGIA: EXPERIÊNCIA DE VOLUNTARIADO NA REABILITAÇÃO NO HOSPITAL COLÔNIA ITAPUÃ.

CAMELLO, RS¹; MARQUES, JA²; SILVA FILHO, C²; FRIGERI, CTF²; FRASSÃO, EA²; SOUZA, E²; GUIMARÃES, EM²; SILVA, IS²; CARDOSO, KLH²; GONZÁLES, MD²; MESSIAS, SM²

¹Hospital Colônia Itapuã / SES /RS. ²Associação Gaúcha de Podologia – AGP / RS. e-mail: ritaedu@terra.com.br

Introdução: A hanseníase é doença infecto-contagiosa de evolução lenta, que se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Considerando-se seu potencial incapacitante, grande contingente de pessoas acometidas pela doença apresenta necessidades marcantes quanto à reabilitação ao longo de suas vidas, mesmo após muitos anos da alta terapêutica. A falta de hidratação natural da pele nas áreas onde houve comprometimento específico devido à redução da sudorese e a alteração da vasoregulação autonômica causada pela resposta imunológica contra a célula neural parasitada pelo bacilo propiciam o aumento de hiperqueratose e fissuras; sobre estas áreas podem surgir micoses cutâneas, úlceras ou mal perfurante plantar. **Objetivo:** Demonstrar a contribuição das técnicas podológicas na reabilitação de incapacidades em moradores do HCl. **Metodologia:** O serviço é prestado por podólogos voluntários que atuam com os 39 ex-hansenianos moradores do HCl e é coordenado por uma enfermeira do hospital. **Resultados:** Os usuários referem alívio do desconforto e da dor nas áreas de hiperqueratose ou fissuras. Há aumento na procura pelo serviço, melhora da auto-estima, que se reflete nas mudanças do comportamento cotidiano, como o retorno do uso de sandálias, saias e cuidados estéticos, como pintura de unhas. **Conclusão:** A contribuição da podologia junto à equipe multidisciplinar é visível na qualidade de vida destes moradores. O serviço voluntário oferecido pelos podólogos, associado aos cuidados dispensados pelos outros profissionais de saúde, resulta na melhoria da qualidade do serviço prestado aos pacientes, na sua auto-estima e em motivação da equipe multiprofissional.

Resumos

11º Congresso Brasileiro de Hansenologia
Sociedade Brasileira de Hansenologia
23 – 26 de novembro de 2008
Porto Alegre – RS – Brasil

CONFEÇÃO DE PALMILHAS DE SILICONE NA PREVENÇÃO DA ÚLCERA PLANTAR

GALAN, NGA; SILVA, EA

¹Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. e-mail: ngalan@isl.br

Elaborar técnica para confeccionar palmilhas de silicone para prevenção de úlceras plantares ou sua recidiva. O estudo foi realizado na Divisão de Reabilitação do Instituto Lauro de Souza Lima/Bauru/SP, com 10 portadores de hanseníase, sendo metade com deformidades dos pés e áreas cicatríciais e os demais apenas com calosidades. Todos com indicação de palmilhas moldadas para alívio da pressão em alguma área plantar e em uso de calçado não adaptado. Foram utilizados todos os recursos do setor de sapataria local para elaboração da técnica, que foi reproduzida para todos os participantes do estudo. A técnica consistiu em moldar os pés no EVA aquecido (Etil Vinil Acetato) para confecção das palmilhas incluindo as adaptações necessárias para redução da pressão em áreas de apoio ou cicatríciais. Após uma semana de uso, foram reavaliados e quando bem adaptados, utilizou-se a moldagem de EVA para realizar a impressão negativa em gesso. Após a secagem e impermeabilização do gesso, foi preparado o silicone líquido para recobrir o molde positivo com todos os detalhes e medidas originais. Assim, as palmilhas secas foram inseridas nos calçados e os usuários foram orientados sobre os cuidados higiênicos e reavaliados no máximo a cada dois meses. Sua aplicação tem se mostrado satisfatória nos dez pacientes usuários, demonstrando diminuição das queratoses, maior hidratação da pele, ausência de recidivas de úlceras, aumento do tempo de caminhadas e durabilidade quando comparadas com as de EVA. A metodologia para a confecção das palmilhas de silicone mostrou-se eficaz, necessitando aumentar a casuística para validação da técnica.

Prevenção de Incapacidades, Reabilitação *Prevention of Incapacities, Rehabilitation*

PÉ NEUROPÁTICO NA HANSENÍASE, UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

RANGEL, E; JARDIM, MR; NERY, JAC; SALES, AM; ILLARRA-MENDI, X; DÜPPRE, NC; SARNO, EN

FIOCRUZ. e-mail: emanrangel@yahoo.com.br

Objetivo: Evidenciar a eficácia da aplicação das técnicas preconizadas pelo programa de prevenção de incapacidades em pacientes com pé neuropático que apresentaram úlceras, atrofias ou pé caído. **Material e Métodos:** No período de Agosto de 2007 a Outubro de 2008 do total de 600 pacientes atendidos no serviço de fisioterapia do Ambulatório Souza Araújo, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, foram acompanhados 28 pacientes (26-80 anos, 57% masculino) com complicações (úlceras, pé caído e/ou amiotrofia) nos pés provenientes da neuropatia hanseniana. Avaliou-se a função autonômica-sensitivo-motora nos aspectos clínicos e neurofisiológicos. Segundo o resultado da avaliação foi indicado tratamento com órteses e adaptação do calçado. **Resultados:** Cinco pacientes no momento do diagnóstico, 2 pacientes no período da poliquimioterapia e 21 no período pós-alta necessitaram de algum tipo de atenção para tratamento, prevenção ou reabilitação de incapacidades. Dos recursos empregados evidenciam-se os clínicos-terapêuticos para combater infecções superficiais ou profundas e adaptação de calçado. Com a aplicação dos recursos terapêuticos: 5 pacientes necessitaram de utilização de férulas de Harris e 11 pacientes necessitaram de adaptação de calçados. Houve boa evolução na maioria dos pacientes, 6 pacientes apresentaram recuperação total, 18 pacientes apresentaram recuperação parcial e 4 não apresentaram boa evolução. **Conclusões:** O número de pacientes com complicações nos pés representa 5% da demanda total do período do estudo. Os cursos de capacitação em adaptações de calçados para profissionais envolvidos com PI devem ser incrementados e os serviços implementarem as técnicas em benefício dos pacientes.

CONFIABILIDADE DO SOFTWARE IMAGETOOL NA AVALIAÇÃO DA ÁREA DE ÚLCERAS HANSÊNICAS

BARRETO, JG^{1,2}; ARAÚJO FILHA, TJC¹; MOURA, FPM³; SALGADO, CG^{1,4}.

¹Laboratório de Dermato-Imunologia UEPA/UFPA/MC, Marituba, Pará. ²Campus Universitário de Castanhal – UFPA, Castanhal, Pará.

³Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, Pará. ⁴ - Instituto de Ciências Biológicas – UFPA, Belém, Pará.

e-mail: jbarreto@ufpa.br

A úlcera hansênica é uma das sequelas mais estigmatizantes da hanseníase, podendo levar a deformação e amputação do membro afetado. Uma vez instalada, a avaliação precisa da úlcera é fundamental para o acompanhamento da eficácia do tratamento proposto. A avaliação da área superficial da úlcera tradicionalmente é realizada por métodos pouco precisos ou com contato direto com a lesão, aumentando o risco de infecção. O objetivo deste estudo foi avaliar a confiabilidade intra e interavaliadores do *software ImageTool 3.0* (distribuído gratuitamente pela *internet*) na avaliação da área de úlceras hansênicas. Foram fotografadas 30 úlceras de pacientes hansenianos. As imagens digitais foram transferidas para um microcomputador onde foram analisadas por 3 avaliadores diferentes, por meio do *software ImageTool 3.0*. Cada avaliador realizou duas medidas de cada lesão, com intervalo de 3 dias entre cada avaliação. Os dados foram analisados por meio do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), utilizando-se o *software BioEstat 5.0*. O ICC intra-avaliador variou de 0,9971 (IC 95% = 0,9939 a 0,9986) a 0,9985 (IC 95% = 0,9968 a 0,9993) ($p < 0,0001$), e o ICC interavaliadores variou de 0,9624 (IC 95% = 0,9218 a 0,9822) a 0,9958 (IC 95% = 0,9912 a 0,9980) ($p < 0,0001$). Os resultados demonstraram uma excelente reprodutibilidade deste método de avaliação da área superficial de úlceras, tanto intra quanto interavaliadores, podendo ser indicado para aplicação na prática clínica ou na pesquisa científica, pois se mostrou eficiente e de baixo custo.

Palavras-chave: Hanseníase. Úlceras. Reprodutibilidade dos testes. *ImageTool*.

Suporte Financeiro: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde do Brasil, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará, e à Financiadora de Estudos e Projetos do Governo Federal, Ministério da Ciência e Tecnologia (FINEP 1460/03).

AGRADECIMENTO

O Editor Hansenologia Internationalis agradece o suporte financeiro da seguinte entidade:

FUNDAÇÃO PAULISTA CONTRA HANSENÍASE
Rua Bartira, 579, CEP 05009-000, São Paulo - SP

Sem a sua ajuda, esta revista que é a única do gênero na América do Sul, não poderia ser publicada.

ACKNOWLEDGMENTS

The Editor of Hansenologia Internationalis appreciates the financial support from the following entites:

FUNDAÇÃO PAULISTA CONTRA HANSENÍASE
Rua Bartira, 579, CEP 05009-000, São Paulo – SP

Without your help, this Journal, which is the only one of this category in South América, could not be published.

