

O NOVO ATLAS DE HANSENÍASE

Um manual fotográfico para auxiliar os Agentes de Saúde e Voluntários na detecção, diagnóstico e tratamento da Hanseníase

A. Colin McDougall
Yo Yuasa

Tradução : Jane e Wolfgang Hippke

SASAKAWA MEMORIAL HEALTH FOUNDATION

Tokyo, Japão

2003

AGRADECIMENTOS

A Sasakawa Memorial Health Foundation deseja expressar oficialmente seus agradecimentos ao Dr. Wolfgang Hippke e senhora, que se encontram trabalhando em Moçambique, por voluntariamente traduzir para o Português a versão original em Inglês deste Atlas.

Agradecemos também ao Dr. Marcos Virmond, diretor técnico do Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, Brasil, por seu valioso apoio na revisão da tradução desta edição em Português do Novo Atlas de Hanseníase.

O NOVO ATLAS DE HANSENÍASE

Um manual fotográfico para auxiliar os Agentes de Saúde e Voluntários na detecção, diagnóstico e tratamento da hanseníase

A. Colin McDougall
Yo Yuasa

Tradução : Jane e Wolfgang Hippke

SASAKAWA MEMORIAL HEALTH FOUNDATION
Tokyo, Japão
2003



Prefácio	1
Fluxograma para diagnosticar e classificar a hanseníase	2
Tratamento poliquimioterápico (PQT) recomendada pela OMS	3
Ilustrações das cartelas mensais de PQT da hanseníase multibacilar (MB) e paucibacilar (PB)	4
Antes e depois da PQT — resultados do tratamento	8

Sinais da Hanseníase

10



1. Hanseníase paucibacilar (PB) : 1–5 manchas de pele	11
2. Hanseníase multibacilar : 6 ou mais manchas de pele	24

Acometimento neural na hanseníase / hanseníase neural.....	34
Reações e Neurite	35
Reação tipo 1 (Reação reversa, "upgrading").....	36
Reação tipo 2 (Reação lepromatosa, "Erytema nodosum leprosum").....	40
Incapacidades e deformidades	42

Diagnóstico Diferencial 46



(a) Mais freqüente.....	47
(b) Menos freqüente	62



Agradecimentos.....	73
Referências bibliográficas e recomendações para Leitura.....	74
Informações bibliográficas.....	lado interior da capa de trás



**Hanseníase tem cura
com a Poliquimioterapia a qual
também previne incapacidades
e deformidades**

Vamos juntos trabalhar para
UM MUNDO SEM HANSENÍASE

Prefácio

Yo Yuasa

Diretor Médico e Executivo
Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japão

O primeiro “Atlas de Hanseníase” foi elaborado em 1981 com colaboração de Dr. R. S. Guinto e seus colegas do Leonard Wood Memorial Laboratory em Cebu, Filipinas. As primeiras 230 cópias em formato preliminar maior foram feitas praticamente de forma manual. Mas a resposta foi tão positiva, que nós decidimos imprimi-lo em 1983. Nossa intenção foi fornecer uma coleção de fotos de alta qualidade, ambas clínicas e histológicas, primeiramente para médicos e paramédicos para ajudar-los nas suas atividades de treinamento, mas também para ser usado como material de referência. Também produzimos slides coloridos como material educativo. Nós esperávamos pouco no lançamento, mas o pedido arrebatador e contínuo — até hoje — resultou em 38.000 cópias inglesas e 23.000 cópias em mais seis línguas. Tornou-se um *best-seller* na hanseníase, embora quase todas as cópias tenham sido distribuídas gratuitamente.

O mundo da hanseníase mudou rapidamente, quase paralelamente com a publicação do primeiro *Atlas of Leprosy* em 1981. Após o encontro do *Chemotherapy Study Group* em Outubro de 1981, a poliquimioterapia (PQT) contribuiu primordialmente àquela mudança extraordinária. A resolução da *World Health Assembly* falando sobre a “Eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública” acelerou esta mudança mais ainda. Dos 122 países endêmicos em hanseníase dos anos 80, apenas quinze continuam como tal no fim do ano 2000. A Organização Mundial de Saúde (OMS) está promovendo agora o *Final Push* [Arrancada final], para que no fim do ano 2005 não haja mais países endêmicos em hanseníase, o que significa que não haverá mais nenhum país com mais do que um caso de hanseníase por 10.000 habitantes. Isto seria verdadeiramente um grande sucesso.

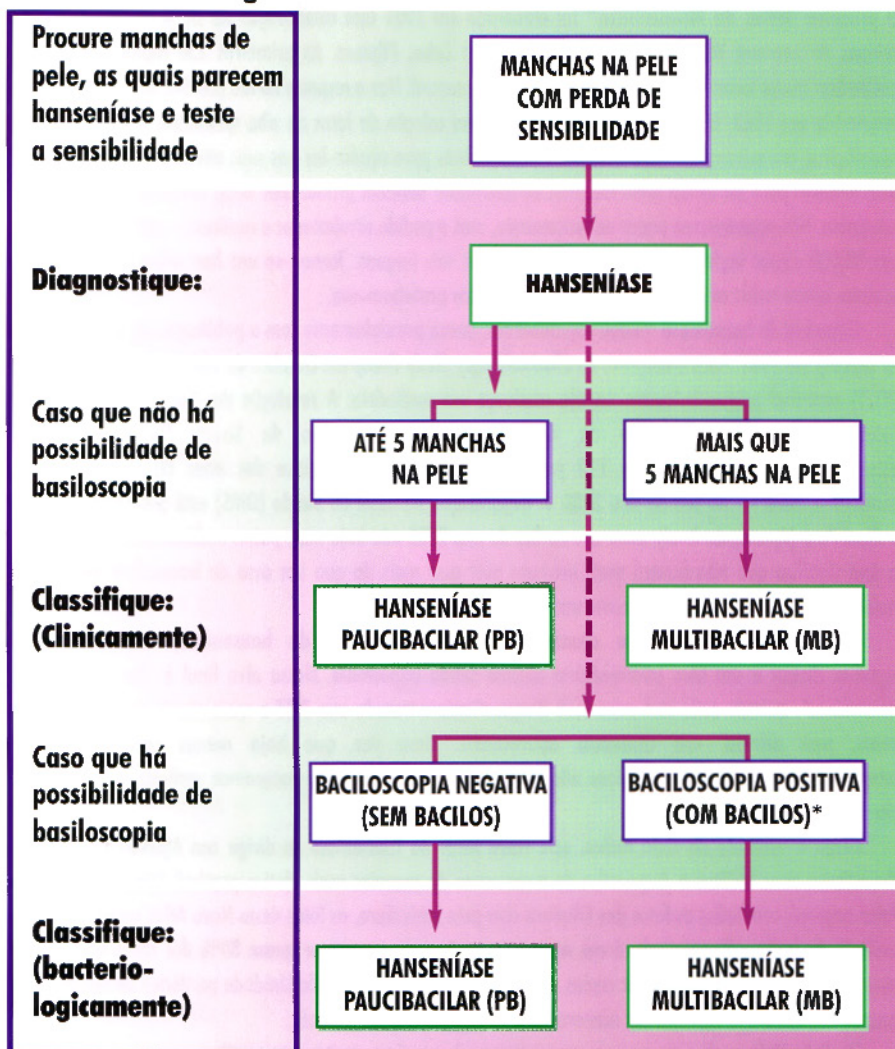
Porém, para aqueles que atuam no trabalho de base da hanseníase, este alcance só significa chegar a um alvo intermediário mesmo sendo importante. Nosso alvo final é “Um Mundo sem hanseníase”, quando cada caso novo será diagnosticado e tratado com PQT o mais rápido possível — novos casos, sem dúvida, vão continuar aparecendo. Uma vez que haja menos casos novos, as atividades de controle de hanseníase não serão mais organizadas por programas verticais, mas sim pelo pessoal de saúde geral.

Como o subtítulo da capa indica, este Novo Atlas de Hanseníase se dirige aos Agentes de Saúde e Voluntários para facilitar o diagnóstico de casos novos da maneira mais efetiva possível. Diferentemente do Atlas original, com todas as fotos das Filipinas com pele mais clara, as fotos deste Novo Atlas originam-se, na maioria da Índia e Bangladesh, áreas nas quais continuam a aparecer quase 80% dos casos novos deste mundo. Nossa intenção é produzir cópias suficientes deste Atlas para cada Unidade periférica de Saúde desta grande região, o que significa um número total de 200.000 cópias ou mais.

Dr. Colin McDougall, um excelente especialista na hanseníase, aceitou por gentileza a responsabilidade de produzir este livro. Meu nome aparece na capa, pois assumo a responsabilidade pela escolha das fotos e comentários feitos, dos quais, em alguns casos, havia dúvidas se seriam apropriados para este livrinho.

O Atlas original dirigiu-se às atividades de controle de hanseníase em um momento em que o fim do nosso trabalho não estava em vista. O Novo Atlas busca servir até o fim dos nossos esforços. É ambicioso? É sim, porém esperamos que isto seja realista.

Fluxograma para o Diagnóstico e a Classificação



*Cada paciente com baciloscopia positiva (com bacilos) deve ser tratado com PQT multibacilar. Porém, isto depende de condições confiáveis do laboratório. Além disso, como a prevalência de HIV/SIDA e de hepatite B aumenta em muitos dos países endêmicos de hanseníase, o número das baciloscopias deve ser reduzida à um mínimo (veja : Referências Bibliográficas).



POLIQUIMIOTERAPIA (PQT)

Dentre as atividades essenciais para a eliminação da hanseníase, este Novo Atlas concentra-se em :

1. Diagnóstico precoce e correto.
2. Diagnóstico diferencial – diferenciar a hanseníase de outras doenças da pele, as quais podem imitar a hanseníase e levar a um falso diagnóstico.
3. Descrição detalhada dos *blister* (cartelas de medicamentos de hanseníase para um mês) e dos tratamentos diferentes da Poliquimioterapia (PQT).

O paciente na foto foi diagnosticado por um enfermeiro de um Centro de Saúde, e agora está a receber a primeira carteira de medicamentos (*blister*) para o tratamento de hanseníase multibacilar.

Através da iniciativa da OMS, a terapia na hanseníase está disponível para todos os pacientes, no mundo inteiro e é gratuita.

Alguns Programas de hanseníase usam a combinação de Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina (terapia "ROM") dado como dose única no tratamento **da hanseníase com mancha única** (veja Referência Bibliográfica Nº. 2, pág. 6 e 18). Rifampicina é um componente essencial no tratamento tanto para PB como para MB, como será referido nas páginas seguintes. Ofloxacina e Minociclina são outros antibióticos com eficácia comprovada contra o bacilo da hanseníase.

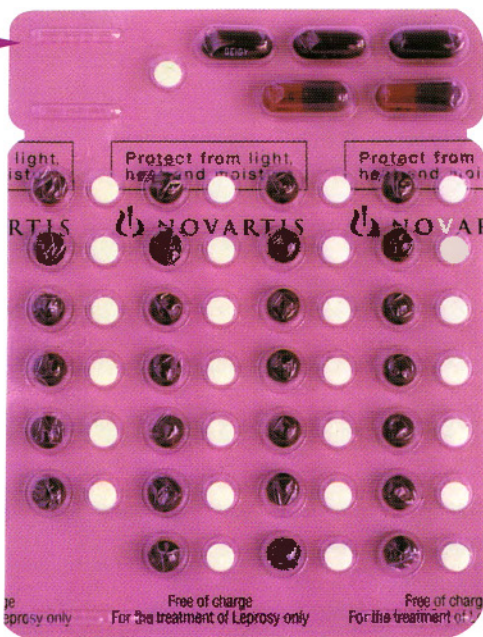
PQT multibacilar (MB) – ADULTOS

Vista anterior do blister MB adulto

Tratamento mensal e supervisionado (1º dia) :
 Clofazimina 300 mg (3 cápsulas de 100 mg)
 Rifampicina 600 mg (2 cápsulas de 300 mg)
 e Dapsona 100 mg (1 comprimido)

Tratamento diário e não supervisionado (2º ao 28º dia) :
 Clofazimina 50 mg (1 cápsula) TODOS OS DIAS e Dapsona 100 mg (1 comprimido) TODOS OS DIAS

Duração do tratamento :
 12 blister durante 12–18 meses



Vista posterior do blister MB adulto

C = Clofazimina 100 mg cada, dose mensal = 300 mg
R = Rifampicina 300 mg cada, dose mensal = 600 mg
D = Dapsona 100 mg, dose mensal = 100 mg

A enumeração de 2 até 28 equivale a quatro semanas de dose não supervisionada de: Clofazimina 50 mg e Dapsona 100 mg DIARIAMENTE

Tamanho real do blister : 106 mm x 140 mm



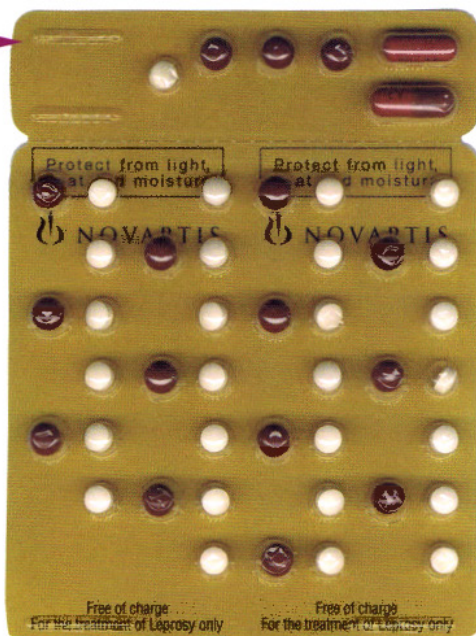
PQT multibacilar (MB) – CRIANÇAS (10–14 anos)

Vista anterior do blister MB criança

Tratamento mensal e supervisionado (1º dia) : Clofazimina 150 mg (3 cápsulas de 50 mg), Rifampicina 450 mg (1 cps de 300 e 1 cps de 150 mg), e Dapsona 50 mg (1 comprimido)

Tratamento diário e não supervisionado (2º ao 28º dia) : Clofazimina 50 mg (1 cápsula) **DIAS ALTERNADOS** e Dapsona 50 mg (1 comprimido) **TODOS OS DIAS**

Duração do tratamento :
12 blister durante 12–18 meses



Vista posterior do blister MB criança

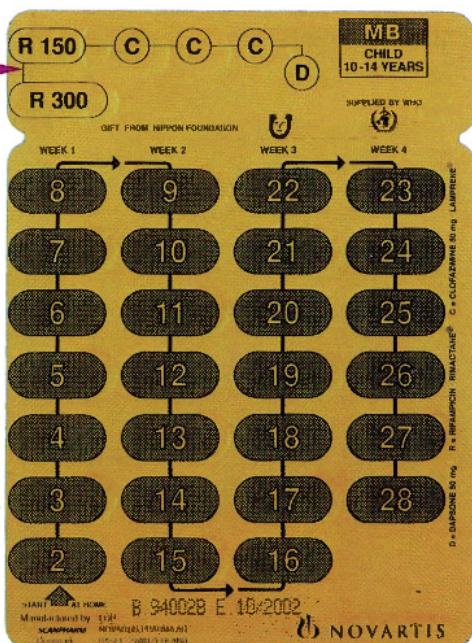
C = Clofazimina 50 mg cada, dose mensal = 150 mg

R = Rifampicina 450 mg (1 cps de 300 e 1 cps de 150 mg), dose mensal = 450 mg

D = Dapsona 50 mg, dose mensal = 50 mg

A numeração de 2 até 28 equivale a quatro semanas de dose não supervisionada de: Clofazimina 50 mg **DIAS ALTERNADOS** e Dapsona 50 mg **DIARIAMENTE**

Tamanho real do blister : 106 mm x 140 mm



Para crianças com menos de 10 anos a dose deve ser ajustada. Por exemplo : Rifampicina 300 mg, Dapsona 25 mg e Clofazimina 100 mg para a dose mensal supervisionada, seguido por Dapsona 25 mg diariamente e Clofazimina 50 mg duas vezes por semana.

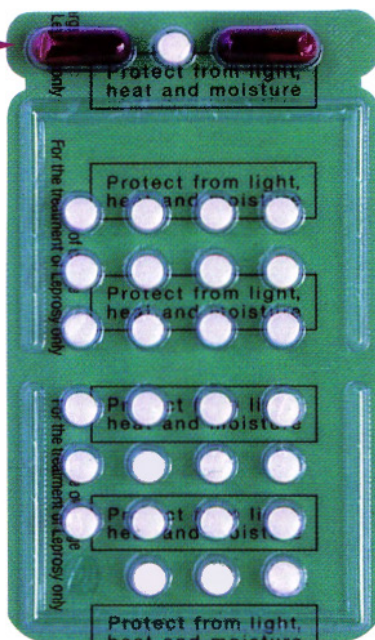
PQT paucibacilar (PB) – ADULTOS

Vista anterior do blister PB adulto

Tratamento mensal e supervisionado (1º dia) : Rifampicina 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) e Dapsona 100 mg (1 comprimido)

Tratamento diário e não supervisionado (2º ao 28º dia) : Dapsona 100 mg (1 comprimido) **TODOS OS DIAS**

Duração do tratamento : 6 blister durante 6–9 meses



Vista posterior do blister PB adulto

R = Rifampicina 300 mg cada dose mensal = 600 mg

D = Dapsona 100 mg dose mensal = 100 mg

A enumeração de 2 até 28 equivale a quatro semanas de dose não supervisionada de : Dapsona 100 mg **DIARIAMENTE**

Tamanho atual do blister : 72 mm x 122 mm



PQT paucibacilar (PB) – CRIANÇAS (10–14 anos)

Vista anterior do blister PB criança

Tratamento mensal e supervisionado (1º dia) : Rifampicina 450 mg (1 cps de 300 e 1 cps de 150 mg); Dapsona 50 mg (1 comprimido)

Tratamento diário e não supervisionado (2º ao 28º dia) : Dapsona 50 mg (1 comprimido) **TODOS OS DIAS**

Duração do tratamento :
6 blister durante 6–9 meses



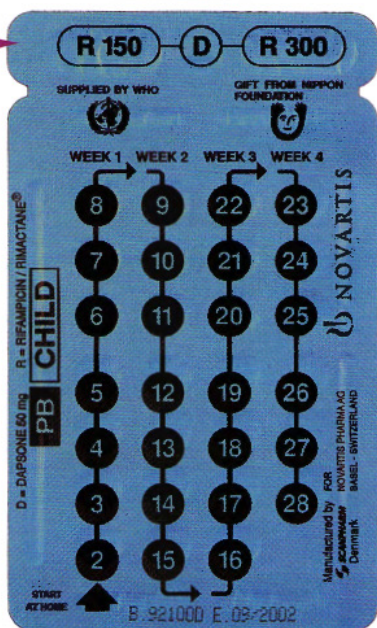
Vista posterior do blister PB criança

R = Rifampicina 450 mg (1 cps de 300 e 1 cps de 150 mg), dose mensal = 450 mg

D = Dapsona 50 mg, dose mensal = 50 mg

A numeração de 2 até 28 equivale a quatro semanas de dose não supervisionada de : Dapsona 50 mg **DIARIAMENTE**

Tamanho atual do blister : 72 mm x 122 mm



Para crianças com menos de 10 anos a dose deve ser ajustada. Por exemplo : rifampicina 300mg uma vez ao mês e Dapsona 25mg diariamente.



**Antes
da PQT**



**Após a
PQT**

Esta paciente apresentou uma forma nodular e infiltrada de hanseníase. Ela foi tratada durante 12 meses do regime MB (veja pág. 4) e ela respondeu muito bem ao tratamento.

**Antes
da PQT**



**Após a
PQT**

Este menino apresentou uma forma com grandes placas infiltradas e com nervos acometidos. Foi tratado durante 12 meses no regime MB na dosagem das crianças (veja pág. 5) e ele também respondeu muito bem ao tratamento.

HANSENÍASE

Usando a classificação da página 2, as fotos seguintes mostram pacientes com :

1. Hanseníase paucibacilar (PB), os quais têm 1 até 5 manchas de hanseníase, e

2. Hanseníase multibacilar (MB), os quais têm 6 ou mais manchas.

Com exceção das fotos na página 34, este Novo Atlas não oferece informações sobre os aspectos neurológicos da hanseníase. Há numerosas publicações sobre este aspecto importante da doença, muitas delas são mencionadas nas Referências Bibliográficas e Recomendações para leitura nas páginas 74–76.

- As fotos seguintes servem como ajuda na suspeita e no diagnóstico da hanseníase.
- Em quase todos os casos, a hanseníase pode ser diagnosticada apenas pelos sinais clínicos.
- Caso haja dúvidas sobre o diagnóstico, encaminhar o paciente para o Centro de Referência mais próximo.

1. Casos de Hanseníase Paucibacilar (PB)



1. Este estudante tem uma mancha mais clara do que a pele normal na face. Esta única mancha é relativamente bem delimitada. O cuidadoso teste de sensibilidade revelou que o menino não sentia tato leve (algodão) nem tato doloroso (alfinete). Hanseníase paucibacilar (PB).



2. Esta menina tem uma grande área hipocrômica na face ao lado do nariz. O teste de sensibilidade revelou que a menina não sentia tato leve (algodão) nem sensibilidade dolorosa (alfinete) na mancha. Hanseníase paucibacilar (PB).



3. Há uma mancha extensa e com bordas mal delimitadas no terço distal do antebraço. A mancha cresceu durante dois meses de observação e mostrou uma diminuição da sensibilidade ao teste. Hanseníase paucibacilar (PB).



4. Estas manchas mal delimitadas e com pigmentação reduzida (comparado à pele ao redor), situam-se no ombro esquerdo. Elas cresceram durante o tempo de observação e apresentaram diminuição da sensibilidade (algodão e alfinete). Hanseníase paucibacilar (PB).



5. Esta mancha anelar foi a única manifestação de hanseníase. A superfície, particularmente na margem estava elevada, levemente áspera e seca. Faltou a sudação na mancha, mesmo após provocação. A falta de sensibilidade ao toque leve e à dor foi evidente. Hanseníase paucibacilar (PB).



6. Esta lesão relativamente extensa no dorso do antebraço apresenta bordas mal delimitadas. Na palpação (toque com os dedos) foi verificado que a mancha estava infiltrada. Foi fácil de demonstrar a falta de sensibilidade. O nervo ulnar deste lado não estava engrossado comparado com o outro lado. Hanseníase paucibacilar (PB).



7. Esta senhora apresentou como única mancha uma lesão elevada e bem delimitada no lado direito da face. A sensibilidade estava ausente. Hanseníase paucibacilar (PB). Em lesões recentes e planas (maculares) na face pode ser difícil de demonstrar a falta ou a redução de sensibilidade.



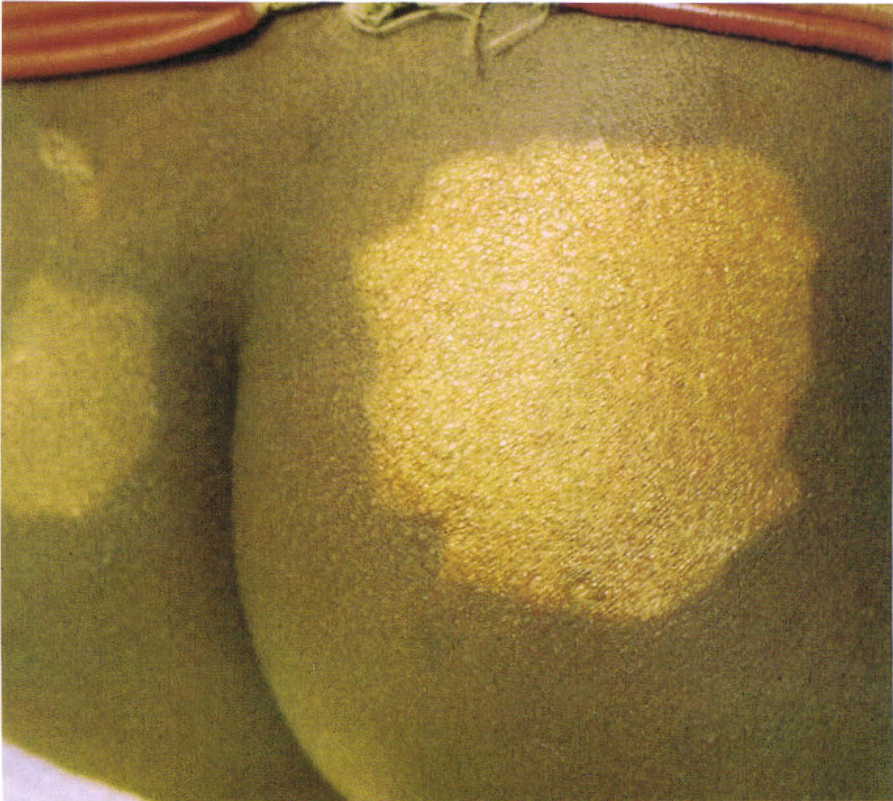
8. Esta foto mostra uma lesão avermelhada com bordas elevadas na região do tornozelo. Lá a sensibilidade faltou completamente. Hanseníase paucibacilar (PB).



9. Este menino apresenta uma mancha com coloração reduzida no ombro esquerdo. Do outro lado à margem formou-se uma pequena mancha nova, uma "filha" ou um "satélite". Clara falta de sensibilidade (algodão e alfinete). Hanseníase paucibacilar (PB).



10. Uma grande, bem delimitada mancha em uma nádega. A margem estava elevada e endurecida na palpação. Clara perda de sensibilidade, principalmente perto das bordas. Hanseníase paucibacilar (PB).



11. Uma lesão bem evidente e delimitada na nádega direita, acompanhada de duas menos evidentes no lado esquerdo. A principal lesão mostrou marcante perda de sensibilidade. Hanseníase paucibacilar (PB).



12. Duas lesões bem delimitadas com redução da pigmentação (hipocrômicas) e com clara falta de sensibilidade. Hanseníase paucibacilar (PB).



13. A aparência da mancha no braço esquerdo sugere seguramente ser uma lesão de hanseníase. Esta única mancha desta garota mostrou evidente perda de sensibilidade. O nervo ulnar deste braço não estava espessado ou dolorido. Hanseníase paucibacilar (PB).

O sorriso da menina dá impressão que ela não está muito preocupada com o diagnóstico de hanseníase. Talvez o Agente de Saúde tenha explicado à menina, que ela ficará curada após seis meses de Poliquimioterapia (PQT) (veja pág. 6 e 7). Uma boa comunicação entre Agente de Saúde e paciente é fundamental nos cuidados para esta doença.

2. Casos de Hanseníase Multibacilar (MB)

14. O pequeno garoto apresentava numerosas manchas pálidas nas nádegas e no tronco; haviam ainda mais na parte anterior do corpo e nas pernas. Perceba que as manchas e lesões da hanseníase têm uma diminuição da pigmentação, porém a pigmentação nunca falta completamente. A perda da pigmentação (despigmentação) aparece no vitiligo (veja pág. 57) e em outras enfermidades. O número das manchas foi claramente mais alto do que cinco, e alguns nervos periféricos estavam afetados. Hanseníase multibacilar (MB).





15. Uma lesão grande com diminuição da coloração da pele (hipopigmentação) situa-se entre as nádegas e na região sacral e também algumas das lesões ("filhas" ou "satélites") situam-se fora das margens desta lesão e mais outras no lado direito. Mais três lesões em outros lugares foram registradas e o envolvimento de dois nervos periféricos. As lesões tinham perda de sensibilidade. Hanseníase multibacilar (MB).



16. Numerosas lesões cor de cobre nas nádegas e na parte inferior das costas. No teste de sensibilidade cuidadosamente feito com algodão, foi possível mostrar a falta de sensibilidade. A baciloscopia estava positiva. Hanseníase multibacilar (MB).



17. Este paciente apresenta muitas lesões esburacadas (*foveolares; punched out*) nas nádegas e nas pernas e outras lesões similares no tronco e nos braços. A baciloscopia estava positiva. A maioria das lesões demonstrou falta de sensibilidade, e três nervos periféricos estavam espessados. Hanseníase multibacilar (MB).



18. Eis aqui uma lesão de um outro paciente, similar à figura 17. A área central ("imune", em vias de cura) tem sensibilidade reduzida, e a baciloscopia da margem elevada e avermelhada estava positiva. Hanseníase multibacilar (MB).



19. Outro paciente com lesões de pele similares às figuras 17 e 18. Os anéis irregulares ou ovais junto com os centros deprimidos são característicos para um tipo de hanseníase e são raramente vistos em outras doenças de pele. O diagnóstico foi confirmado pela falta de sensibilidade nos anéis elevados e em alguns dos centros circundados com pele aparecendo normal. Hanseníase multibacilar (MB).



20. Este paciente tem numerosas placas avermelhadas e elevadas no tronco e nos braços. Havia também muitas na face. Alguns nervos periféricos estavam espessados, e a baciloscopia estava positiva. Algumas placas mostraram uma ligeira perda de sensibilidade. Hanseníase multibacilar (MB).



21. Este dorso é do mesmo paciente da figura 20. Nesta forma de hanseníase MB, as lesões são tipicamente elevadas com as bordas declinando-se no nível da pele normal, similar a um pires invertido. Isto é diferente das características vistas nas manchas de pele da forma paucibacilar (PB) das figuras 1–13. Hanseníase multibacilar (MB).



22. Toda parte das costas e a maior parte dos braços mostram lesões planas (maculares) e simetricamente distribuídas. A baciloscopia estava altamente positiva. Não foi possível demonstrar perda de sensibilidade nestas manchas, mas três nervos periféricos estavam engrossados. Hanseníase multibacilar (MB).



23. Este garoto tem hanseníase multibacilar (MB) com manchas na face e no pescoço e com muitas protuberâncias (nódulos) redondas ou ovais na orelha direita. A outra orelha estava afetada desta maneira também. Sempre examine as orelhas neste tipo de hanseníase. Às vezes, a orelha é o principal e até o único lugar desta formação inchada ou nodular. Hanseníase multibacilar (MB).

HANSENÍASE NEURAL



À esquerda, há nervos engrossados no pescoço. É um sinal clínico comum na hanseníase. Nervos visivelmente engrossados, como na figura, são suficientes para o diagnóstico de hanseníase, pois este tipo de espessamento de nervos não ocorre em outras doenças.

A figura abaixo lembra-nos que em alguns países, particularmente na Índia, os pacientes apresentam nervos engrossados sem ter manchas típicas na pele : Hanseníase Neural Pura.



O nervo marcado (setas) é o Nervo fibular no dorso do pé e da perna inferior. Porém, na Hanseníase Neural Pura, os nervos afetados são principalmente o N.ulnar, o N.poplíteo externo, o N.mediano, o N.tibial posterior e o N.facial. Esta forma de hanseníase não deve ser diagnosticada e tratada sem encaminhar o paciente para um médico experiente ou para um Centro de Referência.

REAÇÕES

- Além do trabalho de “rotina” com formas comuns de hanseníase (veja pág.11–33), os Agentes de Saúde e Voluntários devem ser capazes de reconhecer pacientes de hanseníase em reação e encaminhá-los.
 - Reações na hanseníase acontecem quando – por razões que não são bem conhecidas – o sistema imunológico reage contra os bacilos.
 - Em vez de ser benéfica e protetora, a reação freqüentemente lesa a pele, os nervos e outros órgãos.
 - As lesões de pele ficam inchadas, quentes, avermelhadas e dolorosas. Ulcerações podem ocorrer.
 - Mais importante ainda, também os nervos podem inflamar e inchar e isto pode resultar na lesão das fibras nervosas as quais transmitem as mensagens de sensação e de força muscular.
 - Às vezes, esta lesão pode ocorrer subitamente, seja antes do diagnóstico, durante o tratamento ou depois do fim do tratamento.
 - Incluímos as fotos seguintes para ajudar os Agentes de Saúde e Voluntários em **reconhecer as reações** e encaminhar este paciente para um médico experiente ou para um Centro de Referência.
 - Nas páginas seguintes, as reações são classificadas em dois tipos:
 - Tipo 1 (Reação reversa, *upgrading*) e
 - Tipo 2 (Reação lepromatosa, “Erythema nodosum leprosum”, ENL).
-

Reações tipo 1 (Reação reversa, *upgrading*)



1. A foto mostra uma extensa mancha de hanseníase paucibacilar (PB) na face e na orelha com engrossamento do Nervo grande auricular no pescoço (seta). A reação desenvolveu-se subitamente após o início da poliquimioterapia (PQT). A lesão ficou inchada, dolorosa e sensível. Esta foto nos faz lembrar do fato que há freqüentemente **envolvimento de nervos** na Reação tipo 1. O Nervo grande auricular tem pouca importância clínica, mas se um nervo periférico for afetado — nos braços, nas pernas ou nos olhos — isto pode resultar na perda de sensibilidade e/ou perda de força muscular, às vezes rapidamente. Consulte seu supervisor ou o Guia / Manual de Tratamento do seu país no uso de analgésicos, imobilização e esteróides (prednisolona), correspondendo à severidade da reação. Reação tipo 1.



2. Esta extensa mancha de hanseníase paucibacilar (PB) estava no início plana, mas ficou inflamada com inchaço e vermelhidão, especialmente nas margens. É uma Reação tipo 1. Aparentemente, as manifestações na pele podem ser impressionantes e assim levam ao tratamento. Porém, ainda mais importante é que **danos nos nervos** das mãos, dos pés ou dos olhos podem surgir. Se for possível, os pacientes em reação são melhor tratados em um Centro de Referência, assim usufruindo de um tratamento intensivo. É bom consultar o Guia / Manual de Tratamento em termos de terapia imediata em caso de uma reação. Reação tipo 1.



3. Manchas avermelhadas, inchadas e dolorosas, sobretudo nas mãos e dedos, ocorreram durante o tratamento de hanseníase multibacilar (veja pág. 4). Uma reação desta, tão extensa e severa deve ser tratada em um Centro de Referência, se existire. Consulte o Guia / Manual de Tratamento em termos de terapia necessária. Reação tipo 1.



4. Lesões elevadas e avermelhadas acima e abaixo do umbigo de um paciente de hanseníase multibacilar (MB). Havia lesões mais numerosas em reação no tronco, nos braços e pernas. Em reações deste tipo que podem ocorrer subitamente, como foi descrito acima, é o envolvimento do nervo periférico que nos preocupa. Reação tipo 1.

Reações tipo 2 (Reação lepromatosa, "Erythema nodosum leprosum", ENL)



1. Numerosas protuberâncias (nódulos) dentro e embaixo da pele avermelhada, formando pústulas e ulcerações em vários lugares. O Eritema nodoso leproso (ENL) é uma complicação não rara na hanseníase multibacilar em casos de hanseníase lepromatosa (baciloscopia altamente positiva). Tipicamente, o ENL demora duas semanas e é acompanhado de febre, mal-estar, dores nos nervos, envolvimento de articulações e complicações nos olhos. Casos moderados podem ser tratados no campo (consulte o seu Guia / Manual de Tratamento); casos graves, recidivantes ou persistentes devem ser tratados em um Centro de Referência ou numa outra unidade especializada. Reação tipo 2.

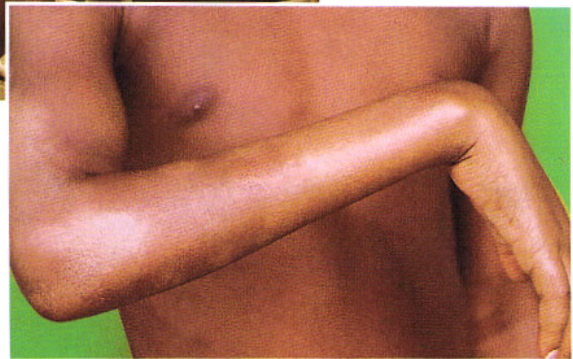


2. Os nódulos de tonalidade rósea do ENL acham-se freqüentemente na face e nas extremidades. Porém, podem ser generalizados, como neste paciente o qual teve lesões em toda área do tronco. Às vezes, estes nódulos podem tornar-se vesículas, pústulas, bolhas ou úlceras com bastante destruição do tecido. Casos moderados podem ser tratados no campo, porém aqueles com sintomas severos ou envolvimento dos nervos periféricos, dos olhos ou dos testículos, devem ser tratados em um Centro de Referência ou numa unidade especializada. Reação tipo 2.

INACAPACIDADES IMPEDIMENTOS – DEFORMIDADES

DIAGNÓSTICO TARDIO E TRATAMENTO INADEQUADO LEVAM A INCAPACIDADES E DEFORMIDADES

- Se a hanseníase é suspeitada e diagnosticada precocemente, a poliquimioterapia (PQT, veja pág. 3–7) cura a doença e previne incapacidades e deformidades.
- Se for diagnosticada tardiamente, ou se não for tratada adequadamente, vários nervos serão lesados levando à perda de sensibilidade e força muscular.
- As fotos seguintes ilustram os resultados finais de um diagnóstico e tratamento tardio. As fotos são incluídas neste Novo Atlas de Hanseníase para enfatizar a importância crucial da detecção precoce dos doentes e da PQT para prevenir incapacidades e deformidades na hanseníase.
- Deformidades são o resultado final da hanseníase com tratamento tardio ou inadequado. Se a lesão nos nervos demora demais, estes, infelizmente, não recuperam mais as suas funções através da poliquimioterapia. No entanto, reconhecer estas condições é essencial e deve levar à busca de casos tanto na família como na vizinhança do paciente.



1. **Mãos** — **A foto acima**, tirada numa aldeia, mostra:

(a) mãos em garra, mais acentuada no lado esquerdo, como conseqüência dos danos nos nervos, fraqueza muscular e contraturas, e

(b) queimaduras e cicatrizes nos dois lados por falta de sensibilidade. A paciente foi diagnosticada tarde. No momento do diagnóstico, ela já tinha envolvimento dos Nervos ulnares e N.medianos das mãos. A quimioterapia (PQT) parou a infecção, mas mudou pouco ou nada as deformidades já existentes.

A foto abaixo mostra uma “mão caída” completa por causa do dano no Nervo radial no antebraço deste menino com hanseníase multibacilar.

2. Pés. A foto mostra "pé caído" completo esquerdo devido ao envolvimento do Nervo poplíteo externo durante uma reação longa. No diagnóstico, o paciente apresentou-se em reação com fraqueza muscular e perda de sensibilidade.



A foto mostra a planta do pé de um paciente com uma ulceração na base do hálux (dedão), um dos principais pontos de pressão ao andar. Também há deformidades dos dedos (dedos em garra). O paciente chegou tarde ao diagnóstico e já apresentava danos dos nervos, responsáveis pela sensibilidade e força muscular do pé. **DIAGNÓSTICO PRECOCE** e poliquimioterapia poderiam ter evitado esta situação.



3. Face e Olhos. Foto acima: Hanseníase multibacilar (MB) com pele inchada e brilhante na face. Ambas as orelhas mostram infiltração e formações nodulares. As sobrancelhas desapareceram ("madarose"; comum em casos de hanseníase MB antigos, mas raro em outras doenças). **Foto abaixo a esquerda:** Hanseníase MB nodular e ativa com colapso da cartilagem do nariz (seta). **Foto abaixo a direita:** Paciente idoso com longa história de hanseníase e grande risco de ficar cego. É incapaz de fechar os olhos para protegê-los por causa da lesão do Nervo facial de ambos os lados ("lagofalmo"). Isto é a complicação do olho mais comum na hanseníase. A exposição da córnea (parte da frente do olho) pode levar à infecção e à ulceração.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(DOENÇAS DE PELE QUE se assemelham a HANSENÍASE)

Algumas das fotos, particularmente aquelas com doenças de pele “comuns” ou freqüentes, podem ajudar no trabalho do Agente de Saúde.

Outras doenças menos comuns foram incluídas, pois a distribuição ampla deste **Novo Atlas de Hanseníase** vai atingir profissionais experientes de serviços de saúde governamentais e não-governamentais, médicos qualificados no nível distrital ou nos Centros de Referência e até dermatologistas.

Não se lembrar da hanseníase, levando ao sub-diagnóstico, é um assunto sério. Diagnosticar a hanseníase em demasia e erradamente, o que pode acontecer em quantidades significantes nos programas, os quais procuram intensamente casos novos de hanseníase num tempo limitado, é também um problema sério. Especialmente nestas condições, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aconselhou:

“... deveria ser dado mais ênfase na exatidão do diagnóstico, uma vez que é importante que todo caso novo deva ser investigado quanto a correção o diagnóstico desta doença e se foi feito a busca para casos índices” (na família e na vizinhança)

As fotos foram divididas em dois grupos :

(a) Diagnósticos diferenciais “comuns” aparecendo na maioria dos países (fig. 1–15).

(b) Diagnósticos diferenciais menos freqüentes incluindo alguns raramente vistos em poucos dos países. Isto sobretudo para lembrar da grande variedade das aparências de doenças dermatológicas, a qual pode causar confusão e levar a diagnósticos errados (fig. 16–25).

Diagnósticos diferenciais “comuns”



1. **Sinal de Nascimento.** Normalmente uma única ou poucas manchas desde o nascimento e sem alteração durante longos períodos. As bordas geralmente são bem delimitadas e denticuladas, como na foto. As manchas são hipopigmentadas e a sensibilidade é normal, também não há diminuição de sudorese na mancha como na hanseníase. Às vezes é chamado de “Nervo anêmico”.



2. Sinal de Nascimento. Região do ombro esquerdo. Presente desde do nascimento; a sensibilidade e a sudorese nas manchas são normais. Pergunte ao paciente sobre a história da mancha (desde o nascimento), pergunte também aos familiares; faça o teste de sensibilidade.



3. Hipopigmentação pós-inflamatória. Redução do pigmento na pele no lugar de uma inflamação anterior. Não é raro na pele escura e pode imitar a hanseníase em um estado precoce. Pergunte ao paciente sobre a história da mancha (inflamação, ferida...); faça o teste de sensibilidade.



4. Cicatrizes (Quelóides). Quelóides são frequentes nas áreas endêmicas de hanseníase, a pele escura tem mais predisposição para elas. As cicatrizes podem ser causadas por cortes, queimaduras ou traumas simples. As da foto foram consequência de um tratamento de medicina tradicional. Algumas das cicatrizes podem apresentar perda de sensibilidade e fazer lembrar manchas da hanseníase PB.



5. Dermatite de contato. O contato da pele com numerosas substâncias incluindo tinturas, sabonetes, detergentes, cosméticos, plantas, borrachas e outras. Diferente da hanseníase, a dermatite de contato apresenta muita irritação, principalmente no início, e pode levar a coceira e superinfecção. A sensibilidade e a sudorese nas manchas e todos nervos periféricos são normais.



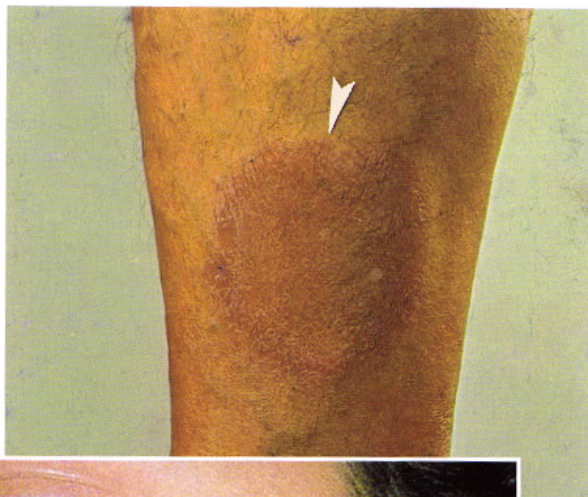
6. Eczema seborréico. As lesões são espalhadas, escamam-se e causam comichão. O couro cabeludo pode ser envolvido e também a pele atrás das orelhas. A sensibilidade e a sudorese nas manchas são normais, a doença responde bem ao tratamento tópico.



7. Dermatite liquenóide. Às vezes as lesões desta dermatose são arredondadas como moedas (“numular”), coçam muito, escamam-se e apresentam um pigmentação reduzida. Podem imitar manchas da hanseníase paucibacilar, as quais, porém, não escamam e não coçam. A sensibilidade e a sudorese nas manchas são normais, e não há outros sinais de hanseníase.



8. **Tinea versicolor** (micose superficial). Uma doença muito comum nos trópicos. São pequenas e bem definidas manchas, as quais escamam-se. Frequentemente estão espalhadas no tronco, pescoço e na face. Não é raro a coexistência em pacientes com hanseníase. A sensibilidade e a sudorese nas manchas são normais; os elementos fúngicos ("hifas") são vistos facilmente no microscópio.



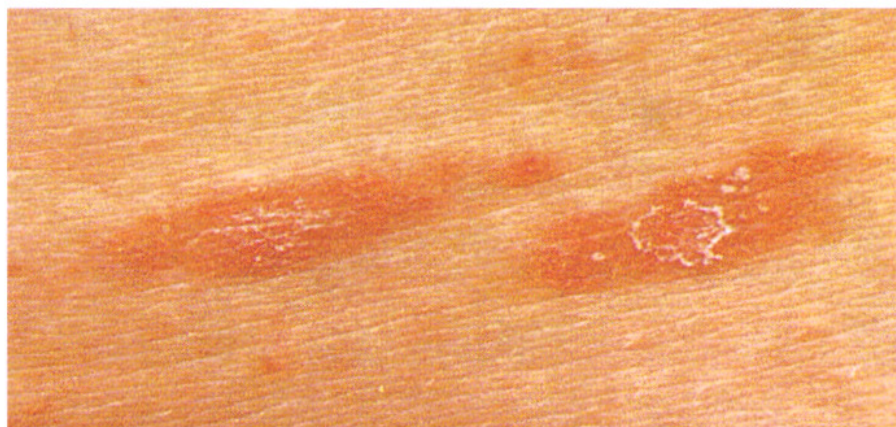
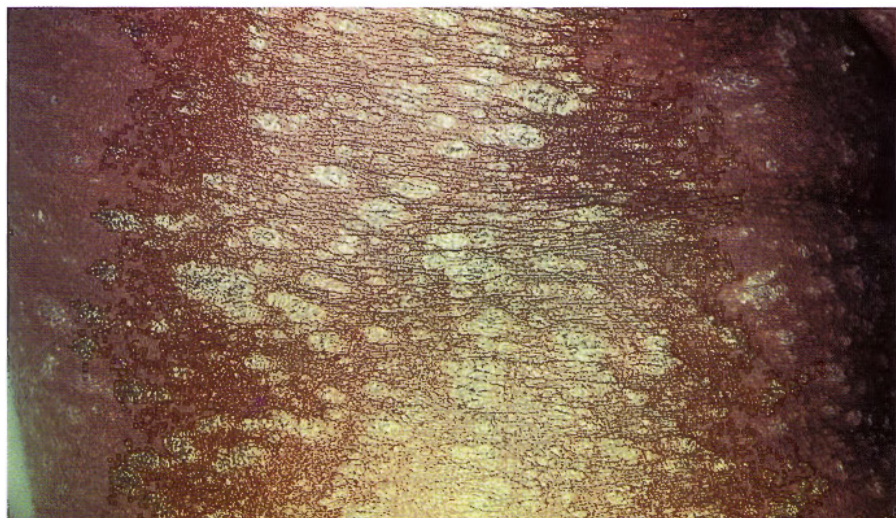
9. **Tinea circinata** (micose). Lesões típicas na perna e na face : são redondas com margens elevadas e com escamação; coçam muito. Podem ser confundidas com hanseníase paucibacilar, a qual, porém, não coça e nem escama. Na tínea, a sensibilidade é normal. A tínea reage bem ao tratamento anti-micótico.



10. **Tinea corporis** (micose). Esta lesão elevada e escamosa é uma infecção de pele causada por fungos e deve responder bem ao tratamento anti-micótico. A sensibilidade e a sudorese nas manchas são normais.



11. **Vitiligo.** Estas manchas brancas são causadas por uma despigmentação (perda completa de pigmento na mancha) ao contrário da hanseníase, na qual as manchas são hipo-pigmentadas, quer dizer, o pigmento está reduzido, mas ainda presente. Sobretudo, no início desta doença, ela pode ser confundida com a hanseníase. A sensibilidade e a sudorese nas manchas são normais, como também a superfície da pele.



12. Pityriase rósea (Gibert). Esta enfermidade acontece em adolescentes e adultos jovens. As lesões são avermelhadas na pele clara ou esbranquiçadas com escamas na pele escura. Geralmente as escamas formam um pequeno colar convergindo para o centro. A doença frequentemente começa com uma lesão primária e maior ("medalhão", precursor), e mais tarde as lesões ovais aparecem quase paralelamente arranjadas. Sensibilidade, sudorese e nervos são normais.



13. Psoríase. As lesões tipicamente são múltiplas e simétricas e podem provocar coceiras. Uma vez tratadas, as lesões podem ficar semelhantes à hanseníase paucibacilar. Por outro lado, lesões de hanseníase PB em reação (veja pág. 36 e 37) podem se assemelhar à psoríase. Sensibilidade, sudorese e nervos são normais.



14. **Granuloma anular.** Como se vê nas fotos, as lesões assemelham-se bem à algumas formas de hanseníase PB. Principalmente crianças e adultos jovens são acometidos. A **figura acima** mostra a forma localizada, a qual é mais comum. A **figura abaixo** mostra uma forma muito mais rara : a forma disseminada. Pápulas ou nódulos aparecem e formam uma estrutura anular. O Granuloma anular não causa ozeira ou outros sintomas. A sensibilidade é normal, também os nervos não estão espessados.



15. Líquen plano. Doença não rara, mais freqüente na pele escura do que na pele clara. Pode afetar qualquer parte do corpo, mas é mais comum nos punhos, nos tornozelos e na região lombar. As lesões são de cor violeta escuro, coçam fortemente, e podem curar deixando uma mancha hiper-pigmentada (com mais pigmento do que é normal, quase preto). Sensibilidade, sudorese e nervos são normais.

Diagnóstico Diferencial – menos freqüente

Um “check-list” para supervisores, chefes de programa e Centros de Referências

As figuras anteriores (1–15) mostraram doenças comuns de pele.

As figuras a seguir (16–25) apresentam doenças menos freqüentes, algumas delas são raras, até desconhecidas na sua área. Elas foram incluídas para lembrar o grande espectro de doenças não-hansenianas as quais podem se assemelhar a hanseníase.

- Todas as doenças nas fotos podem levar a um diagnóstico falso de caso de hanseníase.
 - Esperamos que pelo menos algumas destas fotos sejam úteis para evitar erros, os quais podem ter conseqüências graves para o próprio paciente e sua família. Para quem diagnostica a hanseníase, é necessário reconhecer estas doenças, as quais podem ser confundidas com a própria hanseníase.
 - As figuras das doenças menos freqüentes foram – como as Referências Bibliográficas e as Recomendações para leitura – incluídas neste **Novo Atlas de Hanseníase** principalmente para supervisores, facilitadores na saúde, Hospitais Rurais e Distritais e para Centros de Referência afim de facilitar e enriquecer o trabalho deles.
-



16. Neurofibromatose (Doença de Recklinghausen). Múltiplos nódulos moles de cor de pele normal; podem ficar grandes e pendulares. Às vezes, há manchas pequenas ou maiores e de cor típica "café com leite". A sensibilidade é normal, também os nervos não são espessados, a baciloscopia é negativa. Raramente é necessário fazer uma biópsia para diagnosticar esta doença.



17. **Sarcoidose.** A aparência das lesões de pele na sarcoidose é extremamente variável e pode facilmente imitar a hanseníase. Esta senhora tem uma única mancha cobrindo toda bochecha esquerda e uma parte do nariz, a mancha é ligeiramente hipo-pigmentada com bordas elevadas e mostra pequenos nódulos no nariz. Diferente da hanseníase, a sensibilidade é normal, e nenhum nervo local ou periférico estava engrossado.



18. Lupo vulgar (Tuberculose da pele). As manifestações da tuberculose na pele são várias e podem causar problemas na diferenciação da hanseníase, pois imitam algumas formas de hanseníase paucibacilar. As lesões são avermelhadas, infiltradas, bem delimitadas e sem sintomas (coceira...), porém, há uma tendência para criar ulcerações e cicatrizes. Os nervos não são envolvidos, e a sensibilidade nas lesões é normal, além das cicatrizes. A menina tem uma lesão de lupo vulgar bem desenvolvida no braço, porém as localizações mais frequentes são na face, no pescoço e nas nádegas.



19. Lupo eritematoso discóide. As figuras são de dois pacientes diferentes. Aquela acima mostra a distribuição simétrica na face, em forma de "asas de borboleta" e com tendência de despigmentação (perda de pigmento). A despigmentação é mais visível ainda na figura abaixo com lesões no decote e nos ombros. A sensibilidade é normal, também os nervos não são engrossados.



20. Xantomatose. É uma doença mais rara, mas os nódulos podem confundir. A Xantomatose geralmente é associada com altos níveis de colesterol no sangue e é mais freqüente em pessoas jovens. O cotovelo é uma região comum para estes nódulos.



21. **Leishmaniose cutânea.** O paciente do foto acima apresenta lesões de Leishmaniose disseminada as quais se assemelham à algumas formas de Hanseníase MB. A paciente na foto abaixo mostra lesões nodulares de “Leishmaniose cutânea pós-Kala-azar”, que também podem ser confundidas com a Hanseníase. A Leishmaniose tem uma distribuição geográfica específica. Assim ela é um bom exemplo para doenças que só existem em certas regiões e que podem causar problemas no diagnóstico diferencial da Hanseníase.



22. **Granuloma multiforme.** Esta moléstia pode muito bem se passar por hanseníase. É freqüente na Nigéria, mas foi encontrado também em outros países. A causa é desconhecida – provavelmente é uma variação do Granuloma anular (veja pág. 60). A fase inicial é caracterizada por coceira (não típico na hanseníase). As lesões desaparecem mais cedo ou mais tarde e não reagem a nenhuma forma de tratamento. Sensibilidade, sudorese e nervos são normais.



23. **Pelagra.** As lesões podem simular manchas PB em reação (veja pág. 35–41). São lesões simétricas, sem sintomas e freqüentemente associadas com má nutrição, alcoolismo e pobreza. Podem formar o “Colar de Casal”. Sensibilidade, sudorese e nervos são normais. A doença responde rápida e bem na terapia com niacina (complexo de Vitamina B).



24. **Linfoma.** Chama-se também *Micose fungóide*, *Granuloma fungóide* ou *Linfoma Cutâneo de células T*. Incluímos esta doença aqui porque os nódulos brilhantes na face podem ser confundidos com algumas formas de hanseníase. O linfoma ocorre na maioria em homens adultos e quase sempre leva à morte.



25. **Sarcoma de Kaposi.** Várias formas desta doença maligna surgem em países endêmicos de hanseníase, alguns são associados com HIV / SIDA. As lesões das fotos são de dois pacientes diferentes. Aquela do antebraço (fig. acima) é de um paciente que mais tarde morreu de SIDA. Os nódulos vasculares azulados são duros e sangram facilmente. Pés (fig. abaixo) e mãos são as localizações mais frequentes desta doença. Sensibilidade, sudorese e nervos são normais.

Agradecimentos

Nós somos muito gratos pela permissão de publicar fotos das seguintes celebridades e instituições:

1. The Leprosy Mission International, 80 Windmill Road, Brentford, Meddlesex, TW8 0QH, Inglaterra (Conteúdo, Prefácio – página ao lado, pág. 8, 9, 11, 12, 23, 24, 27, 38, 57).
2. Dr. Peter Stingl, Lechbrucker Str. 10, 86989 Steingaden, Alemanha e Cassella-Riedel Phama GmbH, Frankfurt am Main, Alemanha, editores de "Dermatosen im Bild", 1984 (pág. 18, 20, 21, 43 (abaixo), 47, 48, 50, 54, 56).
3. Prof. S.J. Yawalkar, anteriormente Ciba-Geigy Ltd., Basel, Suíça, e a Novartis Foundation for Sustainable Development, Basel, Suíça, (pág. 33, 34 (abaixo), 39, 45 (cima), 55 (abaixo), 58 (abaixo), 59 (esquerda), 60 (cima), 65, 66 (cima), 68, 70, 71, 72 (cima)).
4. Leprosy Elimination Group, Strategic Development and Monitoring for Eradication and Elimination, Organização Mundial de Saúde, CH-1211, Genebra 27, Suíça (pág. 3, 15).
5. Prof. W. Jacyk, Departament of Dermatology, University of Pretoria, POB 667, 0001 Pretoria, República de África do Sul e Deutsches Aussätzigenhilfswerk, Würzburg, Alemanha (pág. 16, 52, 53, 58 (cima), 60 (abaixo), 61, 63, 64, 66 (abaixo), 69, 72 (cima)).
6. Dr. A. Thomas, Chitagong Leprosy Control Project, The Leprosy Mission, Bangladesh, Índia (pág. 17, 30, 31, 37).
7. Dr. T.T. Fajardo, Leonard Wood Memorial – Eversly Childs Sanitarium Laboratory for Leprosy Research, Cebu, Filipinas (pág. 13, 28, 32, 40, 49, 51, 67).
8. International Center for Eye Care, Institute of Ophthalmology, 11–43 Bath Street, London, EC1V 9EL. Prof. I.S. Roy e Dr. S. Samanta, West Bengal, Índia (pág. 45 abaixo direita).
9. E. Nunzi e D.L. Leiker, A Manual of Leprosy, O.C.S.I., Bologna, Itália, 1990 (pág. 72 (abaixo)).
10. American Leprosy Mission, Inc., 1 ALM Way, Greenville, SC29601, Estados Unidos (pág. 36).
11. W.H. Jopling, anteriormente Hospital for Tropical Diseases, London, Inglaterra (pág. 22).

As imagens dos *blisters* (carteiras) nas páginas 4–7 foram fornecidas pela Novartis, Basel, Suíça. As fotos do reverso das carteiras foram produzidas por Chris Walter, Grosvenor Studios, Abingdon, Oxon, Inglaterra.

Todas as outras imagens são da coleção do primeiro autor (A. Colin McDougall).

Referências Bibliográficas e Recomendações para Leitura

Recomendações da Leprosy Elimination Group, Organização Mundial de Saúde, CH-1211 Genebra 27, Suíça

1. Chemotherapy of Leprosy for Control Programmes. Report of a WHO Study Group. TRS 675, 1982.
2. WHO Expert Committee on Leprosy, Seventh Report. TRS 874, 1998.
3. Chemotherapy of Leprosy, Report of a WHO Study Group. TRS 847, 1994.
4. Risk of Relapse in Leprosy. WHO/CTD/LEP/94.1.
5. Progress towards Leprosy Elimination. WHO Weekly Epidemiological Record, June 1997.
6. Global Strategy for the Elimination of Leprosy as a Public Health Problem. WHO/CTD/LEP/94.2.
7. A Guide to Leprosy Control. Second Edition. WHO, Geneva, 1988.
8. Managing Programmes for Leprosy Control. WHO Training Modules, 1993.
9. Prevention of Disabilities in Patients with Leprosy. A Practical Guide. WHO, Geneva, 1993.
10. Elimination of Leprosy, Questions and Answers. WHO/CTD/LEP/96.4.
11. MDT — Questions and Answers, WHO/CTD/LEP/97.8.
12. Guidelines for Personnel in Collection of Skin Smears in Leprosy Control Programmes for the Prevention and Control of Possible Infection with HIV. WHO/CDS/LEP/87.1 Rev 1.
13. On Being in Charge — A guide to management in primary health care. Second Edition, WHO, Geneva, 1992.
14. Leprosy Elimination Campaigns (LEC) and Special Action Projects for the Elimination of Leprosy (SAPEL). Questions and Answers. WHO/LEP/97.3.
15. Shortening Duration of Treatment of Multi-bacillary leprosy. WHO Weekly Epidemiological Record, May 1997.
16. The Final Push Towards Elimination of Leprosy. Strategic Plan 2000–2005. CDS/CPE/CEE/2000.1. WHO, 1211-Geneva 27, Switzerland.
17. A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem. Second Edition 1997. WHO/LEP/97.7
18. Guide for General Health Workers to Eliminate Leprosy as a Public Health Problem. First Edition 2000. CDS/CPE/CEE/2000.

Recomendações de TALMILEP (Teaching and Learning Materials for Leprosy), International Federation of Anti-Leprosy Associations [ILEP], 234 Blythe Road, London, W14 0HT, Inglaterra

telefone : +44 (0) 20 7602 6925 e-mail : ilep.org.uk
 telefax : +44 (0) 20 7321 1621 website : http://www.ilep.org.uk

1. Leprosy: A Bryceson and R E Pfaltzgraff (1989) — a readable reference book for medical students, general practitioners and physicians. Price £2.00
2. A Guide to Eliminating Leprosy as a Public Health Problem (1997), WHO — a pocket guide to diagnosis and management. FREE
3. Leprosy for Field Staff: Alison Summers (1993) — this excellent book is aimed at health workers in specialized leprosy programmes or general health workers who see leprosy on a regular basis. FREE
4. Atlas of Leprosy: Guinto *et al* (1997) Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japan. This book of colour photographs is most suitable for use in areas such as East Asia where leprosy is seen in lighter skins. FREE

5. *Leprosy in Africans*: Jacyk (1986)* — a booklet containing colour photographs with short notes in English and French. Arabic translation available on request. A popular and practical reference guide for health workers. FREE
6. *Care of the Eye in Hansen's Disease*: M Brand (1993)* — outlines the management of eye complications in leprosy for ophthalmologists and other health workers. FREE
7. *Insensitive feet*: P Brand (1994) — a good background to the problems of insensitive feet. FREE
8. *Prevention of disabilities in patients with leprosy: a practical guide*. H Srinivasan (WHO, 1993) — for those involved in patient assessment, treatment and teaching self-care to people with leprosy. Price (for use in developing countries) £9.50
9. *Essential action to minimize disability in leprosy patients*: J Watson (1994)* — an excellent book with clear text and illustrations written for general health workers caring for people with leprosy. FREE
10. *Leprosy Surgery for General Hospitals*: H Srinivasan, WHO. FREE for use in developing countries
11. *Guide to health education in leprosy*: P J Neville (1993) — contains messages for patient education. FREE
12. *Don't treat me like I have leprosy*: Frist — a book about the history of leprosy and the importance of social issues. FREE

* **também em Francês**

Estes livros e detalhes sobre outros materiais podem ser encomendados directamente de TALMilep. TALMilep está a reorganizar e atualizar os materiais. Por causa disso, alguns títulos podem ser substituídos por versões novas ou atualizadas.

TALMilep também distribui um catálogo de cursos para treinamento e um catálogo de vídeo o qual

contém sugestões de vídeos relacionados à hanseníase e oferece informações como encomenda-los.

Para quem quer produzir material educativo local na hanseníase, a TALMilep pode ajudar com informações sobre as produções feitas e pode oferecer conselhos técnicos e editoriais.

INFOLEP, uma organização irmã de TALMilep, e baseada na Netherlands Leprosy Relief Association [NLR], oferece informações sobre a literatura de hanseníase. Também existe um banco de dados sobre materiais disponíveis de hanseníase, incluindo materiais em outras línguas além do Inglês.

email : infolep@antenna.nl

website : <http://infolep.antenna.nl>

Recomendações em associação com a Leprosy Division of the Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, New Delhi:

1. *Facilitators Guide. Training Programme for Primary Health Care Staff, 1999* (paperback, 48 pages).
2. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of General Practitioners* (postcard size booklet, spiral binding, 36 pages).
3. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of Health Assistants and Other Supervisory Staff* (postcard size booklet, spiral binding, 36 pages).
4. *Learning Material on Leprosy for Capacity Building of Medical Offices Working, In Hospital/PHC/CHC and dispensaries* (postcard size booklet, spiral binding, 84 pages).
5. *Guidelines on Leprosy for Village Health Workers* (fold out photo card).
6. *Clinical pictures, blister calendar packs for MDT, short explanatory text.*

Recomendações de Teaching Aids at Low Costs [TALC], POB 49, St. Albans, Herfordshire, AL1 5TX, Inglaterra

telefone : +44 (0) 1727 853869 e-mail : talcuk@btinternet.com
 telefax : +44 (0) 1727 846852 website : http://www.talcuk.org

Livros:

1. Leprosy for Medical Practitioners and Paramedical Workers: S Yawalkar, 1994. Provides basic information on leprosy and its treatment together with details of prevention, control and rehabilitation. For medical students and doctors. FREE with paid orders
2. Leprosy for Field Staff: A Summers, 1993. Ideal for health workers responsible for the diagnosis treatment and education of leprosy patients. Clearly written with many excellent illustrations. Price £1.00
3. Disabled Village Children: D Werner, 1994. A guide for community health workers, rehabilitation workers and families written especially for those who live in rural areas where resources are limited. Also available in Spanish. Price £10.95
4. I Can Do It Too (Child-to-Child Reader No 10. Level 2), 1989. Three stories which help children recognize that all children, handicapped or otherwise, have strengths and weaknesses. It shows disabled children how they can learn to overcome physical disabilities with the help and support of other children. Price £2.00
5. Techniques for the Care of Leprosy Patients: J Harris, 1993. A 30-page workbook with checklists of 30 important tasks relating to patient care. FREE with paid orders

Slides / Transparências

1. Care of the Nerve Damaged Limb: (LPN)1986. Describes how leprosy can cause nerve damage to limbs, in order to teach patients how to care for their limbs and to preserve residual function. Also ideal for health workers who care for those with nerve damage from any cause. Price £5.00 mounted, £7.00 file/folder or bar

2. Community Based Rehabilitation: (CBR) 1989. A general introduction to the needs of disabled children and their families, and the role of the CBR worker. Aimed at health and community workers concerned with the care of disabled children in Africa. £5.00 mounted, £7.00 file/folder or bar
3. Leprosy in Childhood: (LP) 1998. A general introduction to leprosy, with particular reference to children. Describes treatment with multi-drug therapy Aimed at health workers in leprosy areas. Revised script. Price £5.00 mounted, £7.00 file/folder or bar

Recomendações de Wellcome Trust, Topics in International Health, London, Inglaterra CD-ROM cobrindo os aspectos principais da hanseníase, com 10 tutorias interativos e aproximadamente 1000 imagens. A CD inclui o diagnóstico, histopatologia e classificação, sinais clínicos e classificação, prevenção e controle, imunologia, epidemiologia, reabilitação física e social. Requisições para: CABI Publishing, CAB International, Wallingford, Oxon, OX10 8DE, Inglaterra

telefone : +44 (0) 1491 832111
 telefax : +44 (0) 1491 829292
 e-mail : publishing@cabi.org

Recomendações do International Resource Center International Centre for Eye Health, Institute of Ophthalmology, 11-43 Bath Street, London, EC1V 9EL, Inglaterra

telefone : +44 (0) 207 608 6923
 telefax : +44 (0) 207 250 3207
 email : eyesource@ucl.ac.uk

- Slides sobre o envolvimento do olho na hanseníase. 24 slides junto com texto para reconhecer e tratar doenças do olho na hanseníase.

A produção desde Atlas Novo de Hanseníase foi apoiada por uma doação da de "The Nippon Foundation"



日本財団

The Nippon Foundation

Publicado e financiado por "Sasakawa Memorial Health Foundation", Nippon Zaidan Bldg 5F, 1-2-2 Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107-0052, Japão

telefone : +81 (0)3 6229-5377 telefax : +81 (0)3 6229-5388
email : smhf@tnfb.jp

Originalmente produzida em língua Inglesa sob o título : "A New Atlas of Leprosy"

Copyright © 2000 Sasakawa Memorial Health Foundation, Japão

Primeira edição (Português) 2002

Primeira edição (Brasileiro) 2002

Reimpressão : 2003

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução sob todas as formas, mesmo parcial, sem autorização do editor.

Tradução: Jane e Wolfgang Hippke, hippke@gmx.de

British Library Cataloguing-in-Publication Data
Available on request from the publishers

Coleção de materiais, editorial e conteúdo técnico : A.Colin McDougall, Department of Dermatology, The Churchill Hospital, Oxford, OX3 7LJ, Inglaterra

Design, produção e Project Management : Spires Design Partnership, Elizabeth House, Queen Street, Abingdon, Oxon OX14 3LN, Inglaterra

telefone : (+44) 1865 821529 email : spiresdesign@btconnect.com

O NOVO ATLAS DE HANSENÍASE

Sasakawa Memorial Health Foundation, Tokyo, Japan

O original **ATLAS DE HANSENÍASE** foi publicado em 1981 e revisado em 1983. Por causa da resposta positiva e da procura constante, este livro foi reimprimido dez vezes entre 1984 e 1997 e foi distribuído para quase todos os países endêmicos na Hanseníase.

Em 1986, traduções em Chinês, Espanhol, Francês e Árabe foram publicadas, 1990 em Português e em Indonésio. Ao todo, a produção em Inglês chegou à 38.000 cópias, e mais 23.000 cópias em outras línguas.

A intenção original era oferecer uma coleção de fotos de alta qualidade para ajudar na detecção e no diagnóstico. Este **NOVO ATLAS DE HANSENÍASE** continua com este objetivo, porém foram alterados o conteúdo e o formato. O original Atlas de Hanseníase incluiu uma seção de histopatologia da Hanseníase — esta foi retirada. Quase todas as fotos, originalmente das Filipinas, foram substituídas com fotos da Índia e da Ásia Sudeste, pois cerca de 75% do pacientes de Hanseníase vivem nesta região.

Como a prevalência de Hanseníase diminuiu na maioria dos países do mundo, a possibilidade de se ver pacientes de Hanseníase e de se adquirir conhecimentos clínicos vai reduzir-se. A mudança de programas verticais e especializados para a integração no serviço geral de saúde causa a necessidade de fornecer informações escritas e ilustrativas apropriadas aos Agentes de Saúde para facilitar o trabalho deles no diagnóstico e tratamento de Hanseníase.

Esperamos que este **NOVO ATLAS DE HANSENÍASE** contribuirá não só ao “Strategic Plan, 2000–2005 for the Final Push towards the Elimination of Leprosy” (Plano Estratégico dos anos 2000 – 2005 para o empurrão final na eliminação da Hanseníase) publicado pela Organização Mundial de Saúde (CDS/CPE/CEE/2000.1), mas que contribuirá também aos nossos esforços continuados — para muitos anos após o ano 2005 — até chegarmos a

UM MUNDO SEM HANSENÍASE.