

Our laboratory is concerned with the routine production and characterization of freshly harvested viable *M. leprae* from the infected foot pads (FP) of athymic nu/nu mice. An ideal passage schedule for weekly harvests of *M. leprae* was defined for our own use and for shipment to qualified investigators. Our standard test for viability, in vitro radiorespirometry (RR) closely correlated with growth of *M. leprae* in the mouse FP. In addition we determined the highly detrimental effects on viability of freezing and incubation at 37°C. Storage at 4°C is ideal and the ideal temperature for experimentation is 26°C to 33°C. The minimum lethal dose of U.V. or gamma irradiation and the minor effects on viability of purification of *M. leprae* suspensions using NaOH treatment was shown. Finally, we have shown that *M. leprae* can be stained with highly aliphatic red or green fluorescent tracker dyes without affecting their viability in vitro or in vivo.

RR was a breakthrough in comparing the viability of one suspension of *M. leprae* from another. RR allows

more elaborate experimental design and is certainly superior to the tedious, expensive mouse FP assay. But RR data must accumulate, usually for 7 days, to assess viability. We are currently testing a novel, two-color fluorescence assay to determine if a reliable, quantitative, direct count viability assay is applicable to *M. leprae*. Using the *Molecular Probes BacLight Bacterial Viability Kit*[®], two nucleic acid stains are employed in combination, a green fluorescent stain and a red fluorescent propidium iodide (PI) stain. PI penetrates if the cell membrane is damaged and reduces the green fluorescent stain to reveal dead (red) bacteria. A variety of experimental conditions are being employed to quantitate this "viability stain," including: killing extra cellular *M. leprae* with heat, fixatives, freeze-thawing and incubation at non-permissive temperatures. Kinetic studies are being employed to measure the effects of microbicidal leprosy drugs such as rifampin, ofloxacin and minocycline. Finally, these drug studies are being explored on intracellular *M. leprae* in normal and interferon gamma-activated macrophages

OPERATIONAL ASPECTS OF ELIMINATION

POA 1

A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE SOBRAL

Andrade, Luiz Odorico Monteiro de Andrade; Barreto, Ivana Cristina de Holanda Cunha; Lira, Geison Vasconcelos; Bezerra, Francisca Marlene

Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral. Rua Viriato de Medeiros, n 1250 – Centro – Sobral – Ceará 62.000. Fone: 88 – 6771200/ Fax: 677-1209

Um dos problemas que impedem o controle da Hanseníase é a dificuldade de acesso das pessoas atingidas a serviços que efetivamente realizem o manejo de casos. Em Sobral, município de 153.000 habitantes da zona norte do Ceará, a partir de 1997, iniciou-se a implantação do Programa de Saúde da Família, tendo sido implantadas um total de 35 equipes em 25 Unidades. Até 1999, os portadores de hanseníase eram atendidos em uma única Unidade de Saúde, referência inclusive para vinte e cinco municípios da região norte do Estado. A partir de então iniciou-se um processo de descentralização do atendimento de casos que compreendeu a capacitação dos profissionais de saúde da família: agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros de família. Houve ainda uma intensa mobilização social que contou com o envolvimento de escolas, clubes de serviço, rádios, lideranças comunitárias e espirituais, como as rezadeiras e curandeiros. Esse processo levou a efetiva descentraliza-

ção de todas as ações de controle da doença para todos os Centros de Saúde da Família, com aumento do Coeficiente de detecção de casos novos de 7:10.000 habitantes em 1998 para 10,9: 10.000 em 2001. A taxa de abandono foi reduzida de 19,9% em 1998 para 2,6% em 2000.

POA 2

A IMPORTÂNCIA DA SUPERVISÃO TÉCNICA ESTADUAL NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE DOS MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE

Regina Célia Dias

Policlínica Municipal Santa Maria. Rua Stela, 289. Vila Santa Maria. 37950 – 000. São Sebastião do Paraíso – M.G. Brasil

Os pequenos municípios enfrentam dificuldades comuns na administração da saúde pública. As mudanças políticas locais e a constante inversão de prioridades a cada novo governo têm como consequência a desestruturação de alguns serviços e programas de saúde. Aliado a isto está a falta de profissionais qualificados, a baixa remuneração e profissionais sobrecarregados assumindo inúmeras funções.

Neste contexto, a manutenção dos serviços de hanseníase, assim como de outros programas de saúde, requer um esforço contínuo de todos os profissionais envolvidos.

O município de São Sebastião do Paraíso, situado no sudoeste do estado de Minas Gerais, com uma população aproximada de 58.835 habitantes, apresenta uma alta taxa de incidência de casos de hanseníase.

O setor de Ações de Controle e Eliminação da Hanseníase do município recebeu nos últimos anos a atenção da Coordenação Estadual que veio transformar a sua realidade, através de treinamentos, reciclagem e o constante apoio frente às dificuldades. O resultado foi o aumento do número de casos detectados, uma mudança na classificação dos casos quanto a sua forma clínica e a melhoria na qualidade do atendimento ao portador de hanseníase.

O presente estudo analisa os dados do setor de hanseníase do município de São Sebastião do Paraíso, no período de Janeiro de 1996 à Dezembro de 2001.

POA 3

A METHOD FOR 'FOCAL SURVEYS' IN HARD TO REACH LOW PREVALENCE AREAS

Himalaya Sigdel, Shailendra Gautam, Alison Anderson

AIDS & Leprosy Programme, INF-RELEASE, PO BOX 28, Pokhara, Nepal

The AIDS & Leprosy Programme of the International Nepal Fellowship works in partnership with the Government of Nepal (HMG/N) to support leprosy control activities in the Western Region. Significant progress has been made towards the goal of leprosy elimination. Regional reported prevalence is now 2.3/10,000, from 8/10,000 in 1991, but there is variation in prevalence at a district level. In co-operation with supporting partners, HMG/N have implemented two National Leprosy Elimination Campaigns (LEC) (1999,2001) in high prevalence districts, based on awareness raising and house to house surveys.

Among the 16 districts of the Western Region, just 3 districts qualified for LEC. Out of the remaining 13 districts, 2 are mountainous districts where the prevalence is either zero or less than 1/10,000 population and has been for the last 5 years. The remaining districts have recorded prevalence between 1 and 2/10,000, but a high proportion of people present with grade 2 disability at diagnosis. An elimination-campaign style was required not only to allow case finding and awareness raising, but also to give an estimate of actual prevalence. On the basis of the prevalence rates and population density, a full 100% house to house survey would not be possible or cost effective. A procedure has been developed for focal surveys based on stratified random sampling covering sufficient people to make an estimate of prevalence with an associated confidence interval. The basis for stratification is the 5-year data for case detection. A 6-day

house to house survey will be conducted in each selected location. Prior to the survey, there is a programme of awareness raising in the community and training of health workers and survey volunteers.

POA 4

A UNIQUE POLITICAL FORCE ON BEHALF OF THE PROTECTION AND ASSISTANCE TO LEPROSY AFFECTED PERSONS

Tadiana Maria Alves Moreira – Secretary of Health, Rio de Janeiro State

Vera Andrade – WHO

Gerson Fernando Mendes Pereira – Ministry of Health

Marcos Virmond - Institute Lauro de Souza Lima

Gil Suarez -PAHO

Artur Custódio de Souza – Movement of the Reintegration of Leprosy Affected Persons - MORHAN

Since 1998, with the support of WHO, the Task force HANSEN/CONASEMS has been contributing to overcome the limited access of populations to the diagnosis and treatment of leprosy. With the inclusion of the elimination issue in the agenda of the health managers it has been created adequate conditions to the increase in coverage for diagnosis and treatment of leprosy resulting, additionally, in improvement in the quality of life of the community. Associated to various partners, among them MORHAN, the task force has mobilized the community to increase their awareness of the cure of the disease without using selective policies to inform on the community rights, has also stimulated decentralization leading to prevention and assistance. This is an innovative and quality strategy that represents an effective contribution towards the elimination goal and citizenship, leading to a reduction of inequity among populations and to overcome the assistential model and the traditional communication techniques. In august 2001 all the municipal health secretaries in the country received information on the strategy for the elimination of leprosy. In October 2001, the MoH, recognizing the advances in the CONASEM's strategy, launch the National Mobilizing Plan of Action towards Elimination of Leprosy and Control of Tuberculosis incorporating the model of (i) expanding the involvement of different social and institutional partners, (ii) facilitating and creating an environment in which communities believe in the cure of leprosy, and (iii) been a constant issue in the agenda of the managers and in the reform of the health system in the country. The Mobilizing Plan of Action towards Elimination of Leprosy and Control of Tuberculosis may be taken as a landmark in both programs where the political force in behalf of protection and assistance of affected populations by these diseases is unique.

Financial support was provided by the Brazilian Ministry of Health, CONASEMS, WHO and Novartis Foundation for Sustainable Development.

POA 5

ACTIVE VS. PASIVE CASE DETECTION

Dr. Carlos Wiens

Hospital Mennonita Km 81, C.d.c. 166 Asunción Paraguay. E-mail: hmkm81@telesurf.com.py

In one selected province in Paraguay (Ñeembucú) there was performed a special activity to create awareness about early signs and symptoms in leprosy and TB in the health centers (for the staff) and educational centers (students and teachers). At the same time the interested population was examined for skin lesions and sputum. Through those activities the incidence of new leprosy cases in that year increased to a number that was 7 times more than in the year before.

POA 6

ADVOCACIA EM HANSENÍASE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Tadiana Maria Alves Moreira – Secretaria de Estado e Saúde do Rio de Janeiro

Vera Andrade – Organização Mundial da Saúde

Desde 1998 com apoio do Grupo Tarefa/HANSEN/CONASEMS a Assessoria Técnica de Dermatologia Sanitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro vem elaborando materiais técnicos, para o desenvolvimento de ações de advocacia em hanseníase nos municípios do estado. Esta estratégia pretende contribuir na descentralização, como uma atividade para alcançar a consolidação da reorganização da assistência, na divulgação das informações sobre a cura da hanseníase, sinais e sintomas e da própria política do Programa Nacional, à comunidade, aos profissionais de saúde e às autoridades sanitárias. O tema de advocacia surge como consequência da necessidade da criação de demanda. Foram elaborados e distribuídos aos municípios os seguintes materiais: cartilha “*Respostas para as principais dúvidas sobre a Hanseníase*”; Kit de transparências “*Hanseníase na Atenção básica*” para treinamento dos técnicos da área de saúde com destaque as equipes dos Programa Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a própria comunidade de cada município do estado. Destaca-se o fornecimento de 6.000 livretos “*O que mudou na Hanseníase com a NOAS*”, para os gestores municipais de saúde de todo o país, coordenadores de vigilância epidemiológica e do programa de hanseníase de todos os municípios do estado. Di-

ficilmente identifica-se hoje uma gestão municipal do estado do Rio de Janeiro que não possua informações sobre a estratégia de eliminação da hanseníase.

POA 7

ALTA COLETIVA PROMOVENDO A AUTO-ESTIMA E O AUTO-CUIDADO DE EX-PORTADORES E PORTADORES DE HANSENÍASE EM SOBRAL

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Francisca Marlene de Sousa Bezerra; Maria de Jesus Guilherme Cavalcante; Sandra Maria Carneiro Flor; Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Secretária de Desenvolvimento Social e de Saúde de Sobral e MORHAN.

Rua Viriato de Medeiros, 1250 – Centro – Sobral – CE – 62.000

APOIO: Fundação Novartis.

Em cumprimento da Portaria do Ministério da Saúde de nº 817/GM, datada de 26 de julho de 2000, que trata da redução do tempo de tratamento de hanseníase das forma multibacilares, (PQT/OMS) de 24 para 12 doses, surgiu a idéia da Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral de organizar um momento para avaliação coletiva dos portadores que no momento estivessem em tratamento e com n de doses de PQT suficientes para receberem alta por cura.

Os usuários selecionados para participarem da ALTA COLETIVA, foram identificados a partir do relatório de acompanhamento dos casos do SINAN.

Como proposta social, foi organizado o evento da alta coletiva, que objetivou promover uma integração entre os portadores a fim de proporcionar uma elevação da auto-estima e estimular o autocuidado. A parceria do Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), trouxe para o evento voluntários, dentre eles o cantor Ney Matogrosso e ex-portadores de hanseníase. Participaram voluntários dos núcleos do MORHAN de Fortaleza, Redenção, Juazeiro do Norte e Maracanaú, dos quais muitos eram ex-portadores de MH com graves incapacidades físicas e que nunca tinham participado de eventos sociais públicos nem ver pessoas atingidas pela hanseníase sem seqüelas.

Para consecução dos objetivos propostos, contou-se com dez equipes de Saúde da Família que realizaram avaliação dermatológica - neurológica, de incapacidades físicas e educação para o autocuidado. Os usuários que haviam completado a PQT, receberam um Certificado de Alta por Cura assinado pelo Secretário Municipal de Saúde, pelo cantor Ney Matogrosso e pelo profissional de saúde que o acompanhou durante o tratamento.

POA 8

AN ALTERNATIVE APPROACH OF NGOS

P.K. Mitra

IILEP CO-ORDINATOR, W. B.

The supportive role of NGOs acting as a catalytic agent to strengthen available government infrastructure can produce wider and sustainable effect. This role is more meaningful and effective rather than creating small islands of excellence here and there. IILEP agencies, in India, have been working for decades. Their expertise and experience was requested by Government of India to improve the leprosy activities of the country. District, which is the administrative unit, was provided District Technical Support Teams by IILEP agencies to work hand in hand with government. This supervisory and supportive role created appreciable results in the improvement of technical efficiency of government infrastructure. Improvement in technical knowledge improved motivation of the staff. It created impacts on planning implementation, monitoring and supervision and the results are shown in improved case detection, case holding, and awareness in the community. Here NGOs need not directly but assist government infrastructure to work better. This joint approach of governments and NGOs is showing a pathway of cooperation in other fields also.

POA 9

AN ATTEMPT OF INTEGRATION OF LEPROSY SERVICES IN PRIVATE MEDICAL PRACTITIONERS AT PANVEL – MAHARASHTRA

D.S. Kulkarni, U.H. Thakar, S.S. Naik, Pratibha Kathe,

Kushtarog Niwaran Samiti, Shantivan, Taluka Panvel, Acworth Leprosy Hospital for Research, Rehabilitation and Education in Leprosy, Wadala, Mumbai – 400 031 INDIA.

In view of inevitable integration of leprosy control in general health services, an attempt for involving private medical practitioners and dermatologists in the programme is important. Kushtarog Niwaran Samiti is NGO working for leprosy control in Taluka Panvel, Dist. Raigad, Maharashtra state. The questionnaire inquiry of 30 med. practitioners in this taluka revealed that 70% of them do not have adequate training for leprosy, still they are treating sizable number of leprosy patients who are unknown to the NGO. The dermatologists themselves treat more number of patients than the NGO. That necessitates rapport between leprosy control unit and them. The practicing dermatologists in this area are fully cooperating with NGO and the cases registered with them are reported. We jointly initiated the refresher training programme of leprosy to these other medical practitioners

and distribution of quarterly leprosy update bulletin. NGO has also started free drug from the clinics of one of them. As against, skin smear and physiotherapy facilities are offered by NGO to dermatologists' clinics. Follow up is also undertaken by NGO for assuring records as per Govt. guidelines and for the defaulters. This helped in giving adequate and proper treatment to the patients without disclosing their identity. This also helped in correctly judging the patients load. We feel that this model experiment requires to be expanded at a large scale. The details of the same will be discussed.

POA 10

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO SINAN, NA ÁREA DE HANSENÍASE – BRASL - 2002

Maria da Conceição Cavalcanti Magalhães – ATDS/SPS/DAB/MS

Carolina Novaes Carvalho – SINAN

Denise Leão Ciriaco – SES/AL

Ruth Glatt – SINAN/CENEPI/FNS/MS

Marilda Vieira Moreira – SES/ES

O Brasil assume, em 1991 a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano de 2001 (<1 doente a cada 10.000 hab.).

Os programas, nacional e estadual de hanseníase, desde a década de 80 dispunham de bancos de dados e instrumentos padronizados para a coleta de informações padronizadas que forneciam variáveis para a construção de 16 indicadores essenciais ao programa de hanseníase.

No ano de 1991, foi criado o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) inicialmente para doenças agudas, sendo em seguida, incluídas as doenças crônicas hanseníase e tuberculose.

Desde então tem havido um processo de implantação do SINAN nos estados e a conversão de bancos de dados estaduais ao novo sistema de informação nacional.

O presente trabalho tem como objetivo verificar a situação atual de implantação/implementação do SINAN, na área de hanseníase, posto que o país necessita de dados fidedignos e ágeis de monitoração das ações no estado de modo a acompanhar o resultado das intervenções executadas e o processo de eliminação da doença no país.

POA 11

ANÁLISE DOS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE HANSENÍASE NA DIRETORIA REGIONAL DE BELO HORIZONTE, NO ANO DE 1997

Ana Regina Coelho de Andrade, Marisa Costa Azevedo, Regina Licinia Ferreira.

CDTVA – Setor de Hanseníase da Diretoria Metropolitana de Saúde de Belo Horizonte – SES-MG – Rua Levindo Lopes 323 – 7ª andar – Lourdes – CEP 30140-170 – Belo Horizonte – MG

O diagnóstico de Hanseníase é eminentemente clínico, mas quais os critérios diagnósticos mais comumente encontrados no nosso meio? Com a descentralização e integração das Ações de Controle de Hanseníase à rede básica e demais atividades das unidades de saúde há o desaparecimento da especialização dos profissionais de saúde. Então, como treiná-los? Como prepará-los para suspeitar, diagnosticar e classificar adequadamente os casos de Hanseníase? Através da análise de 281 fichas epidemiológicas e clínicas de notificação de Hanseníase, dos sete principais serviços do Regional de Belo Horizonte, do ano de 1997 observou-se que: 80,42% dos casos foram classificados como multibacilares e 19,57% como paucibacilares; 96,79% dos casos apresentavam lesões cutâneas; 47,68% tinham espessamento de pelo menos um nervo periférico, e que entre os nervos comprometidos o ulnar foi o mais comum, seguido pelo tibial posterior e fibular; a baciloscopia foi positiva em 24,91%; a histopatologia foi compatível em 32,02% dos casos, e a alteração de sensibilidade plantar e palmar ocorreram em 25,97% e 20,28%, respectivamente. A análise destes critérios permite levantar questões sobre treinamentos e supervisões, bem como indica a importância do exame dermatoneurológico na luta pelo controle da hanseníase.

POA 12

ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS PARA A REFERÊNCIA EM HANSENÍASE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG DE 03/2001 A 02/2002

Ana Regina Coelho de Andrade; Andréa Machado Coelho Ramos; Marcelo Grossi Araújo

Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG – Alameda Álvaro Celso 55 – Santa Efigênia – CEP 30. 150-260 - Belo Horizonte – MG – Brasil

O ambulatório de Hanseníase do Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG vem dando suporte para a rede pública e privada há muitos anos. Mais recentemente, no 2º semestre de 2000 foi indicado como referência para esquemas terapêuticos alternativos pela Área Técnica de Hanseníase da SES-MG. Os encaminhamentos para o ambulatório ocorrem para toda a equipe de Hanseníase – médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, e assistente social. Esta avaliação se restringe a referência direta para a equipe médica, sem entrar na rotina de marcação do com-

plexo ambulatorial do Hospital das Clínicas. No período de 03/2001 a 02/2002 foram examinados 55 pacientes, 28 do sexo masculino e 27 do sexo feminino. Os principais motivos de encaminhamento foram: dúvidas no diagnóstico de Hanseníase em 36,4%; dúvidas na condução do surto reacional em 21,2%, diagnóstico diferencial de neuropatia periférica em 16,4% e esquema alternativo em 10,9%, entre outros. A maioria dos casos é proveniente da rede básica de saúde (89%). A área de abrangência em 36,4% dos casos pertence a Belo Horizonte e em 38,2% a área do Regional de Saúde de Belo Horizonte. O interior do Estado de Minas Gerais contribui com 21,2% dos casos, e ocasionalmente casos de outros estados e até países. O objetivo principal destes atendimentos é orientar a conduta a ser adotada pelo serviço de origem, para que o paciente possa manter o seu tratamento e acompanhamento neste local.

POA 13

ATENDIMENTO DA DEMANDA NO CENTRO COLABORADOR NACIONAL

Duppre, N.C., Nery, J.A.C., Sales, A M., Pereira, R.M.O, Pessanha, K., Gallo, M.E.N.

Laboratório de Hanseníase/IOC - FIOCRUZ - Rio de Janeiro - RJ.

Introdução: O Laboratório de Hanseníase, Centro Colaborador Nacional para o Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase tornou-se referência no sentido de oferecer suporte clínico para as dificuldades diagnósticas e terapêuticas encontradas pela rede básica de saúde.

Objetivo: Conhecer a demanda atendida em nossa unidade, visando identificar as formas de encaminhamento e os motivos de procura pelo nosso serviço.

Material e Métodos: A população atendida no Ambulatório Souza Araújo, é proveniente de procura espontânea e de encaminhamentos feitos pelos serviços públicos e particulares de saúde do Rio de Janeiro. Após avaliação médica e respectivo preenchimento de uma ficha de anamnese e conduta terapêutica, as informações foram transcritas para o banco de dados existente no serviço. Um estudo retrospectivo incluindo 5.126 pacientes no período de 1998 a 2001 correlacionou o motivo da consulta, e a resolubilidade, com a forma de chegada do paciente.

Resultados: Entre os pacientes atendidos 2855 foram encaminhados e 2.271 pacientes chegaram por procura espontânea. Dentre os 2855 pacientes encaminhados, os motivos foram: 2090 (73%) para elucidação diagnóstica, 532 (19%) para controle de quadro reacional, 233 (8%) por outros motivos. Entre aqueles 2090 encaminhados para confirmação diagnóstica, 837 (40%) confirmou hanseníase e 1253

(60%) outras patologias. Entre aqueles com hanseníase, 40% eram BT, 35% lepromatosos (BL e LL), 12% BB, 5% HI, 2% Nodular Infantil e 6% neural pura.

Conclusão: Estes dados demonstraram que dos encaminhamentos para elucidação em Centro de Referência em hanseníase, o maior percentual 60%, não confirmaram a suspeita diagnóstica e naqueles com diagnóstico confirmado 52% pertenciam às formas multibacilares, responsáveis pela manutenção da epidemia.

POA 14

ATIVIDADES DE CONTROLE DE ELIMINAÇÃO DE HANSENÍASE NO ESTADO DO ACRE. DIFICULDADES E PROGRESSOS

Dr. William John Woods; Dra. Leila Borges Carneiro Marques; Enf. Ruth Rodrigues Barbosa; Enf. Ursula Milhan

Secretaria Estadual de Saúde e Saneamento. Hospital Geral das Clínicas, Avenida Getúlio Vargas s/n Rio Branco – Acre - E-mail: wwoods@uol.com.br

Os autores descrevem as dificuldades e os resultados positivos na implantação e operacionalização das ações de controle e eliminação, em uma área onde a população apresenta difícil acesso ao Serviço de Saúde. Destacam as dificuldades de implantação da poliquimioterapia e a organização de um programa de reabilitação e prevenção de incapacidades nessas áreas.

Tendo como parceiro a associação Italiana Amici de Raoul Follereau os autores apresentam como essas atividades levaram a redução de 95% da prevalência.

POA 15

AVALIAÇÃO DA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO INTERDISCIPLINAR E ENSINO-SERVIÇO – 1993 A 2001

Vânia Del'Arco Paschoal; Rosa Maria Cordeiro Soubhia

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 CEP: 15.090-000 Fone: (017)2275733. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

São José do Rio Preto é centro de excelência de várias especialidades médicas, cuja Dir XXII têm abrangência de 99 cidades. A Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e a Fundação Regional de Medicina, SP, desempenham importante papel junto à comunidade, implantando o Centro de Referência de Controle da Hanseníase. Exames dermatoneurológicos e laboratoriais, maior aderência ao tratamento, prevenção de incapacidades, reabilitação,

tratamentos supervisionados, visitas domiciliares, grupo de terapia são algumas ações implementadas por este Centro. O objetivo deste trabalho foi avaliar a proposta de integração interdisciplinar e ensino-serviço, compreendendo suas ações no controle da hanseníase e as novas práticas pedagógicas elaboradas no programa. Obteve-se como resultado um atendimento de 4.500 pacientes, com notificação de 200 para tratamento PQT/OMS. A aplicação e desenvolvimento de pesquisa científica contou com pesquisa na área de iniciação científica, mestrado e doutorado, com apresentação de 30 trabalhos, sendo 7 premiados, em congressos; envolvimento de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem da 2ª à 4ª. Séries; participação ativa de Residentes de Medicina (8 anuais) e Enfermagem (3 anuais); treinamentos para a DIR XXII, treinamentos para o Pólo de Capacitação do PSF do Norte-Oeste Paulista. Entre as diversas dificuldades encontradas no desempenho das funções do Centro de Referência, a avaliação da proposta apresentou aspectos positivos.

POA 16

AVALIAÇÃO DO BANCO DE DADOS SINAN NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Moreira, Tadiana Maria Alves; Valle, Cláudia Lúcia Paiva; Xavier, Anna Guimarães Mendes; Pimentel, Maria Inês Fernandes; Gomes, Vilma Tavares; Bitencourt, Ana Luiza Parentoni

Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rua México no. 128 – 4º andar – sala 408 – Rio de Janeiro – RJ.

O arquivo de pacientes portadores de hanseníase da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) foi informatizado em Janeiro de 1987. Até 1997, toda a alimentação do banco de dados era feita no nível central, pelos técnicos do então Programa de Controle de Hanseníase da SES-RJ. Com a implantação do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), em 1998, as atribuições de atualização dos dados passaram a ser exercidas pelos municípios, em um processo descentralizado.

Apesar de vários treinamentos em SINAN terem sido ministrados para os municípios desde 1998, a análise dos dados anteriores e posteriores à sua implantação demonstra, entre outras, as seguintes discrepâncias:

- a taxa de abandono de tratamento subiu de 13,16% em 1997 para 35,04% em 2000;
- a prevalência de hanseníase no Estado manteve-se elevada (4,78 em 1997 e 4,09 em 2000), contrariando as expectativas de queda;
- pela manutenção da alta prevalência, esperar-se-ia um coeficiente de detecção em elevação, entretanto este apresentou queda (de 2,68 em 1997 para 2,15 em 2000);

- constatou-se duplicidade de registro de pacientes em vários municípios;
- até Dezembro de 2001, apenas 30% dos municípios apresentavam informações atualizadas relativas ao ano.

Estudo de amostragem dos municípios por pesquisa de prontuários revelou que 40% dos pacientes em registro ativo já se encontravam em alta terapêutica.

A deficiência de alimentação do banco de dados pelos municípios resulta em incorreção no cálculo dos indicadores. Demonstra-se a necessidade constante de treinamento, acompanhamento e supervisão das Secretarias Municipais de Saúde, no aprimoramento do banco de dados SINAN.

POA 17

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA CAMPANHA ESTADUAL DE COMBATE À HANSENÍASE NOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DA BAIXADA SANTISTA

Ângela Antunes Freire; Flávio Alves Faria; José Ricardo Martins Di Renzo; Maria de Fátima Corrêa Oliveira

Grupo de Vigilância Epidemiológica – DIR XIX – Baixada Santista, Av. Epiácio Pessoa, 415 - Aparecida - Santos – SP 11045-301 Fone: (0xx13) 3227-2030 Fax: (0xx13) 3271-4993

Introdução: Embora a OMS anuncie a eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública para o início deste milênio, a doença continua sendo um sério problema no Brasil, o segundo no mundo em número absoluto de doentes. Na região, temos um grande número de casos, que nos acarretam um coeficiente de prevalência médio e de detecção alto. Portanto, são necessários campanhas com esforços conjugados de todas as instituições governamentais, bem como envolvimento de toda a sociedade civil na luta contra esta enfermidade.

Objetivos: a) Avaliar as atividades desenvolvidas durante a Campanha na região b) Quantificar ações desenvolvidas, serviços envolvidos e população atingida pela divulgação da mensagem; c) Avaliar o impacto da Campanha nas ações de diagnóstico e controle da doença.

Metodologia: A pesquisa foi tratada em uma abordagem quantitativa de análise de conteúdos de relatórios formulados pela Secretaria Estadual de Saúde-SP, ao término da Campanha Estadual de Combate a Hanseníase ocorrida de 23 a 27/04/01, quantificando ações, serviços, atividades e população atingidas pela divulgação da mensagem. A população utilizada foi a dos nove municípios que compõe a Direção Regional de Saúde-DIR XIX-Baixada Santista-SP.

Resultados: A partir de atividades como: palestras para profissionais de saúde e população em geral, divulgação sinais e sintomas da doença, obteve-se como resposta o aparecimento de 128 suspeitos na região, sendo confirmados 32 casos. Observou-se a surpresa de profissionais de saúde que não lidam no dia a dia com a doença, frente a tal prevalência.

Conclusão: O estudo torna clara a importância desses eventos, com mobilização dos profissionais e da comunidade, através da divulgação de informações sobre sinais e sintomas, diagnóstico e tratamento precoces, pois assim, quebra-se a cadeia de transmissão para então atingirmos a eliminação da doença.

POA 18

CAMPANHA DE INTENSIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE – 2002. MANAUS, AM, BRASIL

Emilia dos Santos Pereira; Valderiza Lourenço Pedrosa; Valcimar Nascimento da Silveira; Glaudiva Ferreira dos Santos; Luis Cláudio Dias; Luiza Anne

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia “Alfredo da Matta”, Rua Codajás nº 24, Cachoeirinha - Cep. 69.065-130, Manaus - Amazonas - Brasil.

Em outubro de 2000, o Estado do Amazonas foi avaliado através do monitoramento da Eliminação da Hanseníase (LEM), que mostrou a existência de endemia oculta na ordem de 50%. Com objetivo de contribuir para a eliminação e controle da Hanseníase no Estado do Amazonas, enfatizando a diminuição da prevalência oculta, foi desenvolvida Campanha de Intensificação do Diagnóstico de Hanseníase, no período de 25 de janeiro a 24 de março de 2002. Como estratégias, intensificou-se ações de educação em saúde (meses de fevereiro e março); veiculou-se através da mídia os sinais e sintomas da doença; foram capacitados voluntários e profissionais das instituições e órgãos envolvidos, estabeleceram-se parcerias com diversos órgãos e instituições buscando envolver a sociedade; atendeu-se no “Dia da Mancha” – 18 de março, todos os casos suspeitos nos diversos serviços, estrategicamente localizados para garantir o acesso da população. Como resultado foram realizados 29.384 exames dermatológicos, 7.891 consultas médicas e 198.879 pessoas receberam orientações educativas. Como impacto imediato houve incremento na detecção de casos, resgate de pacientes faltosos e a oferta de atendimento foi aumentada. No “Dia da Mancha” 40 casos novos foram registrados e outros 38 pacientes encaminhados para confirmação diagnóstica; 53 casos de abandono de tratamento foram recuperados. A média e longo prazo espera-se incrementar a detecção de casos novos com redução da prevalência oculta; alcançar 90% de diagnóstico precoce; imple-

mentar a descentralização e diminuir o percentual de faltosos.

das dermatoses de alta prevalência nesta região do Brasil.

POA 19

CAMPANHA DE PREVENÇÃO A HANSENÍASE NO ESTADO DO ACRE, BRASIL. (ESTUDO EPIDEMIOLÓGICOS DAS DERMATOSSES NO ACRE, BRASIL)

Gustavo Alonso Pereira; Fernanda da Costa Pereira; Maria Camila Lunardi; Fernando Conrado Abrão; Willian Woods; Leontina da Conceição Margarido

Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Departamento de Dermatologia da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC).

Introdução: Em 1991 a organização mundial de saúde e seus membros se comprometeram a eliminar a lepra até o ano 2000, eliminação sendo definida como uma prevalência menor de 1 caso / 10000 habitantes. A Hanseníase no Brasil é uma doença de prevalência elevada. Em 1997, esta prevalência foi de 5,43 casos / 10000 habitantes, com 86.741 em registro ativo, colocando o Brasil em segundo lugar no mundo em número absoluto de casos. O contato interhumano íntimo e prolongado facilita a infecção.

Casística e Métodos: Nosso objetivo foi realizar uma campanha de prevenção e combate a Hanseníase no estado do Acre, Brasil. A campanha teve duas fases. Inicialmente 4023 residências foram visitadas por agentes de saúde treinados, que avaliaram um total de 6430 pessoas. Os casos suspeitos de Hanseníase e outras dermatoses foram então encaminhados para uma avaliação por nossa equipe. A campanha também estava aberta a pessoas que não haviam sido visitadas pelos agentes de saúde.

Resultados: Um total de 1200 pessoas foi examinada na campanha em 3 cidades diferente (Rio Branco, Xapuri, Epitaciolândia) no decorrer de 1 semana. Foram feitos 184 (15,33%) diagnósticos clínicos de hanseníase. Um grande número de outras dermatoses também foi diagnosticado. Das 1200 pessoas examinadas foram encontrados 1832 dermatoses, sendo que apenas 79 pessoas (6,58 %) não apresentavam dermatoses. As doenças infecto-contagiosas (excluindo-se a moléstia de Hansen) foram responsáveis por 56,08 % das dermatoses. 69 caso (5,75%) de lesões malignas ou pré-malignas foram também diagnosticados, sendo 1 caso de melanoma maligno.

Conclusão: A prevalência de Hanseníase no Brasil é subestimada, estando longe de ser uma doença eradicada como pretende a O.M.S. O diagnóstico e tratamento precoce diminuem a incidência e gravidade das seqüelas neurológicas. A campanha de prevenção evidenciou, também, o perfil epidemiológico

POA 20

CLIENT SATISFACTION - GUIDELINES FOR ASSESSING THE QUALITY OF LEPROSY SERVICES FROM THE CLIENTS' PERSPECTIVE

Marieke van Dijk, Jan Visschedijk and Anke van der Kwaak

Medical Anthropologist, Amsterdam, The Netherlands

Public Health Specialist, Royal Tropical Institute, Amsterdam, The Netherlands

Anthropologist, VU Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

In order to ensure that leprosy patients are detected and treated adequately, it is essential that they are satisfied with the services provided. Their satisfaction can be analysed by assessing the quality of the services from a client perspective. This will give crucial information for the identification of strengths and weaknesses of leprosy services, e.g. in areas such as health seeking behavior and regularity of treatment. It necessitates, however, that special attention is given to clients' opinions and ideas, both of which are rarely included in reviews and evaluations of leprosy programmes. Hence, an initiative was taken to formulate guidelines for the conducting of a study on client satisfaction. These guidelines were pre-tested in two countries, Nepal and Brazil. The development and contents of these guidelines are highlighted and discussed in this paper.

POA 21

COMPARAÇÃO ENTRE OS DADOS DAS CAMPANHAS DE PREVENÇÃO À HANSENÍASE NO ESTADO DO ACRE E NO ESTADO DE SÃO PAULO, BRASIL

Gustavo Alonso Pereira; Fernanda da Costa Pereira; Maria Helena Garrone; Silvia Protto; Willian Woods; Leontina da Conceição Margarido

Departamento de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Departamento de Dermatologia da Universidade de Mogi das Cruzes (UMC).

Introdução: A Hanseníase no Brasil é uma doença de prevalência elevada. Em 1997, esta prevalência foi de 5,43 casos / 10000 habitantes, com 86.741 em registro ativo, colocando o Brasil em segundo lugar no mundo em número absoluto de casos. No Brasil, contudo, os doentes, em grande parte, são do pólo

virchowiano. O contato interhumano íntimo e prolongado facilita a infecção.

Casística e Métodos: Nosso objetivo foi realizar campanhas de prevenção e combate a Hanseníase nos estados do Acre e São Paulo, Brasil. Em São Paulo as campanhas foram realizadas em comunidades carentes da favela de Heliópolis e Vila Brasilândia. Em São Paulo não houve atendimento prévio por agentes de saúde, o atendimento foi feito exclusivamente por médicos. No Acre, a campanha teve duas fases. Inicialmente 4023 residências foram visitadas por agentes de saúde treinados, que avaliaram um total de 6430 pessoas. Os casos suspeitos de Hanseníase e outras dermatoses foram então encaminhados para uma avaliação por nossa equipe. A campanha também estava aberta a pessoas que não haviam sido visitadas pelos agentes de saúde.

Resultados: Em São Paulo foram examinadas 326 pessoas, sendo feitos 13 (3,99%) diagnósticos clínicos de hanseníase. Um número grande de outras dermatoses também foi diagnosticado. Doenças infecto-contagiosas representaram 22,46% dos diagnósticos. A dermatose mais prevalente foi pitíriase Alba com 19,22% dos diagnósticos. No Acre, um total de 1200 pessoas foi examinada nas campanhas, em 3 cidades diferentes (Rio Branco, Xapuri, Epitaciolândia), no decorrer de 1 semana. Foram feitos 184 (15,33%) diagnósticos clínicos de hanseníase. Um grande número de outras dermatoses também foi diagnosticado. As doenças infecto-contagiosas (excluindo-se a moléstia de Hansen) foram responsáveis por 56,08% das dermatoses. A dermatose mais prevalente foi a Hanseníase com 15,33% dos diagnósticos.

Conclusão: Apesar das diferenças entre as populações avaliadas, algumas conclusões podem ser feitas. A Moléstia de Hansen é muito prevalente no Brasil. Os dados oficiais sobre prevalência e incidência desta doença provavelmente estão subestimados. As doenças infecto-contagiosas são endêmicas no nosso País.

POA 22

COMPROMISSO DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE EM MINAS GERAIS - BRASIL RESULTADOS ALCANÇADOS - 1991- 2000

Grossi, M.A.F; Leboeuf, M.A.A; Magalhães, E.S.B.; Silva, E.L; Lima, M.A; Justino, M.O.M.P; Silva, W.F.

Área Técnica De Hanseníase: Secretaria De Estado Da Saúde De Minas Gerais. Av. Afonso Pena, 2300 - Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil

Em 1991 a OMS propôs a eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública até o ano 2000, ou seja, que os países endêmicos alcançassem uma taxa de prevalência < 1/10000 hab. Naquela ocasião Mi-

nas Gerais ocupava o 1º lugar no Brasil em número de casos com 34.944 doentes e taxa de 22,2/10000.

Além do trabalho que vinha sendo realizado o Estado deveria fazer um esforço adicional para atingir esta meta e, para tanto, elaborou o "Plano de Emergência" (1991 a 1994) e o "Plano de Eliminação da Hanseníase" (1995 a 2000) com metas e estratégias claras para alcançar os objetivos. As principais metas foram: aumentar a cobertura, através de capacitação de pessoal; aumentar o % de casos em PQT/OMS; diagnosticar e tratar todos os casos novos esperados; conhecer a prevalência real, através de adequação do sistema de informação e eliminar a Hanseníase até o ano 2000.

Os principais resultados foram: aumento da cobertura de 12,0 para 65,8 %; aumento do % de casos em PQT de 15,5 para 99,9 %; alta por cura em 33.447 casos; redução do % de abandono de 58,6 para 15,2 %; redução da prevalência de 34.944 para 5.668 (de 22,2 para 3,2/10000 hab).

Apesar dos esforços, não se conseguiu atingir a meta de eliminação em 2000. Vários fatores contribuíram para isto e o principal deles é a permanência de casos não diagnosticados (prevalência oculta) responsáveis pela manutenção de fontes de contágio na população (Prevalência Oculta-Leboeuf, M.A et al.).

POA 23

DEMANDA DE HANSENÍASE NUM CENTRO COLABORADOR DE REFERÊNCIA EM DERMATOLOGIA SANITÁRIA

Alexandre Lima De Barros, Ana Cláudia Lyon De Moura, Bruno Eduardo Pedroso Balbo, Evany Ducinéia Dos Santos, Maria Ana De Araújo Leboeuf, Maria Aparecida De Faria Grossi, Marina Lemos Carvalho, Roberta Leste Motta, Rosana Barbosa Silva, Sílvia Helena Lyon De Moura, Sandra Lyon

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Hospital Eduardo de Menezes, Centro Colaborador de Referência em Dermatologia Sanitária. Av. Doutor Cristiano Rezende 2213, Bonsucesso, Belo Horizonte, MG

O Centro Colaborador de Referência em Dermatologia Sanitária de Hospital Eduardo de Menezes, criado em 15 de fevereiro de 2000 pela Portaria Supege 1281, da Superintendência Geral atende, grande número de casos de Hanseníase e outras Dermatoses de Interesse Sanitário. O objetivo do trabalho foi identificar a demanda de atendimento de casos de Hanseníase neste Centro no período de janeiro a dezembro de 2001. Os dados da pesquisa foram coletados a partir do prontuário dos doentes através de questionário elaborado por epidemiologista e pré-testado pela equipe responsável pela pesquisa. Durante os meses pela equipe responsável pela pesquisa. Du-

rante os meses em estudo, 445 pacientes com alguma ocorrência ligada a Hanseníase foram atendidos no ambulatório de Dermatologia do Hospital Eduardo de Menezes, destes 188 (42,2%) buscaram o serviço por demanda espontânea e outros 257 (57,8%) foram referenciados para este Centro através de encaminhamentos de outros centros de saúde deste e de outros municípios do Estado de Minas Gerais. Dos 445 pacientes atendidos, 20 (4,5%) procuraram atendimento ou foram encaminhados para esclarecimentos de dúvidas, 73 (16,4%) para confirmação diagnóstica, 111 (25%) para diagnóstico diferencial com outras doenças, 4 (0,9%) para classificação clínica, 10 (2,3%) para a realização de exames complementares, 106 (23,8%) devido a neurites e outras reações hanseníase, 18 (4,1%) pela necessidade de esquema alternativos de tratamento, 24 (5,3%) para prevenção de incapacidades e 6 (1,3%) para o tratamento de incapacidades já detectadas, 10 (2,3%) para o tratamento de feridas, 63 (14,1%) para exame e avaliação de contatos. A análise dos dados mostrou uma grande contribuição do Centro de Referência em Dermatologia Sanitária do Hospital Eduardo de Menezes para o diagnóstico, tratamento, manejo de complicações e reabilitação dos pacientes de Hanseníase de Belo Horizonte e de todo o Estado de Minas Gerais prestando um atendimento importante para a população, contribuindo de forma significativa para a melhoria de vida destes pacientes, e o controle da doença em todo o Estado.

POA 24

DISTRICT TECHNICAL SUPPORT TEAMS – AN ALTERNATIVE APPROACH OF NGOS IN WEST BENGAL

Dr. Prasun Kumar Mitra

ILEP CO-ORDINATOR, West Bengal (India) and Medical Consultant of GLRA & ALES (EASTERN INDIA) 23, Market Street, KOLKATA: 700087. Phone no. 033 2457687. Fax no. 033 2164339 E-mail: glra_nrs@vsnl.net

The supportive role of NGOs acting as a catalytic agent to strengthen available Government infrastructure can produce wider and sustainable effect. This role is more meaningful and effective rather than creating small islands of excellence here and there. ILEP agencies, in India, have been working for decades. Their expertise and experience was requested by Government of India to improve the leprosy activities of the country. District, which is the administrative unit, was provided district technical support teams by ILEP agencies to work hand in hand with Government. This supervisory and supportive role created appreciable results in the improvement of technical efficiency of Government infrastructure. Improvement in technical knowledge improved motivation of the staff. It created impacts

on planning implementation, monitoring and supervision and the results are shown in improved case detection, case holding, and awareness in the community. Here NGOs need not directly but assist Government infrastructure to work better. This joint approach of Governments and NGOa is showing a pathway of co-operation in other fields also.

POA 25

EFFECTS ANALYSIS FOR TRAINING ON THE NON-LEPROLOGISTS

Wu Xincheng, Wang Rongmao, Ning Yong, Hu Lufang, Li Binyu, Wang Kai, Shi Ling, Hei Lu

Sichuan institute of Dermatology, China

In the activities of the healthy education on leprosy, some 900 non-leprologists have accepted professional training about the leprosy control among medical workers in 17 counties, LIANGSHAN prefecture, SICHUAN province. Contrast analysis has been made on the training effects. Before they had been trained, as far as their correlative knowledge of the leprosy, the total correctness rate is up to 83.5%, contrasted to the number of pre-training, there is an obvious, the leprosy's infectivity, resulting to malformation and its curability showed the biggest difference. It proved that these three aspects are people's misconception to leprosy, and also are the main reasons of fearing leprosy. The analysis results attested this training is obviously effective and pertinent. What is noticeable is the attitude to the patients had no distinct difference between pre-training and after training. That is to say, for thousands of years, people showed inveterately bias and discrimination to leprosy patients which is difficult to relieve. So, more health education of leprosy should be put into practice.

Because the medical workers have authority of explaining disease; they will directly influence people's attitude and cognition to disease. So the non-leprologists are the first objects to accept the training.

[Key words]: medical staff knowledge of leprosy control training analysis

POA 26

ESTRATEGIA DE INTERVENCION EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD PARA ELIMINAR LA LEPROA COMO PROBLEMA DE SALUD EN AREAS DE LEPROA NO ELIMINADA. GRANMA

Dr. Leonel Alejo Gutiérrez; Dr. Eduardo Rodés Santiesteban

Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Granma. Parada # 6 e/ Martí y Mar-mol. Bayamo

Se diseñó en la Provincia un Plan Estratégico de Intervención teniendo en cuenta los aspectos esenciales de la Lepra para el diagnóstico y la caracterización epidemiológica de la población donde la lepra no esta eliminada como problema de salud, con el principal objetivo de lograr en corto tiempo la meta de eliminación.

POA 27

ESTUDO DA DEMANDA PÓS-ALTA DE HANSENÍASE EM MINAS GERAIS – BRASIL: CONTRIBUIÇÃO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Grossi, M.A.F; Leboeuf, M.A; Reyna; M.G.B, Lana, F.C.F; Magalhães, E.S.B.

Secretaria Da Saúde De Minas Gerais: Av. Afonso Pena 2300. Cep: 30130 007. Belo Horizonte, MG–Brasil hansenase@saude.mg.gov.br

Introdução: A demanda pós-alta de Hanseníase foi quantificada e caracterizada, visando contribuir para a sistematização da atenção. Participaram 25 Serviços de Saúde de diferentes portes, preenchendo planilha, por categoria profissional e tipo de atendimento, por 3 meses, identificando casos em tratamento, pós-alta e contatos. A demanda pós-alta foi identificada em prontuários quanto aspectos, clínico-epidemiológicos, tratamento, tempo de diagnóstico e alta, modo e motivo do retorno.

Resultados: Dos 11869 atendimentos registrados, 59% foram casos em tratamento e 30% pós-alta, variando de 8 a 73%. Médicos realizaram 38% dos atendimentos e auxiliares de enfermagem, 32%. Dos 951 pacientes pós-alta, 86% retornaram para o serviço de origem, 28% antes de 30 dias, 77% dentro de 1ano, 57 % eram homens, 89% MB. Estes pacientes retornaram de 1 a 259 vezes, 91% realizaram baciloscopia no diagnóstico (51% positivos e IB 3 em 35%). O principal motivo do 1º atendimento pós-alta foi “reação e/ou neurite” (64%), a “continuidade de atenção” foi o principal modo de retorno (47%), sendo que 82% foram “mantidos no serviço”.

Conclusão: O atendimento pós-alta de Hanseníase representa importante demanda para os Serviços, devendo ser contemplada no planejamento das Ações de Controle, na previsão de recursos humanos, medicamentos e outros insumos. O registro e monitoramento da reação/neurite durante e após o tratamento são imprescindíveis para a atenção integral ao paciente.

POA 28

ESTUDO DOS FATORES INFLUENCIÁVEIS À INCORPORAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESPÍRITO SANTO

Eliana Zandonade – Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Fernando Ferrari, s/n, Vitória, ES, Cep 29.060-970.

Elizabeth Santos Madeira – Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Av. marechal Mascarenhas de Moraes, 2025/SPEI. Bento Ferreira, ES Cep 29.051-121.

Marilda Vieira Moreira - Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. Av. marechal Mascarenhas de Moraes, 2025/SPEI. Bento Ferreira, ES Cep 29.051-121.

Regina Lúcia da Conceição – Unidade de Saúde de Vitória. Rua Marcos de Azevedo, 340, Parque Moscoso, Vitória, ES.

O Ministério da Saúde (MS) vem incentivando a implantação de Estratégia de Saúde da Família (ESF) objetivando mudança do modelo assistencial em saúde. Em consequência, a condução dos programas verticais de saúde também vêm passando por modificações cujos resultados são ainda desconhecidos. Para garantir a continuidade dos avanços nas ações de controle de hanseníase (ACH) no Estado do Espírito Santo, foi realizado um estudo para identificar os fatores influenciáveis à incorporação das ACH à ESF e propor mecanismos adequados à essa incorporação.

O estudo dividiu-se em três etapas: inicialmente, foram identificados municípios com diferentes níveis de implantação da ESF, seguida de uma comparação entre municípios com nível definido de implantação da ESF e municípios sem ESF, segundo parâmetros das ACH.

Finalmente foram identificados aspectos gerenciais e os relacionados aos profissionais de saúde que influenciaram no alcance dos parâmetros das ACH em municípios selecionados.

Os resultados obtidos indicaram não existir diferenças estatisticamente significantes ($p > 0,05$) entre os grupos considerados na análise. Na etapa 3 foi realizada pesquisa nos municípios do grupo 1 (maior tempo de implantação) e do grupo 3 (maiores coberturas da ESF) com os profissionais da ESF. Quando comparados estes grupos, em apenas uma variável foi encontrada associação considerada estatisticamente significativa ($p = 0,002$).

Todas as variáveis estudadas foram cruzadas entre si, havendo associação significativa em todas ($p < 0,05$). Neste estudo não foram encontradas evidências de diferença nos indicadores de hanseníase entre municípios com e sem ESF. E entre os com ESF também não foram encontradas diferenças, sendo o único diferencial a existência de treinamento nas ACH.

POA 29

EVALUATION OF MASS CASE DETECTION CAMPAIGN IN BIHAR STATE IN INDIA

Krishnamurthy, P., Prabhakar Rao. T, Ramakrishna Raju G. and Biswanath Prasad.

Damien Foundation India Trust, 27, Venugopal Avenue, Spurtank Road, Chennai 600 031 India. E-mail: damienin@vsnl.com

An evaluation of the mass case detection campaign in Bihar State was done in January 2002 to assess the impact in terms of coverage and efficiency in diagnosis. Each of the thirty-eight blocks randomly selected in 22 districts of Bihar was covered by an external team consisting of a Medical Officer and a supervisor. All the suspects identified during the campaign were screened for clinical status, all the cases were interviewed and about 5 adults from every village covered by the team were also interviewed to know their awareness.

In the selected blocks 17126 suspects were identified by the programme of which 8876 (51.8%) had been screened by their staff. Only 8.3percent of the unscreened suspects were found to be cases. Of the 8876 suspects screened 3331(37.5%) had been confirmed as new cases, 4439 (50%) as not cases and 1106 (12.5%) as old cases by the staff. About 72% of the new cases were PB, 27.7% MB, 0.3% SSL. Out of the 3331 new cases identified by the programme 2674 (80%) were screened by the evaluators. About 75% (1996) were real new cases, 12.5% (334) were old cases registered as new, and 12.9% (344) were not cases. Wrong diagnosis among PB was 13.7% and among MB it was 10.4%. About 1.3% of the MB was wrongly classified as PB and 10.8% of the PB were wrongly classified as MB.

Of the 4439 suspects declared as not cases by the programme 3501 were evaluated by the teams and 103 (3%) were found to be new cases.

Awareness among the patients and community was reasonably good.

Mass case detection programmes may be productive in terms of a large number of cases detected but unless properly controlled and executed the outcome of such exercises may become confounded by various operational factors.

POA 30

FACTORS CONTRIBUTING TO DEFAULTING OF LEPROSY PATIENTS IN CENTRAL TERRAIN DISTRICT OF NEPAL

Suraj C. Chalise, M.A., D.H.P. Ed., E-mail: chalises@hotmail.com

Objectives: To determine the socio-economic characteristics of leprosy defaulters and identify factors contributing to defaulting in a Terrain district of Nepal.

Design and method: An exploratory type of non-intervention study was carried-out in Dhanusaha-

high prevalent district bordering with India. A sample of 57 Defaulters was selected (SE=10%) using systematic sampling method. A semi-structured interview schedule was used for data collection. The data were augmented by information collected during informal discussions with the Defaulters.

Results: Majority of sample was Male, Married, and illiterate and having Nuclear type family structure. They were occupationally laborers/daily wage earners and from economically active age groups with having lower economic class background. About 70% of MB type had stopped treatment within 6 months of registration while 95% of PB type stopped within 3 months. Study found that an awesome majority of sample doesn't have modern concepts of the cause of leprosy and had strong beliefs that the disappearance of sign/symptoms is the only meaning of the "cure of the disease". About 49% defaulted because of no or quick response to sign/symptoms, and side effects of drugs while 35.1% defaulted because of migration, fear of losing wages and lacking family support. Rests were defaulted because of distant health services and health worker's rude behavior.

Conclusions: The data revealed the fact that Defaulters are having poor socio-economic background and low level of knowledge of disease and treatment outcome. The finding shows that the disease related factors – no or quick response to treatment, and drug side effects along with patient related factors i.e poor socio-economic status and poor understanding of disease are the major factors contributing to defaulting in terrain district.

POA 31

FLUXO DE ATENÇÃO À HANSENÍASE EM CURITIBA/PR-BR

Araújo, Josiane M.R.; Bonato, Laudia W.; Gabardo, Betina A.; Luhm, Karin R.; Ribeiro, Cléa E.L.; Stahlke, Ewalda V.R.

Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal da Saúde

Com o registro de 40 mil novos casos por ano, a Hanseníase continua um importante problema da saúde pública no Brasil. Em Curitiba, a partir de 1991, observou-se diminuição importante da taxa de prevalência da doença, sendo o tratamento poliquimioterápico relevante para esta redução, assim como a descentralização da atenção para as Unidades Básicas, que se iniciou em 1997, com sensibilização dos profissionais para suspeita e diagnóstico precoces da doença, disponibilizando o atendimento próximo à residência do paciente.

O coeficiente de prevalência da Hanseníase em Curitiba, que em 1997 era de 2,78/10.000 habitantes, em 2001 caiu para 1,22/10.000 habitantes, havendo uma redução de 44%. Como em 2001, a taxa de ca-

tos com incapacidade física grave representou 16%, observou-se a necessidade de subsidiar tecnicamente os profissionais no atendimento à Hanseníase, redefinir a organização da atenção nos diversos níveis de atuação e orientar a construção de um sistema de saúde integrado. Assumindo o compromisso de eliminação da doença, Curitiba implantou em novembro de 2001, um protocolo de atenção à Hanseníase, através da capacitação de todos os profissionais municipais envolvidos no atendimento.

Entre as principais ações do protocolo estão a definição de: competências para cada nível de atenção de acordo com a complexidade da doença; de um "gestor de caso" que será responsável pelo acompanhamento quinzenal no domicílio e capacitação de referências para orientação do diagnóstico, da condução terapêutica, da prevenção e do controle das incapacidades.

POA 32

GENDER DIFFERENTIALS IN LEPROSY DISEASE PROCESS AND CONTROL IN THE STATE OF AMAZON, BRAZIL

Emilia dos Santos Pereira; Megumi Sadahiro; Ione da Silva Freire

Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia "Alfredo da Matta". Rua Codajás nº 24 Cachoeirinha - 69.065-130 Manaus - Amazonas - Brasil.

Female leprosy patients under treatment in the public health system of Amazon State form a minority group. In 1998, only 39% of the new leprosy cases detected were female patients although defaulting rate was lower among female's patients during that same year. Although Brazilian public health policies are claimed to do not discriminate gender, Brazilian society is profoundly marked by social and economic inequalities suggesting that more subtle mechanisms of cultural discrimination are preventing females to benefit from health services in the same proportion then males do and dictating that males should quit before completing treatment. A two-years transversal comparative study is proposed to investigate gender aspects of differentials in behavior and attitudes of male and female patients that enter public health local system seeking for diagnostic and treatment of leprosy. From June 1999 till May 2000 all new leprosy patients from the Amazons State detected by "Alfredo da Matta" staff were included in this study comprising a total of 821 cases. Of those, sixty percent were male patients. The analysis of the data collected from questionnaire items suggested that important differences on perceptions and behavior might exist between genders. Greater proportion of male patients tended to simple consult family members or close friends about their symptoms and follows their advises. A relatively large number of female patients decided on their own initiative about to come to health service to seek for a leprosy diagnosis. Males seemed to be more reluctant than females

at seeking for treatment, which contradicts findings from research conducted in other regions

POA 33

GEOGRAPHIC INFORMATION SYSTEM AS AN EFFECTIVE TOOL FOR HEALTH CARE MONITORING

B.Suresh Mariaselvam, N. Suresh

Directorate of Public Health & Preventive Medicine, Chennai, India.

This paper is to provide a set of guidelines by which health care monitoring can be refocused using GIS as a tool to improve the timeliness, quality, access and use of Health Care data. Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely absence of disease (WHO, 1948). Various factors like individual susceptibility, genetic predisposition, environmental conditions like sanitation and nutrition and geographical factors like soil, water, climate, rainfall and temperature influence health. As health care delivery has to be adjusted to these factors, knowledge about these factors is of great help for the planners and the public to plan strategies for improving health. In 1854, a demonstration using a map showed that association between cholera deaths and contaminated water supplies was the main cause of epidemic. Recent advances in GIS and mapping technologies and increased awareness have created new opportunities for public health administrators to enhance their planning, analysis and monitoring capabilities at national, regional and even upto village level in a spatial context. In government hospitals, treatment is free for the poor. This system is helpful as it reduces on the government to provide universal medical care at its expense. It serves as a common platform for convergence of multi-disease surveillance activities standardized geo-referencing of epidemiological data that facilitates standardized approaches to data management. The process provides an excellent means of analyzing epidemiological data, revealing trends, dependencies and inter-relationships that would otherwise remain hidden in data shown only in tabular format. A GIS can serve as an entry point for integrating disease surveillance activities where appropriate.

POA 34

HANSENÍASE: INCIDÊNCIA EM COMUNICANTES DE PACIENTE VIRCHOVIANOS

Sidney S. Lima; Analice S.T. Pinto; José Dario B. R.; Maria Dorotéa D.S. Azevedo; Sônia Maria M.F. Dias.

Unidade Básica de Saúde IV:Itapevi-Rainha, Av. Nove de Julho, 39 Itapevi-SP

Neste trabalho estudamos retrospectivamente 270

comunicantes intradomiciliares de pacientes que apresentavam Hanseníase Virchoviana no ambulatório de hansenologia do município de Itapevi (região metropolitana de São Paulo). Observamos que estes pacientes virchovianos correspondem a 44% do total de hansenicos acompanhados neste serviço. Os autores procuram demonstrar o risco destes comunicantes serem infectados e traduzirem esta infecção em forma de patologia. Para tanto levantamos através de prontuários incidência da doença no grupo estudado, no período de 1997-2001. Os resultados encontrados foram que 11% dos comunicantes (30 comunicantes) desenvolveram moléstia de Hansen, enquanto 89% (239 comunicantes) não a desenvolveram. Entre os comunicantes que adquiriram a patologia, 37% (11 comunicantes) eram multibacilares (03 com a forma dimorfa e 08 com a forma virchoviana); 23% eram paucibacilares (02 com a forma indeterminada e 05 com a forma tuberculóide); 40% eram casos confirmados de comunicantes com doença onde não foi possível avaliar a forma clínica (EX: pais já falecidos, irmãos que atualmente residem em outro domicílio). Concluímos que os dados encontrados reforçam o que diz a literatura, onde a incidência de hanseníase em comunicantes intradomiciliares é alta, enfatizando o papel relevante deste contato na epidemiologia da doença, chamando a atenção para uma importante área de controle da doença que é a família do paciente, o que tem sido reiterado como objetivo básico da Organização Mundial de Saúde.

POA 35

HANSENÍASE NO MARANHÃO: ATIVIDADES REALIZADAS NO PERÍODO DE 1992 A 2001 BUSCANDO A ELIMINAÇÃO DA DOENÇA

Célia Maria Soares Bastos; Eliane Barbosa Alves Rodrigues; Hannelore Vieth; Kátia Cristina Lopes Freitas

Fundação Nacional de Saúde. Rua 5 de janeiro S/N, Jorda, CEP 65040-450, São Luís-MA, Brasil

Na 44ª Assembléia Mundial de Saúde, realizada em 1991, Genebra, estabeleceu-se o compromisso de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública no mundo até o ano 2000. Um dos principais objetivos do programa é tratar a hanseníase o mais precocemente possível, obtendo a cura do paciente. O sucesso do Plano de Eliminação da Hanseníase (PEL) está diretamente relacionado à duração do tratamento, criando-se assim, uma necessidade imperiosa de que os pacientes terminem o tratamento recomendado e sejam liberados por alta clínica, sendo retirados da prevalência. Para tanto as atividades do Programa precisam ser redimensionadas no que se refere, principalmente, ao seguimento dos casos e à manutenção de um sistema de informação de qualidade, visto que, temos como principal obstáculo ao processo de eliminação no Brasil a existência de uma

parcela considerável da população excluída do acesso ao diagnóstico e ao tratamento na fase inicial da doença. As atividades de controle da hanseníase devem ser implantadas em toda a rede de serviços de saúde para que se alcance a meta de eliminação (menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes). No Estado do Maranhão as atividades realizadas, investem em recursos humanos, visando a atenção integral ao paciente portador de hanseníase no processo de descentralização das ações de saúde da rede de serviços. Como resultado das atividades realizadas no Estado tem-se a diminuição do coeficiente de incidência com valor de 6,3/10.000, diminuição da prevalência em 7,7/10.000, fortalecimento com as parcerias (ONGS, PAC'S, PSF, Pólo de Capacitação), aderência do paciente ao tratamento, melhoria na qualidade do atendimento e trabalho em equipe. Impõem-se como desafios ao programa, a referência e contra-referência, disponibilidade de médicos, avaliação e acompanhamento, rotatividade de profissionais e sistema de informação de qualidade.

POA 36

HORIZONTALISATION OF A VERTICAL PROGRAMME: THE ROLE OF LEPROSY ELIMINATION CAMPAIGNS IN THE INTEGRATION PROCESS OF LEPROSY CONTROL IN JIGAWA, NIGERIA

Abdullah U. Namadi, Jan Visschedijk and Kefas Samson

Work done at: Jigawa State TBL Control Programme, Hadejia, Nigeria.

In endemic countries, leprosy activities should become an integral part of the general health services to ensure the sustainability of the leprosy control (WHO, 1998). This means that leprosy activities are conducted mostly in multipurpose settings by health workers within the general health services. Integration also enhances cost effectiveness and accessibility to leprosy services (Feenstra, 1993), (Visschedijk et al 2000). Furthermore, integration of disease control programmes including leprosy is part and parcel of health sector reforms that are currently taking place (Green AT, Jochem K, 1998). Hence, in many countries including Nigeria, integration has been adopted as a core strategy in national health policies (National Health Plan, Nigeria, 1998-2010). However at the same time some doubts have been placed on the consequences of integration on the quality of leprosy services (Naafs, 2000). In addition the process from a vertical to a more integrated approach has been regarded as challenging, in which several hurdles have to be taken and some basic conditions have to be fulfilled (Visschedijk et al, 2000).

This paper will assess and describe the experience in Jigawa State, Nigeria in the integration process of leprosy services over the past three years. The paper

will particularly analyse the impact of the integration on coverage and quality of leprosy services. It will illustrate the justification of conducting LECs in the area and how Leprosy Elimination Campaigns (LECs) sometimes have constituted opportunities to facilitate the integration process. The paper will first elaborate on the context in which leprosy services are provided in Jigawa State and describe how LECs were used in the process towards integration. Then, the consequences in terms of coverage and quality of services will be indicated. Finally, in the discussion and concluding remarks, the lessons learned and conditions for successful integration will be presented.

POA 37

HOW TO MAINTAIN QUALITY OF LEPROSY CONTROL SERVICES IN BORNO STATE, NIGERIA

Dr. Mshelia Auta Lawi

Royal Tropical Institute (KIT), Health Care Department, P.O. Box 95001, 1090 HA, Amsterdam, The Netherlands. Tel: 00-31-20-5688 239/372/256. Fax: 00-31-20-5688677. E-mail: k.d.koning@kit.nl; Y.v.d.Berg@kit.nl; R.Sahebodin@kit.nl

In Borno State even though the prevalence of leprosy has gone down to below 1 per 10,000 populations, the case detection rate still remains stable with little sign of fluctuation over the years. MDT clinics with no patients on treatment for more than six months were removed from the clinic calendar, as a result the accessibility of MDT services becomes less and the workload is now considerably reduced. This makes the maintenance of the programme too costly, as a result of the few patients on treatment, staff skills and knowledge on leprosy and its control will progressively continue to decrease over the coming years. In addition both donor and government interest in the leprosy control programme might continue to diminish. This means that inputs into the programme might also decrease, all these will have a great impact on the quality of the leprosy control services.

Apart from coping with the social, economic and psychological consequences of leprosy on the patients, a considerable number of patients still need to be cared for and new cases need to be detected as early as possible, this implies that for many years to come leprosy control programme will still be needed. This may indicate that the quality of leprosy control services need to be maintained, with other issues like sustainability, cost-effectiveness, equity, community participation and efficiency taken into considerations. On the other hand, TB is fast becoming a huge problem, this is further complicated by the rising HIV/AIDS epidemic, the donor agency that supports leprosy control programme in Borno State does not provide support for TB control programme hence there is no functional TB control programme in

Borno State, TB treatment exists only in a few hospitals.

In this paper the concepts of quality of care in general and quality of care in leprosy control services is discussed. In order to maintain the quality of the leprosy control services in Borno State, I have also discussed in this paper the various possible options: vertical leprosy programme, integration into the PHC clinics, combination with other diseases like TB and dermatology, and a mix of two options. In addition to the experience in Borno State, various literatures have been used to compare the strengths, weaknesses, opportunities, and threats for each option. The findings show a preference (best choice) for the combined leprosy and TB with integration of both control activities at the PHC clinic level, with specialised components maintained at the State and LGA level for planning, supervision, research, monitoring and evaluation.

POA 38

IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NAS AÇÕES DE CONTROLE EM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CONTAGEM, MINAS GERAIS

Alzerina R. Lacerda, Cláudia A.O. Araújo, Tânia M. Marcial

Centro Colaborador de Referência em Hanseníase – CSU Eldorado

O município de Contagem representa 15% da região Metropolitana de Belo Horizonte, com território de 194,3km² e população estimada de 540.000 habitantes. A partir de 1999 iniciou um processo de reestruturação, tendo como estratégias fundamentais a distritalização dos serviços e a implantação do Programa de Saúde da Família. Conta atualmente com sete distritos, tendo sido implantadas 86 equipes de PSF, com cobertura de 56% do município, principalmente nas regiões de baixo nível sócio econômico, permanecendo ainda com 28 unidades tradicionais (postos de saúde).

O programa de ações de controle da hanseníase, ficou inativo por vários anos, com reimplantação em 1993. No período de 1995 a 2001 foram registrados 517 casos, destes 317 como casos novos.

Não foi possível a descentralização rápida, principalmente pela dificuldade e/ou resistência de atendimento dos profissionais de saúde da rede básica, da alta rotatividade dos mesmos, pelo tamanho territorial e populacional, e ainda ao grande número de capacitações em outras ações básicas em saúde que vêm sendo realizadas. Nosso projeto de descentralização está sendo realizado progressivamente com a transformação de uma unidade, a única que acompanhava os casos do município, em Unidade Municipal Colaboradora de Referência e a criação de

Unidades de Referências Distritais. Como impacto da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a implantação do projeto de descentralização houve um aumento do número de casos diagnosticados nas Unidades Básicas de Saúde superior a 100%, quando comparado com os anos anteriores. Porém ainda não ocorreu aumento significativo no número de casos novos. Nosso objetivo é transformar as Unidades de Referência Distrital em multiplicadores, assim como a realização de campanhas periódicas de sensibilização diagnóstica por distrito, com maior envolvimento dos agentes comunitários de saúde.

Apesar de todas as dificuldades e dos resultados ainda pouco satisfatórios o PSF demonstra ser uma alternativa viável nas ações básicas de eliminação da hanseníase, porém é necessário um maior investimento de gestores e atores do sistema único de saúde.

POA 39

IMPACTO DAS CAMPANHAS DE ELIMINAÇÃO DA LEPRO NA PROVÍNCIA DO NIASSA

Sr. Juma Valgy Molide

Ministério de Saúde, Direcção Provincial de Saúde de Nampula. C.P. 809, Nampula, Moçambique

Âmbito e objectivo: A partir de 1996 à 2000 a Secção Provincial do PNCTL do Niassa/MISAU levou a cabo Campanhas de Eliminação da Lepra denominadas LEC, dirigidas a população que vive em zonas rurais da Província. Este estudo tinha por finalidade avaliar o impacto destas campanhas.

Métodos: Analisamos a situação da lepra a partir dos dados das estatísticas do sistema de Notificação Trimestral e Anual, incluindo os indicadores referente ao período 1991 à Dezembro de 2001, para determinar se as campanhas tinham sido aparentemente bem sucedidas, tinham fracassado ou cujos resultados não eram concludentes.

Resultados: O estudo mostrou que as campanhas ajudaram na detecção de casos da lepra nas áreas desfavorecidas dos cuidados de saúde. As campanhas provavelmente preveniram as deformidades através da detecção precoce dos casos. A Prevalência tende a reduzir de 8.7 em 1996 para 3.3/10.000 habitantes em Dezembro de 2001.

Conclusões: Na generalidade, como estratégia de Eliminação da Lepra as Campanhas tiveram sucessos. Embora este sucesso possa ser atribuído a uma redução da Prevalência na Província, pois, a taxa de detecção anual, a taxa anual com deformidade grau 2 e a taxa de crianças dos 0 – 14 anos em novos continuam quase estacionárias o que demonstra a existência de casos privados dos cuidados de saúde e da existência ainda da infecção na comunidade. A insistência numa estratégia que não comprovou de forma convincente o êxito não parece justificar-se.

Porém, em anos futuros é possível que se registem êxitos comprovados com base nos factos.

POA 40

IMPACTO DAS CAMPANHAS DE ELIMINAÇÃO DA LEPRO PROVÍNCIA DE NIASSA

Rodrigues Alone

Direcção Provincial de Saúde do Niassa, Caixa Postal No. 33, Lichinga, Moçambique

As campanhas de Eliminação da Lepra na Província do Niassa tiveram o seu início em 1996 tendo-se realizado até do então um número de cinco.

Objectivo Geral: Reduzir a prevalência da Lepra para menos de um caso em cada 10.000 Habitantes.

Objectivos Específicos

Cobertura territorial do Programa

Actividades realizadas

Metodologia utilizada

Casos detectados por campanha

Casos novos com grau de deformidade 2

Casos novos de 0 a 14 anos

Tendência de casos por campanha

Prevalência de Lepra na Província de 1996 a 2001

Resultados de tratamento de doentes Pb e MB

Conclusões

POA 41

INTEGRATED LEPROSY CONTROL WITHIN A WEAKENED HEALTH CARE SYSTEM, LESSONS LEARNED IN DARFUR, SUDAN

Henk Buddingh, Darfur Leprosy and Disability Care Programme, The Leprosy Mission Sudan, PO Box 15079, Amarat, Khartoum, Sudan. E-mail: hbuddingh@hotmail.com

The Leprosy Mission (TLM) has been involved in leprosy control in Darfur, West Sudan since 1998. The health care system here has deteriorated over the 18 years of civil war. In Darfur leprosy control is carried out by general health care workers in general health care centres with logistical support provided by TLM. Leprosy care has definitely improved over the past three years, although case detection still tends to be late and the treatment completion rates are lower than the objectives set. Early case detection through the health centres does not work well because people do not go to health centres with "minor" skin patches. A community health education programme is therefore to be added to increase public awareness. Treatment in health centres nearer to

the patients, and more emphasis on defaulter tracing will hopefully improve treatment completion rates. However, poor general health care does have an effect on the outcome of the programme and, under these conditions, integrated leprosy control can probably not achieve the high objectives set in vertical programmes. Integrated leprosy control can help reduce the stigma of leprosy better than a vertical programme and has the added advantage of supporting the general health care system, whereas vertical programmes may compete with it for scarce resources.

POA 42

INTEGRATION OF LEPROSY CARE SERVICES IN URBAN AREA

Dr S K Mohanty

Senior Advisor, Danlep, Danida. A 1 / 148 Safdarjung Enclave. New Delhi 110 029. Phone (011) 6181909/ Fax 6181099. skm@danlep.org

In India integrating vertical leprosy care services in the general health care services is one of the strategies for leprosy elimination. It is aimed at improving access to leprosy care services in addition to addressing the gender inequity inadvertently creped into the vertical system.

In the rural India, because of the uniformity of the primary health care infrastructure, integration has been possible. The same is not the case in the urban area. Urban primary health care has been a complex issue due to multiple systems and providers including private providers. Absence of structured disease surveillance and control mechanism and social stigma against leprosy also contributes to the complexity.

In the absence of primary health care infrastructure in the urban areas that could be integrated, as an alternate concept to achieve integration, DANLEP has piloted a process for building sustainable and institutionalized partnership between CBOs /NGOs/service providers, and developing coordination and monitoring mechanism for leprosy elimination.

The process has been piloted in 6 selected towns in 4 Indian states. The results of the process is quite encouraging with potentiality for replication. In the piloted towns it has increased awareness and commitment of various stakeholders at policy, providers and community level. Stakeholders have taken up various activities. The access to the leprosy care has increased.

POA 43

INTENSIFICATION OF LEPROSY ELIMINATION - ANGOLA

Bernardino Pereira Teixeira, MD

OMS/Angola, Rua do Songo 14, CP 967 Luanda, ANGOLA

40 years of war has destroyed the health network. Today 80% of the human resources are working in the Provincial capitals, and 1/4 of the population is internally displaced.

Integration of Leprosy in primary health care, is vital in order to maintain the patients in his community.

The prevalence rate is 2,8/10.000. The detection rate is 14, 2/100.000 13,9% new patients have deformity GII, 12% are children, 68 % are MB cases.

32,2% of Health Units and 75,6% of municipalities are covered with MDT.

A project for intensification of Leprosy elimination in Angola was started in September 2001. The funding was provided jointly by the Ministry of Health, WHO and ILEP.

The project consists of decentralisation, and implementation of a package of activities at Provincial and Municipal levels. The Political commitment of Provincial Health Directors and of Provincial Authorities made the Project start..

In the first quarter of 2002 the package of activities has been implemented in all 18 Provinces and 10 have been visited, representing 55 % success.

Results of MDT coverage, are presented comparing the year 2001 with the 1st and 2nd quarters of 2002. By the end of the year we will have reached 80% MDT coverage of the 1460 health units of Angola. The cease-fire signed in 4th April 2002 can only facilitate the implementation of this project.

POA 44

LABOR DE LOS AGENTES DE SALUD EN EL CONTROL DE LA LEPRO. SITUACION HABITUAL EN AREAS RURALES

Gómez Echevarría, José Ramón

Hernandez Ramos, José María

Sanatorio San Francisco De Borja - 03791 Fontilles (Alicante) España. Teléfono: 96 558 33 50. Fax: 96 558 33 76. E-mail: ptorres@fontilles.org

Se muestra la encomiable labor de los agentes de salud brasileños repartidos por todo el territorio nacional. Remarcar el hecho de que sin su presencia continúa en regiones hiperendémicas sería difícil el control de la Lepra.

Se recoge la labor de 10 agentes de salud en municipios del nordeste del Estado de Mato Grosso (Sao Felix do Araguaia, Santa Terezinha, Alto do Boa Vista, Luciara, Confresa, Porto Alegre do Norte y Vila Rica). La formación de los mismo se llevó a cabo por el Polo Regional de Saude de Porto Alegre con la colaboración de la ONG Fontilles.

POA 45

LEPROSY AND INFORMATION TECHNOLOGY: A NOVEL METHOD OF IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF LEPROSY PATIENTS

R. Ganapati, C.R. Revankar, V.V. Pai and S. Kingsley
Bombay Leprosy Project, Sion-Chunabhatti, Mumbai – 400 022, India

The technological developments taking place at a rapid pace across the globe and Information Technology (IT), which has revolutionized the lifestyle of individuals, particularly in urban areas prompted us in 1998 to explore the possibilities of using these techniques in basic leprosy control work, research and rehabilitation to improve the quality of life of leprosy patients. The gadgets concerned were prohibitively expensive and considered as rare items of luxury. This presentation deals with how IT has made a transition point in our scientific work as well as service related activities to the physically challenged due to leprosy and other locomotor disorders in an integrated manner.

Various types of electronic gadgets such as mobile phones and pagers have been used in detecting leprosy patients in the community as well as detecting complications and due to the disease besides identifying handicapped patients due to a variety of diseases. Computer training to the handicapped patients have helped their rehabilitation and reintegrating into the society. Communication equipments such as digital camera, scanners and multimedia projector with laptop computers have been used for continuing medical education. The E-mail, Internet, Net chat, discussion forums and video conferencing using the computer technology have linked scientists and researchers from all over the world. The satellite communication has enabled the experts to offer live training to a large number of grassroots level workers gathered in different areas. The E-commerce has paved a simple and quicker way for the donors to extend financial assistance for supporting leprosy relief work.

POA 46

LEPROSY ELIMINATION CAMPAIGNS IN DANGS DISTRICT, GUJARAT (INDIA)

Dr. Paresh V. Dave, Dr. Anand P. Kaswekar, Mr. Amarjit Singh

Field area of 311 villages of Dangs district

The Dangs district of Gujarat is completely hilly with very difficult terrain. The people are mostly tribal. Around 50% population from Dangs district migrates in sugar factories nearby districts from November to May every year. Average rainfall of district is around 80 to 120 inches per year. We had tried to contact these people before migration.

Leprosy Elimination Campaigns were planned during September 1999 and again in September 2000. Around 40 to 50 Para-Medical Workers were deputed to the Dangs district to conduct a well-planned Leprosy Elimination Campaigns. In September 1999 total 504 new leprosy cases were detected (147 SSL, 281 PB and 76 MB). During September 2000 total 131 new leprosy cases were detected (46 SSL, 76 PB and 9 MB). An unforgettable experience in completely hilly and difficult tribal area where planning, organizing and implementing of Leprosy Elimination Campaigns were successfully done will be discussed during the Congress.

POA 47

LEPROSY MANAGEMENT BY "CASUAL DOCTORS - A LOW COST STRATEGY"

R. Ganapati, S.N. Prasad, C.R. Revankar, K. Gandewar and V.V. Pai

Bombay Leprosy Project, Sion-Chunabhatti, Mumbai – 400 022, India

Decreasing funds have forced NGOs committed to leprosy work to rethink on the money and manpower management to achieve maximum results within available resources. Some NGOs have started diverting funds for other public health problems such as TB and AIDS as leprosy elimination efforts, while post-elimination issues related to World Without Leprosy needing long term money flow are on the agenda. Within its constraints, Bombay Leprosy Project has been experimenting with low cost techniques in areas such as case detection, POD and integration as an alternative to existing practices.

As it is unrealistic any more to employ doctors expecting leprosy to offer career prospects, we thought of a novel idea of minimizing the cost by engaging "Casual Doctors" to assist full time doctors in the management of various activities such as patient management.

The casual doctor works for four hours or even less receiving payment as and when engaged under the guidance of a nucleus of full time regular doctors. These doctors are not entitled for any service benefits enjoyed by the conventional full time or part time staff. These are generally postgraduate doctors with the background of dermatology or community medicine, or they may even be students.

We did a comparison of the total emoluments spent on casual doctors vs. full time doctors as a control by a rough retrospective analysis. Between 1997 and 2001 four regular full time doctors provided services to a total of 4332 doctor-days at the rate 228 days per year. An amount of Rupees 3.92 million (US \$ 63,490) was spent towards their salaries. During the same period, 47 casual doctors were engaged for a

total of 6124 doctor-days representing an average of 12 doctors in a year costing Rupees 1 million. This study shows that NGOs especially those working in urban and semi-urban areas could save substantial amounts by restricting regular doctors and taking advantage of "casual doctors", whenever available.

POA 48

METHOD AND EFFECT OF LEPROSY ELIMINATION CAMPAIGNS IN THE MOUNTAIN AREA 22 COUNTIES OF SICHUAN PROVINCE IN CHINA

Wang Rongmao, Hu Lufang, Wu Xingshen, Ling Yong, He Lu

Sichuan institute of Dermatology, 12 Sidao Street, Chengdu, 610031, China

[Abstract] Leprosy Elimination Campaigns (LEC) are carried out in the Sichuan province 22 counties in the mountain, the knowledge of leprosy are popularized, good effect is got in discovering more patients and increasing the work ledge of leprosy grasped by the Civil Servants. The government attends the workshop to training the directors of the town and the sanitation nurse as well as epidemic doctors. News media and public health organization carry out health education on leprosy by all kinds of method. Special organizations collect the clues reported by the barefoot doctors and the mass, assign experts to determinate the diagnosis. LEC covers 22 counties, 756 townships, more than 4800 villages. 118 short-training class are held. 7653 cadres of counties, township and villages and health workers attend the training, 617 clues are reported right now, and 83 are determined as leprosy patients by bacteria and histological examination. The knowledge of leprosy grasped by health workers and the mass is increased. It demonstrates that it is necessary for the government to attend the LEC in the mountain area, which can discover the hidden patients in the community, and teach a good lesson on leprosy to the whole society, push forward the work of elimination of leprosy.

POA 49

MODELO LÓGICO PARA A AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DA DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES PROGRAMÁTICAS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE NOVA IGUAÇU: UM ESTUDO DE CASO

Tadiana Maria Alves Moreira – Secretaria de Estado e Saúde do Rio de Janeiro.

O objetivo central deste trabalho é apresentar a construção de um modelo lógico de pesquisa avaliativa, da descentralização do diagnóstico de casos e de sus-

peitos, das incapacidades físicas bem como do tratamento da hanseníase na rede básica de saúde do município de Nova Iguaçu. Estudou-se as características importantes deste processo, os resultados obtidos assim como sua validação. Na oportunidade construiu-se uma metodologia para avaliar a influência da descentralização no acesso da população as ações programáticas de avaliação. Optou-se por empregar como estudo sentinela o município de Nova Iguaçu, que oferece atendimento a seus habitantes numa rede pública de saúde de baixa e médica complexidade assistencial:

Unidades de saúde de média complexidade (centros de saúde, unidades mistas, unidades de pronto atendimento) com equipe multi-profissional. As ações programáticas de hanseníase são desenvolvidas por dermatologistas e equipe de enfermagem; Unidades de saúde de baixa complexidade (unidades básicas de saúde, postos de saúde e Programa de Saúde da Família) com profissional médico generalista e/ou auxiliar de enfermagem ou ainda, por apenas pessoal de nível médio e elementar de enfermagem e agentes comunitários de saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

POA 50

MODIFIED LEPROSY ELIMINATION CAMPAIGN (MLEC-III) IN CHHATTISGARH (A NEW EXPERIENCE IN PLANNING AND IMPLEMENTATION)

A new state – Chhattisgarh is born in India on 1st Nov. 2000 composed of what were, until recently, some peripheral districts of large state of Madhya Pradesh; with rough terrain, vast tracts of forest and largely tribal population; poverty compounded by low literacy levels and lack of access to health facilities in many of the tribal areas.

What Chhattisgarh has done from September to November 2001 in the third Modified Leprosy Elimination Campaign (MLEC-III) is breath taking and exciting in terms of coverage and concept. The result; most of the 2 crore population of the state was surveyed and over 12,000 cases of leprosy identified.

The objective of the campaign was to bring out within a very short time span, all hidden cases of leprosy in the target area through a process of house-to-house search. This search first identifies possible cases by physical examination, which are later verified and confirmed by qualified Medical / Paramedical staff. Treatment by MDT is initiated immediately for all positive cases ensuring cure within a maximum period of 1 year.

Funding support are from the center and international agencies including World Bank. DANLEP (Danida Assistance to the National Leprosy Eradica-

tion Programme) which has been working in the area was involved in the campaign.

Earlier two rounds of MLEC-I and MLEC-II took place in 1998-99 and 2000 respectively. The unique features of MLEC-III are: -

Political will was evinced through active participation of local leaders, ministers including Chief Minister of the state.

Administrative support for the campaign was provided not just by the health department but by the total government machinery, in particular by the Revenue Department. Meticulous planning at state level and willing participation in the districts ensured that officials from the Collector to the village Patwari were involved in organising and implementing the campaign. This has created a management system at district, block and field levels, which has provided additional administrative manpower, lent further authority to activity at each level.

Mass mobilisation and active community participation was a major component of MLEC-III. Village leaders, NGOs and students participated in information, education and communication (IEC) activities to raise awareness. Panchayat leaders, municipal counsellors and ward members participated in the campaign to spread messages in the areas.

Voluntarism played an important role in the awareness campaign and house-to-house search. Search-volunteers were trained for the process and this has created a bank of trained lay persons in every community in the state. With a very high political commitment and community support it was possible to visit more than 30 lakh houses surveying about 2 crore population.

IEC strategy used variety of communication media available from traditional folk to modern electronics. An added dimension was the training of folk dancers and singers of the districts at the state level to perform plays in traditional mode with leprosy elimination as a theme. More than 25 lakh wall paintings, more than 35 thousands rallies by school children, thousands of Gram Sabhas and more than 2 lakh announcements by village Kotwars were highlights of the outcome of IEC strategy

Outcome of MLEC-III. Out of 85069 persons suspected and referred by the volunteers 12353 cases were confirmed by the Medical / Supervising persons. 6910 were female patients. Prevalence rate of leprosy which was 7.1/10000 population has gone up to 12.8/10000 population as an outcome of the vigorous campaign with highly visible IEC activities.

No. of leprosy cases suspected	85069
No. confirmed	12353
SSL cases	575
PB cases	7882
MB cases	3886

POA 51

MUNICIPALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE HANSENÍASE EM SOROCABA, SÃO PAULO

Regina Fatima Gonzales

Prefeitura Municipal de Sorocaba. Avenida Roberto Simonsen 987, Santa Rosália. Sorocaba, São Paulo, Brasil

Em Janeiro de 2000, a Secretaria Municipal de Saúde de Sorocaba, assumiu o Programa de Controle da Hanseníase. Foi realizada uma avaliação situacional e estabelecidas as prioridades para a estruturação do Programa. A partir dessa data foram realizadas três campanhas que resultaram no aumento dos coeficientes de prevalência, detecção e aumento dos diagnósticos na forma inicial da doença (casos indeterminados). Conclui-se que, a partir dessa experiência tem havido agilidade na execução de ações necessárias ao bom andamento do serviço. A proximidade e o acesso fácil aos vários departamentos que o controle municipal do Programa permite, asseguram resolutividade e eficiência nas ações.

POA 52

NETWORK SURVEY/SURVILLANCE/SENSITIZATION PROJECT (For-NLEP-APPLICATION)

Dr. (Major) Monojit Kulabhi, District Technical Support Team/ TLM-ILEP -Kolkata, INDIA C/O GLRA- (Eastern India Secretariat) E-mail: monojitk@yahoo.com

The basic aim of this paper is to show that to how we can maintain a qualitative, cost effective, least time consuming, least wastage of health staffs and sustainable survey cum screening cum sensitization programme by judiciously utilizing the just literate human resources of the country basically through (student-teacher)/Community Volunteers-health care provider-public health managers network.

Practically it can be applied in wide scale to reach very fast within the families of students and school staffs and getting feedback from them very fast by just using a simple set of questioners form through the network. This method is applicable in any organized set-up like Industry, Armed Forces, Universities, Colleges, and Plantation Sectors etc.

Therefore we can positively think now, to find out the 'hidden cases' through this network at different set up and different level, shifting our focus from the traditional and conventional method of survey/default tracing/follow-up/ activity in which we are spending huge amount of money, not utilizing these hidden human resources, engaging large no. of vertical staffs along with general health care staff. The cost will come down to at least 1/10th compared to the present context along with increasing quality and reliable work.

The potential for this project lies here that it can be adopted very easily with a well co-ordinated approach at different levels through the public health managers and Govt. functionaries with minimum use of the trained health staffs, huge expense on FOL, unjustified use of posters, leaflets, manpower etc. This system will definitely create an impressive impact when no. of cases are coming down and in the phase of integration and when a reliable, sustainable method of case surveillance is required esp. for the poor and developing countries.

The above-mentioned paper needs to be explained in a proper forum of experts as a consensus can be reached for its application for benefit of the present programme. I would also need sponsors to show its credibility and also to justify its applicability in other public health programme like TB/HIV etc. Sample study is quiet encouraging justifies the viability and future.

POA 53

NGO AND STATE: THE CO-OPERATION BETWEEN A LEPROSY RELIEF ASSOCIATION AND OTHER INSTITUTIONS IN SOUTH AMERICA

Andreas Kalk; Jürgen König

German Leprosy Relief Association. Mariannahillstr. 1c 97074 Würzburg. Germany Tel. +49-931-7948123. E-mail: andreas.kalk@dahw.de; juergen.koenig@dahw.de

In a structured questionnaire format, the *German Leprosy Relief Association* (GLRA) interviewed its representatives in two Federal states of Brazil and four other Latin American countries about the distribution, between itself, the state and other institutions of a) responsibility for funding and b) implementation of activities, in relation to leprosy control. Wherever the political commitment was given, GLRA's role could be reduced to the highly effective support of the government structure in well-defined areas, most particularly in staff training, health education and eventually in programme supervision. This public-private partnership under the umbrella of the host government sustains a small, but important specialized leprosy component whilst routine services are well integrated into the general health system.

POA 54

O ATENDIMENTO AO PACIENTE PORTADOR DE HANSENIASE: ENFOQUE INTERDISCIPLINAR.

Vanúzia Maria Lima; Nidia Bambirra

Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG. Alameda Álvaro Celso, 55 – Santa

Efigênia- Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. CEP: 30150-260 Fone: (31) 3248-9563 Fax: (31) 3226-3066 E-mail: adermato@hc.ufmg.br

O serviço de dermatologia desenvolve o programa de controle da hanseníase promovendo assim atendimento aos portadores da doença desde 1976, e em 1989 iniciamos com a PQT (poliquimioterapia), com apoio da EEnFUFMG e Faculdade de Medicina.

No período entre 1978 até 1988 havia em registro um total de 230 pacientes no esquema de tratamento vigente na época (DNDS) e 130 obtiveram alta por cura. Em 1994 foi realizada, no serviço, pesquisa operacional quando todos pacientes em abandono foram convocados para reavaliação. Após convocação os pacientes em esquema antigo foram reavaliados a medida que retornavam ao serviço. No período de 1990 até 1999 estavam registrados 217 pacientes já com a poliquimioterapia.

Após vários debates com Secretaria Estadual de Saúde e outros serviços, com nossa historia contada e recontada, trabalhos apresentados em seminários, simpósios e congressos, e uma equipe multidisciplinar formada, somos hoje centro colaborador de referência municipal e estadual em hanseníase.

Seguindo o fluxo do atendimento obedecendo às normas do ministério da saúde, as consultas medicas são agendadas e após o diagnóstico o paciente inicia o tratamento, sendo atendido pelo enfermeiro para primeira dose da medicação, e receber as demais orientações. Os pacientes são encaminhados por toda a equipe, para entrevista com o serviço social, para o serviço de terapia ocupacional e fisioterapia do setor. Há também o atendimento de grupo realizado pelo serviço social e pela enfermagem, onde se proporciona aos pacientes, contatos e comunidade um espaço onde possam estar construindo novos conceitos da doença., favorecendo o entendimento e maior participação no processo de cura.

POA 55

O CLIENTE ACOMETIDO PELA HANSENIASE E A IRREGULARIDADE DO TRATAMENTO. A CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM PARA A META DE ELIMINAÇÃO

Ana Maria Machado Leão; Adriane da Silva Proba; Julia de Almeida Trindade

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157 Rio de Janeiro - Brasil

Este trabalho pretende buscar os determinantes da não adesão dos clientes ao tratamento de hanseníase, considerados faltosos ou em abandono no programa de uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município do Rio de Janeiro. O tema para este estudo é oriundo de um projeto de Extensão da Faculdade de Enfermagem - UERJ, que articula o ensino e o

serviço, possibilitando a resolutividade dos problemas, pelas atividades de prevenção e controle da hanseníase. Considerando esta patologia ainda nos dias de hoje um sério problema de Saúde Pública, com a meta de eliminação prorrogada para o ano de 2005, demandará das ações de superação de grandes obstáculos, como a deficiência da Rede Pública de serviços de saúde no que diz respeito a profissionais capacitados para atendimento integral ao paciente de hanseníase (Ministério da Saúde – 2000). Nas ações propostas, é indispensável a regularidade do tratamento e estratégias devem ser utilizadas para facilitar a assiduidade da clientela. Neste estudo optamos pelo método qualitativo, no qual faremos busca ativa aos clientes faltosos ou em abandono do esquema medicamentoso / poliquimioterapia. Utilizaremos a entrevista para a coleta de dados que será realizada no período de abril a junho de 2002 a fim de identificarmos as causas que dificultam a alta destes clientes. A análise compreensiva dos significados poderá contribuir na qualidade da assistência e na melhor organização do serviço de saúde.

POA 56

O CLIENTE COM HANSENÍASE: ALÉM DO INDIVIDUAL UMA QUESTÃO FAMILIAR

Cintia Nogueira de Abreu; Hellen Sardinha Caetano; Luciana Barreto Nobre; Ana Maria Machado Leão

Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard 28 de Setembro, 157 Rio de Janeiro - Brasil

O estudo refere-se a monografia apresentada para finalização do curso de Graduação de Enfermagem, realizada por três acadêmicas, no período de agosto/2001 a fevereiro/2002. A motivação do tema surgiu das experiências vividas em uma Unidade Básica de Saúde, localizada no município do Rio de Janeiro, durante as consultas de enfermagem aos clientes em tratamento pela hanseníase. Neste cenário observou-se que os clientes geralmente estavam desacompanhados, relatavam dúvidas quanto a cura, dificuldade em aceitá-la e autopréconceito. O objetivo foi identificar a percepção do cliente sobre a participação da família durante o tratamento da hanseníase, até a cura. O objeto do estudo foram clientes em tratamento ou em alta terapêutica, escolhidos aleatoriamente durante o atendimento em uma Unidade de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. As questões norteadoras do estudo foram: Como foi o seu relacionamento com outras pessoas após o diagnóstico? O que você pensa do apoio familiar durante o seu tratamento para a cura? A abordagem qualitativa dentro das concepções fenomenológicas foi a mais indicada, podendo proporcionar uma descrição da experiência tal como ele é segundo Gil (1998). Foi utilizada a técnica de entrevista aberta. Na análise os dados foram agrupados em quatro categorias: preconceito - uma barreira a ser vencida;

hanseníase, aceitando a doença; falta de informação uma questão a ser trabalhada e o apoio familiar, primordial no tratamento. Estas categorias identificadas nas falas dos sete clientes entrevistados, destacam várias vertentes que fazem repensar em estratégias para mudanças dos serviços e de seus profissionais, que envolvem as dificuldades dos clientes em lidar com o diagnóstico, suas relações sociais, preconceito, medo, necessidade da educação sobre o tema e essencialmente o envolvimento familiar neste processo, pois segundo eles, amenizam as dificuldades emocionais e físicas que enfrentam. A formação de grupos de clientes e seus contatos para discussões abertas e participativas apontam como uma das ações prioritárias. Ressaltamos a citação do Ministério da Saúde/2000 “A família é uma estratégia de mudança, significa repensar práticas, valores e conhecimentos de todas as pessoas...” Consideramos que com este olhar não apenas para o indivíduo acometido pela patologia em questão, poderemos contribuir de forma mais efetiva para o plano de eliminação da hanseníase

POA 57

O IMPACTO DA “ATENÇÃO PÓS-ALTA” AO EX-PACIENTE DE HANSENÍASE NA ROTINA DO CENTRO COLABORADOR NACIONAL

Duppre, N.C., Nery, J.A.C., Sales, A.M., Pereira, R.M.O, Vieira, D.M., Gallo, M.E.N.

Ambulatório Souza Araújo – Laboratório de Hanseníase / FIOCRUZ RJ

Introdução: Uma das mais importantes estratégias do plano de eliminação da hanseníase é o tratamento com PQT/OMS, que alcançou uma cobertura ideal (99% em 1997 comparado com 36% em 1987). O tempo médio de permanência do doente de hanseníase no registro ativo foi reduzida de 12,7 anos em 1985 para 2 anos em 1997.

Objetivo: Identificar os motivos que fazem com que o paciente retornem ao ambulatório após a alta terapêutica.

Material e Métodos: Foram selecionados os pacientes que após a saída do registro ativo retornaram ao serviço pelo menos uma vez no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2001. A coleta de dados consistiu de uma avaliação retrospectiva dos prontuários, com a finalidade de identificar os motivos dos retornos do paciente desde a alta terapêutica até o ano em estudo.

Resultado: No primeiro ano pós-alta, 80% dos pacientes retornam ao serviço devido à manifestações do quadro reacional e 20 % devido a outras queixas clínicas e procura de atendimento pelo serviço social. Em média, 65% desses pacientes, continuam comparecendo mensalmente ao serviço para controle do

quadro reacional por um período de 3 anos, com uma média anual de aproximadamente 12 consultas por paciente.

Conclusão: Os quadros reacionais hansênicos representam uma significativa sobrecarga na rotina do serviço, uma vez que os pacientes mesmo tratados, continuam procurando o serviço com uma acentuada frequência por um longo período. Portanto, é imprescindível considerar e analisar tais retornos, com vistas a ampliar a visão e as estratégias de ação do programa de hansênfase.

POA 58

O PROGRAMA DE HANSENÍASE NO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES CECI: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Ferraz, S.M.P.; Gaspar, J.A.; Gracia, M.M.; Ito, L.S.; Nadolkis, O.; Martins, N.; Oda, R.N.K.; Pereira, C.M.; Santos, L.X.; Silva, I.M.F.

Prefeitura do Município de São Paulo - Ambulatório de Especialidades Ceci.

Introdução: O Ambulatório de Especialidades Ceci, anteriormente denominado C.S.I Jabaquara foi municipalizado em 1.993. Em junho de 1.996 houve mudança política e administrativa influenciando no caráter do atendimento, passando a funcionar como C.R. DST/AIDS com cobertura aos programas de hansênfase e tuberculose. Os profissionais com experiência em atendimento a hansênfase foram colocados à disposição, assumindo 04 técnicos (dermatologista, enfermeira, educadora, aux. enfermagem).

Problemas Enfrentados: 504 usuários no registro ativo em monoterapia com índice de abandono superior à 40%; usuários sem avaliação e/ou prevenção de incapacidades; 80% dos comunicantes sem acompanhamento; desconhecimento da problemática da hansênfase da equipe de saúde, outros serviços da região, usuários, comunicantes e população em geral; desorganização do serviço em relação ao atendimento global do usuário.

Solução: Sensibilização e compromisso da equipe mínima diante da situação encontrada; recuperação gradativa da confiança dos usuários de forma acolhedora e humanizada; "luta" para manter o programa na unidade, envolvendo várias instâncias administrativas; reorganização técnica e administrativa; inclusão na polioquimioterapia (PQT); altas por cura dentro dos critérios preconizados; realização de avaliações e prevenção de incapacidades; estabelecimento de vínculo e atendimento aos comunicantes; garantia da continuidade do tratamento nas transferências; intensificação das ações educativas com a utilização do teatro de bonecos entre outros; estabelecimento de parcerias com entidades oficiais e filantrópicas para obtenção de recursos.

Conclusão: A luta perseverante para manutenção da atenção a hansênfase e da equipe multidisciplinar na Unidade apresenta os seguintes resultados: nenhum caso de abandono na rotina desde 1.999; o registro ativo conta com média de 50 pacientes/ano com comparecimento e alta no tempo regular do tratamento; resgate da cidadania através da criação do núcleo do Morhan (movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hansênfase), reinserindo-os como participantes ativos da sociedade, e o futuro continuar com o desafio, implementando cada vez mais às ações de controle para eliminação da hansênfase

POA 59

ON COMMUNITY BASED COMBINED LEPROSY AND TUBERCULOSIS CONTROL WORK IN NAVI MUMBAI

A. Antony Samy, Daisy G., Geeta B., Vinaya S., Anamma and Joy M.

Alert-India; Association For Leprosy Education, Rehabilitation & Treatment – India, B-9 Mira Mansion, Sion (West), Mumbai – 400 022. India.

This paper is an attempt to reflect on and derive lessons on work which combine two disease control programmes – Leprosy & TB.

The paper begins with a narration of ALERT-INDIA's community based leprosy and TB control work in the past 12 years.

It also brings out the crucial differences between two diseases in terms of socio-economic and psychological characteristics. Keeping in view these difference the paper proceeds to discuss the strategies and epidemiological features of the control programmes.

Finally, it high lights the major differences that emerge in the implementation of such programmes. Thus yielding valuable and critical aspects that need to be embodied in meaningful training programmes for both organisation and workers desirous of taking up such combined disease control programmes.

POA 60

OUTCOME OF REPEATED LEC IN A HIGH PREVALENCE DISTRICT OF WEST NEPAL

Shailendra Gautam, Himalaya Sigdel

AIDS & Leprosy Programme, INF-RELEASE, PO BOX 28, Pokhara, Nepal

The AIDS & Leprosy Programme of the International Nepal Fellowship works in partnership with the Government of Nepal (HMG/N) to support leprosy control activities in the Western Region of Nepal. In all 16 districts of the region, significant

progress has been made towards the goal of leprosy elimination. There remain three high prevalence districts of which one has been the focus of repeated LEC.

In Rupandehi district, the reported prevalence in 1991 was 10/10,000 and this district continues to have the highest prevalence in the region 10 years later. In absence of a campaign, case finding is passive, and amounts to ~300 people /year.

In campaign years there has been active case finding (house to house surveys over 6 days), awareness raising and training of health workers and survey volunteers. Each year ~400 people were diagnosed in the campaign period alone. Despite the change to active case finding, the MB proportion, child proportion and male/female ratio for the campaign data have all been similar to those found in the passive case finding of the remainder of the year.

We conclude that the campaigns are not finding the hidden or index cases that would be necessary for the success of the elimination programme. However, a significant decrease in grade 2-disability is observed and the impact regarding increased community awareness, reduced social stigma and training for health staff and volunteers should not be minimised. A modification of campaigns is recommended, especially in the area of awareness raising strategy and training methods including revision of search card used by search team volunteers

POA 61

PARTNERSHIP FOR PROMOTING INTEGRATION – A WORK PLAN OF GOVERNMENT-NGO COLLABORATION IN INDIA

T. Jayaraj Devadas, Dr. Thomas Abraham and J. Ravichandran

German Leprosy Relief Association India and Lepra Ch. India. No. 4, Gajapathy Street, Shenoyagar, Chennai-600 030, India

Integration of leprosy services in general health has been defined as a process of bringing together common functions within and between organisations to solve problems. To bring partnership in integration a Nodal NGO can be identified at the district level to provide support services to the on going activities of the Government. This NGO based support services involves the following:

Help the General Health Department in the District to plan the leprosy work with an integrated approach

Provide on the job training in leprosy to the General Health staff

Help them to organise IEC activities to facilitate voluntary reporting

Introduce the concept of Prevention of Disability at the PHC level

Provide technical know how to handle complicated cases

Facilitate referrals for Reconstructive surgery and Socio economic rehabilitation.

A zonal team covering several Districts (5 to 10) can facilitate and extend the needed guidance see to that the support services are functional at the field level.

POA 62

PATIENT- AND HEALTH SERVICES DELAY IN THE DIAGNOSIS OF LEPROSY IN KADUNA STATE, NIGERIA

Erik Post

Netherlands Leprosy Relief. Wisma Bayuadji, 3.06 Jl. Gandaria Tengah III, no.44 Jakarta Selatan 12130 Indonesia

The objective of the study was to determine patient- and health system delay before reaching modern leprosy services, and to obtain an insight in the kind of health providers that were consulted by leprosy patients in that process. The study was carried out in 1998, Kaduna State, Northern Nigeria. A modified questionnaire on health seeking behaviour was used (ILEP 1996).

About half of all interviewees (48%) went to traditional healers to present the first signs of leprosy. Only 11 % of the patients went to the public health sector, and 17% went straight to (public) leprosy services. Private practitioners were consulted in 13% of the cases. They visited 2–3 health providers before leprosy was diagnosed. Family and friends were, however, the most important group to first suspect leprosy (46% of the cases). Median patient delay was found to be 4.5 months, and the median health system delay 10 months.

The study indicates the challenge that traditional health providers poses to conventional case finding strategies. At the same time patients' social networks, important for health seeking decisions, can be reached through mass health education.

POA 63

PLANO DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE DA REGIONAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE NO ANO DE 2001

Ana Regina Coelho de Andrade, Marisa Costa Azevedo e Regina Licínia Ferreira

Instituição: CDTVA/ Setor de Hanseníase da Diretoria Metropolitana de Saúde de Belo Horizonte – SES-MG

Rua Levindo Lopes 323 – 7º andar – Lourdes – CEP 30140-170 – Belo Horizonte - MG – Brasil

A elaboração do plano de eliminação da Hanseníase do Regional de Saúde de Belo Horizonte no ano de 2001 visa eleger municípios cuja situação epidemiológica requer implantação e/ou implementação das atividades de ações de controle em Hanseníase, conforme recomendação da Norma Operacional de Assistência à Saúde –NOAS – de 2001. Os critérios adotados para a seleção dos municípios prioritários foram a taxa de prevalência hiperendêmica (> ou = a 4,0/10.000 hab), e/ou muito alta (entre 2 e 3,99/10.000 hab); prevalência maior ou igual a 10; número de casos novos maior ou igual a 5, e a baixa cobertura de serviços com alguma atividade de controle de Hanseníase. Dos 37 municípios da DRS, foram selecionados 15 prioritários, responsáveis por 95,5% dos pacientes em registro ativo em 2000, 96,5% dos casos novos do mesmo ano, além de terem 74,3% dos serviços de saúde do regional que tem alguma atividade de controle em Hanseníase e abrangerem 89,1% da população do regional. A implantação e implementação das atividades de controle englobam várias atividades como sensibilização de gestores, visitas e supervisões aos municípios prioritários, treinamentos nas várias ações de controle da hanseníase, bem como atividades de suporte para educação continuada dos profissionais da rede básica com ações de controle em Hanseníase.

POA 64

PLANO DE ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE EM BELFORD ROXO E QUEIMADOS/RJ: UMA EXPERIÊNCIA DE INTEGRAÇÃO DE ENSINO-SERVIÇO

Gomes Mk., Daxbacher Elr., Dantas Jr., Guerra Fb., Dantas Tr., Kaufman J.; Oliveira, Mlw.

Faculdade De Medicina/Ufrj-Serviço De Dermatologia/Hucff 5º Andar Av. Brigadeiro Trompowski S/N, Ilha Do Fundão/Rj.

A Faculdade de Medicina (FM)/UFRJ, à partir de maio de 1996 participa da elaboração, execução e avaliações anuais dos Planos de Eliminação da Hanseníase em Queimados e Belford Roxo/RJ, área hiperendêmica. Trata-se de um projeto interinstitucional (Estado, municípios e UFRJ) com funções definidas para cada instituição, tendo como objetivo geral reduzir a prevalência a menos de 1 caso/10000 hab.

O plano de ação consistiu da integração das instituições envolvidas e das seguintes atividades: diagnóstico situacional à nível municipal; treinamento de 80% das redes de saúde; treinamento em serviço nas 07 US previamente selecionadas para a descentralização das ações de controle; inserção do alunado realizando ações educativas e VDs, para resgates de abandonos/faltosos e divulgação de sinais e sintomas à população e a realização “feiras de saúde”.

Em Queimados a prevalência variou de 8,11/10.000 hab/95 para 12/10.000 hab/01 e a detecção de 4,43/10.000 hab/95 para 6,04/10.000 hab/01. Em Belford Roxo, a prevalência foi de 3,87/10.000 hab./95 para 7,93/10.000 hab/01 e a detecção aumentou de 2,07/10.000 hab/95 para 4,3/10.000 hab/01. As taxas de abandono reduziram de 52,4% em BR/95 para 32,18/00. Em ambos os municípios 80% dos funcionários da saúde foram treinados em suspeição diagnóstica e foi efetivado o processo de descentralização. Discute-se à partir destes dados uma estratégia para atingir a meta da eliminação.

POA 65

POST ASSESSMENT STUDY TO ASSESS THE IMPACT OF MLEM DONE IN TAMILNADU AMONG VARIOUS HEALTH FACILITIES RANDOMLY SELECTED

G. Elangovan, Health Educator

Epidemiological Surveillance Team, Office of the Director of Public health and preventive medicine, Chennai - 600 006. #6, Tirukural 1st Cross Street, Kamarajapuram, Selaiyur (post), Chennai - 600 073. Tel. No.: Office: (044)4321826 Ext: 261/(044) 4337544 / Res: (044) 2270205

Introduction: It was Aimed to Assess the Geographical Coverage, Availability and Quality of the MDT Blisters Packs. To Assess the Quality of the patient care services and to make an Analysis of the trends of Leprosy Problem updating of Leprosy Registers and to Assess the Internal validity of the information on prevalence and detection.

Context:

1. MDT Supply Indicators

Proportion of Cases treated with MDT./ Proportion of Existing Health Facilities providing MDT Treatment / Proportion of HFS has of MDT drugs available / Proportion of Health Facilities have stocks of MDT Drugs for > 3 months / Proportion of MDT packs utilised / Proportion of BCPS of Poor Quality / Proportion of estimated needs for MDT Supply.

2. Patient Care Indicator

Diagnosis of Leprosy

Proportion of cases Diagnosed and classified wrongly/Proportion of child cases among the new cases detected / Proportion of MB cases among the new cases detected/ Proportion of SSL Cases/Proportion of Female Cases/ Proportion of new cases with disabilities / Proportion of Re-cycled cases

Accessibility to MDT

Proportion of cases with delay in diagnosis / Proportion of cases have to travel longer distance/Proportion of cases incurred cost to collect the MDT Drugs.

Proportion of patients avail the flexible delivery of MDT Services.

Case Holding

Proportion of cases cured in due time for treatment / Proportion of cases defaulted out / Proportion of cases continuing treatment beyond the prescribed dates.

3. Elimination of Indicators:

Prevalence

Reported prevalence rate / Prevalence after applying the standard definitions / Prevalence trends over the last 5 years.

Detection

New case detection trends over the last 5 years / MB cases detection trends / Child cases detection trends / SSL cases detection trends / Female cases detection trends / Disability cases detection trends / Voluntary cases detection trends.

Conclusion

The main purpose of this working paper is to develop a limited number of indicators that can describe the performance of MDT services it refers to comprehensive health activities including diagnosis, classification, prescription of treatment, delivery of MDT, case holding and cure of leprosy patients and it is expected that such indicators will assist in assessing progress towards the elimination of leprosy at the most peripheral level. This will also assist in planning and implementing appropriate action and to measure its impact.

POA 66

POST LEPROSY ELIMINATION ISSUES - FUTURE FUNDING

Dr. C.R. Revankar

Consultation in Leprosy and Allied Diseases, 161-G, Jerome Street, Roselle Park, NJ-07204, USA. Email: macnir@juno.com

A call for the final push for the elimination of leprosy with MDT with a revised target year 2005 is bringing a positive hope to conquer this age-old disease. Even though the global active leprosy case load has significantly declined from 5 351 408 (1985) to 597 035 (2001), the new case detection has not shown any significant change. The global case detection was 560 646 in 1994 and 719 219 in 2000. (WHO, 2002)

Several ILEP agencies supporting leprosy programmes are in the process of reducing funds based on the active leprosy case load for treatment.

This paper highlights some of the following important post elimination issues that need to be worked on to achieve a "World Without Leprosy," a new

concept propagated during the Beijing International Leprosy Congress, 1998.

1. Tackling low level of transmission and identification of early skin smear positive leprosy patients including MB relapses, especially in fast growing urban locations.

2. Providing rehabilitation, especially physical rehabilitation to about 2-3 million disabled leprosy patients in the world (1.5 million in India)

3. Early identification and management of reactions and neuritis to prevent nerve damage in 30%-40% of cases

4. Further research on leprosy eradication model, drug resistance, newer drugs to prevent nerve damage, newer chemotherapeutic combinations, operational studies in integration, low cost techniques, immuno-therapeutic agents, immunoprophylaxis and chemoprophylaxis with ROM in selected areas

Achieving a "World Without Leprosy" encompassing several of these issues and other broader issues merit sustained funding and efforts.

POA 67

PREVALÊNCIA OCULTA DE HANSENÍASE NA DRS DE BELO HORIZONTE - ESTIMATIVA NO PERÍODO DE 1995 A 1999

Ana Regina Coelho de Andrade; Marisa Costa Azevedo; Regina Licinia Ferreira

Instituição: CDTVA – Setor de Hanseníase da Diretoria Regional de Saúde de Belo Horizonte/ SES-MG - Rua Levindo Lopes 323 – 7º andar – Lourdes – CEP 30.140-170 – Belo Horizonte – MG

O Estado de Minas Gerais é dividido em 25 regiões administrativas de saúde, com áreas de abrangência distintas, denominadas diretorias regionais de saúde [DRS]. Uma dessas diretorias é a de Belo Horizonte, que engloba 36 municípios, com uma população de 4.215.952 habitantes. Dentre esses 36 municípios foram escolhidos quatro [Belo Horizonte, Betim, Contagem e Santa Luzia] que perfazem um total de 3.121.543 habitantes, correspondendo a 74,04% da população do regional, para a observação da evolução dos indicadores de prevalência e detecção de Hanseníase no período de 1995 a 1999. Paralelamente, foi feita a estimativa da prevalência oculta, neste mesmo período, segundo as recomendações da Organização Pan-Americana [OPAS].

Observa-se o decréscimo dos indicadores de prevalência e detecção, que em 1995 eram, na DRS de Belo Horizonte, de 1800 pacientes em registro ativo [R.A], com uma taxa de prevalência de 4,7/10.000 habitantes para 784 pacientes em R.A, com taxa de 1,9/10.000 habitantes em 1999. A detecção foi de 360 casos novos, com uma taxa de

0,94/10.000 habitantes em 1995, e de 313 casos novos e taxa de 0,74/10.000 habitantes em 1999. Entretanto, ao se estimar a Prevalência Oculta, percebe-se uma "perda" de cerca de 122 casos novos de Hanseníase a cada ano, na DRS de Belo Horizonte.

O objetivo da apresentação é para que se aumente a vigilância em relação ao controle da Hanseníase, bem como mostrar a necessidade da adoção de novos indicadores epidemiológicos, à medida que nos aproximamos da meta de eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública.

POA 68

PREVALÊNCIA OCULTA DE HANSENÍASE NAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS DIRETORIAS REGIONAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS - BRASIL

Maria Ana Araujo Leboeuf, E. Maria Aparecida De Faria Grossi

Secretaria De Estado Da Saúde De Minas Gerais - hansenias@saude.mg.gov.br

Av. Afonso Pena 2300-Belo Horizonte-Mg Brasil 30130-007

Minas Gerais, nos últimos 14 anos reduziu 85% da prevalência de Hanseníase, passando de uma taxa de 27,2 (1986) para 3,2 /10.000 hab. (2000). Sendo a eliminação da Hanseníase a meta a ser atingida nos próximos anos, preocupa-nos a existência de casos não detectados pelos Serviços de Saúde permanecendo na população e perpetuando focos da doença – prevalência oculta.

Utilizando o método proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/OMS, baseado no "grau de incapacidades no diagnóstico", apresentamos neste trabalho o número de casos de Hanseníase que cada Diretoria Regional de Saúde-DRS deixou de detectar a cada ano (de 1995 a 1999) e o percentual que isto significou em relação aos diagnósticos realizados.

O percentual de casos não detectados em relação aos detectados no Estado foi de 34% e, entre os Regionais variou de 19 a 70%. Dois Regionais que já haviam atingido a meta de eliminação (<1/10.000) passaram a apresentar taxas até duas vezes maiores após inclusão dos casos ocultos. No Estado 5.217 casos deixaram de ser detectados entre 1995 e 1999.

Considerando que mais de 1.000 casos de Hanseníase deixam de ser detectados a cada ano em Minas Gerais, este trabalho teve como objetivo identificar as áreas de maior perda de casos, para que se possa programar ações intensivas de divulgação e treinamento, no sentido de favorecer o diagnóstico precoce, tratamento e cura, visando a eliminação Hanseníase e dos problemas por ela acarretados.

POA 69

PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE LEPRO. REDEFINICION DE ESTRATEGIAS PARA ENCARAR EL PROCESO DE CONSOLIDACION

Dra. Mirta Antola, Dr. Juan C. Granata, Dr. Rafael La Porta y Dra. Olga Terriles

INP " Dr. Mario Fatale Chaben". Avenida Pasco Colón 568, CP 1063, Ciudad de Buenos Aires

La Lepra en Argentina constituye un problema de salud pública regional.

La zona endémica se limita a 12 provincias del país que geográficamente corresponden al noreste argentino (NEA), noroeste argentino (NOA), centro y litoral.

La tasa de prevalencia nacional ha descendido en forma sostenida en los últimos 10 años, de 2/10000 hab. en 1992 a 0,44/100000hab. A fin de 2001.

Señalamos como factores determinantes de este resultado: la implementación de PQT, la ampliación de la cobertura en función del proceso de descentralización de actividades de control de lepra, la capacitación gerencial de los referentes provinciales, la revisión y actualización de registros históricos.

La detección de nuevos casos si bien ha acompañado la curva descendente, ha sido mucho más gradual, pasando de 543 caso en 1992 a 417 detectados e fin de 2001, manteniéndose un promedio de 400-450 nuevos casos por año.

La necesaria redefinición de estrategias para encarar el momento actual incluyen:

realizar nuevamente la estratificación epidemiológica regional, para identificar las áreas críticas en los departamentos provinciales que aún mantienen tasas de prevalencia superiores a 1/10000hab.

Formular indicadores de monitoreo acordes a la situación actual: detección de casos, prevalencia conocida y oculta, casos nuevos con discapacidad, pacientes curados, recidivas.

Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica en las provincias con tasas inferiores a 1/10000 hab. Con la introducción de unidades centinela.

Iniciar la formulación de un Plan de Consolidación

POA 70

PROJETO PRIORITARIO TOLERÂNCIA ZERO: MATO GROSSO SEM HANSENÍASE: UMA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA ENDEMIAS HANSÊNICA EM MATO GROSSO

Maria De Lourdes De Queiroz; Eliane Maria Esperandio

Secretaria De Estado Da Saúde De Mato Grosso.
Centro Político Administrativo, Bloco 05 Cep.:
78.035-360

Nos últimos 11 anos foram diagnosticados mais de 30.000 casos de hanseníase em Mato Grosso e, há pelo 10 anos o Estado vem apresentando os maiores coeficientes de detecção e prevalência a nível nacional. Ainda assim o número de casos não representa plenamente a realidade. Cálculos de prevalência oculta apontam que 2.500 casos deixaram de ser diagnosticados, no período de 1995 a 1998. Em 2001, o governo do Estado de Mato Grosso, através da Secretaria Estadual de Saúde, lançou o **Projeto Prioritário Tolerância Zero: Mato Grosso Sem Hanseníase** com o objetivo de acelerar a meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública em Mato Grosso. Os municípios foram divididos em 4 extratos segundo população e gravidade epidemiológica sendo selecionados 33 municípios prioritários para o Projeto, que detêm 70% da população e 72% da prevalência do Estado. Foram estabelecidas três metas para detecção de casos, aumento do percentual de cura e para redução da prevalência. Foi concedido incentivo financeiro tipo "bônus" para os agentes comunitários de saúde envolvidos na busca de casos, as equipes de saúde responsáveis pela cura do paciente e aos municípios que atingirem as três metas propostas. O presente trabalho tem o objetivo de apresentar os resultados obtidos no primeiro ano do Projeto e analisar o impacto dos resultados na evolução da endemia.

POA 71

REACHING THE UNREACHED TO ELIMINATE LEPROSY

K.K. Thassu; B.L. Sharma; P.R. Manglani

State of Madhya Pradesh in India has 23% tribal population living in forest and difficult to reach terrain. Un reached population for MDT was identified and SAPEL projects were planned and executed in the state of Madhya Pradesh, India.

Sixty-four (64) need based SAPEL projects were designed and implemented. Protocol was developed during year '98 -2000. These projects were participatory in nature. Community volunteers, health workers and DANLEP, all three partnered the execution of SAPEL projects.

3528 community volunteers were developed, 1187 new cases were detected and put on MDT and MDT coverage was extended to 18,16,397 unreached population.

Community volunteers continued leprosy elimination activities beyond the period of SAPEL projects and thus effect of empowering community was found sustained.

POA 72

RESULT OF THIRD MLECS IN BHARUCH DISTRICT

Mr. Abdulbhai K. Chauhan, Dr. D.H. Bhavsar, Mrs. Mamta Varma, Dr. P.V. Dave, Mr. Amarjitsinh

District Panchayat, Bharuch Helth Department, Government Of Gujarat, India

The Bharuch District is a high endemic district of Gujarat state. For better coverage of population of district and good result of MLECS, and to empower general health care services Doctor, Heath supervisor, Multipurpose Heath worker Male and Female were oriented and trained about sign – symptoms of leprosy, MDT, facilities and fact about leprosy. The training organized by the District Leprosy office, for awariness of total population of district among rural arias announcement by Kotwal and Urban arias by megaphone with vehicles, slogan writings on walls and public places like railways and bus station, Mandir (Temple), Masjid (Mosque), Church etc. rallies and group meeting were method for educating community and spreading awariness during the month of February 2002.

Bharuch District has 8 Taluka populations 1385457, whichever 1127486 rural populations and 2579971 urban populations. 47 VRC center created in Bharuch District for 27th and 28th February 2002. Which ever 34 Primary Heath Center, 7 Referral Hospital, 1 General Civil Hospital, 4 Municipal Dispensary in urban area, 1 NGO Dispensary in rural area. Each and every VRC center attached with 1 medical officer, 2 General Heath Worker (male and female), 1 NLEP worker.

During this 2 days VRC center (27th and 28th Feb. 2002), the Medical officer examined self-suspected persons reported at VRC center no. of 557 person, NIEP worker registered the new 51 Leprosy cases detected and provided MDT, which of them nobody case of visible deformity detected.

POA 73

RESULTS AND LONG -TERM IMPACT OF LEC – HODEIDAH (YEMEN)

Dr. Abdul Baset M. Al Dobai – Dr. Yasin Al-Qubati

Office of the National Leprosy Control Program, P.O.Box.No.55722 – TAIZ, Republic of Yemen, Tel:967-4-242306/7/9 and 967 –792976 (Mobile) Fax: 967-4-242308.

Leprosy elimination Campaign (LEC) was implemented from 15th Nov'97 to 3rd May'98, in 22 districts of Hodeidah province in Yemen, which is an endemic governorate in Yemen which is known as a low endemic country. The Campaign was concentrated on the Health Education, Intensive Commu-

nity Mobilization and training the local health personnel to detect hidden Leprosy cases. During the period of 11 weeks, 276 cases of leprosy were detected and placed on MDT. 192 (70 %) of new cases detected and they confirmed as Leprosy cases classified as MB and the remaining 84 were PB, 69 cases (25%) suffered by visible deformities and 22 patients (8%) were children.

Follow up made in December '99 the patients, who were placed on MDT revealed (93% and 92%) cure rates for both MB and PB cases respectively.

POA 74

SISTEMA DE RECURSOS HUMANOS E O PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO ESTADO DE SÃO PAULO

Marzliak, Mary Lise Carvalho; Nogueira, Wagner; Metello, Heleida Nobrega

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Programa de Controle de Hanseníase-CVE; End. Av. Dr. Arnaldo, 351-6º andar - sala 614, Cerqueira César, CEP 01246-000 São Paulo-SP. Fone:(0XX11)3066-8756/ 3085-4042 - E-mail: proghans@cve.saude.sp.gov.br

O trabalho descreve a implantação e implementação de um sistema de informação que permite analisar o quadro de profissionais sensibilizados, treinados ou capacitados em hanseníase pelo Programa de Controle da Hanseníase da SES de São Paulo. O sistema tem como objetivos registrar a produção de eventos realizados pelo nível central e regional nas diferentes áreas de atuação que integram o PCH; cadastrar os participantes dos eventos realizados por categoria profissional, local de trabalho e participações anteriores; otimizar as oportunidades de treinamento; analisar a rotatividade dos profissionais que atuam no PCH e necessidades nas diferentes regiões do Estado. O sistema foi implantado em 1994 em base operacional DOS e implementado em 1999 no ambiente Windows. Alimentado de maneira intermitente ao longo do ano registra eventos e cadastra profissionais; recebe ainda carga a cada dois anos que permite análise da cobertura dos serviços locais quanto ao número e categoria de profissionais treinados. De 1988 a 2001 foram cadastrados 14.538 profissionais. Contabilizadas 27.564 participações. A área que mais realizou eventos foi a Organização de Serviços (38%) seguido pela área de Diagnóstico e Tratamento (16%) e Prevenção de Incapacidades (15%). Foram 56,98% os profissionais treinados de nível universitários sendo 2621 médicos (31,64%) seguido por enfermeiros 29,42% (2.437). Com nível médio (28,50%) os auxiliares de enfermagem constituíram 36,95% (1.532) dos profissionais cadastrados, seguidos pelos atendentes 17,26% (715). Pudemos observar que ao contrário do esperado, os médicos estão muito mais presentes nos treinamentos, assim

como o PCH atua junto ao PSF há dois anos por entender a importância de tal estratégia para o controle e eliminação da hanseníase.

POA 75

SITUAÇÃO ATUAL DA HANSENÍASE E PERSPECTIVAS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE NO ESTADO DE SÃO PAULO – BRASIL

Nogueira, Wagner; Marzliak, Mary Lise Carvalho; Metello, Heleida Nobrega

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Programa de Controle de Hanseníase-CVE; End. Av. Dr. Arnaldo, 351 - 6º andar - sala 614, Cerqueira César, CEP 01246-000 - São Paulo - SP. Fone: (0XX11) 3066-8756 / 3085-4042 - E-mail: proghans@cve.saude.sp.gov.br

A redução da prevalência em São Paulo foi observada a partir das décadas de 60 e 70 do século passado e muitos fatores podem ter contribuído para isso. A implantação da poliquimioterapia para todos os doentes, a partir de 1991, acentuou intensamente esta queda com a prevalência caindo de 11,6/10.000 habitantes para 1,6/10.000 habitantes no final do ano 2.000. A detecção de casos do Brasil vem aumentando nos últimos anos com os investimentos na reorganização dos serviços e as campanhas de divulgação nacional e, no Estado de São Paulo, apesar da realização dos mesmos esforços, a detecção vem se mantendo estável ou com discreta tendência de queda. Este trabalho mostra a variação dos coeficientes de prevalência e detecção na série histórica de 1924 a 2000 e a média móvel dos coeficientes de detecção dos últimos 30 anos. Apresenta ainda as repercussões desta mudança de situação nos municípios do Estado, evidenciando um número crescente de municípios com prevalência de eliminação, alcançando 230 municípios no ano 2.000, ao mesmo tempo em que 42 municípios continuam hiperendêmicos. A partir desta situação são apresentadas as perspectivas para as ações de controle, propondo-se a redefinição dos indicadores de nível endêmico para municípios com menos de 20.000 habitantes e a necessidade de identificação de ferramentas operacionais para os trabalhos com municípios com prevalência de eliminação e intensificação das ações de controle, nos moldes tradicionais, para áreas que mantêm nível endêmico elevado

POA 76

SITUAÇÃO DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM ÁREA URBANA DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE CONTROLE

Silva, M.C.D.; Mello, L.L.S.; Nogueira, V.V.; Figueiredo, N.M.; Esteves, V.G.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rua Afonso Cavalcanti, 455 / sala 456 – Cidade Nova. Rio de Janeiro-RJ CEP 20 110- 901

São avaliados resultados de intervenção na Área de Planejamento 5.3 do município do Rio de Janeiro, a partir do final de 1995, realizadas com o objetivo de melhorar o acesso da população ao diagnóstico e tratamento da hanseníase. Com população estimada de 313 390 habitantes em 2001, o nível sócio-econômico da população situa-se entre os mais baixos do município. Até 1995, apenas uma das 14 UBS realizava o Programa. Registra-se como principais investimentos, o aumento da oferta de consultas, a descentralização das atividades de diagnóstico e tratamento, alcançando 9 UBS em 2001, capacitação continuada de profissionais, inquérito sobre mancha na pele aos que demandam as UBS, e divulgação periódica de informação sobre hanseníase para a população. O déficit e a rotatividade de pessoal representam sérios obstáculos à expansão das atividades de controle.

Comparando-se os períodos de 1990 a 1995, anterior à intervenção, com o período de 1996 a 2001, observou-se um aumento do total de novos casos detectados, com variação proporcional relativa de 89,5 %; a razão H/M variou de 1,12 a 0,82; a proporção de casos MB, de 53 a 46%, sem redução significativa entre os homens; a média dos coeficientes de detecção e em menores de 15 anos variou de 2,63 a 4,73 /10 000 habitantes, e de 0,84 a 1,94/10 000 habitantes, respectivamente; a proporção de novos casos sem incapacidades físicas permaneceu praticamente inalterada, variando de 88,7 a 88,3%, enquanto a proporção de deformidades físicas caiu de 5,2 para 3,5%. Entre os homens, esta proporção caiu de 8,3 para 5,6% e entre as mulheres, de 1,9 para 1,8%. Os coeficientes de prevalência mostraram queda progressiva, alcançando 3,66/ 10 000 habitantes em 2000; neste ano o abandono na prevalência do período foi de 6,4%.

Conclui-se que é necessário intensificar investimentos na área, ressaltando-se a importância de se aplicar estratégias visando ao aumento da oportunidade diagnóstica para os homens.

POA 77

STANDARDIZATION OF SKIN SMEAR REPORTS OF FIELD LABORATORIES

Desikan, K.V., Ro, K.V.S.M., Bharambe, M.S. and Ranganadha Rao, P.V.

Leprosy Histopathology Centre (LEPRA – India) and M.G. Institute of Medical Science, SEWAGRAM – 442 102, INDIA.

An essential investigation in leprosy is the examination of skin smears which can be performed by a trained smear technician even in a very simple labo-

ratory established in a village. Unfortunately this investigation is not being done on the plea that the reports are not dependable. However, by a minimum supervision and cross checking a good standard can be maintained. This has been done in 16 field laboratories of LEPRA – India situated in the peripheral field areas. 10% of the slides examined by field technicians are randomly picked and are sent to the Central Laboratory for cross – checking by a senior technician. It has been found that there was variation only in 3.5 to 4.0% of reports. The paper presents data to confirm above facts taking into consideration all constraints of field work. There is thus no justification for dropping this single important investigation.

POA 78

THE DECENTRALIZATION OF THE HEALTH SYSTEM IN COLOMBIA AND BRAZIL AND ITS IMPACT ON LEPROSY CONTROL

Andreas Kalk; Prof Dr Klaus Fleischer

Medical Advisor German Leprosy Relief Association

Head of the Department of Tropical Medicine

Medical Mission Hospital

Decentralization policies are an integrated component of health sector reform in an increasing number of countries. The ability of such policies to improve the health system's quality and efficiency is backed up by limited scientific evidence. This study intends to evaluate the impact of decentralization on a specialized field of disease control (leprosy control) in Colombia and Brazil. It analyzes the respective juridical base, epidemiological indicators and local publications. Furthermore, 39 semi-structured interviews with key informants were conducted. In both countries, the devolution of technical responsibility and financial resources to the municipalities was the implemented form of decentralization. Access to preventive and curative health care and the community participation in decision-making improved clearly only in Brazil. The decentralization to private providers in Colombia had dubious effects on service quality in general and still more on Public Health. The flow of finances (including finance collection through state-owned taxes instead of insurance companies) seemed to be better controlled in Brazil. Leprosy control in Brazil took advantage of the decentralization process; in Colombia, it came close to a collapse.

POA 79

THE NATIONAL LEPROSY ERADICATION PROGRAM: IN NEED OF A PARADYGM CHANGE

Dr. Anne Mattam, Senior Medical Advisor,

Damien Foundation, Nalanda, Bihar, India

Today, the issue of integration of National Leprosy Eradication Program (NLEP) with the general health system is a subject of debate. Whereas some leprologists favor the vertical structure, a growing consensus is emerging for an integrationist model. The author looks back to the evolution of the health-care system in India and the factors that influenced the development of the NLEP.

As of today, the county has an extensive health infrastructure that can incorporate the NLEP into its network. The State of Bihar contributes 30% of the leprosy caseload of the country. The implementation of Multidrug Therapy (MDT) took place only in 1995-96. At that time, the State did not have the vertical structure proposed by the NLEP. Consequently case detection and treatment compliance were not satisfactory. The state realized that with the existing NLEP infrastructure it was impossible to tackle the problem. Bihar had to look for an alternative model involving the general health system: hence adopted the Modified Leprosy Eradication Control (MLEC). Successful implementation of the MLEC has helped the process of integration of NLEP with the general health system.

Detailed statistics will be presented, here, to stress the point, only the detection rate is highlighted; in 1997 –when the NLEP was implemented as per guidelines, the total case detection was 99,599; in 1999 –when the MLEC was in full swing- the total case detection was 282,081, out of which 206,495 (73.2%) by the MLEC and 75,586 (26.8%) were self-reporting.

The author will discuss the need for an integrationist model of health care system that is cost effective, sustainable and efficient, as is being developed successfully in the state of Bihar.

POA 80

TRANSFORMING A LEPROSY HOSPITAL INTO A REHABILITATION CENTRE: THE GREEN PASTURES EXPERIENCE

Friedbert Herm, Alison Anderson, Richard Schwarz

Green Pastures Hospital & Rehabilitation Centre, INF-RELEASE, PO BOX 28, Pokhara, Nepal

The era of leprosy elimination with decreasing prevalence and disability rates has implications for national referral centres and leprosy hospitals. The concept of 'reverse integration' aims for application of the specialised services of these institutions to diseases other than leprosy, by methods that ensure that the integration is sustainable, attractive, and cost-effective.

Green Pastures Hospital in West Nepal has been functioning as a leprosy hospital for four decades. After the integration of leprosy control activities into

the national health services, the hospital became one of the national referral centres. With the vision towards the post-elimination era, in the mid nineties the hospital started to treat diseases and disabilities other than those caused by leprosy.

Today, 25% of the annual admissions and 30% of the surgical procedures are unrelated to leprosy and 25% of the bed capacity is used for non-leprosy cases. In 1997, a spinal cord injury unit was established, and since 1999, cases with AIDS related illness can be admitted to a specialised unit. Bed capacity and staff numbers have been reduced by about 20% to increase the possibility of financial sustainability within the local context. As a rehabilitation centre, Green Pastures Hospital continues to be dedicated to the treatment of people affected by leprosy, now and after elimination.

This presentation describes the process of 'reverse integration' in Green Pastures Hospital over the last five years. Statistical data from the hospital's annual reports (1997-2001) will be used to demonstrate the various effects of the reverse integration process on the institution. The advantages, disadvantages, and the challenges in becoming a regional rehabilitation centre will be discussed.

POA 81

UM BREVE ESTUDO SOBRE O ABANDONO DE TRATAMENTO DA HANSENÍASE NO ESTADO DO PARANÁ – 1992 – 2001

Rosana Ribeiro dos Santos; Elisabeth Thadeo Sens; Maria Elizabeth Lovera; Vânia Osna

Sesa/Paraná/DSS/DCDA

Introdução: O abandono do tratamento da hanseníase sempre foi um grande problema, devido ao fluxo migratório, deficiência no atendimento em nossas Unidades de Saúde, condição social ao estigma pela hanseníase que ainda hoje é bastante presente.

Sendo assim, estabelecemos o período de 1992 a 2001, no qual se deu a implantação do tratamento poliquimioterápico e o compromisso de se Eliminar a Hanseníase como problema de Saúde Pública em nosso País.

Objetivo: Analisar o abandono de tratamento no Estado do Paraná no período de 1992 – 2001.

Resultados: Pudemos observar que nos primeiros anos do tratamento PQT/OMS o abandono se mostrou estável. Mas podemos considerar que após a interface com o PACS/PSF, a melhor capacitação dos profissionais, visando melhorar a qualidade de atendimento ao paciente os índices de abandono que eram de 32% em 1992 reduziram para 17% em 2000.

Conclusão: Concluímos que nas regiões onde as equipes do PACS/PSF estão mais bem desenvolvidos

a taxa de abandono de tratamento da hanseníase caiu sensivelmente. Campanhas, materiais educativos dirigidos a Comunidade e os pacientes assim como os vales alimentação, educação, gás melhorou a condição sócio-econômica, também contribuindo para a diminuição do abandono.

O monitoramento dos acompanhamentos através de análise dos Relatórios do SINAN.

POA 82

URBAN LEPROSY CONTROL THROUGH GENERAL HEALTH CARE DISPENSARIES—EXPERIENCE IN NEW DELHI, INDIA

Dr. M. A. Arif, Dr. Ajai Walters, Dr. (Mrs) R. Taranekar, Dr. S. Hamilton

Netherlands Leprosy Relief – India Branch, U-9, Green Park Extension, New Delhi-110 016, INDIA

Delhi state, the Capital of India, a cosmopolitan city, is divided into 9 revenue districts. Health care services are provided through hospitals and dispensaries of various government and non government health agencies and through private practitioners and hospitals. With inadequate infrastructure for Leprosy control activities coupled with immigration, emigration of leprosy cases, absence of field staff for case detection and follow up, duplication of registration due to various agencies involved and other problems, the Leprosy Eradication Programme in Delhi needed support for improved and uniform leprosy services in the state. With a view to strengthen the already existing health infrastructure and to establish a sustainable and uniform system for providing leprosy care services in Delhi, NLR-India, through its technical support teams, has assisted in increasing the no. of service delivery points from the previous 5 to 23 by involving more govt. health dispensaries in the North and Central districts of Delhi. These teams are providing in service training to MOs and other staff of the dispensary, ensuring that leprosy control services are in place, improving case detection and IEC activities in the catchment area of these dispensaries involving volunteers. After establishing these service points, including case detection and IEC activities, the no. of patients registered in these dispensaries and hospitals rose from previous 23 to 133 within one year. This paper presents the strategy undertaken, the inputs given and highlights the possibility of managing urban leprosy through govt. health dispensaries and hospitals of urban areas.

POA 83

URBAN LEPROSY ELIMINATION - NEED TO ACCELERATE

Dr. C.R. Revankar

Consultation in Leprosy and Allied Diseases, 161-G, Jerome Street, Roselle Park, NJ-07204.USA. E-mail: macnir@juno.com

The leprosy elimination target has been revised to the year 2005 by the Global Alliance for Elimination of Leprosy (GAEL). In spite of this final push and recommendations, certain special operational features to achieve leprosy elimination in complex industrial towns/cities are not considered seriously. The environment of the rapidly growing slums with poor hygiene is conducive to transmission of the disease. This paper reviews available data and information on leprosy situation in selected cities such as Bombay, Delhi, Patna and Dhaka and highlights special operational aspects needing special efforts to eliminate the disease.

1. Slum population: Bombay-5.7 million, Delhi-6 million, Patna-0.2 million, Dhaka-4 million.
2. Wherever MDT has been intensified, prevalence rate has declined considerably.
3. New Case detection rate has not shown any significant reduction.
4. Data on skin smear positive cases from Bombay does not show any significant reduction over the past 5 years. 400-500 new skin smear positive leprosy patients are recorded annually (ADHS, Bombay, 2001). More than 60% of these patients are migrants that come to Bombay.
5. Examination of 72436 migrant population to different cities in Western India revealed a very high detection rate of 194 per 100 000. (NLEP-Maharashtra.1998)
6. Leprosy programme managers at various levels still to monitor the programme through adequate data collection. (TLMI, 2000)

National, State and District leprosy programme officers should follow the important recommendations on Urban Leprosy made by authentic bodies since 1973 to accelerate the programme to reach leprosy elimination effectively including bringing down new case detection rate.

POA 84

WHAT DO FIELD WORKERS FEEL ABOUT LEPROSY PROGRAMMES ?

Dr. W.S. Bhatki, U.H. Thakar, Pratibha Kathe

Kushtarog Niwaran Samiti, Shantivan, Taluka Panvel, Acworth Leprosy Hospital Society for Research, Mamba for Research, Wadala, Mumbai- India.

Since the introduction of MDT in NLEP, Government guidelines have been issued time to time with

the specific approach of reaching the national goal of Elimination of Leprosy within stipulated time period. Though the experts at higher level formulate policies for this, the success of programme is always in the hands of those who implement it, i.e. Field Workers. In view of this, an attempt has been made to collect the views of Field Workers about the strategies presently used and their impact on reaching the elimination goal. A simple questionnaire consisting of five questions was distributed to 116 Field Workers who participated in the Regional Conferences of field workers, organized by H.K.N.S., Mah.Branch at Miraj and Panvel in March 2000. Of 116 participants, 91 (78%) responded voluntarily. The analysis of responses revealed that over 95% field workers were well aware the statistical information about their district. Majority of the Field Workers express that –i) it is possible to Eliminate Leprosy in their district (66%) ii) single dose ROM is adequate for SSL patients (78%) and iii) MDT for 12 months is enough even for Smear +ve MB cases. Further analysis of the responses and the views about their utility during post-elimination period will be presented and discussed.

POA 85

WHY THE DETECTION OF LEPROSY CASES DOES NOT DECREASE? POSSIBLE REASONS IN FORMER MEMBER COUNTRIES OF O.C.C.G.E.

Tiendrebéogo Alexandre and Bidé Landry

WHO/AFRO, DDC/LEP, PO BOX 773 BE, Harare Zimbabwe

Surveillance of leprosy programmes from 1991 to 2000 in 8 West African countries, former members of O.C.C.G.E., allowed collecting core indicators of leprosy elimination. In all the countries, the point prevalence decreased towards the leprosy elimination threshold of 1 case per 10,000 inhabitants. Elimination goal was reached globally in OCCGE region and also in 6 of the 8 countries. However, the detection of new cases generally remained at the same level in the whole region but slightly decreased in two countries (Benin, Mauritania) and increased in Niger.

Reasons that could explain the sustained level of the detection during the decade are mainly epidemiological (the long incubation of the disease) and also operational. The operational factors are linked to the implementation of leprosy elimination activities in the countries: Training of health staff, MDT programme, Integration of leprosy programme in peripheral health facilities, Active case-finding during Leprosy Elimination Campaigns (LEC) or Special Action Projects for the Elimination of Leprosy (SAPEL), Updating of Leprosy Registers (ULR) and Leprosy Elimination Monitoring (LEM).

Based on these reasons, we are advocating for synchronised campaigns to eliminate leprosy (SCEL) in areas that are still endemic within the 8 countries. These SCEL would combine the set up of extended case-finding and treatment network with community involvement and large scale Information-Education-Communication activities.

[Key words] prevalence, detection, elimination and synchronised campaign

POD & REHABILITATION

PPOD 1

A FIELD MODEL FOR PREVENTION OF LEPROSY DISABILITIES – A STEP TOWARDS ACHIEVING A “WORLD WITHOUT LEPROSY”

R. Ganapati, S. Kingsley, V.V. Pai and N.T. Kamthekar

Bombay Leprosy Project, Sion-Chunabhatti, Mumbai – 400 022, India

With our current commitment to attempt a cost-effective field -based model for reaching a “World Without Leprosy” (Yo Yuasa, 1998), we were disappointed at the efforts being made by the government and non-governmental agencies particularly in India, which contributes 60% to the new cases detected and

80% to the “disability pool” in the leprosy-endemic countries. It is well recognized that physical care is a crucial component to obviate the need for rehabilitation and to reduce the stigma. Unfortunately the uneven distribution of the estimated 1.5 million visibly disabled patients in India defies the implementation of a reasonable disability care programme. We report on an experiment on door-step delivery of such tools to patients living in rural terrain adjoining Bombay as well as some city slums through “mobile service units” (MSUs).

The study focused mainly on the identification of early nerve damage and treatment with prednisolone and preventing the worsening of disabilities following simple task-oriented training using the commu-