

**C
O
N
F
E
R
Ê
N
C
I
A

N
A
C
I
O
N
A**

**para Avaliação da
Política de controle da
Hanseníase**

Brasília, 24 e 25 de março de 1976

Ministério da Saúde

**DISCURSO DO SENHOR
MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE
DR. PAULO DE ALMEIDA MACHADO**



CONFERÊNCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE
CONTROLE DA HANSENÍASE

Discurso de Instalação

Brasília, 24.03.76

Paulo de Almeida Machado

Ministro de Estado da Saúde

Senhores hanseniólogos,

HANSENÍASE é uma doença infecciosa como tantas outras, controlável com a quimioterapia.

LEPRA é uma expressão utilizada com sentimentos injuriosos e discriminatórios, produto da desinformação e da superstição, manifestação cultural responsável pela permanência da endemia hanseniana.

É com este pensamento que dou as boas vindas aos especialistas designados pelas diversas unidades da Federação, que generosamente se dispuseram a vir a Brasília e, juntamente com os peritos do Ministério da Saúde analisar a atual política de controle da hanseníase.

Depois de vários decênios de luta contra a hanseníase, tínhamos, em 31 de dezembro de 1975, nada menos de 138.000 doentes conhecidos. E, cada ano, são fichados 8.500 casos novos.

Parece oportuno parar e meditar sobre a eficácia da política em vigor.

Hoje, 24 de março de 1976, já devemos ter 140.000 doentes conhecidos em todo o Brasil.

90% de nossos doentes são maiores de 15 anos. Representam força de trabalho. Existem assim 126.000 pessoas que poderiam estar trabalhando.

Se cada um de nossos doentes produzisse apenas 10 cruzeiros por dia, teríamos uma produção diária de 1.260.000 cruzeiros, ou sejam 459.900.000 cruzeiros por ano!

E, repetindo o Prof. Rothberg, esta é apenas "a ponta do iceberg".

Numa organização estática, como a nossa, é admissível que não conheçamos a metade dos casos realmente existentes.

Sem considerar a base submersa do iceberg, concentrando-nos na ponta bem conhecida, já temos um prejuízo de pelos menos 459.900.000 de cruzeiros por ano em nosso Produto Interno Bruto.

Some-se o custo dos asilos-colônias e preventórios, some-se o custo das aposentadorias e pensões, some-se o modestíssimo custo da profilaxia e chegar-se-á a cifras assustadoras, revelando o significado econômico da LEPROSA.

Não da HANSENÍASE, notem bem. Da LEPROSA!

Nós que dedicamos tantos anos de nossa vida à luta contra a LEPROSA e ao controle da HANSENÍASE, conhecemos de perto um outro custo bem maior.

Homens de Saúde Pública, preocupados com a tecnologia mas convictos de que a técnica só ganha significação quando posta a serviço do Homem, nós conseguimos continuar percebendo valores éticos superiores ao valor econômico. As peculiaridades da moléstia e as dificuldades da luta não conseguem arrefecer o nosso calor humano, o espírito de fraternidade e de compreensão.

Mais grave do que o prejuízo para o Produto Interno Bruto é a marginalização de 140.000 brasileiros, afastados da comunidade pela ignorância e pelo medo injustifica-

do. Mães que teem o seu filho isolado ao nascer, mães a quem são concedidos os sofrimentos da gravidez e do parto e às quais se negam os legítimos prazeres da maternidade. Crianças que são normais e que são segregadas em preventórios exclusivos, privadas do convívio com crianças normais como elas o são, e marcadas definitivamente como um grupo à parte. Jovens portadores de formas iniciais curáveis açodadamente aposentados, definitivamente segregados. Pais portadores de formas não contagiantes e excluídos apressadamente do ambiente de trabalho.

Os congressos internacionais repetem persistentemente que o hanseniano deve ser tratado nos serviços gerais de saúde. Mas falta o esclarecimento para que o nosso doente seja recebido com humanidade nos serviços não especializados.

Deploramos a carência de médicos especialistas e desencorajamos a especialização ao limitar a distribuição de medicamentos específicos aos estabelecimentos oficiais.

Preocupamo-nos com reabilitação corretiva, exigindo técnicas sofisticadas e não praticamos a prevenção de incapacidades, econômica e ao alcance de pessoal de nível médio.

Falamos em assistência social, mas, com os poucos recursos dos órgãos de Saúde Pública, oferecemos uma assistência ao nível de sobrevivência, sem grandes esforços para a reintegração de nosso doente na sociedade.

Estamos convictos de que a talidomida é um medicamento heróico para o tratamento dos episódios reacionais, assegurando a continuidade da terapêutica específica e poupando ao nosso doente sofrimentos atrozes. Mas a talidomida é privilégio dos pacientes do sexo masculino em virtude de seus efeitos teratogênicos, uma vez que, aos casais, não fornecemos as informações e os meios para o exercício do inalienável direito de planejar a sua família.

Esta política lesando tão cruelmente o indivíduo e desintegrando a família, esta política insensível ao sofrimento espiritual do nosso doente, esta política terá prestado algum benefício ao povo brasileiro? À comunidade sadia? Ao doente? À economia nacional?

Parece-me que há várias contradições entre verdades científicas e a política de trabalho adotada.

Dir-se-ia que a atual política inspirou-se predominantemente em tabús e superstições milenárias, visando sobretudo atender os receios infundados de uma sociedade desinformada e egoísta que busca na segregação do doente um mecanismo de auto-defesa.

Acredito necessário um reexame corajoso da política de controle da hanseníase.

É muito provável que um reexame frio e objetivo nos leve a conclusões capazes de chocar preconceitos medievais e obrigar-nos a opções incômodas se quisermos ficar em paz com a ciência, com a nossa consciência, com os nossos deveres para com o povo.

Tudo indica que o responsável pela manutenção da endemia não seja o nosso doente controlado e sim o pobre doente que tangido pela repulsa de uma sociedade egoísta e desinformada, esconde-se, isola-se, priva-se do tratamento.

Precisamos discutir, estudar e propor as inovações que nos recomendar o conhecimento científico. É possível que nossas conclusões nos levem a lutas penosas.

Mais penosa seria a omissão por timidez.

Mais penosa seria a eternização no Brasil de uma endemia já erradicada em outros países.

Mais penosa seria a responsabilidade pelo agravamento da incapacidade física de nossos doentes caminhando, por omissão nossa, para a incapacidade total e definitiva.

A endemia progride à sombra da timidez dos que sabem e do pavor supersticioso dos que não sabem.

O Brasil precisa livrar-se da LEPRA que existe na mente e no coração de muitos e da HANSENÍASE que existe na pele de alguns. Precisamos encontrar meios para informar, esclarecer, destruir o medo e evitar sensacionalismos que assanham o pavor dos mais desinformados agravando o segregacionismo, semeando o ódio entre homens que deveriam amar-se e unir-se para debelar uma endemia que é uma nódoa em nosso desenvolvimento.

No primeiro dia de seu Governo, o Presidente Ernesto Geisel, dando início a seu grandioso programa de desenvolvimento social, apontou o Homem como objeto supremo de todo o planejamento nacional. E ao fazê-lo, não abriu exceção para o hanseniano.

O hanseniano também é Homem.

De seu desenvolvimento social depende a saúde de todos nós. Inclusive a dos supersticiosos que se julgam seguros atrás das barreiras segregacionistas.

**REUNIÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE
DO ESTADO DE SÃO PAULO
BAURÚ, 12 A 13/3/76**



REUNIÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

BAURÚ 12 A 13/3/76

A REUNIÃO, reconhecendo que:

1) existem barreiras culturais importantes que agravam o problema social e psicológico do doente de hanseníase e seus familiares e dificultam fundamentalmente a aplicação das medidas de tratamento e de prevenção da endemia hanseniana;

2) para a eliminação dessas barreiras e para a aplicação das medidas terapêuticas e preventivas da hanseníase é necessária ação conjunta dos órgãos de saúde pública com os de outras esferas administrativas e culturais;

3) a eliminação dessas barreiras e da rejeição social do doente demanda longo prazo, mas são necessárias medidas imediatas para facilitar sua reabilitação física e social, bem como a integração, o controle e o tratamento, intensificando-se, também, o ensino e a pesquisa científica;

4) continuam existindo órgãos, instrumentos e atividades em desacordo com o progresso da hansenologia.

RECOMENDA:

1) Introduzir nova terminologia, em plano nacional, como passo inicial para a desestigmatização e para a remoção daquelas barreiras culturais.

2) Organizar grupo integrado por sociólogos, antropólogos, educadores, técnicos em comunicação, psicólogos e outros especialistas que sejam considerados necessários para, com a colaboração de hansenólogos, elaborar documento em que sejam indicadas as formas pelas quais se possa promover modificação, na população, em geral, e no pessoal dos órgãos de saúde, em particular, dos conceitos existentes em relação à han-

hanseníase.

3) Cercear atividades que, ainda que bem intencionadas, concorram para o agravamento do estigma, do sensacionalismo e dos preconceitos.

4) Propiciar a transformação gradativa dos atuais "asilo-colônias", "hospital-colônias" e "sanatórios", especializados para doentes de hanseníase, em hospitais gerais e de dermatologia sanitária, incluindo a modificação de suas designações atuais e a transferência do asilamento para outras áreas administrativas, sem discriminação.

5) Incentivar hospitais e serviços gerais de saúde que não façam restrições ao atendimento de pacientes eventualmente doentes de hanseníase.

6) Fornecer instruções e recursos para planejamento familiar às doentes de hanseníase, já que estas necessitam de medicamentos de efeito teratogênico.

7) Abolir a prática do afastamento dos recém-nascidos de seus pais enfermos.

8) Desestimular o funcionamento de entidades assistenciais que se dediquem exclusivamente aos filhos de doentes de hanseníase.

9) Rever os termos da legislação vigente que limitem desnecessariamente as atividades dos doentes de hanseníase ou que reforcem preconceitos e atitudes de rejeição.

10) Promover seminários e constituir grupos de especialistas para uniformizar conceitos e programas para uso das unidades sanitárias no campo da hanseníase:

a) modernizando os registros nas unidades sanitárias;

b) melhorando o relacionamento entre o pessoal das unidades e sua clientela;

c) facilitando ao máximo o tratamento do doente pela classe médica privada, incluindo o fornecimento, mediante requisição pelo médico, de medicamentos anti-hansênicos e a transformação da notificação compulsória nominal em notificação anônima.

11) Dar ênfase à ação dos Centros de Saúde, e promover sua integração com outras agências do Sistema Nacional de Saúde.

12) Estimular a formação e/ou a ampliação de centros de reabilitação em hanseníase.

13) Integrar os setores da previdência social nas atividades de readaptação física e social do doente para a reincorporação às forças de trabalho do país.

14) Estimular a formação e/ou a ampliação de centros de estudos e de pesquisas hansenológicas.

15) Promover convênios entre os órgãos de saúde pública e os de ensino, interessando-os na ministração de cursos em vários níveis e de cursos curriculares com carga horária adequada para bom conhecimento da hansenologia.

16) Facilitar bolsas de estudos a médicos e para-médicos do país e do exterior que desejam aperfeiçoar seus conhecimentos em hansenologia.

17) Assegurar a participação financeira e técnico-administrativa de outros Ministérios em todos os programas referentes à hansenologia.

Documento elaborado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo

Baurú, 12 - 13 de março de 1976

DADOS ESTATÍSTICOS CONSOLIDADOS



CONFERÊNCIA NACIONAL
SOBRE O CONTROLE DA HANSENÍASE
DADOS ESTATÍSTICOS CONSOLIDADOS
(Informações prestadas pelas Secretarias
Estaduais de Saúde)

março de 1976

TABELA I

PREVALÊNCIA DE HANSENÍASE NO BRASIL

- CASOS CONHECIDOS EM 31/12/74

Forma	Casos	1974	%
L + D		75.918	54,6
I		34.159	24,6
T		28.904	20,8
TOTAL		138.981	100,0
Indice de prevalência		1,32p/Mil	-

TABELA II

PREVALÊNCIA DA LEPROSA, SEGUNDO AS FORMAS CLÍNICAS E

AS MACROREGIÕES E UNIDADES DA FEDERAÇÃO (*)

clínicas Federação	L + D		I		T		Total		Prevalência por mil
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
	963	42,3	897	39,4	415	18,2	2275	100,0	9,07
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
	3910	49,6	2237	28,4	1729	22,0	7876	100,0	2,90
	184	51,7	120	33,7	52	14,6	356	100,0	2,40
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
	3356	53,9	1660	26,7	1212	19,5	6228	100,0	1,84
	663	44,9	416	29,5	362	25,7	1411	100,0	0,74
	1749	53,7	653	20,0	858	26,3	3260	100,0	0,62
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
	289	54,5	167	31,5	74	14,0	530	100,0	0,20
	869	43,6	452	22,7	674	33,8	1995	100,0	0,34
	176	40,7	129	29,9	127	29,4	432	100,0	0,43
	657	54,4	310	25,7	240	19,9	1207	100,0	0,14
	6110	55,2	2114	19,1	2842	25,7	11066	100,0	1,0
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
	10254	42,9	5451	22,8	3361	14,1	23899	100,0	1,9
"	"	"	"	"	"	"	"	"	-
	7565	52,1	4137	28,5	2830	19,5	14532	100,0	1,6
	874	65,6	185	13,9	273	20,5	1332	100,0	0,39
	2002	64,3	426	13,7	687	22,1	3115	100,0	0,41
"	"	"	"	"	"	"	"	"	"
"	"	"	"	"	"	"	6780	100,0	2,02
	2210	59,6	464	12,5	1032	27,8	3706		2,04

entes conhecidos em 31/12/75

L + D = Lepromatosa e Dimorfa

I = Indeterminado

T = Tuberculoide

rias Unidades Federativas deixaram de prestar informações, razão pela ão foram totalizados os dados para o Brasil

TABELA III

INCIDÊNCIA DE HANSENIASE, NO PERÍODO DE 1966 a 1975

FORMAS CLÍNICAS	L + D		I		T		TOTAL		TAXA (P/100.000 hab.)
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1966	2.472	51,4	1.246	26,0	1.083	22,6	4.801	100,0	5,76
1967	2.788	51,3	1.479	27,2	1.172	21,5	5.439	100,0	6,35
1968	2.773	49,8	1.499	26,9	1.296	23,3	5.568	100,0	6,33
1969	2.771	49,3	1.489	26,5	1.358	24,2	5.618	100,0	6,22
1970	2.811	51,4	1.456	26,6	1.203	23,0	5.470	100,0	5,88
1971	3.037	51,0	1.406	23,6	1.507	25,4	5.950	100,0	6,22
1972	3.285	51,2	1.652	25,8	1.474	23,0	6.411	100,0	6,52
1973	3.374	49,4	1.776	26,0	1.681	24,6	6.831	100,0	6,75
1974	3.991	48,7	2.288	27,9	1.920	23,4	8.199	100,0	7,87
1975	4.123	48,6	2.330	27,4	2.040	24,0	8.493	100,0	7,93

TABELA IV

SITUAÇÃO DOS DOENTES DURANTE O DECÊNIO

- 1966 - 1975 -

ANO	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
ESPECIFICAÇÕES										
Assistência sob internação	18252	17825	17164	16183	16817	16608	16280	16071	15462	10593(1)
Assistência em Ambulatório	60662	63029	65517	69696	67125	63029	62993	73244	77262	52990(2)
Sub-total	78914	80854	82681	85879	83942	79637	79273	89315	92724	63583(1,2,3)
Não controlados	34696	32413	32706	37699	41489	50358	49396	46926	46257	26402(3)
TOTAL	113610	113267	115387	123578	125431	129995	128669	136241	138891	89985(1,2,3)
% de controlados	53,4	55,6	56,8	56,4	53,5	48,5	49,0	53,8	55,6	70,7

OBS. (1) Dados parciais, deixaram de informar este item, as seguintes Unidades: SP, ES, RD, RO E AL.

(2) ídem, deixaram de informar as seguintes Unidades: SP, ES, RN, CE, AM.

(3) ídem, deixaram de informar as seguintes Unidades: SP, ES, PB, RN, CE, NA, RD, RO E AL.

TABELA V
 RECURSOS DISPONÍVEIS CAPACIDADE INSTALADA
 1966 - 1975

NATUREZA DO RECURSO	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
<u>CAPACIDADE INSTALADA</u>											
DA											
a) Dispensários	121	121	121	121	121	121	121	121	121	121	
b) Hosp. Especiais	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
c) ASILO-COLONIA	32	32	32	31	31	31	31	31	31	31	
d) Serviço de prevenção das deficiências	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	
e) preventórios	31	31	31	31	30	30	29	29	29	29	
f) viaturas utilizadas										155(x)	

OBS. (x) Viaturas cedidas as U.F. através convênio

Nota: Os hospitais especializados (não colonia) situam-se: RJ-1 e MG-2 .

TABELA VI
 RECURSOS DISPONÍVEIS – HUMANOS
 1966 – 1975

CATEGORIA DO PESSOAL	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Médico Dermatologista									"	166
Enfermeiro									"	36
Enfermeiro Educador									"	4
Visitador									"	265
Psicoterapeutas									"	15
Outros não discriminados									"	751
TOTAL									-	1.237(1)

Obs: (1) Deixaram de prestar informação: Ac, Am, Ro, RR, Pb, Al, SP e Go.

TABELA VIII

Controle de Comunicantes

1973 - 1975

ANO comunicantes	1973	1974	1975	Total
controlados	64.140	80.030	73.689 (1)	"
sem controle	118.992	116.141	82.093 (2)	"
Total	183.132	196.171	155.782	"
% de controlados em relação ao total	35,0	40,8	47,3	"

Obs. (1) Deixaram de informar: AM, Ma, Ce, RN, Pb, Pe, Al, Ro,
RR, Es, SP, DF e Go.

(2) Deixaram de informar: AM, AP, Ma, Ce, RN, Pb, Pe, Al,
Ro, RR, Es, SP, DF, e Go

TABELA IX
HOSPITAIS COLONIAS

ESPECIFICAÇÕES	A N O									
	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
Número	36	35	35	34	34	34	34	34	34	34
Pop. existente	18225	17825	17164	16183	16817	16608	16280	16071	15462	9592(1)

OBS. (1) Deixaram de informar: GO, RS, SP, RJ, PB, AL, RR e RO.

TABELA X

TIPO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL PRESTADA AO

HANSENIANO

31.12.75

TIPO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	UNID. FEDERATIVAS					
	+	%	-	%	sem resp.	%
Laborterapia	8	32,0	3	12,0	14	56,0
Balcão de empregos	2	8,0	2	8,0	21	84,0

TÓPICO E LEGISLAÇÃO
DR. WALTER BELDA



CONFERÊNCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA ATUAL POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE

MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASÍLIA - 24 - 25 - 03 - 1976

TÓPICO - LEGISLAÇÃO

DR. WALTER BELDA*

INTRODUÇÃO

A evidência dos progressos obtidos no campo da hansenologia pode ser sumarizada nas afirmações correntes entre especialistas internacionais: "Se tudo o que se sabe fosse aplicado conscienciosa e persistentemente a moléstia poderia ser controlada nesta geração e erradicada na outra".

Os relatos da epidemiologia descritiva não sendo assim otimistas informam-nos que, além dos conhecimentos básicos referentes a moléstia não estarem sendo utilizados plenamente esbarram em barreiras culturais muitas vezes suportadas em atitudes oficiais ou oficiosas.

Entre estas verificamos a contribuição de complexa e variável legislação específica que, embora já evidenciando progressos apreciáveis, na realidade dão características científicas aos tabús, estigmas e desinformações.

* Da Secretaria de Saúde e do Estado de São Paulo

Tratar o problema sem a remoção destes suportes, nos parece inutilidade.

BASES DA AÇÃO SANITÁRIA

A inexistência de vacinas, condicionam a luta anti-hanseníase as seguintes verificações epidemiológicas de aceitação passiva:

1. – A hanseníase é moléstia transmissível causada pelo bacilo de Hansen, germen de baixa patogenicidade e baixa virulência.
2. – A moléstia é exclusiva do gênero humano.
3. – Pequeno percentual de homens, por características próprias, reveladas parcialmente por uma reação negativa ao Mitsuda, constituem a fonte de infecção - os doentes virchovianos.
4. – O principal suporte da manutenção da endemia o grupo familiar.
5. – A evolução da moléstia segue o esquema seguinte após período de incubação médio de 3 a 5 anos, a infecção, na maioria das vezes vencida espontaneamente, transforma-se em doença com as características do Grupo Indiferenciado. Os casos que não regridem ou que permanecem estacionários, lentamente evoluem para as formas bacilíferas ou não bacilíferas. Estas, enqua-

dradas no Tipo Tuberculoide, de freqüente resolução espontânea, não tem significado sanitário.

6. – Devido possivelmente às características do Mitsuda negativo e da adaptabilidade do germen, as medicações não conseguem efeito esterilizante rápido. No entanto os relatos epidemiológicos são concordes ao afirmar:
 - 6.1.– Os casos indiferenciados, criteriosamente tratados, não evoluem para as formas bacilíferas.
 - 6.2.– O tratamento dos casos bacilíferos leva a modificações dos índices baciloscópicos e morfológicos, reduzindo ou extinguindo seu potencial de infecção. Os casos secundários diminuem com o transcorrer da medicação.
7. – A significativa predominância da doença entre as classe menos favorecidas, carentes de alimentação e conduta higienica, agravam seus aspectos social, mais contundente nos grandes aglomerados urbanos.
8. – Seguramente não é doença da infância. Como exemplos reproduzimos os dados do Estado de São Paulo, onde a moléstia é de alta prevalência, referentes a 11.758 pacientes descobertos no período 1963-1969.

8.1.- Percentual de doentes descobertos segundo o grupo etário:

0 5 anos	0,11%
5 10 anos	0,44%
10 15 anos	3,33%

8.2.- Quando existentes, nestes grupos predominam os casos indiferenciados e os de resistência (tuberculoides). Do material acima reproduzimos:

Grupo etário	% de V	% de I	% de T
0 5	0,00	0,15	0,56
5 10	1,23	2,96	3,68
10 15	5,10	6,25	5,17

Estas verificações epidemiológicas nos levam a aceitar:

- 1 - O controle sanitário da endemia, em termos de modificações das características da curva epidemiológica, é perfeitamente atingível.
- 2 - Uma legislação, em desacordo com tais evidências, impondo ou permitindo aposentadorias compulsórias, restrição indiscriminada ao trabalho e ao atendimento médico geral, separação de filhos, preventórios, pensões especiais, etc., agravam e dão suporte aos aspectos psico-social do problema, impedientes seguros do controle.

Nestes termos, sugerimos:

a - Revisão da legislação medico sanitária especí-

fica existente, tendo em vista incluir efetivamente o atendimento do problema nas atividades rotineiras das unidades sanitárias.

- b– Permitir e incentivar o atendimento dos pacientes de hanseníase pela classe médica em geral.
- c– Revogação de toda legislação específica que restrinjam as atividades de pacientes eventualmente portadores de hanseníase ou de seus familiares.
- d– Revogação de toda legislação específica que implique em aposentadorias especiais, compulsórias, afastamentos de filhos, pensões especiais, etc.
- e– Transferir para os órgãos da Previdência Social ou da Promoção Social, o onus dos problemas socio-econômicos.
- f – Introduzir na legislação própria das diversas áreas da educação, com enfoque no ensino médico e de enfermagem, a obrigatoriedade do ensino de noções de hansenologia.

**HANSENÍASE: TRATAMENTO
DE PESSOAL
DR. PEDRO BELLO**



HANSENÍASE

TREINAMENTO DE PESSOAL

Desde que se preconizou a integração das tarefas de controle da hanseníase nas atividades rotineiras dos órgãos de saúde polivalentes, ressentiu-se da falta de condições técnicas o pessoal da equipe de saúde para desempenho cabal de suas novas atribuições.

Onde o pessoal - médico e auxiliar - possuía já alguns conhecimentos sobre a doença, o entrosamento se fez sem maiores percalços. Naquelas Unidades de Saúde carentes desses recursos, praticamente paralisou o atendimento com o afastamento do especialista da execução direta das tarefas de rotina de controle da hanseníase.

Estabeleceram-se, então, hiatos indesejáveis na execução normal do programa elaborado.

Essa falta de preparo e conhecimento técnicos da especialidade se refletiu no simples retraimento da equipe de execução a nível local, sob a alegação de falta de tempo ou de que essas tarefas eram de atribuições de órgãos específicos. Consequentemente, o índice de controle ameaçava declinar assustadoramente. Era necessário e urgente analisar as causas desse comportamento. Dentre várias outras, como a de sub-remuneração, destacou-se justamente a falta de preparo técnico no que se refere à hanseníase.

Identificada a causa, a solução não poderia tardar. Na programação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária incluiu-se o treinamento de pessoal, especialmente dirigido áqueles que diretamente estão voltados para a execução das tarefas de controle.

Em fins de 1974, a Divisão criou junto às Secretarias de Saúde dos Estados, Unidades Regionais de Treinamento, procurando equipá-las com recursos e material didático eficiente. Não poderíamos prescindir dos órgãos formadores de pessoal e então partimos para a convocação das Faculdades de Medicina que prontamente atenderam nossa solicitação, num trabalho integrado e realmente proveitoso. Foram criadas 15 Unidades Regionais, assim distribuídas: Manaus, Amazonas; São Luiz, Maranhão; Teresina, Piauí; Belo Horizonte, Juiz de Fora, Uberlândia e Uberaba em Minas Gerais; São Paulo, Ribeirão Preto, Baurú, São José do Rio Preto e Campinas em São Paulo; Curitiba no Paraná e Niterói no Rio de Janeiro.

Para a realização desses cursos de treinamento, não se pode deixar de mencionar a valiosa colaboração prestada pelas Faculda-

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

des de Medicina do Pará, Amazonas, Ceará, Maranhão, Piauí, Paraíba, São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio de Janeiro.

Foram programados cursos sobre hanseníase que, embora rápidos, pudessem abordar aspectos práticos da rotina diária: diagnóstico, clínica, terapêutica, profilaxia e epidemiologia.

Mas não bastava treinar apenas o médico: havia necessidade de se capacitar também o serviço de enfermagem e os auxiliares de saúde a que se agregariam, mais tarde, os técnicos de laboratório.

Com toda a equipe treinada, poder-se-ia esperar um trabalho melhor, mais qualificado. Mais que isso, estimularia uma motivação necessária para melhor consecução dos objetivos, aliada à conscientização realística da situação: a hanseníase é um problema de saúde pública e como tal não há como dissociá-la das atribuições da Unidade de Saúde.

No ano de 1975, foram realizados vários cursos de treinamento para o pessoal da equipe de saúde a nível de execução local e para inspetores regionais, todos das Secretarias de Saúde dos Estados. Os números obtidos são os seguintes:

UF	MÉDICOS	ENFERMEIRAS	AUXILIARES	TEC. LABORATÓRIO
AM	7	1	-	-
PA	13	-	-	-
MA	1	-	-	-
CE	3	3	-	-
PB	9	1	-	-
MG	43	3	40	29
RJ	10	2	17	4
SP	90	-	30	30
PR	<u>28</u>	<u>2</u>	<u>30</u>	<u>30</u>
TOTAL	204	12	117	93

A integração pela qual se batia a então Divisão Nacional de Lepra não se restringia apenas aos órgãos de saúde das Secretarias das Unidades Federativas. Deveria ser realizada, com muito maior razão, dentre os órgãos de execução do próprio Ministério da Saúde. Não se poderia, pois, prescindir da efetiva participação dos órgãos da Fundação SESP. Para tanto, mister se fazia também o treinamento de seu pessoal.

No ano de 1975, foram treinadas todas as Unidades da Funda-

ção SESP do Amazonas, do Pará e de Minas Gerais e grande parte do Ceará e Maranhão. O quadro seguinte dá os resultados desse treinamento:

UF	MÉDICOS	ENFERMEIRAS
AM (*)	9	2
PA	24	9
MA	10	4
CE	13	-
PB	1	-
MG	<u>23</u>	<u>9</u>
TOTAL	80	24

(*) No curso de Manaus-AM, participou ainda, 1 médico do Exército, sediado em Benjamin Constant.

———— x ——— x ———

Por outro lado, os programas de controle da hanseníase no País, reclamavam uma sistemática para prevenção e tratamento de incapacidades físicas, a maior causa de mutilação do paciente, de perda de sua mão de obra e de rejeição social.

Não tínhamos, em absoluto, experiência no assunto, nem pessoal capacitado para elaboração de um programa exequível. Exceções devem ser feitas ao Sanatório Antônio Aleixo, em Manaus, ao Hospital Lauro de Souza Lima de Baurú-SP e o Hospital de Recuperação de Belo Horizonte, todos eles, Centros Especializados de Reabilitação, desenvolvendo técnicas restritas aos seus internados ou de tratamento de incapacidades envolvendo métodos mais custosos de cirurgia reparadora.

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária valeu-se então, da Organização Mundial de Saúde, através da Organização Pan-Americana, trazendo ao Brasil o Prof. José de Jesus Arvelo, de Caracas, Venezuela, um dos mais competentes e experimentados técnicos nesse assunto. Visitou o Prof. Arvelo algumas Unidades da Federação e fez uma série de palestras na sede da Divisão Nacional, no Rio de Janeiro.

Não era, contudo, o suficiente. Havia necessidade de preparar nosso pessoal. Preocupado com isso, o Senhor Ministro da Saúde determinou a ida à Caracas, em 1975, de três médicos brasileiros para estágio de dois meses, no Serviço do Prof. Arvelo.

No mesmo ano, patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde, voltou ao Brasil o Prof. Arvelo, para então, no prazo de um mês em nosso País, realizar cursos de treinamento em técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades físicas do doente de hanseníase.

Era necessário que se constituíssem por todo o País tantos núcleos iniciais quanto necessários e que fossem multiplicadores de técnicos em cada Unidade da Federação. Para isso, programou-se a realização de dois cursos: um em Baurú-SP e outro em Manaus-AM, com respaldo dos Sanatórios Lauro de Souza Lima e Antônio Aleixo, respectivamente. Foram convidadas todas as Secretarias de Saúde para que enviassem seus candidatos: todos, com exceção o de Pernambuco, atenderam a solicitação. Foram treinados 87 técnicos.

Posteriormente, o Estado de Minas Gerais, através de seus próprios elementos treinados em Baurú, promoveu o treinamento de 15 outros elementos do seu quadro de servidores. Era o primeiro fruto do esforço inicial.

O quadro seguinte nos dá a relação do pessoal treinado em técnicas simples de prevenção e tratamento de incapacidades físicas.

MÉDICOS:

Caracas-Venezuela	3
Baurú-SP e Manaus-AM	43

ENFERMEIRAS:

Baurú-SP e Manaus-AM	11
----------------------------	----

OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

Baurú-SP e Manaus-AM	33
Belo Horizonte-MG	15

Logo após a efetivação desses cursos, em correspondência às Secretarias de Saúde, fizemos salientar a necessidade de se elaborar um subprograma de prevenção de incapacidades físicas por técnicas simples, iniciando-se pelo levantamento da situação, a fim de se comparar, no futuro, com o quadro atual. Dois Estados já atenderam essa sugestão e elaboraram seus programas para implantação ainda neste ano: Sergipe e Santa Catarina. É nosso desejo que os demais Estados também façam suas programações .

País de dimensões continentais, de grande diversidade de concentração demográfica, evidentemente o programa de controle da

endemia não pode ser uniforme, devendo adaptar-se às condições próprias de cada área onde vá ser executado, atendendo ainda a magnitude de seu problema hanseníase . Assim, a Região Norte se destaca como uma das áreas-problema, não só pela elevada prevalência (Estados com até 10 doentes por mil habitantes) como também pela baixa densidade demográfica, em tudo dificultando a execução de um racional programa de controle, quase sempre obstaculizado pela precariedade do acesso ao doente no interior.

Em tais condições, seria praticamente impossível cobrir toda a área com pessoal altamente qualificado, mais oneroso e de difícil recrutamento. Pensou-se então no trabalho do paramédico. O exemplo foi altamente gratificante quando se alocou na região Amazônica o auxiliar supervisionado pelo médico, ficando a cargo desse paramédico quase todas as tarefas de controle, inclusive diagnóstico e tratamento, homologados pelo médico.

No ano de 1975, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária procurou ampliar essa área de atuação e para tanto formou 10 auxiliares de saúde que foram distribuídos desta forma: 3 para o Estado do Amazonas (municípios de Parintins, Coarí e Eirunepé), 4 para o Estado do Pará (municípios de Conceição do Araguaia, Muaná, Capanema e Óbidos), 2 para o Território de Rondônia (Porto Velho e Guajará-Mirim) e 1 para o Território do Amapá (Macapá).

Os primeiros frutos desse trabalho já começam a aparecer com os auxiliares do Amazonas e do Amapá, localizando pacientes em paradeiro ignorado e verificando notificações recebidas.

———— x ——— x ———

Válida a idéia de integração de atividades dos próprios órgãos do Ministério da Saúde, voltou-se a atenção para o aproveitamento do trabalho dos guardas de endemia da SUCAM que, pela própria natureza de suas tarefas, constantemente se deslocam pelo interior à dentro, na visita domiciliar da área que lhes cabe. Esse pessoal seria utilizado na localização dos doentes faltosos ao controle, na distribuição de medicação específica àqueles impossibilitados de se locomoverem e, mais ainda, na notificação de casos suspeitos de hanseníase, através de inspeção sumária das partes descobertas e da indagação da existência de sintomas e sinais em partes cobertas. Esses casos suspeitos seriam encaminhados à Unidade de Saúde mais próxima onde teriam preferência no atendimento quando de suas apresentações.

Aceita a sugestão de aproveitamento dos guardas de endemia da SUCAM, havia necessidade do treiná-los. Foram programados

no ano de 1974 cursos nos Estados do Pará e Amazonas, quando se treinaram 642 guardas no Pará e 307 no Amazonas. Tais cursos foram repetidos no ano de 1975, acrescidos de outros no Estado da Bahia e nos Territórios do Amapá e Roraima, com os seguintes números:

AMAZONAS	410
PARÁ	307
RORAIMA	5
AMAPÁ	19
BAHIA	469
RONDÔNIA	40
TOTAL	<u>1.250</u>

Como resultado desse treinamento e utilização dos guardas, foram recebidas 719 notificações:

AMAZONAS	541
PARÁ	167
BAHIA	11

Estão sendo apurados esses casos notificados pelas Secretarias, possuindo a Divisão apenas dados parciais do Estado do Pará.

— X — X —

Baseada na efetiva produtividade e eficiência do auxiliar de saúde, sobejamente demonstrados na Amazônia, programou a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária para o ano de 1976 a formação de auxiliares regionais em todas as Unidades Federativas. Atuarão esses elementos de maneira supletiva e não competitiva, em relação às Unidades de Saúde locais. Destinados a uma área de grande ou relativa importância epidemiológica, tais auxiliares se deslocarão entre os municípios que lhes ficarem subordinados, com o objetivo de completarem o trabalho da equipe local e, conseqüentemente, melhorarem o percentual de controle de doentes e contactos, especialmente daqueles residentes na zona rural, de mais difícil acesso.

São esses auxiliares servidores do quadro da Secretaria de Saúde, o que não implica em admissão de pessoal. A clientela para esse tipo de treinamento será recrutada entre os que apresentarem maiores aptidões para a função, além de um grau indispensável de escolaridade. Terão bolsa mensal de Cr\$ 2.000,00 e o estágio terá duração mínima de 3 meses assim distribuídos: 6 semanas no Dispensário (parte prática e teórica), 2 semanas no Sanató

rio e 4 semanas em trabalho de campo.

— x — x —

No ano de 1976, pretende-se continuar a programação iniciada no exercício anterior de treinamento de médicos, de enfermeiras, de auxiliares de saúde para atuação local e dos técnicos de laboratório, todos servidores das Secretarias de Saúde dos Estados e diretamente interessados na execução das tarefas do programa de controle da endemia.

A programação para as Secretarias de Saúde no ano de 1976, é a seguinte:

UF	MÉDICOS e ENFERMEIRAS	AUX. SAÚDE	AUX. REG :	TÉC : LABORATÓRIO
RR	-	-	1	-
AM	-	-	3	-
PA	-	-	3	-
MA	-	-	3	-
PI	3	-	2	-
CE	15	15	3	5
RN	-	-	1	-
PB	3	-	1	-
PE	-	15	2	5
AL	2	-	1	-
SE	2	-	2	-
BA	-	-	3	-
MG	60	45	10	15
ES	15	15	3	5
RJ	30	30	4	5
SP	90	90	10	20
PR	30	30	6	15
SC	15	15	2	5
RS	15	15	3	5
MT	15	15	3	5
GO	15	15	3	5
DF	-	-	1	-
TOTAL	310	300	70	90

Prosseguirá no ano de 1976 o treinamento do pessoal da Fundação SESP, estando previstos para este ano 80 profissionais distribuídos da seguinte maneira:

PERNAMBUCO	18
PIAUI	7
RIO GRANDE DO NORTE	10
<u>ALAGOAS</u>	12

SERGIPE	18
BAHIA	<u>15</u>
TOTAL.....	80

Médicos e enfermeiras terão cursos com a duração de 20 (vinte) horas para os servidores em regime de tempo parcial e de 40 (quarenta) horas para o pessoal em regime de tempo integral. Do total de horas programadas, a metade ou mais é destinada à parte prática.

Os auxiliares de saúde terão curso de 40 (quarenta) horas onde se enfatiza a sua participação no programa de controle da endemia, a maneira de se atender o paciente na Unidade, além de se reafirmarem noções de enfermagem e de profilaxia das doenças transmissíveis .

Os técnicos de laboratório terão estágio de 40 (quarenta) horas, concentrando seu aprendizado na correta técnica de colheita de material para bacterioscopia e no exame microscópico

A Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária tem propiciado ainda na sua sede e em colaboração com o Instituto de Leprologia da Fundação Oswaldo Cruz, estágio para Médicos, acadêmicos e servidores das Secretarias de Saúde, inclusive auxiliares de laboratório na aprendizagem de técnicas de preparação de material para histopatologia. Já treinados os técnicos do Maranhão e do Piauí. Pretende-se a montagem em Belem-PA, São Luiz-MA e Teresina-PI, de uma Unidade de Histopatologia, para o que a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária tem fornecido recursos necessários.

— x — x —

Estamos convencidos de que a integração das Unidades de Saúde polivalentes locais somente será realmente efetiva, quando dispusermos de pessoal devidamente capacitado para desempenhar suas tarefas de maneira mais eficiente e técnica, porém, movido por uma mística de trabalho que possa ser, antes de tudo, inventiva para solução dos seus problemas, que são diversos para cada área.

Com essa intenção, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária destina razoável parte de seus recursos e da atenção de seus técnicos na formação e treinamento do pessoal, fator indispensável ao êxito de qualquer programação.

**REINTEGRAÇÃO SOCIAL
DO HANSENIANO
DR. NILSON CARVALHO DA SILVA**



CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE HANSENÍASE

MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASÍLIA, 24 – 25, Março, 1 976

Toda: REINTEGRAÇÃO SOCIAL DO HANSENIANO

Dr. Nilson Carvalho da Silva (+)

Definição:

Reintegração social de hanseniano é o procedimento que visa restabelecer para o paciente de hanseníase suas condições normais de vida na comunidade. Constitui pois, o estágio final de todo o trabalho de terapêutica a reabilitação em hanseníase.

Conceitos gerais:

Esse processamento pode ter caráter preventivo ou recuperador. As medidas preventivas são naturalmente muito mais eficazes que as reparadoras. As áreas básicas para Reintegração são: Física, Psicológica, Econômica, Profissional e finalmente, Social. (quadro I)

Na hanseníase, a reabilitação física, cujos detalhes são abordados em outro tema desta Conferencia, visa especialmente cuidados com as mãos, pés, olhos e face. (Quadro II). Estes grupos de cuidados correspondem topograficamente às áreas, físicas onde se desenvolvem as principais lesões da hanseníase, produzidas pelo - Mycobacterium lepraevar, hominis, e o conhecimento deles é básico para o processo da reintegração econômico-social.

Bases etio-patológicas :

O agente patógeno da hanseníase, na produção de doença, tem um tropismo especial por certas estruturas anatômicas, no homem. A doença é constituída principalmente por lesões produtivas, granulomatosas que se desenvolvem ao nível dos nervos (periféricos ou tronculares) e da pele.

Portanto, embora historicamente a hanseníase seja considerada uma doença dermatologica, na sua forma atual e para analisar e estabelecer regras no processamento da reabilitação, ela deve ser considerada também pelo seu aspecto neurológico, e um enfoque cuidadoso deve ser feito sobre o quadro neurológico, em nível pelo menos igual ao do quadro dermatológico. É pelas lesões neurais que a hanseníase produz os seus mais graves efeitos incapacitantes (quadro III) os quais vão

exigir o processo de reabilitação. Assim, de início, a hanseníase deve ser considerada uma doença dos nervos e da pele. Pode-se admitir mesmo que as lesões da pele são secundárias as lesões dos nervos. De um modo geral as infiltrações, os granulomas hansenicos começam por afetar os nervos periféricos produzindo anestésias e disestésias, e, estendendo-se aos nervos tronculares, acabam por destruí-los, levando às paralisias e reabsorções, matrizes das incapacidades e deformidades.

Estas modificações vão constituir não somente o quadro clínico mas também a imagem da hanseníase na comunidade e alimentar o processo de alienação, responsável maior pela segregação do hanseniano do convívio comunitário.

Reabilitação global.

Essa segregação social do hanseniano impõe o processamento reabilitador de maneira global, para correção dos efeitos da incapacitação física, psicológica, profissional, econômica e social. (quadros II e III).

Comportamento da comunidade.

Por outro lado, tratando-se de uma doença muito antiga na história do homem e na qual dificuldades para o esclarecimento de fatos básicos da patogenia e epidemiologia vem constituindo desafio prolongado e obstinado para a pesquisa científica, um acervo de preconceitos e conceitos falsos se acumulando, alimentando um envolvimento de mistério e obscuridade e criando na comunidade um processo de alienação que incide sobre a doença, os doentes, seus familiares e até as equipes de saúde encarregadas de sua manipulação quadro VI.

Esse processo atingiu em muitas sociedades e países um grau tão eficiente, como sustentáculo da invulnerabilidade da endemia e portanto, responsável, pelo desperdício de recursos empregados nas tentativas de seu controle, que se pode caracterizá-los como uma doença da comunidade de conseqüências muitas vezes piores que as lesões produzidas pelo Myco. lepra. Para reintegração social do hanseniano há pois, que tratar-se também a atitude mórbida da comunidade. (Quadro VI).

Nas sociedades cristãs esse processo de alienação foi reforçado por uma interpretação distorcida das regras prescritas na lei mosaica constantes no capítulo 13 do Levítico. Tão bem quanto, por um erro na propaganda do Cristianismo durante a idade média, com a conotação de lepra com o sistema psicológico pecado-culpa-castigo que fixou na lepra um símbolo de super-abominação, isto é, de alienação total.

Procedimentos para a Reintegração social do hanseniano.

Diante dessas considerações torna-se claro que as ações para a reintegração social do hanseniano tem que visar em níveis equivalentes o doente e a comunidade.

No paciente as ações mais produtivas são:

- 1.- Diagnóstico precoce.
- 2.- Tratamento específico.
- 3.- Tratamento complementar das reações.
- 4.- Tratamento auxiliar de intercorrências.
- 5.- Educação sanitária.
- 6.- Fisioterapia. Exercícios.
- 7.- Ortopedia. Próteses.
- 8.- Cirurgia reparadora.
- 9.- Readaptação vocacional e profissional.

Na comunidade a terapêutica é um processo essencialmente educativo, objetivando transformar a alienação em aceitabilidade. Constitui pois uma mudança do comportamento comunitário devendo ser processado pelos órgãos próprios, integrados: médicos, educadores e cientistas sociais.

O preconceito cristão representa uma distorção que pode ser reparada usando-se a atitude do próprio Cristo. A alienação do hanseniano é uma atitude incompatível com o modelo cristão. O comportamento de Cristo, que é um padrão bem definido e único para o cristianismo, jamais foi de rejeição. É claramente de aceitabilidade. Aceitabilidade geral conforme a declaração em Mateus 11:28: "Vinde a mim todos os que estais oprimidos, eu vos aliviarei".

É de aceitabilidade específica para o doente de lepra, conforme o episódio descrito em Lucas 5:13. "E Ele estendendo a mão tocou-lhe". Normalmente Cristo curava pela palavra, o verbo que era Deus. Assim foi com o paraplégico em Betesda. "Levanta, toma a tua cama e anda." (João 5). No doente de lepra o modelo foi claramente contestatório da alienação prescrito na lei mosaica. Estendendo a mão, tocou-lhe. Noutro episódio (Marcos 14:3) a história diz que Cristo hospedou-se, de camas e mesa, com Simão de Betânia, um hanseniano. Não é necessário pois mudar os textos eternos da civilização - cristã, mas utilizá-los corretamente para mostrar que a alienação na hanseníase é uma atitude anti-cristã além de anti-técnica.

Análise das dificuldades.

A prática dessas ações apresenta, sem dúvida, serias dificuldades, especialmente a mudança do comportamento da comunidade, mas, uma estratégia global (quadro IV) que as considere no mesmo nível de importância, pode desfazer o nó da invulnerabilidade da endemia em áreas de alta endemicidade, como no Brasil onde a aplicação de vultosos recursos financeiros e humanos em programas que não consideraram devidamente essa equivalência, só chegou a limitado sucesso. (quadro VII).

Embora metodologia eficaz para aplicação dessa estratégia já seja disponível, - o processo de alienação vem se constituindo num importante obstáculo para o controle hanseníase e reintegração o hanseniano, envolvendo um conjunto de ações algumas tradicionalmente de fora de setor saúde (quadros IV e VII).

Esse fato básico tem sido enfatizado em diversas reuniões de especialistas e autoridades e constituído itens em vários documentos sobre políticas sanitária para o país. O problema é que ele não tem sido praticado com o mesmo afinco, sob vários pretextos entre os quais o mais daninho tem sido o conceito de que ações fora do setor - saúde devem ser deixadas à iniciativa dos respectivos setores administrativos. Outros motivos que tem impedido de se aplicar o que já se sabe contra a hanseníase tem sido omissão por comodismo, desprezo por estratégia global, consequente à exagerada confiança na potência esterilizante dos leprostáticos ou subestima da situação epidemiológica, além do enfraquecimento das estruturas pela sub-remoneração e seus *sub-produtos*.

Dados epidemiológicos.

Os dados epidemiológicos sobre a morbidade por hanseníase no Brasil já foram mostrados pela DNDS. Alguns pontos *básicos* deverão ser lembrados ao se estabelecerem regras para reintegração social dos hansenianos. São:

1.- Distribuição irregular pelo território nacional. (Prevalência - Grande Região Norte: 4.2‰; Centro - Oeste: 1.8‰; Sudeste 1.7‰; Sul: 1.0‰; Nordeste : 0.4‰ - Fonte: DNB, 1 971).

2.- Geopatologia caprichosa sugerindo a possibilidade de que fatores ecológicos climáticos possam influir poderosamente na disseminação e radicação dos focos. (Região Sudeste, polo desenvolvimentista com elevada prevalência 1.7‰ e elevada concentração de doentes, 71.215; Região Nordeste, classificada economicamente como polo da pobreza) com baixa prevalência 0.4‰ e menor concentração de doentes, 12.239 RA).

3.- Permanecem internados em 32 leprocomios, cerca de 17.000 hansenianos , 24 anos após ter sido repudiada a internação como instrumento de profilaxia da hanseníase.

Perspectiva atual.

Deve-se reconhecer que, face a essa situação epidemiologica e á sua invulnerabilidade, as possibilidades de plena reintegração social e recuperação da capacidade economica dos pacientes de hanseníase ainda são limitadas. O retardamento dos diagnosticos, o efeito anti-educativo das leis segregacionistas, o atrativo da internação, a contingencia de internar por ser, ás vezes o unico meio de manter alguma dignidade na vida desses concidadãos, constituem graves obstaculos á reconstituição da identidade, da auto-estima e da auto suficiencia economica dos hansenianos.

Para melhor rentabilidade, as ações contra a hanseníase, quer as que visam a reintegração social e outros estagios da reabilitação como para melhora bacteriologica e clinica, devem ser aplicadas precocemente nos estagios iniciais da doença. O gól básico é portanto a atividade preventiva mais que a recuperadora. A reintegração social do hanseniano deve se apoiar no diagnóstico precoce e nos varios metodos de promove-lo. diagnóstico tardio leva a situações irrecuperáveis. O proprio paciente depois de internado por longos anos rejeita uma rotina de trabalho, mesmo rural. Perde a auto-estima, adquire o habito da dependencia economica.

Todo programa que vise a reintegração socio-economica do paciente de hanseníase deve ter como objetivo a medio prazo a redução gradativa mas consistente do grau de polarização nos diagnosticos na area.

Índice de Polarização.

Por isso temos sugerido, alem da abolição de prioridades com base exclusivamente em criterios imunologicos e clinicos (4) a conveniencia de ser adotado um indice de polarização para acompanhamento dos programas contra a hanseníase.

o Índice de Polarização é um parâmetro complementar do índice de tipos e considera a polarização nos diagnósticos de hanseníase na área. IP é o quociente entre o total de casos polarizados (lepromatosos e tuberculoides) e os indeterminados. É um parâmetro que reflete não somente a potência bacteriana de expansão do foco como o índice de tipos, mas considera o foco tuberculóide como fator importante que é, da gravidade da situação epidemiológica, por sua capacidade de produzir deformidades e incapacidades e contribuir assim para arraigar uma imagem negativa da hanseníase na comunidade e tornar a endemia invulnerável às medidas médicas dirigidas exclusivamente para o paciente.

O Índice de Polarização pode pois indicar os primeiros resultados de um trabalho eficiente de controle da hanseníase e é sensível a esse trabalho em prazo mais curto que os índices de morbidade e é mais fiel, do ponto de vista dos efeitos da hanseníase, que o índice de tipos. A experiência brasileira, vista comparativamente no quadro V, através do índice de polarização, mostra que é possível, com um trabalho – bem planejado e executado, obtendo uma redução rápida do índice de polarização, enquanto que o índice de morbidade tendo primeira a se elevar por causa da procura – mais dinâmica dos casos e só em prazo bem mais longo a hanseníase e uma (bongos. de prams longos-se mostrara vulnerável.

Objetivos intermediários para a reintegração.

Todos os procedimentos relacionados com o paciente hanseniano devem focalizar o gol final que é sua recuperação como unidade econômico-social. Esse tratamento deve portanto ser visto como um processo no qual a comunidade investe recurso de toda a natureza, não principalmente para traduzir sua emoção ou paternalismo diante do problema conforme tem ocorrido muitas vezes e em muitas épocas, mas sim para reduzir gradativamente e eliminar o custo que representa um paciente dependente e crônico, e reincorpora-lo com seu maior potencial possível de trabalho e produtividade.

Isso quer dizer que no manuseio do problema da hanseníase, as atitudes emocionais devem, ser constantemente contestadas e substituídas por uma abordagem técnico-científica cada vez mais rigorosa.

Isso quer dizer também que ao escolher uma conduta terapêutica para um paciente recém-diagnosticado o clínico deve considerar alguns pontos básicos dos quais depende a perspectiva de reabilitação global do hanseniano: a) as lesões perineurais granulomatosas, tanto reacionais como quiescentes, produzem o maior dano à reabilitação porque são as principais responsáveis pelas deformidades e incapacidades; b) o desconforto gerado pelas lesões neurais sempre maior que o das lesões puramente dermatológicas.

Por isso também o propósito de terapêutica e da pesquisa de novas drogas anti-leptônicas deve ser orientado para medicamentos que ao lado da atividade anti micobacteriana apresentem uma ação antigranulomatosa. Por uma ação semelhante, os corticoides, embora não possuindo atividade anti-bacteriana específica, contribuíram poderosamente para controlar o problema das sequelas incapacitantes. Por motivo semelhante o terapeuta da hanseníase que vise reintegração social de seu paciente não deve hesitar em usar o corticoide quando seu emprego signifique eliminar o risco de uma lesão neural irreversível ou cegueira as quais poderão resultar de uma reação inflamatória granulomatosa não controlada rapidamente. Foi também a observação destes fatos básicos que contribuiu, assim como uma alternativa válida para a sulfona resistente, para o reconhecimento das boas perspectivas da Clofazimina (Lampren) no tratamento da hanseníase, pela sua propriedade de reduzir a granulomatose e o volume da lesão perineural, atingindo por essa forma um objetivo intermediário para a reabilitação preventiva. (3,5).

Posteriormente a confecção do Quadro V, apuramos que nos diagnósticos de casos de Hanseníase, levantados por Pedro de Bello (1) em 25 Municípios do Sudoeste do Estado de Minas Gerais, anos de 1942 - 1956, total de 852 registros, o índice de polarização de 9.39, enquanto, que nos 1.288 casos diagnosticados pela DNCL na área, anos de 1957 1970, o IP foi de 2.63 idêntico à média do Brasil.

Recomendações.

1.- Um Comitê de Orientação Vocacional deve ser constituído em cada Unidade da Federação para o fim de acompanhar a situação de cada paciente matriculado em hospital ou ambulatorio, desde o seu diagnóstico e propôr providencias para preservar sua identidade socio-economica ou oferecer treinamento para edequado uso das capacidades residuais do hanseniano tratado. Este Comitê diligenciará para manter ou recolocar em atividade socio-economica os pacientes liberados como não oferecendo risco grave de contagio. O Comitê funcionara junto ao agente local responsavel pelo controle da hanseníase, sob sua presidencia e será formado com os seguintes membros representativos: 1) DNDS - MS ; 2) MPAS - IMPS - Departamento de Reabilitação Profissional; 3) Secretaria de Saúde Local; 4) uma entidade comunitária não governamental, 5) um educador, 6) um tecnico social, preferentemente especialista em preparo e utilização de mão de obra ou agente de empregos, 7) um representante da comunidade de hansenianos. É conveniente que este Comitê se estruture para estender suas atividades a Reabilitação de incapacitados por outros causas que não a hanseníase

2.- Em nivel nacional deverá ser criada uma comissão para rever a situação socio -economica, dos pacientes de hanseníase presentemente internados em leprocomios e promover as medidas necessarias para o aproveitamento de sua capacidade de trabalho residual. Uma dessas medidas poderá ser diligenciar junto aos órgãos proprios (*IBRA* FNS, etc) para doação de gleba para desenvolvimento agro-pastoril e ajuda tecnica e financeiras esta a titulo precario, gradativamente decrescente sob forma de Bolsas - de Reabilitação (100% no primeiro ano; 80% no segundo, e assim por diante, decrescendo até cessar pós o 5º ano, pressupondo-se que após esse prazo o hanseniano estara reintegrado no maximo possivel de seu potencial socio-economico).

3 – Reconhecer que ha ainda numerosos pacientes em condiçao de incapacidade total e irrecuperavel, que isso se deve principalmente ao retardamento dos diagnosticos e que portanto uma reduçao no indice de polarisaçao (Quadro VI) deve ser constantemente perseguida assim como tambem um enfoque adequado na prescriçao terapeutica , visando a reintegraçao final do hanseniano. Para esses pacientes deve o governo prover assistencia adequada a fim de conservar-lhes a dignidade e a auto-estima.

4 – A execuçao das providencias recomendadas pelas comissoes dos itens 1 e 2 podera ser delegada a organizaçoes nao governamentais, religiosas ou leigas, que tenham tradiçao de experiencia na luta contra a hanseníase e boa linha de comunicaçao com a comunidade, assegurada continua assistencia técnica pela DNDS.

(+) Pesquisador no Instituto de Leprologia

Secretario - Geral da Organizaçao Comunitária de Saude Res. R. José Higino 95 C8 Tijuca, Rio de Janeiro, R.J.

Bibliografia

1. – 'ello, P.- Considerações a respeito do Registro de Lepra em região do Sudoeste do Estado de Minas Gerais no periodo de 1943 1970. Bol. Div. Nac. Lepra 30 (1/2): 87. 1 971.
2. – Da Silva, Elio Numes.- 30 mezes do trabalho no Estado do Acre. Bol - Div. Nac. Derm. San. 34:81, 1975.
3. – Da Silva. N.C. e altera.- Possibilidades do G 30 320 no tratamento da Hanseníase e da reação leprotica. Bol. Serv. Nac. Lep. 28.(3) : 7, 1 969.
4. – Da Silva, N.C.- Comentarios e sugestões para o Comité de Peritos em Lepra da OMS. Bol. Div. Nac. Lepra 29 (1/2) : 105, 1 970.
5. – Da Silva, N.C.- Terapeutica da Lepra pela Clofazimina. An. Bras.Derm. 47 (1) 1 972.
6. – Del Favero, W.- 0 censo intensive de Candeias. Arq: Serv. Nac. Lepra S (1) : 87, 1948.
7. – Hermont, H. Informe sobre a endemia leprotica no Estado do Acre. Bol. Div. Nac. Lepra 30 (1/2) : 37, 1 971.
8. – Hermont, H.- Informe sobre a endemia leprotica na Rondonia. Bel. Div. Nac. Lepra 29 (3/4) : 97. 1970.
9. – João, Ev. seg. S. 5:8.
10. – Lucas, Ev.se. S. 5:13.
11. – Marcos, Ev.seg. S. 14:3:
12. – Mateus, Ev. Seg. 3. 11:23.
13. – Quagliato, R. – A hanseníase no Alto Jurua (Estado do Acre) Bol. Div. Nac. Lepra 31 (1/4) 75, 1972.
14. – Sec. Epidem. 3.N.L.- Dados de morbidade por Lepra segundo as Unidades da Federação do Brasil no decenio 1 959/68. Bol. Serv. Nac. Lepra 28 C (4) : 59, 1 969.

ASILOS-COLÔNIAS E EDUCANDÁRIOS
DR. D.V.A. OPROMOLLA



ASILOS-COLONIAS E EDUCANDÁRIOS

D.V.A. OPROMOLLA *

O problema da hanseníase no Brasil começou a preocupar as autoridades por volta do século XVII. Em 1697 houve uma tentativa infrutífera na fundação de um hospital para doentes de hanseníase na Igreja da Conceição no Rio de Janeiro. Mas foi somente em 1741 que D. Joao V atendendo a pedido do Senado da Camara ordenou ao governador e capitão-geral da Capitania do Rio de Janeiro, Gomes Freire de Andrade (Conde de Bobadella) , que fundasse um "Lazareto" que foi o primeiro hospital para doentes de hanseníase no Brasil, em São Cristóvão. Este hospital, em 1941 ligado a Irmandade da Candelaria, recebeu o nome de "Hospital Frei Antonio" em homenagem ao bispo D. Antonio do Desterro.

Em São Paulo após o censo do Visconde de Oeynhausen, ultimo governador colonial em 1820, foram realizados outros em 51, 74 e 1886, mas, desde 1802 já havia sido fundado o Hospital dos Lázaros da Capital, que era mantido pela Santa Casa de Misericórdia. Depois disso, em outros estados, outros hospitais foram sendo construídos, ficando São Paulo com a maior rede de hospitais para doentes de hanseníase sob a administração de Sales Gomes, com a construção dos Asilos-Colônias de Santo Angelo, Padre Bento, Pirapitingui, Aimorés e Cocais.

Em dezembro de 1948 cerca de 21.918 doentes internados, dos quais 8.525 em São Paulo. Depois dessa época começou a mudança da política relacionada com a profilaxia da hanseníase: com o término da internação compulsória, o tratamento de doentes eminentemente em regime de ambulatório e a recomendação para que os pacientes fossem internados em hospitais gerais

* Diretor do Serviço Médico

para o tratamento de suas intercorrências.

Congressos nacionais e internacionais clamavam: pelo fechamento dos hospitais para hanseníase. Isso levou a um certo abandono das unidades hospitalares por parte das autoridades, somente mantendo uma assistência regular os hospitais de São Paulo, que foi o último a adotar a nova política profilática.

Em dezembro de 1972 ainda havia internado um total de 16.111 pacientes, daí as medidas de hospitalização seletiva da Portaria nº 236 de 28/12/72 da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. De acordo com essa Portaria, a internação poderia ser feita nas seguintes eventualidades:

1 - Em caráter facultativo para tratamento de intercorrência que demanda hospitalização que não possa ser realizada em Hospital Geral;

2 – Em caráter obrigatório:

- a) – para asilamento de doentes lepromatosos (virchowianos) e dimorfos comprovadamente indigentes;
- b) – para reclusão de doentes lepromatosos (virchowianos) e dimorfos a disposição da justiça;
- c) – para isolamento de doentes lepromatosos (virchowianos) e dimorfos apresentando psicopatias graves;
- d) – para isolamento de doentes lepromatosos (virchowianos) e dimorfos que não acatarem as determinações de autoridades sanitárias relativas ao seu tratamento e as recomendações que visem reduzir os riscos e disseminação da doença.

Apesar destas medidas e a ênfase dada ao tratamento ambulatorial, os hospitais continuavam com um número considerável de doentes e funcionando sem os Padrões Mínimos de Organização de Hospitais. Havia uma mistura entre doente residente, socialmente incapaz de viver fora do asilo, e, doentes que necessitavam hospitalização. Embora se advogasse a internação dos pacientes em hospitais gerais, estes não os aceitavam e, em muitas unidades hospitalares, não se contava com equipamento e

pessoal técnico especializado. Em muitos deles o diretor do hospital fazia as vezes de médico, pois, além da administração, também era responsável pela parte médica da qual se desincumbia em apenas alguns dias da semana. O serviço de enfermagem era realizado pelos próprios pacientes escolhidos entre os melhores, que recebiam um prólabore para desempenhar esse encargo. Não era muito diferente talvez daquilo que o Padre Damião encontrou em Molokai.

Em 1974, o Congresso Nacional de Hansenologia realizado em Juiz de Fora, o simpósio sobre a "Avaliação da Profilaxia Geral da Hanseníase a partir da década de 60" sobre o "Isolamento em Colônias", assim se definiu: Em decorrência da segregação física já classicamente condenada, esse Congresso recomenda:

1 – Que a médio prazo os atuais asilos-colônias (com estas ou outras denominações) definam áreas e instalações destinadas:

a) – a hospitais gerais dentro dos padrões atuais de organização hospitalar;

b) – a acolhimento temporário de doentes de interesse sócio-econômico ou legal.

2 – Devem os atuais hospitais que atendem os hansenianos diversificarem suas atividades admitindo portadores de outras moléstias de interesse da Dermatologia Sanitária e da Reabilitação.

3 – Que nesses hospitais sejam intensificadas as atividades de ensino e pesquisa.

Com esta recomendação, a remodelação dos asilos-colônias era solicitada, mas nada de positivo se concretizou.

Em São Paulo alguns hospitais realmente se equiparam através da sua Coordenadoria de Assistência Hospitalar, e esse foi o caso do Hospital Lauro de Souza Lima que conseguiu a reforma de seus pavilhões, aquisição de equipamentos, e a admissão de médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem. Por ou-

outro lado, outros hospitais no Brasil continuaram no "status que" contando com alguma ajuda do Ministério da Saúde ou da Secretaria de Saúde nos respectivos estados, ou de fundações leigas.

Em 31/12/75 ainda havia 15.462 pacientes internados nos hospitais do Brasil e em muitos destes não se sabe com exatidão o número de doentes por forma clínica, quantos indivíduos com lesões em atividade ainda, quantos indivíduos incapacitados e o grau de suas incapacidades, o número de menores e o custo desses hospitais.

Em São Paulo com cerca de 3.000 doentes internados temos dados relativos às despesas realizadas pelas Unidades hospitalares nos diferentes exercícios. Em 1975 os quatro hospitais de hanseníase do Estado tiveram uma despesa de Cr\$ 49.215.000,00. Há dados também relativos às formas clínicas dos pacientes, mas que deixam muito a desejar e não há dados em relação às incapacidades e o estado da doença.

É de suma importância, a nosso ver, que se procurem esses dados pelos demais hospitais do País pois os 15.462 doentes citados representam uma parcela considerável dos pacientes existentes, e muito se poderia fazer em termos de profilaxia se eles receberem mais atenção e forem estudados melhor. Não há dúvida que os asilos-colônias existentes nas condições em que se encontram, representam uma barreira para a integração do doente na sociedade e um reforço das atitudes negativas contra os portadores da doença. Soma-se a isso o grande número de Fundações leigas que participa na administração desses hospitais, bem intencionadas na maioria das vezes, mas sem conhecimentos técnicos suficientes para dar uma uniformidade ao cuidado com o doente. É o que acontece por exemplo tam no caso dos educandários. Sabe-se hoje que as crianças filhos de pais doentes devem permanecer com os mesmos e que estas instituições apenas para filhos de doentes de hanseníase, concorrem em grande parte para estigmatizar a criança e manter entre a população o conceito da necessidade da separação das crianças dos seus pais. Há cerca de 30 educandários distribui-

buidos em todos os estados do Brasil cuidando de 2.976 crianças. Seria muito mais lógico que essas "creches" atendessem outras crianças e se dedicassem a uma política de união entre os pais e seus filhos sempre que fosse possível. Além disso, também envolvidos em preconceitos relativos à moléstia para conseguir recursos financeiros, muitas vezes disseminam os seus tabus e as suas lendas.

Apesar das recomendações, são poucos os hospitais que se importam com o ensino, com a reabilitação e quase nenhum com a pesquisa. Impõe-se portanto, um reestudo da situação, inclusive pesquisando as causas sócio-econômicas que impedem o doente de voltar à comunidade. É óbvio que essas soluções precisam ser regionais, e em cada região deveriam ser criados "Laboratórios" para se obterem dados que pudessem ser extrapolados para cada uma. Impõe-se também, reuniões com todos aqueles interessados em hanseníase, leigos ou não, para que se uniformizem conceitos e para que se possa aproveitar essa força indiscutível para o controle da endemia.

No Hospital Lauro de Souza Lima em São Paulo foram tomadas medidas para tentar transformá-lo em um hospital ideal para o tratamento de hanseníase em sua área. Assim, tem desenvolvido atividades no campo do ensino há mais de cinco anos com estágios para estudantes de medicina, residentes e cursos de Hansenologia.

No campo da Reabilitação, além de cursos e a melhor aparelhagem de suas oficinas, tem recebido estagiários de várias partes do Brasil.

Na pesquisa muitos trabalhos têm sido realizados, e se procura melhorar as instalações dos laboratórios para esse fim, entrosando-se com os de faculdades de medicina de quase todo o estado.

Conscientes da necessidade de separar o que é realmente um hospital, do Setor Social, onde residem pacientes que não tem realmente necessidade de hospitalização, procurou-se tomar medidas para esse fim. Para esta separação, adotou-se

uma política terapêutica e profilática de prevenção de incapacidades no Setor Social diferente do Hospital que é regido pelas normas modernas de Administração Hospitalar. Foram dados também os primeiros passos para um estudo cooperativo com a comunidade, com levantamento socio-econômico dos pacientes internados e daqueles residentes na Região de Bauru.

De tudo isso nasceu um Projeto Piloto para o controle de hanseníase nessa área, que aguarda a aprovação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Por isso, defendemos o princípio de que outras regiões representativas de nosso País possam contar também com projetos como este. Somente dessa forma poderemos elaborar um plano geral aproveitando todo esse potencial humano e material de que dispomos.

CONCLUSÕES:

1 – Há necessidade de se avaliar a situação real dos sanatórios existentes, levando-se em conta o tipo de paciente, estado atual da doença, incapacidades, número de menores existentes e as despesas de cada Unidade.

2 – Empreender estudos socio-econômicos para se estabelecerem as causas que impedem o retorno do paciente a comunidade.

3 - Equipar os asilos-colônias existentes em áreas com poucos recursos, com pequenas unidades hospitalares, para fazer frente às intercorrências dos doentes que não forem aceitos em hospitais gerais.

4 – Promover reuniões e simpósios de todo o pessoal médico, paramédico e leigo ligado ao problema da hanseníase, visando treinamento e uniformização de conceitos.

5 – Incentivar a transformação dos educandários atuais em Instituições que aceitem também crianças filhos de pais sem hanseníase.

6 – Estimular o ensino, a pesquisa e a Reabilitação naqueles hospitais que tenham condições para isso.

7 – Elaborar projetos-piloto para áreas representativas das diversas regiões do país.

Bauru, 22 de março de 1976.

Dr. Diltor V. A. Opromolla
Diretor Serviço Médico
Hospital "Lauro de Souza lima"

**HANSENÍASE:
SITUAÇÃO ATUAL DA ENDEMIAS
NO BRASIL
DR. ADEMYR RODRIGUES DA
SILVEIRA**



SITUAÇÃO ATUAL DA ENDEMIAS NO BRASIL

1. Distribuição geográfica e morbidade.

A endemia se encontra distribuída irregularmente por todo o Território Nacional.

a) prevalência .

Em 31 de dezembro de 1974 a distribuição dos doentes, conforme as áreas das Coordenadorias Regionais de Saúde, era a seguinte:

	<u>Nº DE DOENTES</u>	<u>PREVALÊNCIA POR MIL</u>
Amazônia	23.356	3,20
Nordeste	8.562	0,30
Sudeste	74.116	1,66
Sul	18.755	0,99
Centro-Oeste	14.192	2,24
BRASIL	138.981	1,32

De acordo com os graus de endemicidade estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde, a taxa de prevalência de 1,32 doentes por mil habitantes situa o País como área de alta endemicidade (acima de 1 por mil) .

Dos 138.981 doentes em registro ativo em 31 de dezembro de 1974, 75.918 (54,6%) eram virchowianos e dimorfos, 34.159 - (24,6%) indeterminados e 28.904 (20,8%) tuberculoides.

Quanto aos graus de endemicidade, as Unidades Federativas assim se distribuem:

– alta endemicidade (acima de 1 por mil) : AC (9,06), AM (6,99), RO (4,57), MT (3,00), PA (2,96), ES (2,28), GO (1,96), AP (1,96), MG (1,85), SP (1,83), MA (1,80), PR (1,70), DF (1,41);

– média endemicidade (de 0,2 a 1 por mil) : RJ (0,98),

CE (0,62), PI (0,59), RS (0,45), SC (0,42), SE (0,37), PE (0,32), PB (0,23), RR (0,22);

– baixa endemicidade (abaixo de 0,2 por mil) : RN (0,14), BA (0,13), AL (0,03).

A magnitude do problema em número de doentes, por Unidades Federativas, é a seguinte: SP (37.174), MG (23.039), PR (14.051), RJ (9.991), AM (7.506), PA (7.408), GO (6.782), MA (5.935), MT (5.891), ES (3.912), RS (3.311), CE (2.224), PE (1.878), SC (1.393), PI (1.149), BA (1.119), DF (887), RO (632), PB (616), SE (362), AP (272), RN (247), AL (57), RR (11)};

b) incidência.

As oscilações das taxas anuais de incidência no período – 1946 – 75, significam uma maior ou menor procura de casos.

Em 1975 foram registrados os seguintes casos novos de hanseníase:

	<u>Nº DE DOENTES</u>	<u>INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB.</u>
Amazônia	2.188	29,55
Nordeste	666	2,32
Sudeste	3.702	8,17
Sul	863	4,48
Centro-Oeste	1.074	16,59
Brasil	8.493	7,93

2. Execução das tarefas de controle.

As tarefas de controle da hanseníase são executadas, mediante convênio, por 2.282 unidades sanitárias gerais, 121 dispensários dermatológicos, 3 hospitais e 31 asilos colônias das Secretarias Estaduais de Saúde e 153 unidades sanitárias locais da FSESP.

Além disso, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária – MS executa o controle da doença nos municípios cortados pela Rodovia Transamazônica ("Projeto Transamazônico").

3. Controle de foco.

A população sujeita a maior risco de contágio é a consti-

tuida pelos conviventes domiciliários dos doentes de hanseníase: 558.000, particularmente os que convivem com as formas virchowianas e dimorfas .

A situação em 31 de dezembro de 1974 era a seguinte:

a) controle de doentes

	<u>HOSPITALIZADOS</u>	<u>TRATAMENTO AMBULATORIAL</u>	<u>CONT.</u>	<u>%</u>	<u>S/CONT.</u>	<u>TOTAL</u>
Amazônia	3.294	12.265	15.559	66,6	7.797	23.356
Nordeste	1.092	4.171	5.263	61,5	3.299	8.562
Sudeste	8.843	44.126	52.969	71,5	21.147	74.116
Sul	1.125	12.635	13.760	73,4	4.995	18.755
Centro-Oeste	1.108	4.065	5.173	36,5	9.019	14.192
Brasil	15.462	77.262	92.724	66,7	46.257	138.981

b) vigilância de comunicantes

	<u>CONTRALADOS</u>	<u>%</u>	<u>SEM CONTROLE</u>	<u>TOTAL</u>
Amazônia	11.050	64,9	5.985	17.035
Nordeste	3.220	45,2	3.987	7.117
Sudeste	41.635	33,2	83.592	125.227
Sul	23.973	64,8	13.023	36.996
Centro-Oeste	152	1,6	9.644	9.796
Brasil	80.030	40,8	116.141	196.171

Durante o ano de 1974, 1.138 comunicantes adoeceram de hanseníase, sendo 464 virchowianos e dimorfos, 419 indeterminados e 255 tuberculoides.

4. Potencialidade endemo-epidêmica.

As correntes migratórias (Brasília, ocupação da Região Amazônica), a urbanização da população rural (as grandes áreas metropolitanas) são fatores que favorecem a disseminação da doença. Só excepcionalmente poderia ocorrer um surto epidêmico de hanseníase.

5. Dificuldades .

- a) morosidade no processo de integração das tarefas de controle da hanseníase e na rotina das unidades sanitárias locais;
- b) Inexistência de programa de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, por técnicas simples;
- c) Suficiente controle de doentes e vigilância de comunicantes;
- d) assistência médica e hospitalar de padrão insuficiente.

6. Sugestões:

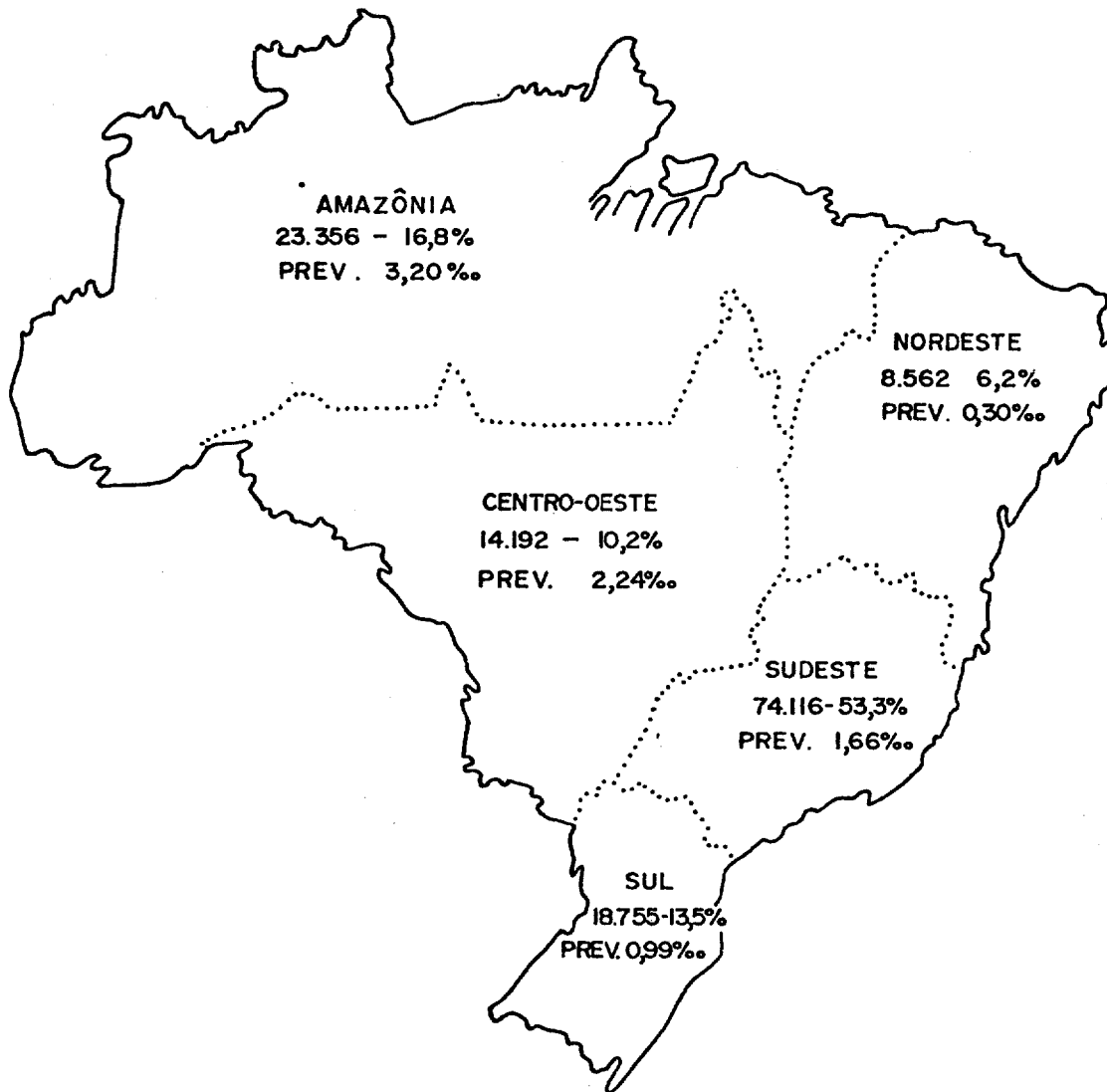
- a) reformulação do convênio MS x Secretarias Estaduais de Saúde;
- b) implementação de programa de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, por técnicas simples;
- c) participação da Enfermagem na execução das tarefas de controle;
- d) áreas metropolitanas:
 - reforço das estruturas sanitárias locais em função da magnitude do problema;
 - participação das U.V.E. para melhoria da qualidade dos trabalhos;
- e) Amazônia:
 - utilização de pessoal auxiliar nos polos de atração e áreas de alta endemicidade, vinculado às unidades sanitárias locais;
 - distribuição regular pelos guardas de endemia da SUCAM, de medicamentos aos doentes registrados;
- f) Sistema Nacional de Saúde:
 - i – M.E.C.:
 - intensificar o ensino de hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário nas Faculdades de Medicina (cadeiras de Dermatologia e Medicina Preventiva);
 - ii – M.P.A.S.:
 - portaria fixando a participação da Secretaria de Serviços Médicos na execução de tarefas de controle da

hanseníase;

- participação na área social do problema "lepra";
- fornecimento de medicamentos - CEME .

MORBIDADE POR HANSENÍASE
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE

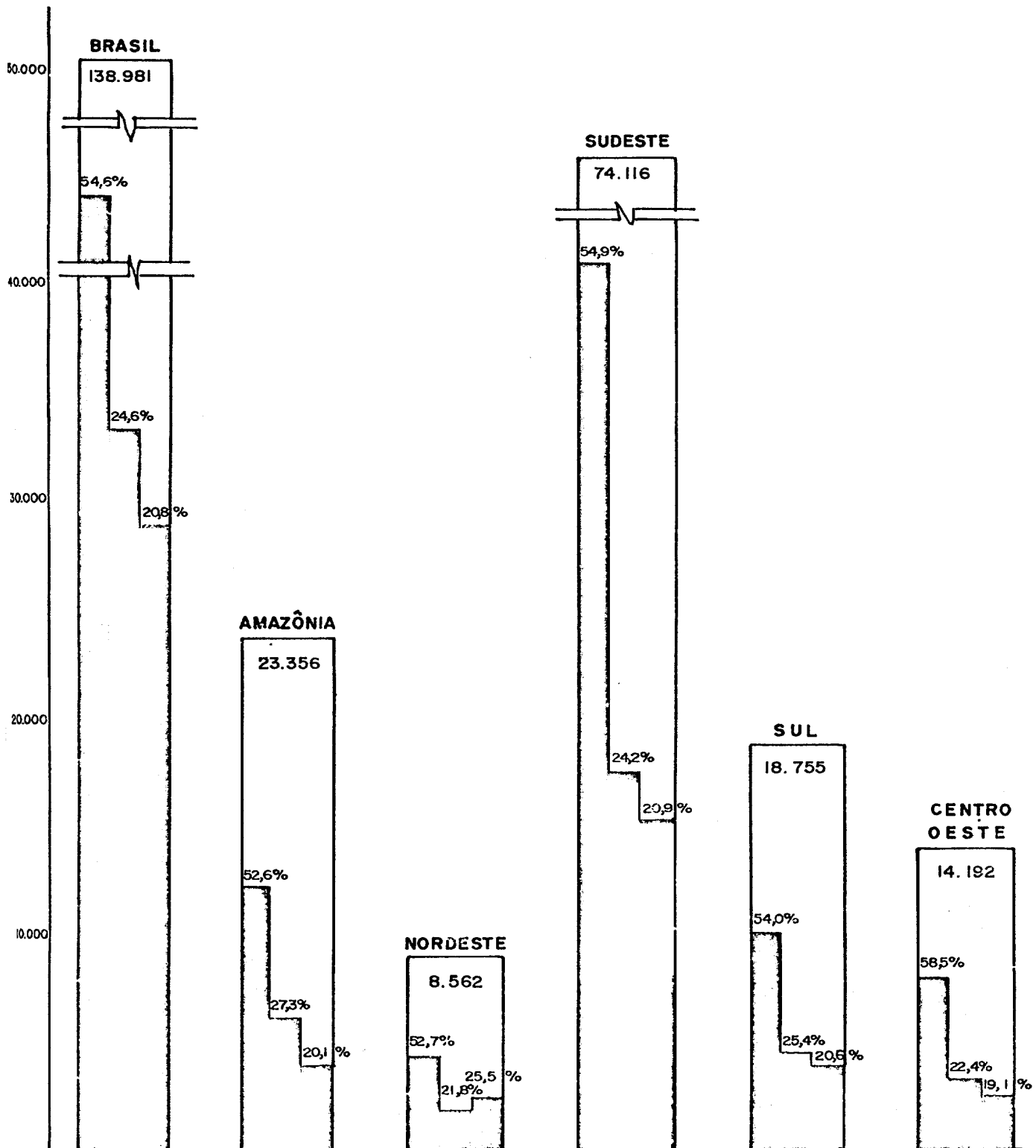
1974



BRASIL : 138.981
PREV. 1,32‰.

BRASIL E COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE

1974

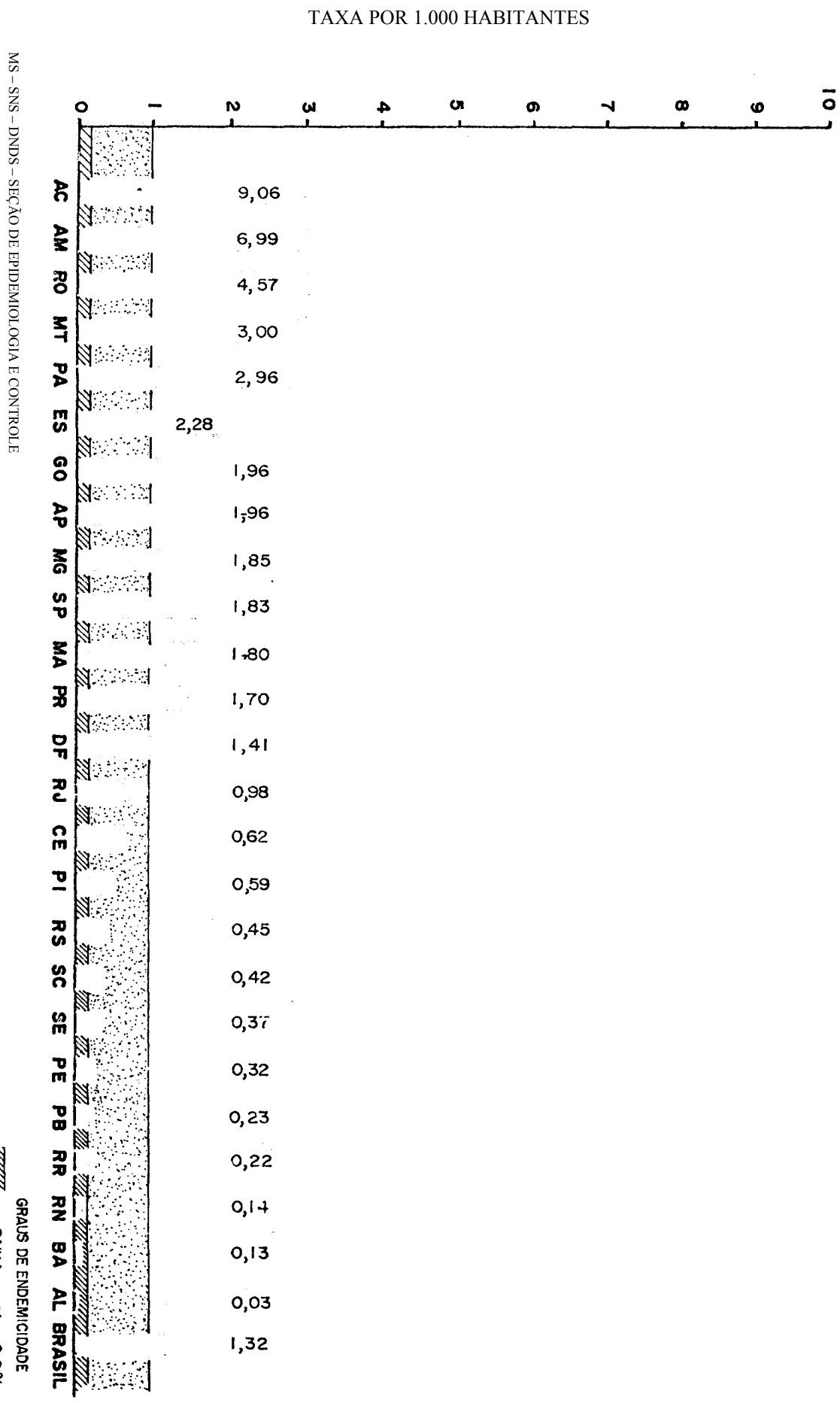


LEGENDA

- █ % L + D
- █ % I
- █ % T

GRAUS DE ENDEMICIDADE E TAXAS DE PREVALÊNCIA DA HANSENÍASE
UNIDADES FEDERATIVAS DO BRASIL

1974

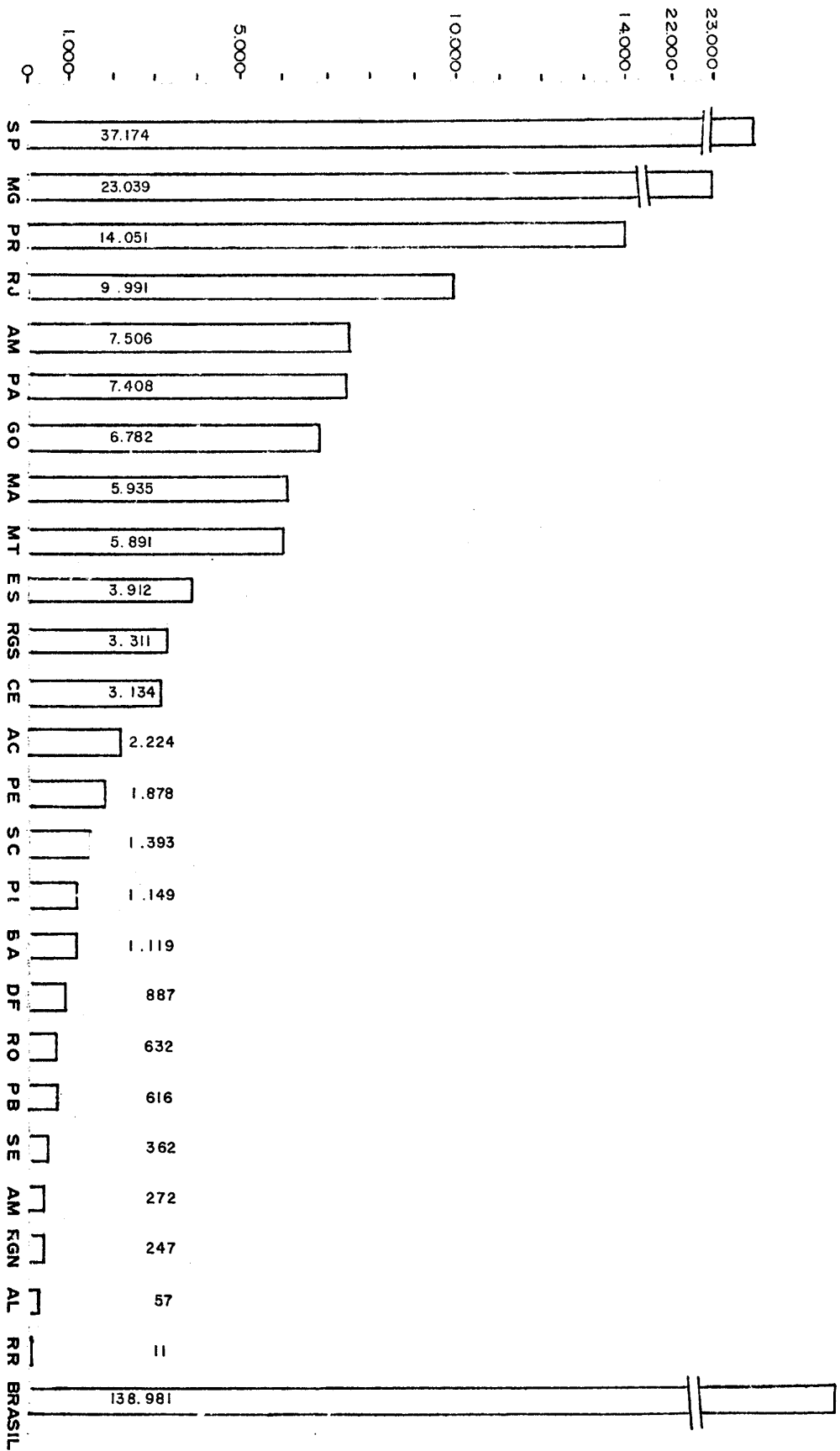


GRAUS DE ENDEMICIDADE

- BAIXA - até 0,2%
- MEDIA - 0,2 a 1%
- ALTA - acima de 1%

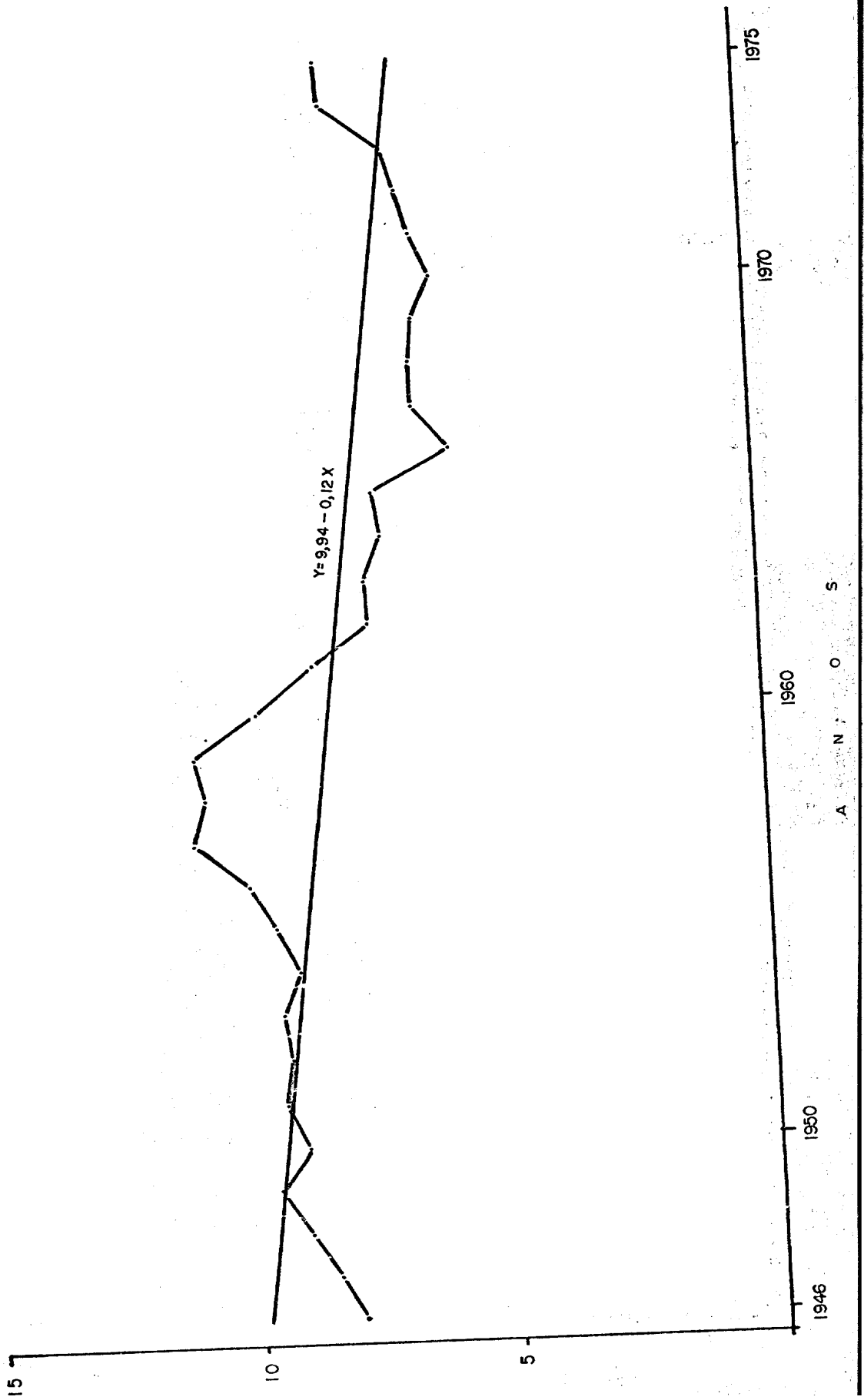
DOENTES DE HANSENÍASE EM REGISTRO ATIVO
UNIDADES FEDERATIVAS DO BRASIL

1974

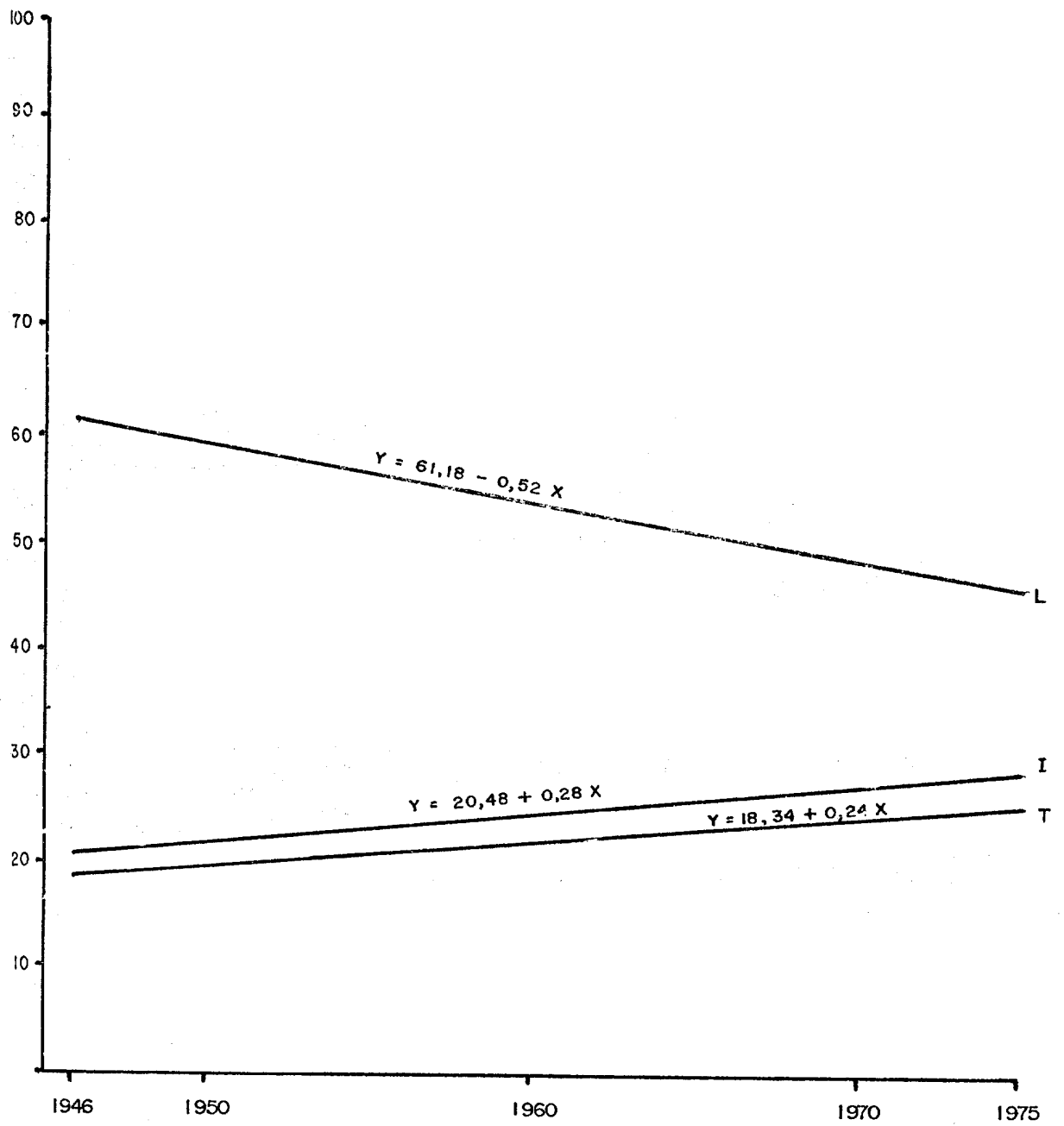


REGISTRO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE

BRASIL - 1946 / 75

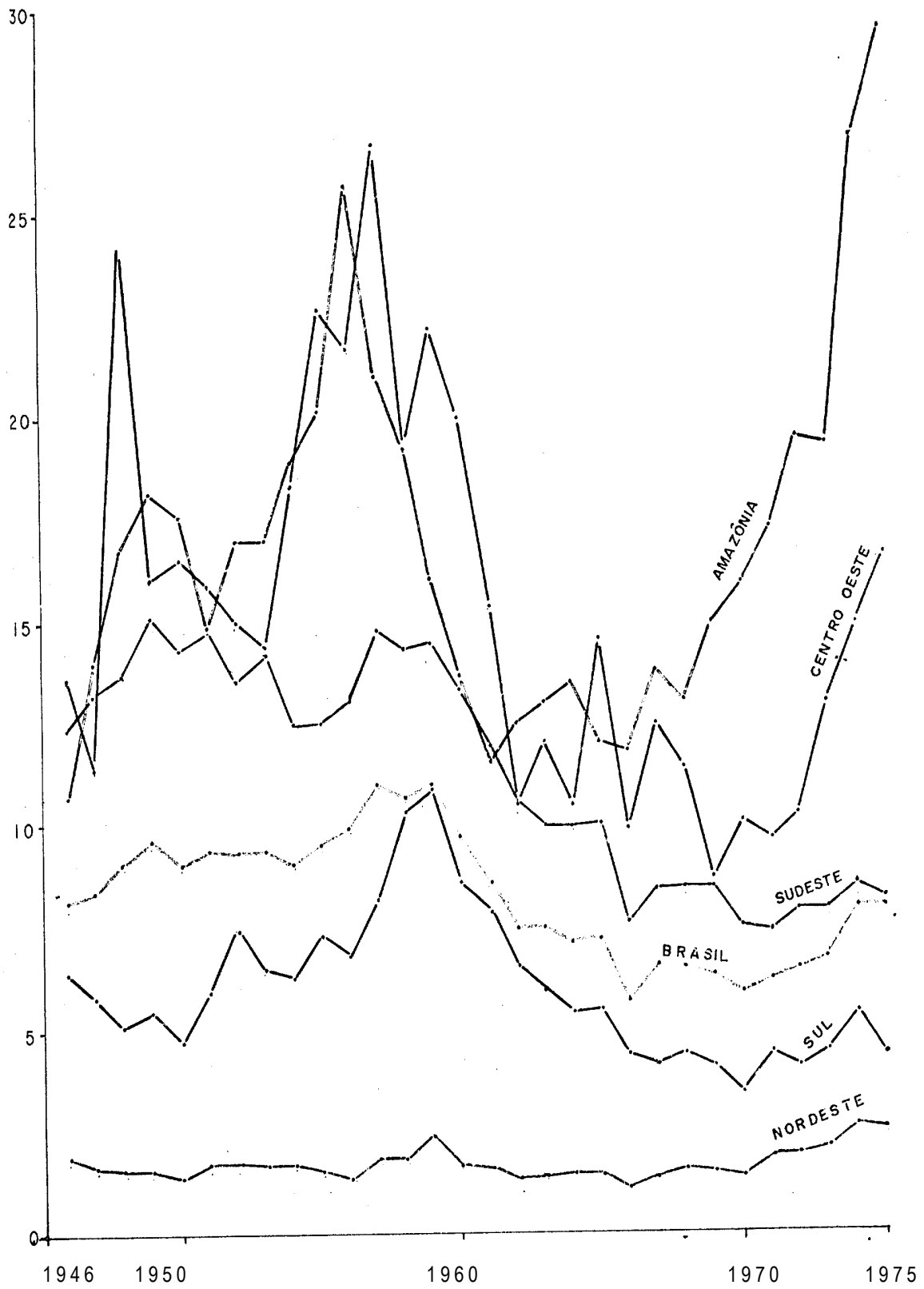


CASOS NOVOS DE HANSENÍASE POR FORMA CLÍNICA
BRASIL 1946 / 75



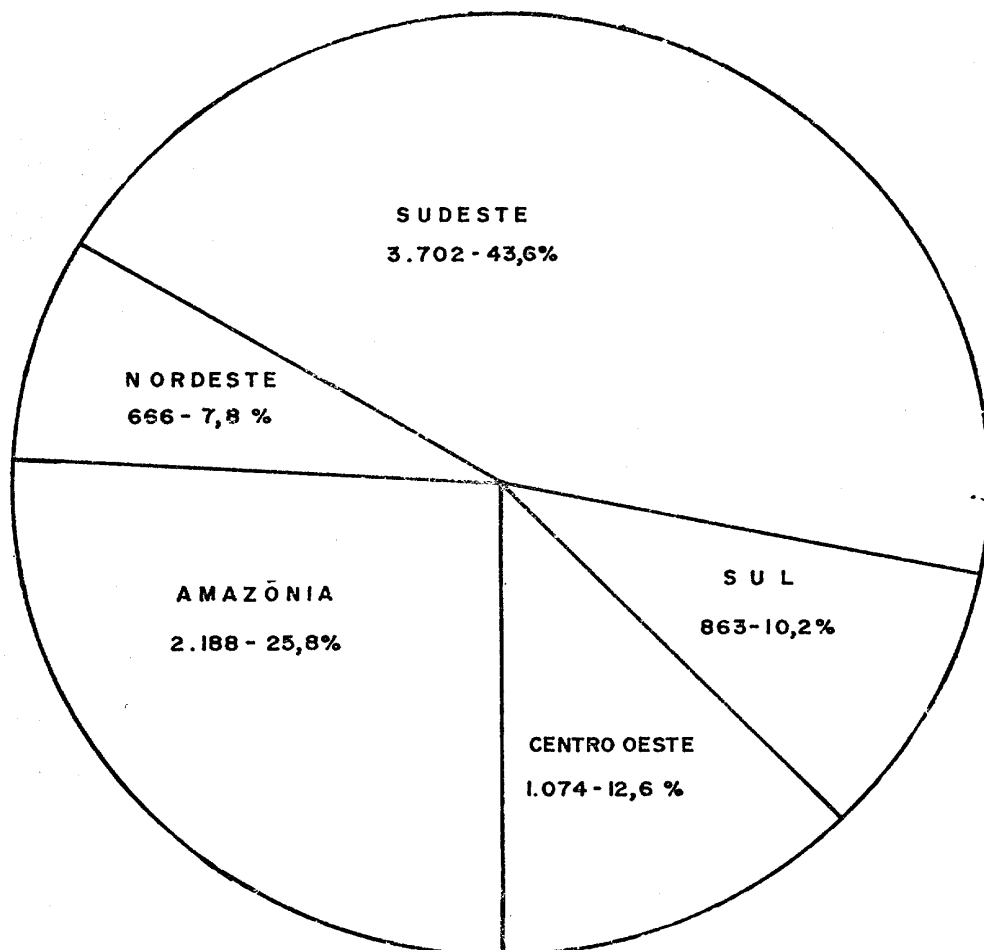
A N O S

MORBIDADE POR HANSENÍASE - INCIDENCIA
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE
1946 - 75



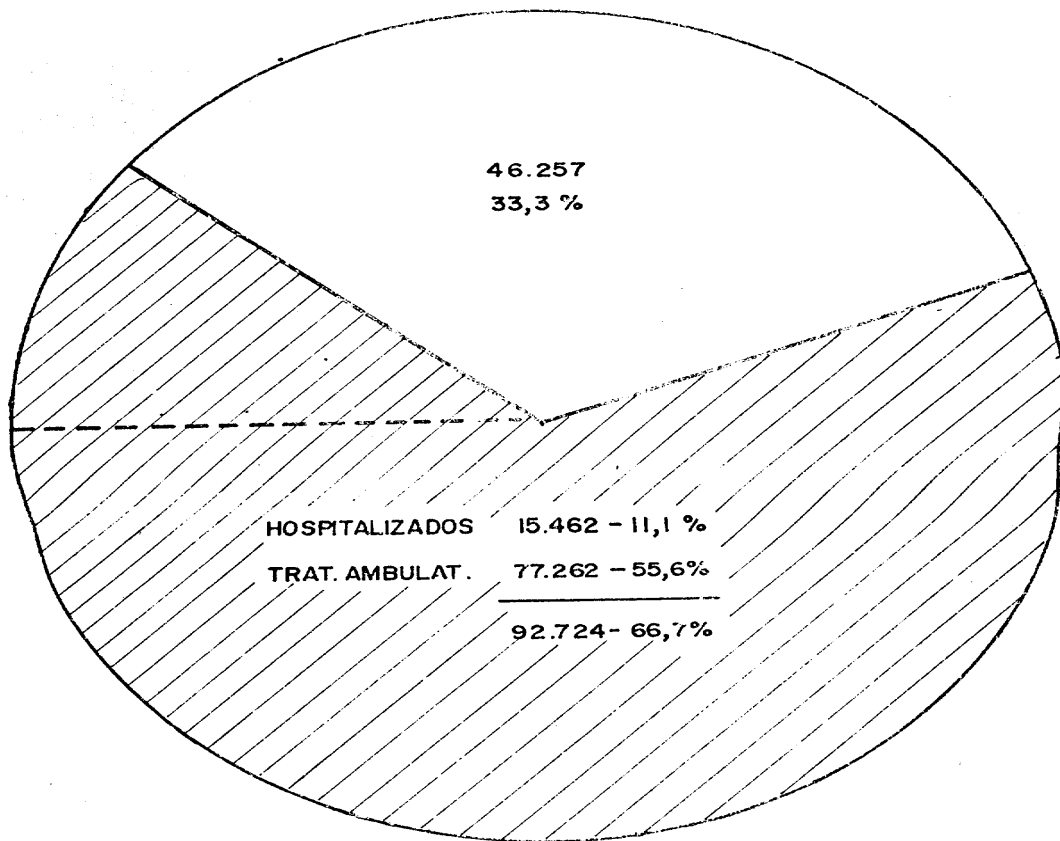
**CASOS NOVOS DE HANSENÍASE
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE**

1975

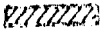
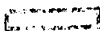


BRASIL :8.493

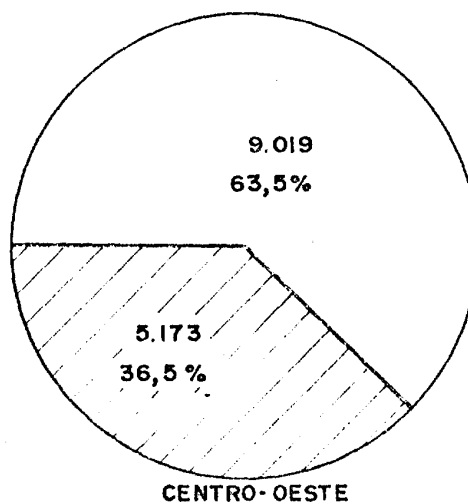
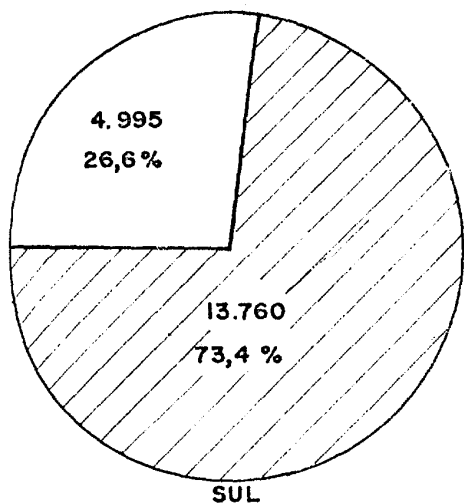
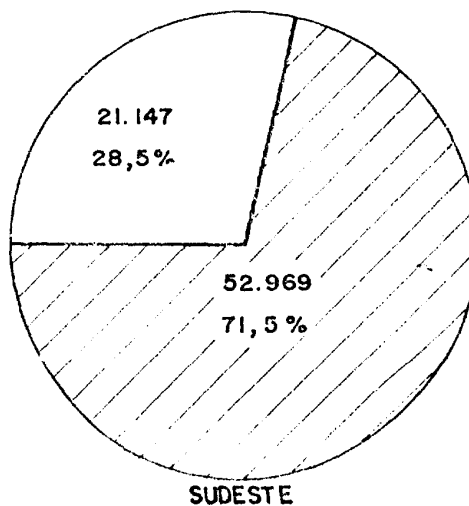
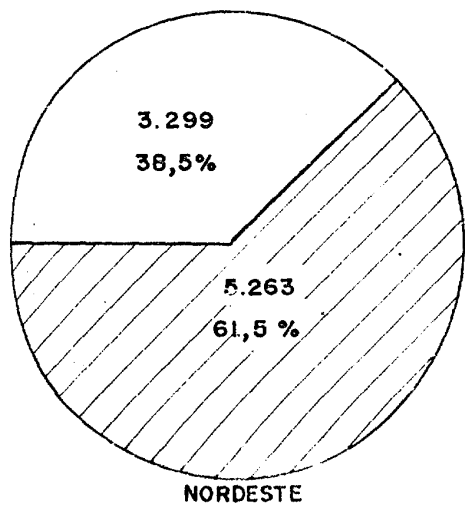
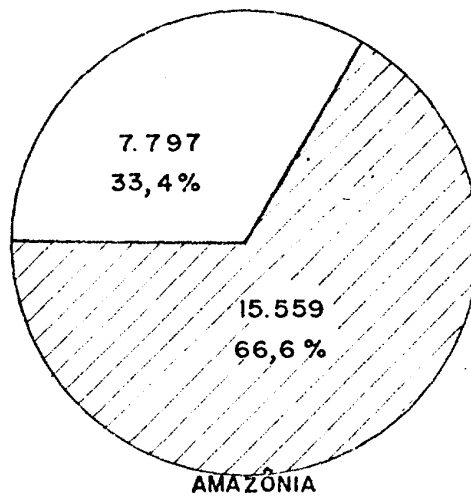
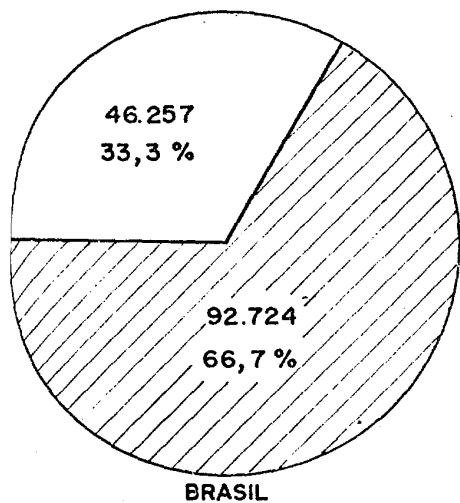
**CONTROLE DE DOENTES DE HANSENÍASE
BRASIL-1974**



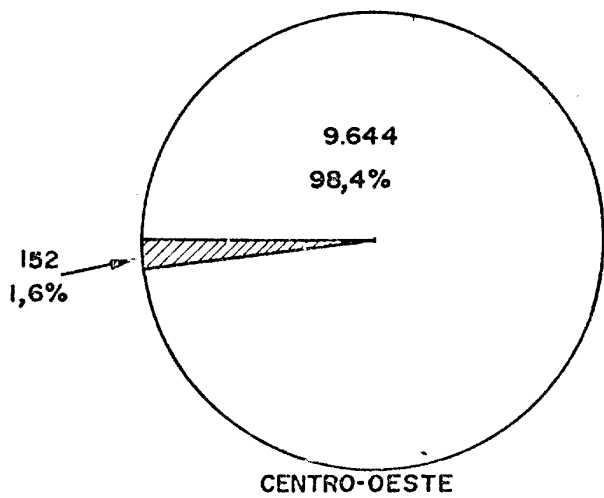
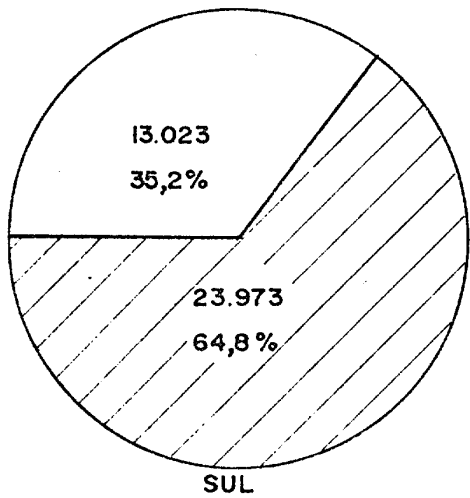
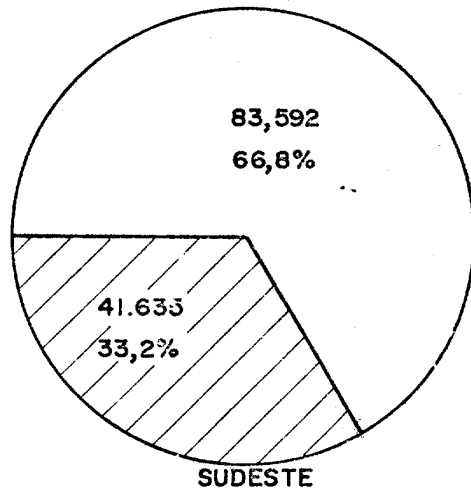
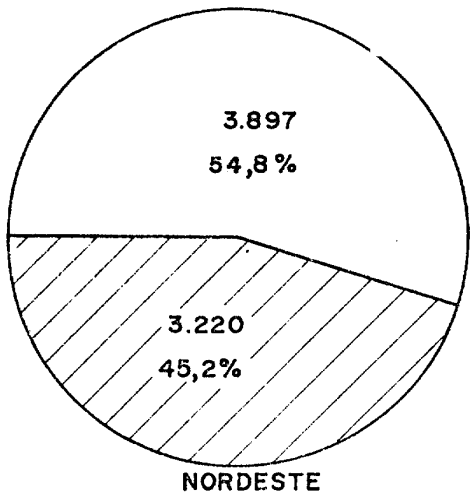
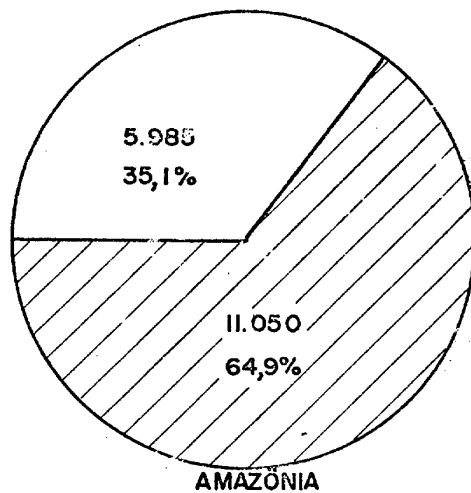
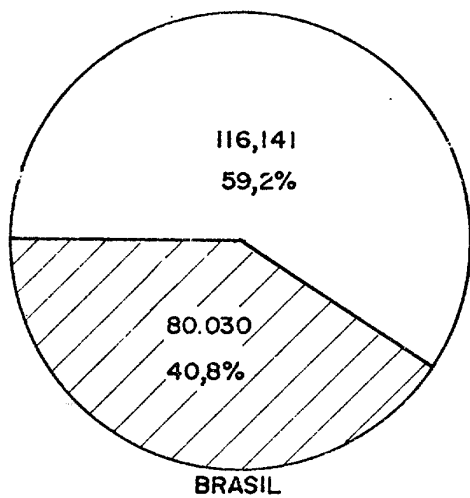
MS-SNS-DNDS-SEÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE

 CONTROLADOS
 SEM CONTROLE

**CONTROLE DE DOENTES DE HANSENÍASE
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE
1974**



HANSENÍASE
VIGILÂNCIA DE CONTATOS
COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE
1974



HANSENÍASE NAS ÁREAS METROPOLITANAS
BRASIL - 1974 (1)

ÁREAS METROPOLITANAS	Nº DE MUNICÍ- PIOS	POPULAÇÃO ESTIMA- DA P/31/12		DOENTES EM REGISTRO ATIVO		CASOS NOVOS REGISTRADOS					
		TOTAL	% UF	TOTAL	PREV/por 1000 hab	% UF	L+D	I	TOTAL		
São Paulo	35	10.173.302	50,1	12.866	1,26	35,3	357	165	197	719	39,4
Belo Horizonte	14	2.070.149	16,6	4.173	2,02	18,1	91*	25*	20*	136*	16,0
Porto Alegre*	14	1.902.555*	25,2	1.281*	0,67	41,1	41*	8*	25*	74*	32,6
Recife	9	2.135.139	36,9	1.721	0,81	91,6	59*	22*	106*	187*	89,4
Salvador	8	1.410.370	16,9	.273	0,19	24,4	10	5	9	24	19,5
Curitiba	14	1.021.494	12,3	2.794	2,74	19,9	62*	24*	33*	119*	20,4
DeTém*	2	837.762*	32,4	4.180*	4,99	53,2	109*	50*	132*	291*	44,6
Fortaleza	5	1.277.130	25,3	364	0,24	11,1	37*	14*	43*	94*	74,6
Rio de Janeiro	14	8.300.574	81,2	3.194	0,99	82,1	431*	158*	260*	849*	93,3

(1) Dados sujeitos a retificação

(*) Dados referentes a 1975

SEC/AR/ys

HANSENÍASE NAS ÁREAS METROPOLITANAS

BRASIL - 1974

Casos novos reg. Áreas Metropolitanas X 100

2.331

X 100 = 45,7%

Casos novos reg. Unidades Federativas

5.101

Casos novos reg. Áreas Metropolitanas X 100

2.331

X 100 = 27,4%

Casos novos reg. no BRASIL

8.493

Doentes em reg. ativo Áreas Metropolitanas X 100

35.786

X 100 = 35,5%

Doentes em reg. ativo Unidades Federativas

100.911

Doentes em reg. ativo Áreas Metropolitanas X 100

35.786

X 100 = 25,6%

Doentes em reg. ativo no BRASIL

140.000

**AS BARREIRAS
CULTURAIS DA
“LEPRA” QUE
IMPEDEM A SOLUÇÃO
DO PROBLEMA DA
HANSENÍASE DR. A
ROTBERG**



AS BARREIRAS CULTURAIS DA “LEPRA” QUE IMPEDEM
A SOLUÇÃO DO PROBLEMA DA HANSENÍASE

A. Rotberg
(Secretaria da Saúde
Instituto de Saúde)
(S. Paulo)

A afirmação corrente de que “lepra é doença igual às outras” é o mais belo exemplo de “wishful thinking” da história da medicina. Ela é tão falsa quão perigosa para a psique do enfermo, para a sociedade e para a saúde pública.

1. É falsa porque não existe um mínimo de fatos que a comprove e porque é desmentida todos os minutos pela mais rudimentar observação.

2. É perigosa porque contribue para manter o doente nas garras das mais ridículas lendas e superstições e da mais completa rejeição social, a qual, ainda por cima, impede seu tratamento correto, o exame de seus conviventes e seu atendimento por órgãos integrados de saúde pública. Não é “igual às outras” doença em que cabe ao médico “procurar o doente”, exatamente como nos malfadados tempos da segregação compulsória, e exatamente ao contrário do que ocorre em toda as outras afeções. Nunca se conseguirá fazer prevenção alguma enquanto os doentes não procurarem os serviços espontaneamente e em massa, completamente desinibidos e livres do temor da estigmatização social.

A “lepra – imoralidade e corrupção”, sem hanseníase

Para começar, “lepra” pode nem mesmo ser moléstia física. O máximo de imoralidade é refletido pela “lepra moral”, expressão corrente que descarta qualquer relação com “doença como as outras”. Também não se referem a doentes os dicionários que definem “lepra” como “sujeira”, “habito asqueroso”, “vício geral”, “repulsa”, “corrupção” ou “coisa muito nociva”, nem as turbas que apodam de “leprosos” os futebolistas em seus maus dias. Não pensavam em hanseníase escritores como Gustavo Corção ou Nelson Rodrigues, quando se referiam à “lepra dos costumes torpes”, à “lepra reacionária” ou à “lepra igual a lama”, embora um político, como Pedroso Horta, bradando pela imprensa que o Legislativo não deveria ser tratado como uma “espécie de lepra”, talvez tivesse em mente o que sofre o doente na sociedade.

“Influência ideológica ou moral capaz de deteriorar princípios sadios ou valores morais” – é a definição de “lepra” do autorizadíssimo “Webster International”, que cita, como exemplos, Ignazio Silone (“organizações manchadas pela lepra do niilismo”) e Jacques Maritain (“esta maldade... esta lepra não pode destruir a grandeza original do homem”)

As barreiras religiosas

No entanto, todas estas conotações pejorativas são historicamente legítimas. Elas derivam da degradação ritual do “tsara-áth” dos livros religiosos hebraicos, que declaravam “imundos” os homens atingidos e os expulsava para “lugar imundo”, que queimava roupas e destruía muros e paredes com “tsara-áth”, levando os destroços para o mesmo “lugar imundo”. Não se tratava de hanseníase, é claro, mas de variedade de manchas, fúngicas em maioria. A “lepra”, como acabou traduzido o “tsara-áth”, nas Bíblias grega e latina, tornou “imundos” dezenas de milhares de indivíduos, a princípio apenas os “manchados”, mais tarde os afetados pela “elefantíase”, a hanseníase da época, que passaram assim para o rol dos “imundos”. A “imundície” geral avultou na Idade Média e atingiu o máximo nos dias que correm, através das Bíblias, dos sermões, da “lepra do pecado” dos ensinamentos de missionários que transferem o conceito depreciativo da “lepra bíblica” para doentes antes não vitimados por tal depreciação (9). (A)

“Mendigos e leprosos”, de um lado, “advogados e governantes”, de outro – tais são as associações transferidas pelo Rev. Billy Graham para centenas de milhões de telespectadores norte-americanos e para “29 milhões de leitores em 13 línguas” que leram o Reader’s Digest, em que tais associações malignas foram reproduzidas.

As barreiras artísticas e literárias

Ondas de “leprosos” acavalados em pocilgas pútridas ou soando campainhas nas ruas, vítimas da “ira divina” e do “castigo de Deus”, escorraçados pela sociedade e mutilados por doença “biblicamente incurável (pois que só Cristo, miraculosamente, poderia “limpá-los”) não poderiam escapar a atenção dos artistas da pena e do pincel.

Pinturas e desenhos das mais horripilantes deformações espalharam o terror durante séculos e encontram guarida ainda hoje, até mesmo em revistas médicas. “Leprosos” viviam fazendo oferendas para minorar seus males e Botticelli foi um dos seus numerosos pintores.

Mas também os que não os pintaram contribuíram para estigmatizá-los. Renoir, por exemplo, que nunca pintou a “lepra” também não pintou “a neve, essa lepra da natureza”, como informa o “Time” para seus milhões de leitores de todo o mundo.

Escritores de todas as épocas utilizaram-se e utilizam-se maravilhosamente das magníficas possibilidades literárias e estigmatizantes – oferecidas pela “lepra”: Dante, Shakespeare, Milton, De Maistre, Flaubert, Hugo, Maupassant, Bataille, Vargas Vila, Raymundo Corrêa, A. Taunay, Des Cars, Huymans, Montherlant, Jack London, Fowles, Purdy, De Veto, Dryer, Sobel, Fyries, Claudel, Mauriac, Bellow, Updike, Michener, Knebel, Cheever, H. Miller, Charrière, Lispector, Agatha Christie, Jorge Amado – são apenas uma amostra reduzidíssima dessa volumosa coleção.

(*) Cooperando para remover o estigma social, a Nova Bíblia Inglêsa acaba de substituir “lepra” por uma vaga “dermatose maligna”.

Nos dias que correm, e só para citar o Brasil, é o colega Giffoni, vencedor do Concurso Nacional de Contos, com o conto largamente difundido para a classe média, em que o “coveiro se recusa a enterrar o corpo apodrecido da leprosa”; e é a história horripilante em quadrinhos, para crianças, sobre a vida de Damião, “morto leproso entre os leprosos”. Como se vê, começa cedo o problema cultural.

O terror e a degradação continuam no cinema, televisão, imprensa

O horror medieval cresceu geometricamente à medida que se aperfeiçoavam os meios de comunicação de massa. São os “leprosos” de “Ben Hur”, aterrorizado milhões todos os anos, pelo menos no Brasil; são os trágicos e repetidos eventos de “Molokai – A Ilha Maldita”; é “Papillon – filme” reforçando para as grandes massas as falsidades de “Papillon – livro” e seus dedos “desprendendo-se das mãos e jogados ao fogo”; é Lisa Minelli ensinando para centenas de milhões, em “Cabaret”, que “lepra despenca o nariz”. No momento em que se escreve este artigo, entra nas telas de todo o país, com grande sucesso de bilheteria, “O Casamento”, em que o personagem de Nelson Rodrigues liquida sumariamente esposa e amante, já que uma delas é “leprosa” – processo alías pouco recomendável de tratar” doença como outra qualquer”.

Nos televisores abundam as novelas com “noivas leprosas” atrás de espessos véus negros chorando suas terríveis e incuráveis máguas para milhões de distintos telespectadores – muitos dos quais desligam os aparelhos, horrorizados e temerosos de possíveis contaminações por via eletrônica. (*)

O sensacionalismo pela imprensa mereceria grossos volumes especiais. Uma pálida amostra, só das manchetes garrafais de primeira página, são aquelas em que o chefe de polícia de Buffalo, N. Y., sugere isolar todos os drogados, “como se fossem leprosos”, para “acabar com o crime”; ou “hippies espalhando a lepra e ameaçando todo o mundo”, ou “leprosos invadindo a cidade e freqüentando cinemas e restaurantes”; ou “leprosos lunares isolados por vidros duplos” ao chegarem da primeira viagem a lua exatamente: o vento tecnológico mais aguardado e mais noticiado da história foi também a maior dose de deseducação e sensacionalismo “leprótico” que o mundo jamais recebeu.

A culpa é dos leprólogos (terminologia corrente), não dos educadores

É contra esse seríssimo problema cultural, o mais antigo, a mais universal e o mais poderosamente reforçado de todos os preconceitos humanos, que os educadores procuram opor-se com suas verbas limitadas, seus panfletos que quase ninguém lê seus cartazes que não duram afixados mais de 24 horas, (*) O fato foi várias vezes comprovado e tem precedentes: centenas de pessoas em S. Paulo desligaram violentamente o telefone ao ouvirem a antiga identificação do “Departamento da Lepra”, sem calma suficiente para o habitual e polido “desculpe, engano”. (Informação de D. Luiza Keffer, ex-Bibliotecária-Chefe do extinto Departamento de Profilaxia da Lepra de S. Paulo) suas palestras para uma dúzia de cépticos que, no dia seguinte, mal se lembram do que ouviram. Discutem as vantagens dos métodos áudio-visuais para esclarecer pequenos grupos ensurdecidos e ofuscados pela ensurdecidora e ofuscante avalanche milenar e mundial da “Lepra”.

Não lhes cabe culpa alguma. São empurrados para essa luta, desigual e de antemão perdida, pela maioria dos leprólogos (terminologia correntes), isto é, por aqueles a quem caberia eliminar, não o fator cultural, impossível de eliminar-se, mas o elemento essencial de ligação entre uma doença e um estigma: o “repugnante e horroroso” (14), “deprimente” (2) (6), “estigmatizante” (12) (17) (23) (25) (29), “temível” (24), “nocivo” (14), “anti-social” (10), “ignominioso” (7), “vergonhoso (15), “maléfico” (10), “trágico” (13), “vil e odioso”(3), “discriminatório” (31), “errôneo e confuso” (19), “apavorante” (5), “aterrorizante” (5), “supersticioso e milenarmente maldito” (1), “milenarmente preconceituoso (27), e “sujo” (1) pejorativo” “lepra”

- o “mais negativo, dos termos médicos” (23)
- o “desintegrador da personalidade do paciente” (44)
- o “trauma doloroso e continuado” (22)
- o “rótulo que penetra precocemente na mente infantil e impede qualquer esclarecimento futuro” (46)

conforme amplos inquéritos realizados nos E.U.A. , Argentina e Brasil.

Contrariamente aos princípios mais elementares de comunicação, obrigam educadores a educar o paciente e esclarecer o público com um “rótulo de potência primária”, anti-educativo e obscurantista por seu próprio enunciado.

“Vão descobrir que sob qualquer novo nome está a mesma velha “lepra”, dizem uns, alheios ao fato de que mudanças terminológicas para melhorar a “imagem” de homens, organizações, produtos, idéias ou movimentos são práticas necessárias e normais, aprovadas e geralmente bem sucedidas em todos os ramos de atividade humana.

“São as deformações, não a palavra”, dizem outros, alheios ao fato de que as piores deformações, por qualquer outra doença, nada têm de ignominioso e costumam até mesmo atrair a simpatia do público – enquanto que a mais leve flexão do mínimo da mão esquerda, se for “leprosa”, corresponderá a “morte social” imediata.

Libertar uma doença de suas barreiras culturais – missão médico-histórica do Brasil?

Tudo indica que vai caber ao Brasil a iniciativa de romper com as trevas medievais e de arremessar bem longe as cadeias culturais que um passado de confusão e de ignorância agrilhoou em torno de uma doença que será, no futuro, “igual às outras”. O recente decreto de 4 de agosto de 1975, do Presidente Geisel e Ministro Almeida Machado, introduzindo o termo “hanseníase” no Ministério da Saúde, foi um marco histórico que coroou nove anos, **iniciados na primeira gestão de W. Lacerda na Secretaria de Saúde de São Paulo, de evasão gradativa e lenta, mas segura, do obscurismo cultural da “lepra” por parte de numerosos autores, dicionaristas, serviços de saúde pública**, escola médicas e jornalistas do país. Acaba o governo do Brasil de organizar uma “Conferência Nacional de Hansenologia” em que se discutirão os novos rumos de uma política preventiva que reconhece os sérios problemas culturais a resolver. (*)

Não vai ser fácil consolidar essa libertação do passado, já que não podemos contar, ainda, com apoio mundial. Os organismos internacionais pouco se têm preocupado com os gravíssimos problemas psico-sociais que afetam milhões de indivíduos em todo o mundo e que tão fundamentalmente impedem o controle da endemia, seja ela a “lepra”, o “kusht”, o “ray-byo”, o “ma-pake” ou qualquer outra designação difamatória local.

Uma destacada figura desse cenário, acerbo inimigo de qualquer alteração terminológica, já reconheceu o problema cultural implantado em nosso meio pelo horripilante pejorativo “lepra” (29), mas estranha que se deva modificar um “costume mundial” (que, para ser exato, não é mundial mas apenas daqueles que falam inglês e línguas latinas) “para promover modificação social cultural no Brasil” (que, para ser exato, não é só do Brasil, mas sim de todos os países endêmicos de tradição bíblica). O que é realmente estranhável é que este mereça tal desprezo público por parte de tão influente especialista (que é editor do *International Journal of Leprosy*, órgão oficial da *International Leprosy Association*)

Pior ainda – vamos ser combatidos por aqueles que necessitam do estigma cultural para sobreviver. Se vingar novo nome “que será dos filantrôpos e sociedades filantrópicas?” – é a grande preocupação de outro influente especialista de desenvolvida região não endêmica (4), pouco preocupado, pelo visto, com o que o estigma representa para seus irmãos cristãos de países endêmicos não tão desenvolvidos. Outro ainda, diretor de poderosíssima e influentíssima sociedade beneficente, que mantém, e/ou subsidia revistas especializadas, reconhece a situação brasileira “com profunda humildade e com desejo de servir” (30). Deseja mas não pode: Caridade exige dinheiro, e dinheiro só aparece com o traumatizante termo “leprosy”, que “é essencial para angariar do nativos”. Vão portanto continuar a usá-lo e propagá-lo, assim como as fotos horripilantes das piores mutilações, “apesar da reprovação implícita dos colegas médicos” e dêa a quem doer. (**)

(*) Informa o “Star”, periódico dos doentes norte-americanos, que o Regulamento do Serviço de Saúde Pública dos E.U.A. substituiu “lepra” por “moléstia de Hansen”

(**) Apesar de tudo, deve-se agradecer ao Sr. Stringer ter documentado e publicado, com sua larga experiência profissional, o tremendo poder traumatizante do termo “lepra”, comparado por ele, do ponto de vista financeiro, às deformações, fato aparentemente ignorado por seus colegas médicos.

Vai ser portanto, uma luta longa e difícil, essa a do Brasil contra a indiferença internacional e os interesses financeiros de certas sociedades beneficentes – mas há possibilidades.

Contra a “lepra” nunca haverá.

Resumo

Aqueles que dizem ser “lepra” “doença igual às outras” estão, na realidade, contribuindo para manter situação que se caracteriza por pesadas barreiras culturais, responsáveis pelos problemas psico-sociais de doentes e seus familiares, por seu ocultamento e, portanto, pelo agravamento da endemia. “Lepra” não é “doença igual às outras” mas sim enorme barreira de lendas, superstições, estigma, ignorância e terminologia infamante, em torno de doença relativamente benigna do ponto de vista somático. As barreiras começam com textos religiosos antigos e agravam-se constantemente através do folclore, literatura, artes e todos os meios modernos de comunicação de massa, que jamais poderão ser vencidos pelos processos rotineiros de educação de saúde. O único recurso que resta é desvincular a doença de seu ignominioso background cultural, copiando o que se faz em todos os outros setores da atividade humana – nova terminologia para melhorar a “imagem” e fornecer bases racionais de trabalho. O Ministério da Saúde do Brasil acaba de adotar o termo “hanseniose” e de organizar uma Conferência Nacional de Hansenologia para estabelecer caminhos novos e eficazes de esclarecimento e prevenção. Teme-se, porém, que não ocorra apoio mundial à nova política brasileira, já que os organismos internacionais não se têm preocupado suficientemente com os gravíssimos problemas psico-sociais da “lepra” e já que poderosas e influentes associações beneficentes de âmbito internacional preferem manter o estigma verbal da “lepra”, como “fator essencial” de sucesso de suas campanhas de angariação de donativos.

Abstract

Referências

MORBIDADE POR HANSEIASE, SEGUNDO AS FORMAS CLÍNICAS

NAS COORDENADORIAS REGIONAIS DE SAÚDE E UNIDADES

DA FEDERAÇÃO - 1975. (1)

UNIDADES FEDERADAS E COORDENADORIA DE SAÚDE	FORMAS CLÍNICAS						TOTAL	INCIDÊNCIA POR 100.000 HAB.	%
	L		I		T				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%			
BRASIL	4.123	48,55	2.330	27,43	2.040	24,02	8.493	7,93	100,00
AMAZONIA	914	41,77	720	32,91	554	25,32	2.188	29,55	25,76
	92	28,05	191	58,23	45	13,72	328	131,69	14,99
	203	49,39	67	16,30	141	34,31	411	37,71	18,78
	2	66,67	1	33,33	-	-	3	6,23	0,14
	258	39,57	203	31,90	186	28,53	652	25,62	29,50
	25	28,74	51	58,62	11	12,64	87	61,23	3,08
	334	47,24	202	28,57	171	24,19	707	21,23	32,31
CENTRO-OESTE	250	37,54	159	23,87	257	38,59	666	2,32	7,84
	46	34,85	50	37,83	36	27,27	132	6,64	19,82
	55	43,65	20	15,87	51	40,48	126	2,46	18,92
	1	33,33	-	-	2	66,67	3	0,16	0,45
	6	26,09	10	43,48	7	30,43	23	0,86	3,45
	64	32,16	24	12,06	111	55,78	199	3,40	29,83
	7	63,64	-	-	4	36,36	11	0,62	1,65
	16	26,23	23	37,70	22	36,07	61	6,15	9,16
	55	49,55	32	28,83	24	21,62	111	1,32	16,67
SUDESTE	1.862	50,30	970	26,20	870	23,50	3.702	8,17	43,59
	476	56,07	210	24,73	163	19,20	849	6,76	22,93
	212	42,57	229	45,98	57	11,45	498	28,87	13,45
	459	50,44	174	19,12	277	30,44	910	8,75	24,58
	715	49,48	357	24,71	373	25,81	1.445	7,00	39,04
SUL	483	55,97	174	20,16	206	23,87	863	4,48	10,16
	336	57,73	129	22,16	117	20,11	582	6,89	67,44
	32	59,26	8	14,81	14	25,93	54	1,61	6,20
	115	50,66	37	16,30	75	33,04	227	3,04	26,30
CENTRO-SUDESTE	614	57,17	307	28,58	153	14,25	1.074	16,59	12,65
	17	50,00	11	32,35	6	17,65	34	24,06	3,17
	130	55,79	42	18,03	61	26,18	233	11,61	21,64
	379	61,33	200	32,36	39	6,31	618	17,55	57,54
	88	46,56	54	28,57	47	24,87	189	23,48	17,60

STE: ÓRGÃOS DE SAÚDE DAS UNIDADES FEDERADAS

Percentuais: Coordenadorias sobre Brasil e UF sobre respectivas Coordenadorias

1) Dados sujeitos retificação

C/AM/ers.

DOENTES DE HANSENÍASE SEGUNDO AS
FORMAS CLÍNICAS, INTERNADOS EM HOSPITAIS DAS 10.
UNIDADES DA FEDERAÇÃO 1974.

U. F.	NOME DOS HOSPITAIS	FORMAS CLÍNICAS			
		L + D	I	T	T O T A L
BRASIL	-	11.328	2.291	1.843	15.462
RO	Aben-Athar	94	6	50	150
AC	E. Agrícola	61	20	6	87
AC	Silva Araújo	275	26	51	352
AM	Antonio Aleixo	1.024	233	93	1.350
PA	Marituba	413	145	46	604
PA	Prata	361	127	39	527
MA	Aquiles Lisboa	255	72	47	374
PI	Carpina	85	24	6	115
CE	A. Justa	156	17	13	186
CE	A. Diago	194	9	13	216
RN	S. Fr. Assis	54	23	3	80
PB	G. Vargas	42	9	3	54
PE	Pe. A. Manoel	187	50	16	253
SE	L. Magalhães	31	1	3	35
BA	D. R. Menezes	131	17	5	153
MG	S. Isabel	937	292	504	1.733
MG	Sta. Fé	332	114	105	551
MG	Padre Damiano	502	254	229	985
MG	S. Fr. Assis	308	101	103	512
MG	E. Agrícola	59	1	35	95
MG	C. Machado	45	16	2	63
ES	Pedro Fontes	227	72	44	343
RJ	T. Macedo	533	120	63	716
GB	Gurupaiti	668	55	72	795
GB	H. Frei Antonio	45	1	6	52
SP	Pirapitingui	1.159	188	80	1.427
SP	S. Angelo	870	49	50	969
SP	L. Souza Lima	499	45	18	562
SP	Pe. Bonto	31	2	7	40
PR	São Roque	574	63	44	681
SC	Sta. Teresa	86	21	11	118
RS	Itapoan	281	25	20	326
MT	São Juliao	277	21	29	327
GO	Sta. Marta	532	72	27	631

**GRUPOS DE TRABALHO
E RECOMENDAÇÕES**



GRUPO DE TRABALHO 1

Barreiras culturais

CONSIDERANDO QUE:

- 1) – existem barreiras culturais importantes que agravam o problema social e psicológico do doente de hanseníase e seus familiares e dificultam fundamentalmente a aplicação das medidas de tratamento e de prevenção da endemia hansênica;
- 2) – estas barreiras culturais são, essencialmente, os preconceitos (de origem religiosa, psico-social, econômica e outras) em relação à "lepra", que se refletem:
 - a) – na legislação;
 - b) – no comportamento da Instituição médico-educacional
 - c) – na expressão artística e literária;
 - d) – na comunicação de massa;
 - e) – no comportamento da comunidade, com relação a doença e ao doente;
 - f) – e, em conseqüência, no comportamento do próprio doente.
- 3) – para afastar a hanseníase dessas barreiras e para aplicar as medidas terapêuticas e preventivas da doença é necessária ação conjunta dos órgãos de Saúde Pública com os de outras esferas administrativas e culturais;
- 4) – o afastamento dessas barreiras e a aceitação social dos doentes demandam longo prazo e que são necessárias medidas imediatas para facilitar sua reabilitação física e social, bem como a integração, o controle e o tratamento, intensificando-se, também, o ensino e a pesquisa científica.

RECOMENDA:

- 1) – Introduzir nova terminologia, em plano nacional, como passo inicial para a reformulação do atual conceito estigmatizante da doença e para o afastamento das barreiras culturais citadas.
- 2) – Instituir grupos de trabalho, integrados por sociólogos, psicólogos, antropólogos, especialistas em comunicação e outros técnicos que sejam considerados necessários para, com a colaboração de hansenólogos elaborar documento em que seja indicada a estratégia para evitar que os conceitos atualmente existentes em relação à "lepra" sejam transferidos para a doença hanseníase.
- 3) – Cercear atividades que, ainda que bem intencionadas, concorram para o agravamento do estigma, do sensacionalismo e dos preconceitos.
- 4) – Desestimular o funcionamento de entidades assistenciais que se dediquem exclusivamente aos doentes de hanseníase e seus filhos.
- 5) – Rever os termos da legislação vigente que limitem; desnecessariamente as atividades dos doentes de hanseníase ou que reforcem preconceitos e atitudes de rejeição.

COORDENADOR: Prof. A. Rotberg

MEMBROS

1 – Dra. Hortencia de Holanda	D.N.E.S.
2 – Dr. José Elias Moraes Filho	I. N.P.S.
3 – Dra. Geysa de Freitas Mendonça	M.E.C.
4 – Dr. Gilson Almeida	Centro Oeste
5 – Dra. Rosário Lobato	MA
6 – Dr. Henrique de Aquino	MT
7 – Dr. Milton D. de Mendonça	SE
8 – Dr. Ivanildo Albuquerque	SC
9 – Dr. Jair Ferreira	RGS

GRUPO DE DE TRABALHO 2

Hospitais, Asilos-Colônias e Preventórios

RECOMENDA

- 1) – Fazer-se um levantamento de cada asilo-colônia (com esta ou outras designações) por meio de um formulário único, sob a supervisão da D.N.D.S.
- 2) – Que desse levantamento deva constar:
 - a – área do estabelecimento e planta física;
 - b – entidades mantenedoras;
 - c – organização e administração;
 - d – custo atual da manutenção;
 - e – número de internados com as respectivas formas clínicas e estado atual da enfermidade;
 - f – número de incapacitados classificados por grau de incapacidade;
 - g – condições sócio-econômicas de cada internado;
 - h – avaliação dos motivos de permanência do internado;
 - i – informações sobre a recepção de pacientes portadores de outras moléstias;
 - j – informações sobre "vilas satélites" por ventura existentes.
- 3) – Restringir efetivamente as internações, obedecendo as recomendações já existentes.
- 4) – Que de acordo com as recomendações do "Congresso de Juiz de Fora", de 1974, e com os resultados a serem colhidos através de formulários referidos no item 1., estas unidades definam áreas e instalações

destinadas a:

- a – hospitais gerais dentro dos padrões atuais de organização e administração hospitalares;
 - b – aos "casos de condições sociais e aos de grave incapacidade física que seria designada por "área social".
- 5) – Que a área social deva ser de responsabilidade dos órgãos competentes e desvinculada da área da Saúde Pública.
 - 6) – A extinção ou a transformação em cooperativas das atuais "áreas sociais". Neste último caso, sugere-se a elaboração de um plano piloto em um dos atuais asilos-colônias, que será organizado e administrado conforme as normas do Ministério da Agricultura, cabendo aos doentes participar dos lucros da cooperativa.
 - 7) – Que se facilite nestas áreas o planejamento familiar tendo em vista o frequente uso de drogas teratogênicas no tratamento dos hansenianos.
 - 8) – Que os atuais preventórios sejam transferidos a "Fundação do Bem Estar do Menor" (FUNABEM) e recebam crianças em geral e não somente filhos de hansenianos.
 - 9) – Que os auxílios financeiros concedidos pelo Ministério da Saúde aos "asilos-colônias" sejam destinados exclusivamente a manutenção das atividades de prevenção de incapacidades e ao apoio financeiro a cooperativas, que forem organizadas de acordo com o item 6.
 - 10) – Com referência às "áreas sociais", que a colaboração financeira do Ministério da Saúde seja limitada a uma contribuição proporcional ao número de pacientes não previdenciários.
 - 11) – Que os Estados que mantenham asilos-colônias com "áreas sociais" deverão diligenciar junto aos órgãos previdenciários para que subvençionem a manutenção dos

seus beneficiários, de acordo com o item 5.

- 12) – Incentivar os Hospitais e Serviços Gerais de Saúde, que não fizerem restrições ao atendimento de pacientes eventualmente doentes de hanseníase.
- 13) – Estimular o ensino e a pesquisa da hansenologia, promover o treinamento de pessoal, incluindo a prática da reabilitação.
- 14) – Que, de imediato, os atuais Hospitais dos asilos-colônias recebam doentes de outras dermatoses.
- 15) – Que os atuais asilos-colônias não oficiais cumpram também estas recomendações.

COORDENADOR: Dr. Diltor Opromolla

MEMBROS

1 – Dr. Paulo Pereira Cerqueira	MG
2 – Dr. Roberto G. Simonard	RJ
3 – Ney B. Lacerda	AM
4 – Dr. Jarbas Porto	M.P.A.S.
5 – Dr. Luiz de Gonzaga Virgolino	PE
6- Dr. José M. G. Bastos	SP
7 – Dr. Augusto Bastos Filho	SUL
8 – Dr. Cesar Duilio Bernardi	RS
9 – Dr. Paulino Kotaka	PR

GRUPO DE TRABALHO 3

Legislação

- 1 – Revogação do Decreto n 968 de 7 de maio de de 1962, que baixa "Normas Técnicas Especiais para o combate a Lepra no País."
- 2 – Estabelecimento de normas técnicas gerais atualizadas, compatíveis com os conhecimentos científicos atuais, a serem baixadas através de Portarias do dirigente do órgão Competente do Ministério da Saúde.
- 3 – Propor aos Órgãos Competentes a Revogação das disposições legais vigentes que assegurem o direito de aposentadoria aos chamados doentes de lepra (hanseníase), excetuando os casos comprovados de incapacidade definitiva.
- 4 – Assegurar através de disposições legais a direito ao trabalho quer no serviço público quer na empresa privada, aos pacientes de hanseníase em funções compatíveis com sua capacidade física.
- 5 – Que os órgãos Oficiais desestimulem a concessão de créditos ou de favores fiscais a cons-

construção e funcionamento de serviços voltados ao atendimento exclusivo de hanseníase, médico ou social, quer do setor público quer do setor privado.

- 6 – Suprimir da legislação federal as disposições que assegurem gratificações ou adicionais de insalubridade por trabalhos executados em órgãos ou entidades, público particular, que desenvolvam atividades de prevenção e controle da hanseníase.
- 7 – Recomendar aos Órgãos Competentes do Ministério da Educação que incluam nos programas dos cursos de saúde para os corpos docente e discente, dos diversos níveis, o ensino de noções básicas sobre a hanseníase e suas implicações sociais.
- 8 – Que os ônus de Assistência Social e Previdenciária aos hansenianos fiquem a cargo exclusivamente dos Órgãos de Previdência e Assistência Social Oficiais.
- 9 – Prosseguir a análise das leis segregacionistas visando sua correção.

COORDENADOR : Dr. Walter Belda

MEMBROS

1 –	Dr. Helio Dias	MS
2 –	Dr. Agenor Mello	DNDS
3 –	Dr. Joaquim Castro Filho	NORDESTE
4 –	Dr. Benedito Figueiredo	MT
5 –	Dr. Juracy Gripp Cotta	DF
6 –	Dr. Nathanael Rauta Ramos	ES
7 –	Dr. Amaury Vasconcelos	PE
8 –	Dr. Martiniano Rossi	GO
9 –	Dra. Anra Regina Reis	IPEA

GRUPO DE TRABALHO 4

Profilaxia

O Grupo tendo analisado os documentos relativos ao tema, após amplos debates, chegou as seguintes conclusões e recomendações:

- 1 – Para o bom desempenho das atividades de profilaxia o Grupo recomenda que devem ser desenvolvidas, concorrentemente, e no mesmo nível de prioridade, as seguintes:
 - I – descoberta de casos;
 - II – tratamento ambulatorial;
 - III – prevenção de incapacidades;
 - IV – educação em saúde;
 - V – capacitação de pessoal em todos os níveis;
 - VI – a continuidade das ações
- 2 – Fornecer instruções, normas e recursos para o planejamento familiar às doentes de hanseníase que poderiam necessitar de medicamentos de efeito teratogênico;
- 3 – abolir a prática do afastamento dos recém-nascidos de seus pais enfermos;
- 4 – desestimular o funcionamento de entidades assistenciais que se dediquem exclusivamente aos filhos de doentes de hanseníase;
- 5 – promover seminários e constituir grupos de especialistas para uniformizar conceitos e programas para uso das unidades sanitárias, no campo da hanseníase, com ênfase nos se-

seguintes pontos:

- a) uniformização e simplificação dos registros nas unidades sanitárias;
 - b) doação progressiva de um sistema de registro eficiente que possibilite informações precisas de forma expedita, utilizando, se possível, computadores;
 - c) melhorar a eficiência e a eficácia dos serviços das unidades sanitárias;
 - d) fomentar o tratamento do doente pela classe médica privada, incluindo o fornecimento, mediante requisição pelo médico credenciado, de medicamentos específicos, e a notificação dos casos
- 6 – dar ênfase às ações dos Centros de Saúde, e promover sua integração com outras agências do Sistema Nacional de Saúde;
 - 7 – estimular as atividades de prevenção e tratamento de incapacidades físicas por técnicos simples, em nível local;
 - 8 – integrar os setores da Previdência Social em todas as atividades de profilaxia da hanseníase;
 - 9 – estimular a formação e a ampliação de centros de estudos e de pesquisas em hansenologia, particularmente de interesse terapêutico e profilático;
 - 10 – assegurar a participação financeira e técnico-administrativa de outros Ministérios em todos os programas referentes a hansenologia
 - 11 – considerando que as atividades de prevenção são prioritárias no controle da hanseníase o grupo recomenda que seja dada a devida apropriação de recursos financeiros, a esta atividade, na elaboração dos convênios, obedecendo-

obedecendo, entre outros, aos seguintes critérios:

- a) a magnitude do problema;
 - b) a capacidade de aplicação dos recursos proporcionados pelo Ministério da Saúde;
 - c) a programação de atividades de acordo com as normas técnicas da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária;
 - d) avaliação do controle de focos do ano anterior, considerando o percentual das formas clínicas dos casos novos registrados;
- 12 – a participação indispensável de todos os níveis da Enfermagem, nas atividades de controle da hanseníase;
- 13 – que as Unidades de Vigilância Epidemiológica incorporem a investigação de casos notificados de hanseníase, a sua rotina de trabalho nas áreas metropolitanas;
- 14 - considerando as peculiaridades da endemia na Região Amazônica, desenvolver as seguintes ações:
- a) utilização de pessoal auxiliar nos polos de atração e áreas de alta endemiasidade, vinculada às unidades sanitárias locais;
 - c) distribuição regular, pelos guardas da SUCAM, de medicamentos aos doentes registrados;
- 15 – de acordo com a Lei 6.229 de 17/7/75 que institui o Sistema Nacional de Saúde, o grupo recomenda que veja sugerido a outros Ministérios:
- a) em relação ao Ministério da Educação

e Cultura, intensificar o ensino da hanseníase e de outras dermatoses de interesse sanitário, nas Faculdades de Medicina (Cadeiras de Dermatologia e Medicina Preventiva);

b) em relação ao Ministério da Previdência e Assistência Social, Portaria fixando a participação da Secretaria de Serviços Médicos, na execução das tarefas de controle da hanseníase;

i - participação na área social do problema "lepra";

ii - fornecimento de medicamentos específicos através da Central de Medicamentos;

16 – o grupo considerando que, visando a estender as atividades de profilaxia, deveria ser estudada a possibilidade de integração dos programas de campo de tuberculose e hanseníase.

17 – as atividades de profilaxia deverão ser intensificadas paralelamente aos trabalhos de afastamento das barreiras culturais.

COORDENADOR : Dr. Ademyr Rodrigues Silveira

MEMBROS

- | | |
|--------------------------------|------------|
| 1 – Dr. José de Campos Sampaio | SP |
| 2 – Dr. Flavio Cini | PR |
| 3 – Dr. Sadino Abelha | RJ |
| 4 – Dr. Marilio M. Mendonça | MG |
| 5 – Dr. Celio Marinho | OPAS / OMS |
| 6 – Dr. Leopoldo da Costa | PA |
| 7 – Dr. Bichat A. Rodrigues | SUDESTE |
| 8 – Dr. Abel Tenório | FSESP |
| 9 – Dr. Edilberto Antezana | OPAS / OMS |

GRUPO DE TRABALHO 5

Reintegração Social

I CONSIDERAÇÕES

Considerando que a reintegração social é o processo que tem por objetivo restituir ao paciente de hanseníase condições normais de vida na comunidade, com independência econômica;

Considerando que esse objetivo constitui o resultado final de todas as etapas da luta contra a doença, desde o diagnóstico, tão precoce quanto possível;

Considerando que as ações para efeito de reintegração social do hanseniano deverão mobilizar outras áreas fora do setor Saúde;

Considerando que fatores culturais e educativos emergem como sério obstáculo a eficiência dos programas para a reintegração social do hanseniano;

Considerando que essa eficiência esta ligada ao reconhecimento de fatos básicos, tais como:

- a) maior rentabilidade das ações preventivas sobre as ações recuperadoras, com excepcional significação na hanseníase;
- b) o retardamento do diagnóstico;
- c) a relevância das lesões neurais como responsáveis pelos mais graves efeitos incapacitantes;
- d) o enfoque das medidas para a reintegração social do paciente, a partir do diagnóstico e através de todo o seu tratamento, extensivas á família e a comunidade;
- e) o efeito das leis e atitudes segregacio-

cionistas;

f) o padrão de comportamento da comunidade, traduzido por medo e rejeição;

g) contingente de desajustados pela hanseníase em termos de grave dano à imagem do país e ao desenvolvimento dos programas de integração nacional;

Considerando, ainda, que, no processo de reintegração social, é importante levar em conta as condições pregressas de atividade, as potencialidades individuais e a necessidade de intensa motivação e participação do paciente;

O GRUPO DE TRABALHO apresenta as seguintes

II RECOMENDAÇÕES

- 1 – Instituição, a nível individual, de programação do processo de reintegração social desde o diagnóstico, neste incluída a caracterização dos aspectos sociais.
- 2 – Constituição de dispositivo de orientação vocacional nas Unidades Federadas, com o fim de acompanhar a situação de cada paciente matriculado em serviço de Saúde, desde o seu diagnóstico, e propor providências para preservar sua identidade sócio-econômica oferecendo treinamento para o adequado uso da capacidade de trabalho recuperada ou residual do hanseniano tratado. Deverá, também, esse dispositivo diligenciar para manter ou recolocar em atividade sócio-econômica os pacientes liberados como não constituindo risco grave do contágio. O mesmo dispositivo, de orientação vocacional funcionará junto ao Agente local responsável pelo controle da hanseníase e por ele presidido, com a seguinte formação: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Soci-

Social, Secretarias Estaduais de Saúde Pública, a representação de uma entidade comunitária e da comunidade hanseniana. Indispensável a participação de educadores e especialistas em preparo e utilização de mão-de-obra ou agentes de emprego. É conveniente que esse Dispositivo estenda suas atividades a reabilitação de incapacidades por outras causas.

- 3 – Criação de Dispositivo, em nível Nacional ou Regional, para raver a situação sócio-econômica dos pacientes de hanseníase internados, visando a:
 - integrá-los em atividades econômicas na sociedade, mediante, por exemplo a utilização dos programas de colonização e reforma agrária, de acordo com a sua capacitação;
 - concessão de bolsas de reabilitação em caráter transitório, de valor progressivamente decrescente, pressupondo-se que, após determinado prazo, o hanseniano deverá estar reintegrado ao máximo de seu potencial sócio-econômico
- 4 – Provimento adequado de assistência ao paciente e a seus dependentes, nos casos, ainda numerosos, de incapacidade total e irrecuperável, a fim de conservar-lhes a dignidade e auto-estima.
- 5 – A execução das providências recomendadas pelos Dispositivos de que tratam os itens 2 e 3, poderá ser delegada a entidades não governamentais, religiosas ou leigas que tenham tradição na luta contra a hanseníase e boa linha de comunicação com a comunidade, assegurada a contínua assistência técnica dos órgãos governamentais.
- 6 – Atuação por parte do Ministério e Secreta-

tarias da Saúde no sentido de assegurar a execução dos programas de recuperação social em regime de integração com instituições e órgãos que disponham de serviços já estruturados para a prestação de assistência médico-social.

COORDENADOR : Dr. Nilson Carvalho da Silva

MEMBROS

1 - Dr. João Hamilton Ferro Costa	SSM -M.P.A.S.
2 - Dr. Celio Cunha	M.E.C.
3 - Dr. Efrain Mendonza Mendivil	Acre
4 - D. Gilce Marlene Arend	Roraima
5 - Dr. Antonio Carlos Azevedo	Amazônia
6 - Dra. Maria das Graças Barros Teixeira	RN
7 - Dr. Julio Costa Pinto	GO
8 - Edilson Souza Viana	CE
9 - Oduvaldo Figueiredo	BA

GRUPO. TRABALHO 6

Prevenção de Deformidades e Reabilitação

Considerando a necessidade de aperfeiçoar os métodos de controle da hanseníase.

RECOMENDA:

- 1 – A incorporação de técnicas de prevenção e tratamento de deformidades às atividades rotineiras.
- 2 – O conhecimento da extensão das deformidades deverá ser feito, preliminarmente, objetivando o levantamento respectivo, adotando-se critério internacional para a classificação.
- 3 – A implantação e a execução das referidas técnicas tem como base a educação sanitária.
- 4 – A execução poderá ser feita em 3 níveis:
 - a) No órgão de saúde ou em domicílio, empregando-se técnicas simples;
 - b) em estabelecimento de nível médico, quando houver indicação;
 - c) em centros gerais de reabilitação, inclusive os vinculados à Previdência Social, caso necessários métodos mais sofisticados.
- 5 – O adestramento de pessoal, nos diversos níveis, é imprescindível.
- 6 – Ao Ministério da Saúde caberá estabelecer normas para a implantação proposta.

COORDENADOR : Dr. Sinesio Talhari

MEMBROS

1 –	Dr. Hylton Hermont	DF
2 –	Dr. Ritacínio R. Pereira	DNDS
3 –	Dr. José Iracy M. Barros	RO
4 –	Dr. Waldir João Ferreira da Silva	RO
5 –	Dr. Federico Bresani	OPAS
6 –	Dr. Rubens Nóbrega	SP
7 –	Dr. João Brito de A. Moura	PB
8 –	Dr. Raimundo Palheta	Amapá
9 –	Dra. Terezinha Rodrigues de Alencar	Alagoas

GRUPO DE TRABALHO 7

Formação de Pessoal

Considerando fundamental o treinamento de pessoal a nível de execução local;

Considerando essencial a inclusão nos programas de controle de Hanseníase o ensino de técnica simples de prevenção e tratamento de incapacidades físicas;

Considerando a pouca ênfase que, de uma maneira geral, as Faculdades de Medicina tem dado ao ensino de hansenologia;

Considerando necessária a divulgação e uniformização de conceitos sobre hanseníase entre especialistas;

Considerando a pequena importância dada nos cursos de Saúde Pública ao ensino da hansenologia;

Considerando importante a formação de técnicos em Dermatologia Sanitária, para orientação dos programas de controle da endemia hanseníase;

O grupo apresenta as seguintes recomendações:

- 1 - Intensificar o treinamento em hansenologia de médicos, enfermeiras e assistentes sociais, em cursos preferentemente com a duração de 40 horas.
- 2 - Intensificar o treinamento de auxiliares de saúde, a nível de execução local, em cursos com fixação do conteúdo a ser transmitido, em carga horária a ser definida.
- 3 - Promover a formação de auxiliares de saúde para a atuação em nível regional, em

estágios com duração mínima de 3 (três) meses.

- 4 – Promover o treinamento de técnicos de laboratório em estágios com duração de 40 horas.
- 5 – Incluir em todos os cursos de Treinamento para pessoal, à nível de execução local, o ensino de técnicas simples para prevenção e tratamento de incapacidades físicas do hanseniano.
- 6 – Promover a formação de técnicos em reabilitação para atuarem em centros especializados.
- 7 - Intensificar o ensino de hansenologia no curso médico nas cadeiras de Dermatologia e Medicina Preventiva, recomendando gestões à nível ministerial.
- 8 – Sugerir a inclusão de cursos de atualização em hansenologia em Jornadas Médicas com apoio da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária à Associação Brasileira de Leprologia.
- 9 – Intensificar o ensino de hansenologia nos cursos oficiais de Escolas de Saúde Pública do País.
- 10 – Fazer gestões junto às Escolas de Saúde Pública visando à criação de cursos de Dermatologia Sanitária, em regime de tempo integral, com duração de 2 (dois) a 3 (tres) meses, dando maior enfoque em saúde pública a dermatologistas.
- 11 – Sugerir que a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária promova a elaboração de um Compêndio de Hansenologia, objetivando uniformizar conceitos.
- 12 - Incentivar a pesquisa como apoio técnico na formação de pessoal.

COORDENADOR: Dr. Pedro Bello

MEMBROS

- | | |
|----------------------------------|-------|
| 1 – Prof. Hugo Prado | Piauí |
| 2 – Prof. Antonio Carlos Pereira | RJ |
| 3 – Dra. Alzira Erce Rodrigues | Pará |
| 4 – Dr. Celio Paulo Motta | OPAS |
| 5 – Dr. Armando Pondé | BA |
| 6 – Dr. Carlos P. Ibiapina | PI |
| 7 – Dr. Carlos S. Bonesio | MG |
| 8 – Dra. Lygia M. C. de Andrade | FOC |
| 9 – Hamilton Marques de Souza | Amapá |

AGRADECIMENTO
DO MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE
DR. PAULO DE ALMEIDA MACHADO



Agradeço a participação ativa de todos e registro minha admiração pela dedicada, operosa e esclarecida atividade dos diferentes grupos de trabalho.

À luz das decisões deste plenário, o Ministério da Saúde irá elaborar a nova política de controle da hanseníase.

Sem dúvida, foi alcançado o objetivo de promover uma autêntica revolução no campo do combate à velha endemia, criando-se um modelo brasileiro, inspirado em conhecimentos técnicos e nos princípios éticos e humanísticos de nosso povo.

Os atuais convênios com as Secretarias de Saúde serão prorrogados até março de 1977.

No entretanto, os Estados poderão fazer as necessárias previsões orçamentárias para o próximo exercício uma vez que novos convênios serão firmados em 1977, todos dentro da nova política. Na transferência de recursos para as unidades da Federação serão obedecidas as diretrizes da nova política:

- formação e valorização de pessoal auxiliar;
- implantação, com grande cobertura, da prevenção de incapacidades;
transformação das atuais colônias, onde possível, em cooperativas agrícolas organizadas tecnicamente conforme normas do Ministério da Agricultura;
valorização da produção dos cooperados a quem deve caber o lucro resultante da atividade;
- integração real nos serviços gerais de saúde;
- incentivos aos hospitais gerais que recebam doentes de hanseníase;

- projetos-piloto de reintegração social;
- abertura dos hospitais especializados às comunidades vizinhas, aproveitando leitos ociosos para atender outros pacientes.

No entanto, serão providenciados estudos visando a alteração dos textos legais com conotação segregacionista.

LISTA DE PARTICIPANTES



DOUTOR PAULO DE ALMEIDA MACHADO

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE PARTICIPANTES

ACRE

Doutor MILTON DOS SANTOS FREITAS
Secretaria de Saúde
Av. Getulio Vargas, s/nº.
Tel: 2753

Doutor EFRAIN MENDOZA MENDIVIL
Secretaria de Saúde
Rua Floriano Peixoto, s/nº
Tel: 2755

ALAGOAS

Doutora TEREZINHA RODRIGUES DE ALENCAR
Secretaria de Saúde
Av. Duque de Caxias, 978
Tel: 3 5302

AMAPÁ

Doutor RAIMUNDO PALHETA SESAS
Av. Rio de Janeiro, s/nº
Tel: 2555

Doutor HAMILTON MARQUES SOUZA
Secretaria de Saúde e Ação Social
Av. FAB, s/nº
Tel: 2806

AMAZONAS

Doutora TRINIDAD MARIA DOMINGUEZ

Secretaria de Saúde

Hospital Antonio Aleixo

Doutor SINÉSIO TALHARI

Faculdade de Medicina

Rua. Marcílio Dias, 305

Tel: 32 6245

Doutor ILIDIO ALMEIDA LIMA

Secretaria de Saúde do Amazonas

Av. Eduardo Ribeiro nº 906

Tel: 32-1130

Doutor NEY BAHIENSE LACERDA

Secretaria de Saúde do Amazonas

Av. Eduardo Ribeiro nº 906

Tel: 32-1130

Doutor FRANCISCO DE PAULA CASTRO NETO

M.S. - CORSAM - Delegacia Federal de Saúde la. R.

Rua José Clemente nº 322 - Manaus - AM.

Tel: 32-3210

BAHIA

Doutor JOÃO BAPTISTA CARIB
Delegacia Federal de Saúde da 5a. Região
Rua Cláudio Manuel da costa, 73
Tel: 3 6002 - 3 9314

Doutor ODUVALDO FIGUEIREDO
FUSEB
Hospital Colônia Dom Rodrigues
de Menezes

Doutor ARMANDO PONDÉ
Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
Rua Cláudio Manuel da Costa, 73
Tel: 3 9314

CEARÁ

Doutor BOLIVAR BASTOS GONÇALVES
Delegacia Federal de saúde
Rua dos Tabajaras, 268
Tel: 26 8223

Doutor EDILSON DE SOUSA VIANA
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

DISTRITO FEDERAL

Doutor EDMUNDO JUAREZ

Ministério da Saúde

Tel: 23-9826

Doutor JOSÉ AGRIPINO MENDES

Fundação de Serviços de Saúde Pública

Ministério da Saúde – 8º andar

Tel: 24-1073

Doutor JOSÉ AUGUSTO DANTAS

Coordenadoria de Saúde do Nordeste

Ministério da Saúde – 5º andar

Doutor ARISTEL FAGUNDES

Ministério da Saúde - 8º andar

Tel: 23-4089

Doutor ALDIR HENRIQUE SILVA

Ministério da Saúde D.F.

Doutor JOSÉ DA ROCHA CARVALHEIRO

Ministério da Saúde

Tel: 23-6846

Doutor VINICIUS WAGNER

Ministério da Saúde 8º andar

Tel: 24-0847

Doutor SYLVAIN LEVY

Ministério da Saúde

Tel: 23-4449

Doutor HYLTON HERMONT

Fundação Hospitalar - D.F.

Doutor ANTÔNIO CARLOS DE AZEVEDO

Ministério da Saúde - 5º andar

Tel: 23-9794

Doutor JOAQUIM CASTRO FILHO
Ministério da Saúde D.F.
Tel: 23-9438

Doutor AUGUSTO BASTOS FILHO
Ministério da Saúde - D.F.
Tel: 29-9797

Doutora ANA REGINA REIS
IPEA CNRH SEPLAN – BNDE
Tel: 23-9317

Doutor JURACY GRIPP COTTA
1º HDB .D.F.

Doutor ALY SALOMÃO BARGUIL
Hospital Distrital do Gama - D.F.

Doutor FAUSTO SILVEIRA
Ministério da Saúde
Tel: 42-0847

Doutor HELIO DIAS
Ministério da Saúde - D.F.

Doutora GEYSA DE FREITAS-MENDONÇA
Ministério da Educação e Cultura - sala 415
Tel: 23-9105 - R. 287

Doutor CELIO CUNHA
Ministério da Educação e Cultura - 3º andar
Tel: 23-9105 R. 126

Doutor BICHAT A. RODRIGUES
Ministério da Saúde
Tel: 23-9823

Doutor EDILBERTO ANTEZANA
OPAS OMS
Ministério da Saúde
Tel: 23 1839

Doutor FEDERICO BRESANI
OPS - OMS
Setor Embaixadas Norte - Lote 19
Tel: 23 1839

ESPÍRITO SANTO

Doutor SEBASTIÃO CABRAL
Secretaria de Saúde
Av. Beira Mar, s/nº
Tel: 7 1486

Doutor NATHANAEL RAUTA RAMOS
Secretaria de Saúde
Av. Beira Mar, s/nº
Tel: 7 1486

Doutor JAEDER SOARES
Delegacia Federal de Saúde
Rua General Osório, 83 - 8º andar
Tel.: 3 5859

GOIÁS

Doutor MARTINIANO ROSSI
Secretaria de Saúde
Av. Tocantins, 67
Tel. 6 3826

Doutor JULIO COSTA PINTO
Secretaria de Saúde
Av. Tocantins, 67
Tel. 6 3826

MARANHÃO

Doutor ROSÁRIO DE MARIA SOARES LOBATO
Secretaria de Saúde
Rua dos Afogados, 724
Tel: 2 2801

MATO GROSSO

Doutor FERNANDO SARMENTO PLECH
Delegacia Federal de Saúde
Av. Getúlio Vargas, 685
Tel: 3342

Doutor BENEDITO FIGUEIREDO

Secretaria de Saúde

Rua 13 de Junho, 2101

Tel: 3070

Doutor HENRIQUE AQUINO

Secretaria de Saúde

Av. Getúlio Vargas 494

Tel: 2287

MINAS GERAIS

Doutor PAULO RODRIGUES PEREIRA FEAL

Av. Francisco Salles 1084

Tel: 222 3275

Doutor CARLOS SIGNORELLI BONESIO

Secretaria de Saúde

Av. Augusto de Lima, 785

Tel: 222 4405

Doutor MARILIO MALAGUTH MENDONÇA

Secretaria de Saúde

Av. Augusto de Lima 785

Doutor EDMUNDO CALDEIRA BRANT

Delegacia Federal de Saúde

Av. Augusto de Lima, 785

Tel: 222 3998

PARÁ

Doutora ALZIRA NAZARETH ERSE RODRIGUES

Secretaria de Saúde

Dr. Moraes, 104

Tel: 23 2848

Doutor LEOPOLDO DA COSTA

Secretaria de Saúde

Av. Presidente Pernambuco, s/nº

Doutor RAYNERO DE CARVALHO MAROJA

Delegacia Federal de Saúde da 2a. Região

Tel: 22 5800

PARAÍBA

Doutor JOÃO BRITO DE ATHAYDE MOURA

Delegacia Federal de Saúde

Miguel Couto, 251 Sala 807

PARANÁ

Doutor PAULINO IWANE KOTAKA

Secretaria de Saúde

Rua Barão do Rio Branco, s/nº

Tel: 24 7315

Doutor FLAVIO CINI

Secretaria de Saúde Pública

Tel: 22 5276

Doutor BOLESLAU USSYK
Delegacia Federal de Saúde da 10a. Região
Alameda Dr. Carlos de Carvalho 1640
Tel: 24 2834

PERNAMBUCO

Doutor AMAURY VASCONCELOS
Secretaria de Saúde
Pça. Oswaldo Cruz, s/nº
Tel: 22 4793

Doutor LUIZ DE GONZAGA VIRGOLINO
Secretaria de Saúde - FUSAM
Sanatório Padre Antonio Manuel Mirueira - Paulista
Tel: 28 1179

PIAUI

Doutor CARLOS PORTELA IBIAPINA
Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Getúlio Vargas

Doutor HUGO PRADO
Secretaria de Saúde
Av. 19 de Maio, 381/S
Tel: 3208

RIO GRANDE DO NORTE

Doutora MARIA DAS GRAÇAS BARROS TEIXEIRA
Secretaria de Saúde do Rio Grande do Norte

RIO GRANDE DO SUL

Doutor CESAR DUILIO BERNARDI
Av. João Pessoa nº 1327 Porto Alegre
Tel: 25-5207

Doutor JAIR FERREIRA
Av. Borges de Medeiros nº 308 10º Andar - Porto Alegre
Tel: 24-6214

RIO DE JANEIRO

Doutora CLARICE FERRARINI
Av. Brasil nº 4046 5º andar - R.J.
Tel: 260-6707

Doutor JOÃO HAMILTON FERRO COSTA
Av. Antonio Carlos nº 251 11º andar - R.J.
Tel: 252-8941

Doutor SADINO ABELHA
Av. Almirante Barroso nº 81 – 8º andar R.J.
Tel: 232-1705.

Doutor ADEMYR RODRIGUES DA SILVEIRA
Rua São Cristovão nº 1298 - R.J.
Tel: 234-6403

Doutor PEDRO CALDAS DA CUNHA
Av. Brasil nº 4036 – 6º andar - R.J.
Tel: 230-5268

Doutor RITACÍNIO RAMOS PEREIRA
Rua São Cristovão nº 1298 R.J.
Tel: 234-4506

Doutor PEDRO BELLO

Rua São Cristovão nº 1298 R.J.

Tel: 234-3616

Doutor AGENOR MELLO

Rua São Cristovão nº 1298 R.J.

Doutor ANTONIO CARLOS PEREIRA JR.

Instituto de Leprologia

Cristovão Lacerda Coutinho nº 28 - Copacabana - R.J.

Tel 256-0394

Doutor NILSON CARVALHO DA SILVA

Rua São Cristovão nº 1298 R.J.

Tel: 254-0063

Doutor ABEL TENORIO DE SOUZA ROCHA

Av. Rio Branco nº 251 – 13º andar R.J.

Tel: 232-8066

Doutora LYGIA MADEIRA CESAR DE ANDRADE

Rua São Cristovão nº 1298 R.J.

Tel: 234-8439

Doutor JARBAS PORTO

Rua Sacadura Cabral nº 178 - R.J.

Tel: 223-8000

Doutor JOSÉ ELIAS MORAES FILHO

Rua 13 de Maio nº 13 – 25º andar - Centro - R.J.

Tel: 231-3197

Doutor ROBERTO GERALDO SIMONARD SANTOS

Rua Godofredo Viana nº 64 R.J.

Tel: 392 - 1505

RORAIMA

Doutor JOSÉ IRACY MACARIO BARROS
Secretaria de Saúde e de Ação Social - Roraima
Tel: 2147

Doutor WALDIR JOÃO FERREIRA DA SILVA
Secretaria de Saúde e de Ação Social – Roraima
Tel: 2147

SANTA CATARINA

Doutor IVANILDO ALBUQUERQUE
Secretaria de Saúde de Santa Catarina
Rua Trajano nº 18 – 5º andar
Tel: 22-4388

SÃO PAULO

Doutor ABRAHÃO ROTBERG
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo
Rua Marconi nº 131 6º andar
Tel: 34 - 7519

Doutor JOSÉ DE CAMPOS SAMPAIO
Av. Ipiranga nº 1071 – 6º andar - S.P.
Tel: 34 - 3356

Doutor WALTER BELDA
Secretaria de Saúde de São Paulo
Av. Enéas Carvalho Aguiar nº 188

Doutor RUBENS NOBREGA
Vale do Paraíba - Secretaria de Saúde de S. Paulo .
Rua Souza Alves nº 342
Tel: 2.2088

Biblioteca MS



10001000153



Fundação Visconde de Cabo Frio
Departamento de Congressos