

A CONSTRUÇÃO DO PRODUTO DO MESTRADO PROFISSIONAL

Pretendeu-se construir, tomando como base as entrevistas realizadas com os profissionais de saúde do município de Magé, uma proposta de intervenção com foco na criação de um material didático elaborado com base em um atlas, com fotos retiradas de pacientes do ambulatório de Magé, e devidamente autorizado por eles, destacando-se a temática: hanseníase, diagnóstico precoce, percepção e preconceito.

O produto final teve como finalidade adequar o referencial teórico-prático dos profissionais, *visando facilitar o aprendizado, ajudando na construção da hipótese diagnóstica com auxílio na anamnese*, de raciocínios clínicos e intervindo como alerta para questões psicossociais e culturais.

É necessário rever o aprendizado obtido previamente para compreender como é a atuação dos profissionais da saúde de diversas categorias entre os pacientes acometidos pela hanseníase, com a utilização de metodologias participativas com vista a críticas reflexivas da realidade assistencial. Não se tem pretensão de esgotar as discussões sobre a temática, apenas oferecer instrumentos auxiliares.

Essa educação em hanseníase por intermédio de um atlas dermatológico na rede municipal de saúde, de apoio aos profissionais da saúde, direcionado ao diagnóstico, é o produto desta dissertação de mestrado.

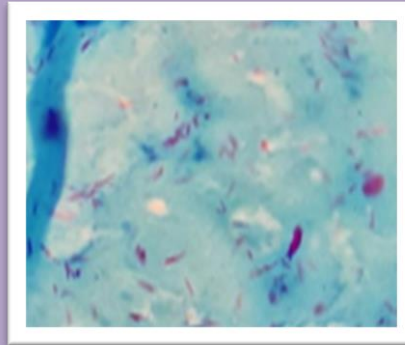
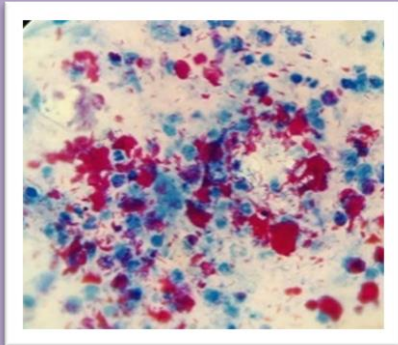
LIVRO-ATLAS

Lesões Elementares e Atlas em Hanseníase

Dr^a. Maria Paula Jahara Lobosco

Dr^a. Rose Mary Costa Rosa Andrade

Dr^a. Eliane Ramos Pereira



Endereço para contato:

Ambulatório de hanseníase – Magé/RJ

Centro de especialidade

Rua dos Expedicionários S/N, Magé/RJ, Brasil

Cep 25900-019

Email: weima.bol.br

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este livro atlas destina-se inicialmente aos profissionais de saúde do município de Magé-RJ, onde atuo como médica do ambulatório de hanseníase há quatro anos. O seu objetivo é compartilhar imagens adquiridas em nosso centro de especialidade com auxílio no estudo da hanseníase.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa que acomete a **pele** e os **nervos periféricos**, tendo como causa o *Mycobacterium Leprae*. No entanto, alterações sensitivas, incapacidades físicas e sequelas irreparáveis ocorrem na ausência de um diagnóstico precoce, impulsionando mudanças nos pacientes na relação consigo e com seu meio. Indivíduos acometidos pela doença se percebem e são percebidos num corpo doente e carregam **forte discriminação** e **estigma social** que geram sentimentos de insegurança, medo e preocupação, com tendência a isolamento no seu próprio mundo. A forma de o profissional de saúde perceber a hanseníase pode impactar o paciente de forma positiva ou não, o que interfere na adesão terapêutica, a qual é tão árdua.

Diante do alto número de casos de hanseníase no município de Magé, o desconhecimento acerca da doença, por parte de profissionais da saúde, em setores diversos, e a falta de uma educação em saúde voltada para um público menos escolarizado geram retardo no diagnóstico, levando à evolução da doença para casos de mais morbidade. Paralelamente a essa descrição, as marcantes ideias equivocadas da inexistência da doença, o pensamento de se tratar de uma doença incurável e a carga de preconceito ainda existente favorecem uma abordagem desumanizada pelos profissionais da saúde, discriminação e distinção desses pacientes na sociedade. Nessa problematização, torna-se pertinente reorganizar estratégias na atenção básica em saúde direcionadas à hanseníase, sendo necessária a estruturação do serviço na integralidade da assistência, possibilitando vínculos com os pacientes, priorizando atividades preventivas e efetivando a promoção da saúde do paciente.

A autora.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO
2. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE MAGÉ
3. EVOLUÇÃO
4. LESÕES ELEMENTARES NA HANSENÍASE
 - 4.1 Manchas (Máculas):
 - 4.2 Pápulas
 - 4.3 Placas
 - 4.4 Nódulos
5. HANSENÍASE INDETERMINADA
6. HANSENÍASE TUBERCULOIDE
7. HANSENÍASE DIMORFA
8. HANSENÍASE VIRCHOWIANA
9. REAÇÃO HANSÊNICA
10. ENTENDENDO O ESTIGMA: A HISTÓRIA DA HANSENÍASE NO BRASIL E NO MUNDO

1 INTRODUÇÃO

A pele, considerada o cartão de visita do organismo, cumpre também um papel social: se saudável atua como atrativo para outros indivíduos; se afetada por algumas doenças, motiva repulsa e segregação (BELDA JÚNIOR; CRIADO; CHIACHIO, 2014).

A pele é o principal órgão através do qual o indivíduo estabelece contato com o meio externo e contribui de forma significativamente nas relações interpessoais. Quase todas as doenças de pele, infecciosas ou não, independentemente da causa, têm impacto emocional na vida do indivíduo e pode gerar conflitos de identidade e aceitação, além de sentimentos de exclusão e rejeição, tendo os profissionais de saúde papel de destaque na vida desses pacientes. Na nossa sociedade, em que tanto se valoriza a beleza, podem ser observados baixa autoestima, depressão e isolamento.

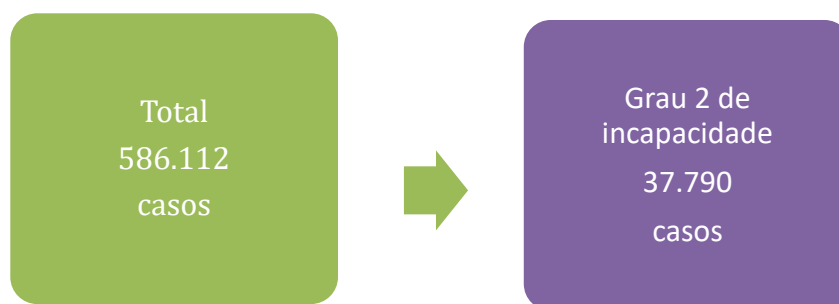
Cabe a nós, profissionais de saúde, implantarmos medidas educacionais à população, barrando a visão pejorativa acerca da hanseníase. A transmissão de conhecimento facilitando o aprendizado e auxiliando na construção de hipótese diagnóstica representa o objetivo deste atlas.

2 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE MAGÉ

O Brasil ocupa o 2º lugar no *ranking* mundial da hanseníase, atrás apenas da Índia, um triste cenário que poucos conhecem. Entretanto, a doença encontra-se inserida no grupo de doenças negligenciadas (BRASIL, 2017b) e sua progressão ocorre de forma silenciosa, desencadeando sequelas irreversíveis, gerando afastamento do trabalho e isolamento social.

No período entre 2003 e 2018 foram registrados 586.112 novos casos de hanseníase no Brasil, 37.790 com grau 2 de incapacidade física (GIF 2) no momento do diagnóstico (BRASIL, 2019), demonstrando a importância do diagnóstico precoce.

Figura 1 - Casos de hanseníase registrados no Brasil entre 2003 e 2018



Fonte: Brasil, 2019.

Para o Brasil atingir uma taxa de prevalência de casos de hanseníase inferior a um caso por 10.000 habitantes, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é necessária a intervenção em cada município, com participação de cada unidade básica de saúde contribuindo na detecção precoce e direcionamento de casos novos, possibilitando sua erradicação e impedindo sua disseminação (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

O município de Magé vem exibindo altas taxas de prevalência e detecção de novos casos de hanseníase ao longo dos anos, principalmente ao se considerar a cronicidade da doença. Segundo o Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAM), no período de 2001 a 2010 foram diagnosticados 343 casos novos de hanseníase no município, sendo a maior parte direcionada por demanda espontânea e com sequelas estabelecidas. Nos anos entre 2010 e 2019 foram diagnosticados 289 casos de hanseníase, constituindo essa doença no município um problema de saúde pública em virtude das suas características epidemiológicas avaliadas por significativas taxas de detecção observadas nos últimos anos. No ano de 2021 existem 27 pacientes em uso de poliquimioterapia e 187 em acompanhamento pós poliquimioterapia, com recorrentes fenômenos reacionais (TAB. 1). Esses números indicam a magnitude do problema da hanseníase no município de Magé.

Tabela 1 - Número de casos novos de acordo com o ano em Magé

Ano	Casos novos (n)
2001 a 2010	343
2010 a 2019	289
2021	27

Fonte: Brasil, 2020.

Gráfico 1 - Número de casos novos – Magé

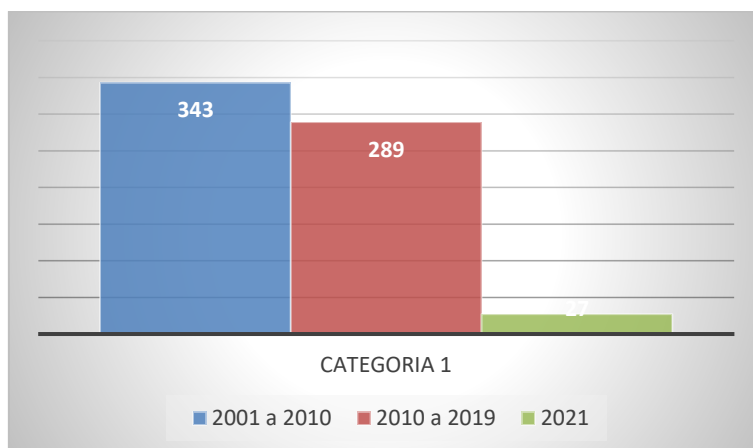
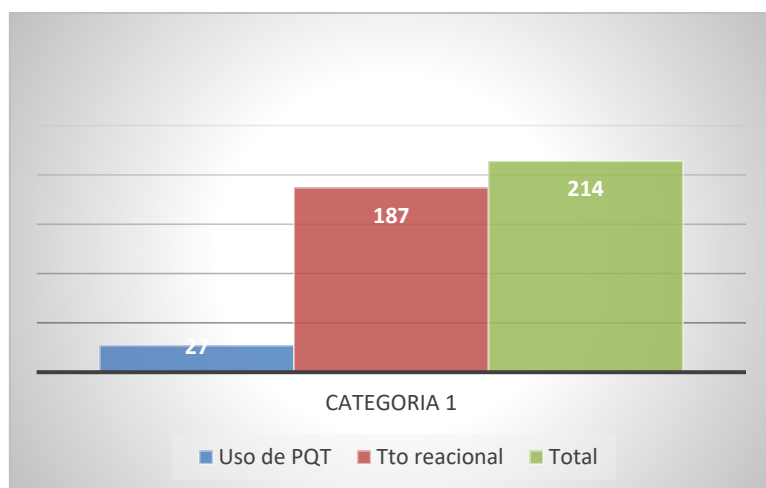


Tabela 2 - Número de pacientes acompanhados no ano 2021 janeiro - maio

Pacientes em acompanhamento	Magé/2021
Em uso PQT	27
Em TTO reacional	187
Total tratados	214

Fonte: Brasil, 2020.

Gráfico 2 – Pacientes 2021



Fonte: Brasil, 2020.

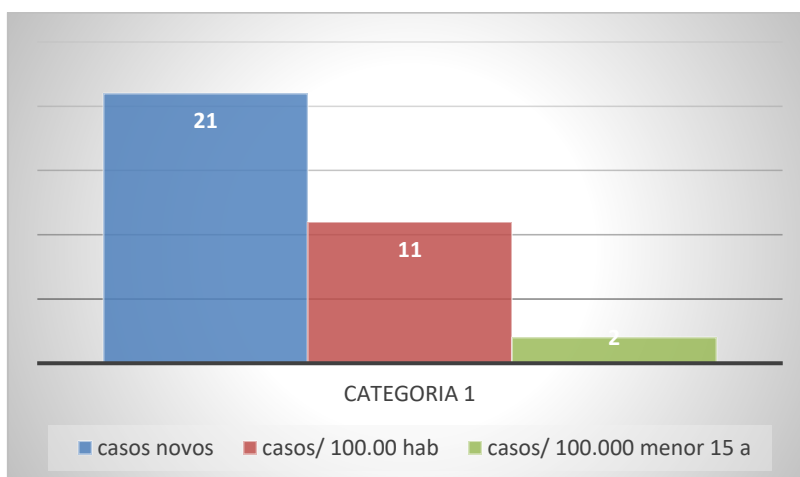
Em 2020, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (SUS), o município registrou coeficiente de detecção geral de 21 casos novos, 11 casos/100.000 habitantes e dois menores de 15 anos, dois casos/100.000 habitantes em menores de 15 anos, apesar da meta proposta de que se atingisse o patamar de menos de um caso de Hanseníase por 10.000 habitantes em todos os municípios brasileiros.

Tabela 3 - Coeficiente de detecção geral de hanseníase Magé em 2020

Pacientes em acompanhamento	Magé/2021
Total de casos novos	110
Casos/ 100.000 habitantes	223
Casos/ 100.000 habitantes em menores de 15 anos	197

Fonte: Brasil, 2020.

Gráfico 3 – Detecção geral/2020



De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde em relação à espacialização da detecção de novos casos, verificaram-se regiões com taxa de detecção elevada, concentrando-se principalmente no sexto distrito do município. Esse panorama evidencia a necessidade de expandir a atenção na rede de atenção básica, capacitando o serviço de informação a população e a equipe de saúde pública, favorecendo o diagnóstico precoce e incentivando o tratamento adequado e a reabilitação.

3 EVOLUÇÃO

Tem-se como agente causador a *Mycobacterium Leprae*, e a transmissão se faz principalmente pelo **contato direto pelas vias aéreas**. No entanto, além das condições individuais, do grau de imunidade e da predisposição genética, outros fatores se relacionam aos altos níveis endêmicos encontrados e que influenciam o risco de adoecer, destacando-se as condições socioeconômicas desfavoráveis, as práticas precárias de saúde e o aglomerado de pessoas habitando um mesmo ambiente (CHAVES *et al.*, 2017).

Vale ressaltar que, em relação ao quadro clínico da doença, ela se manifesta por lesões na pele e nos nervos periféricos, com diminuição da sensibilidade local, tendo seu diagnóstico geralmente formulado a partir de detalhado **exame dermatoneurológico** (BRASIL, 2010). Como há inúmeras formas de apresentações clínicas, desde discretas a

exuberantes lesões cutâneas, variando entre manchas, placas, nódulos e infiltrações difusas, destaca-se a dificuldade na formulação diagnóstica, exigindo preparo dos profissionais da saúde (SOUSA *et al.*, 2010) e justificando a elaboração do atlas facilitador do diagnóstico, produto final do mestrado profissional em ensino na saúde pela Universidade Federal Fluminense, como forma de disseminar o conhecimento por meio das várias redes assistenciais de saúde do município de Magé.

Ainda nos dias atuais mantém-se a classificação de Madrid, onde se caracterizou a hanseníase em quatro formas clínicas: indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchowiana (BRASIL, 2019). O esquema terapêutico preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é realizado de acordo com sua forma clínica (paucibacilar ou multibacilar) e representado pela associação de antibióticos, os poliquimioterápicos (PQT), constituído pela combinação da rifampicina, dapsona e clofazimina, evitando-se assim a resistência medicamentosa (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

Entre os fatores que levam ao quadro de incapacidades físicas e deformidades, nos pacientes acometidos pela hanseníase destacam-se os fenômenos reacionais, episódios recorrentes que refletem a exacerbação do sistema imunológico do hospedeiro, desencadeado pelos bacilos no organismo. Durante essa etapa reacional, administram-se, respectivamente, como tratamento preconizado, a prednisona e a talidomida, ressaltando-se os inúmeros efeitos adversos causados por altas doses de corticoides e a natureza teratogênica da talidomida (BRASIL, 2019; OPROMOLLA, 2000). No Anexo IV da RDC n° 11, de 22 de março de 2011, da Lei n° 10.651, de 16 de abril de 2003, foi estabelecido que, devido aos graves efeitos teratogênicos, a talidomida somente poderia ser prescrita para mulheres em idade fértil após avaliação médica com exclusão de gravidez com base em método sensível e mediante a comprovação da utilização de, no mínimo, dois métodos efetivos de contracepção, sendo pelo menos um método de barreira.

No Brasil, a hanseníase ainda cresce de forma silenciosa. E considerando que tal enfermidade aflora lesões em pele e nervos periféricos, alterando a imagem corporal do indivíduo, o adoecer de hanseníase abrange aspectos complexos e ideias antigas e preconceituosas relacionadas a questões sociais, culturais, biológicas e emocionais, conduzindo dificuldades no convívio familiar e social, ao se depararem com o medo do contágio e a rejeição (SILVEIRA *et al.*, 2014).

Durante a prática da presente autora no município de Magé, na baixada fluminense, foi inquietante o fato de assistir à inadequada difusão de informações acerca da doença. Observou-se a diminuta atuação da equipe multidisciplinar no cenário do diagnóstico, com foco

na centralização das decisões no profissional médico especializado. No entanto, acredita-se que os resultados deste trabalho poderão contribuir para a difusão de medidas educativas por parte dos serviços de saúde e auxiliar outras equipes a intervir quanto ao paciente que recebe o diagnóstico de hanseníase.

Neste momento, esta pesquisadora encontra-se descrevendo as lesões elementares mais comumente encontradas nos pacientes com hanseníase, esclarecendo mais a fundo as lesões de pele e seu significado clínico. Não se pretendeu com isso esgotar o conteúdo teórico, apenas introduzi-lo. Na avaliação da pele de um paciente com hanseníase, podem-se encontrar inúmeras lesões elementares, destacando-se: manchas (eritema, cianose), pápulas, placas, nódulos, infiltrações e edemas.

4 LESÕES ELEMENTARES NA HANSENÍASE

Durante a realização do exame dermatológico, fazem-se necessárias a inspeção e análise minuciosa de algumas características da pele, entre elas a coloração, integridade, umidade, textura, espessura, elasticidade, turgor, sensibilidade, e reconhecimento do tipo de lesões elementares. Desse modo, a análise e a interpretação acertada das lesões cutâneas são requisitos indispensáveis ao diagnóstico dermatológico (PORTO, 2014).

Na lógica de estabelecer uma linguagem única do estudo dermatológico, formou-se uma terminologia chamadas lesões elementares, designação dada a qualquer modificação do tegumento cutâneo (PORTO, 2014).

A descrição da lesão elementar permite direcionar o diagnóstico das doenças dermatológicas a partir do reconhecimento das alterações da pele e é parte fundamental do exame físico dermatológico. Ressalta-se a importância da inspeção e da palpação dos nervos periféricos em nosso meio, onde a hanseníase é endêmica e o comprometimento neural pode gerar morbidades. Definindo-se o diagnóstico corretamente é que se pode indicar o tratamento adequado.

A seguir, amostras de algumas lesões elementares mais encontradas nos pacientes com hanseníase, segundo se observou no ambulatório do município de Magé-RJ.

4.1 Manchas (Máculas)

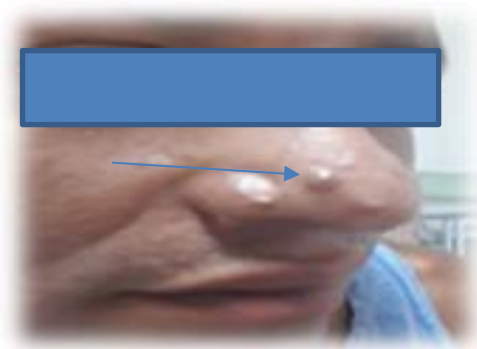
Na avaliação da pele podem-se encontrar áreas de coloração diferente da pele normal, mas sem alterações na superfície, sendo essas lesões não palpáveis, ou seja, não sentidas ao toque (JARVIS, 2016; PORTO, 2014).

Na **hanseníase indeterminada e dimorfa** são comumente encontradas as manchas. Frequentemente essas manchas têm a tonalidade mais clara que a pele normal, sendo ditas manchas hipocrômicas e podendo estar associadas a perda de pelos, diminuição ou ausência de suor e perda de sensibilidade local.

4.2 Pápulas

São lesões elevadas sólidas, palpáveis, de pequeno tamanho (até 1,0 cm de diâmetro), superficiais, bem ou mal delimitadas (seta azul), frequentes nos pacientes com hanseníase virchowiana, conforme demonstrado na Figura 1 (PORTO, 2014).

Figura 1 - Hanseníase virchowiana: pápulas acastanhadas em nariz



Fonte: ambulatório de Magé.

4.3 Placas

São lesões elevadas de conteúdo sólido, são palpáveis, superficiais, bem ou mal delimitadas, com tamanho maior que 1 cm, geralmente de superfície plana (PORTO, 2014).

4.4 Nódulos

Lesão de conteúdo sólido, arredondado (“caroço”), que pode apresentar-se como uma elevação na pele ou como uma lesão mais profunda, com tamanho maior que 1 cm.

5 HANSENÍASE INDETERMINADA

Presença frequente de mancha hipocrômica (FIG. 2, 3, 4 e 5) na hanseníase indeterminada, ou seja, alteração da cor da pele, com tonalidade mais clara que a pele normal.

Figuras 2 e 3 - Hanseníase indeterminada



Mancha hipocrômica bem delimitada com alteração da sensibilidade em membro inferior (FIG. 2) e cotovelo (FIG. 3). Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 4 e 5 - Hanseníase indeterminada



Mácula hipocrômica bem delimitada em ombro e cotovelo, com distúrbio de sensibilidade. Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 6 e 7 - Hanseníase indeterminada



Mancha hipocrômica (esbranquiçada) com rarefação de pelos e alteração de sensibilidade.
Fonte: ambulatório de Magé.

6 HANSENÍASE TUBERCULOIDE

- a) Uma ou poucas lesões;
- b) máculas, pápulas ou placas eritematosas bem delimitadas, infiltradas e de tamanhos variados;
- c) centro da lesão pode ser mais claro;
- d) alterações de sensibilidade precoces (hipo ou anestesia);
- e) comprometimento de um tronco neural, geralmente próximo da lesão cutânea.

Figura 8 - Placa eritematosa com alteração de sensibilidade: hanseníase tuberculoide



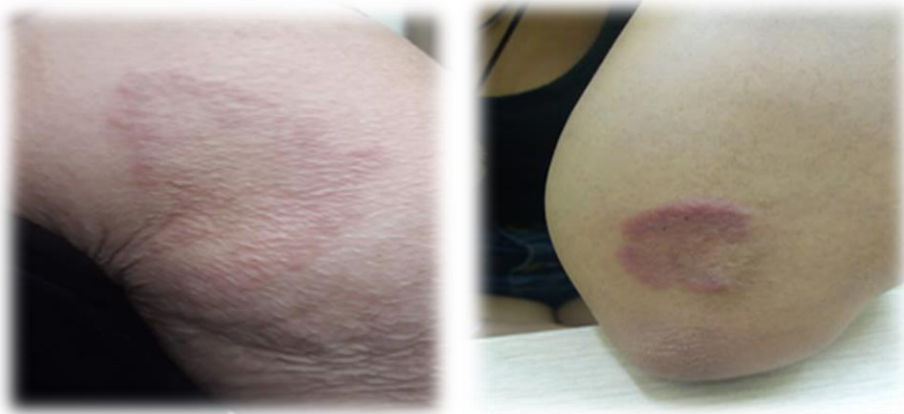
Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 9 e 10 - Hanseníase tuberculoide: placa eritematoinfiltrada bem delimitada com centro mais claro e alteração de sensibilidade



Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 11 e 12 - Hanseníase tuberculoide: placa eritematosa infiltrada com alteração de sensibilidade



Fonte: ambulatório de Magé.

7 HANSENÍASE DIMORFA

- a) Placas eritematoinfiltradas anestésicas, foveolares, com a borda interna bem mais definida que a externa;
- b) lesões grandes e/ou múltiplas;

Figura 13 - Hanseníase dimorfa: placa eritematoviolácea infiltrada foveolar com borda interna mais bem definida que externa, em membro inferior com alteração de sensibilidade



Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 14 e 15 - Hanseníase dimorfa: múltiplas placas eritematoinfiltradas com hipoestesia em antebraço e membro inferior



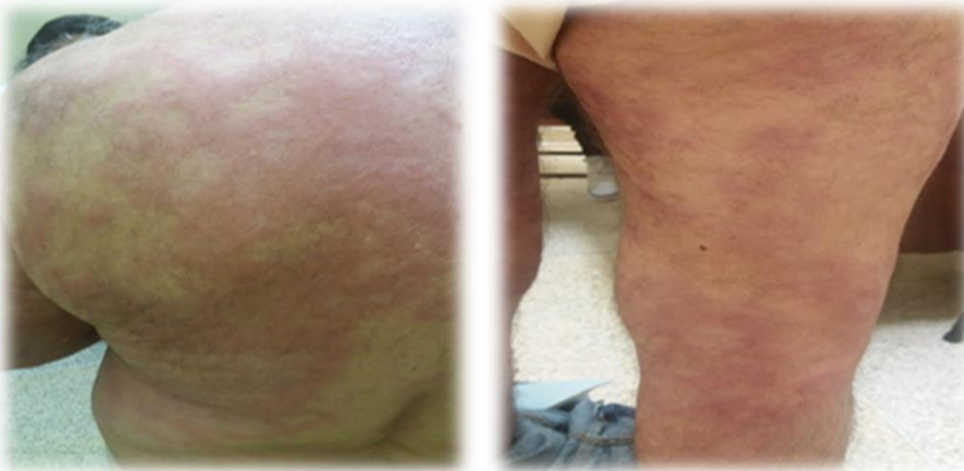
Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 16 e 17 - Hanseníase dimorfa tuberculoide: placas levemente hiperocrômicas com predomínio de ressecamento local e alteração de sensibilidade



Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 18 e 19 - Hanseníase dimorfa: placas foveolares com infiltração difusa



Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 20 e 21 - Hanseníase dimorfa: mancha hipocromiante (esbranquiçada) com hipoestesia (diminuição de sensibilidade)



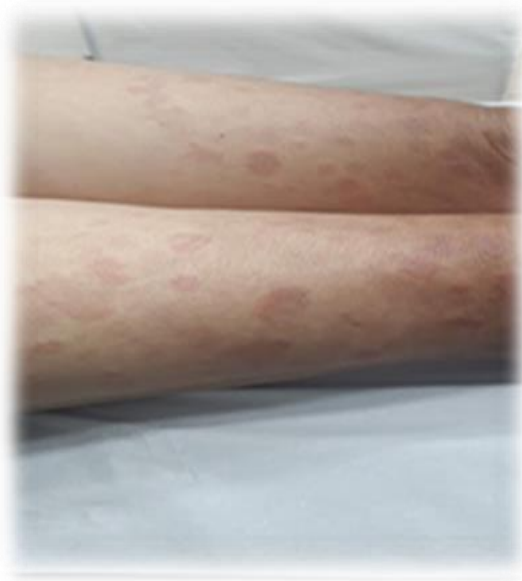
Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 22 e 23 - Hanseníase dimorfa: com placa hipocrômica (esbranquiçada) infiltrada com anestesia local



Fonte: ambulatório de Magé.

Figura 24 - Hanseníase dimorfa: placas eritematoinfiltradas com hipoestesia



Fonte: ambulatório de Magé.

8 HANSENÍASE VIRCHOWIANA

- a) Múltiplos nódulos/pápulas acastanhados;
- b) infiltração difusa da pele;
- c) madarose;
- d) neuropatia bilateral.

Figuras 25, 26, 27 e 28 - Hanseníase virchowiana: hansenoma, pápulas e nódulos eritematoacastanhados em antebraço



Fonte: ambulatório de Magé.

Figura 29 - Hanseníase virchowiana: face difusamente infiltrada com madarose
(perda dos pelos das sobrancelhas)



Fonte: ambulatório de Magé.

Figuras 30 e 31 - Hanseníase virchowiana: infiltração de lóbulo auricular



Fonte: ambulatório de Magé.

Figura 32 - Hanseníase virchowiana: infiltração de lóbulo auricular



Fonte: ambulatório de Magé.

9 REAÇÕES HANSÊNICAS

Figuras 33 e 34 - Reação tipo 1: placa eritematoedematosa



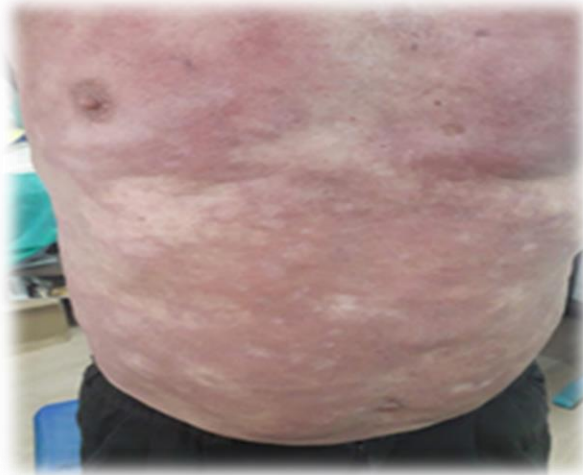
Fonte: ambulatório de Magé.

Figura 35 - Reação tipo 1: placa eritematoedematosa



Fonte: ambulatório de Magé.

Figura 36 - Reação hansnica: placas eritematoinfiltradas e mau estado geral e febre



Fonte: ambulatório de Magé.

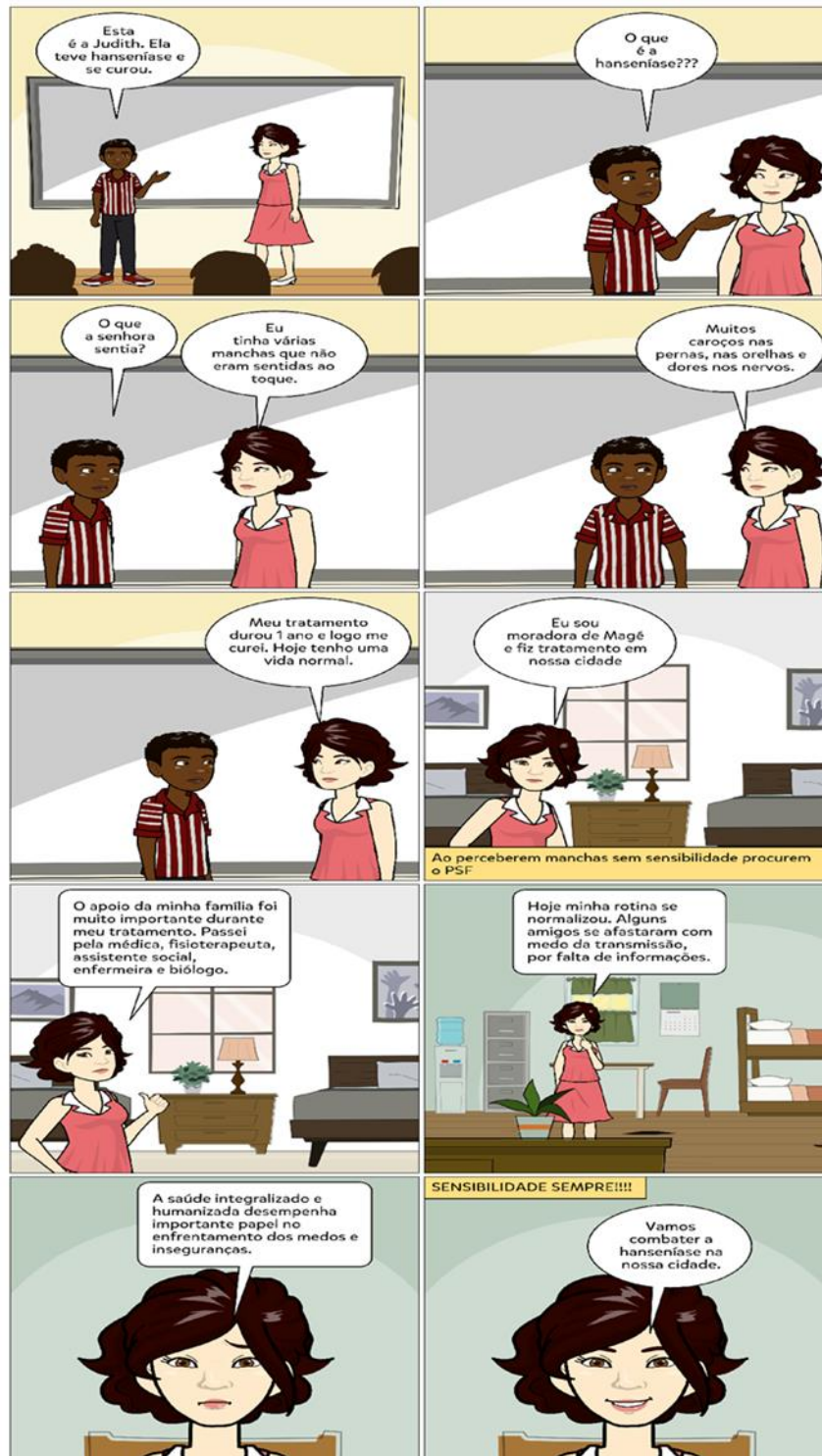
Figuras 37 e 38 - Reação hansênica: edema evidenciado em dorso de mão e pé



Fonte: ambulatório de Magé.

10 ENTENDENDO O ESTIGMA: A HISTÓRIA DA HANSENÍASE NO BRASIL E NO MUNDO

Figura 39 – Histórico da hanseníase no Brasil e no mundo



Fonte: da autora.

A *Mycobacterium Leprae* foi descoberta ao final do século XIX pelo médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, que ao analisar fragmentos de lesões cutâneas identificou a bactéria causadora da doença e afastou a crença de que a enfermidade era hereditária e fruto do pecado sexual (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

A hanseníase é uma das mais antigas doenças registradas pela humanidade e admite-se que era desconhecida na Europa na época de Hipócrates (467 a.C.). Estudos revelam que as tropas de Alexandre, o Grande, quando retornaram à Europa, tenham trazido indivíduos contaminados nas campanhas da Índia (300 a.C.). Entretanto, por volta do ano 150 d.C. a doença já era bem conhecida e, de acordo com o Concílio realizado em Lyon, no ano de 583, estabeleceram-se regras da Igreja Católica para a profilaxia da doença. Os pacientes eram, então, excluídos da sociedade e obrigados a adotar vestimentas características e fazer soar uma sineta para avisar sua aproximação (EIDT, 2004).

Por volta de 1870, a hanseníase havia desaparecido de quase todos os países da Europa, devido à melhoria das condições socioeconômicas. Ao mesmo tempo, mantinham-se os focos endêmicos na Ásia e na África e introduzia-se a doença no Novo Mundo a partir das conquistas espanholas e portuguesas e da importação de escravos africanos, tornando-se a América Latina uma nova área endêmica mundial (OPROMOLLA, 2000). Na FIG. 39 demonstram-se os primeiros casos de lepra registrados na cidade do Rio de Janeiro, em 1600, onde, anos depois, foi criado o primeiro lazareto (local destinado a abrigar os doentes de Lázaro, lazarentos ou leprosos).

Figura 40 - Os primeiros casos de lepra em 1600, na cidade do Rio de Janeiro



Fonte - acervo do Instituto Lauro de Souza Lima.

Como na época a doença era incurável e desconhecida sua forma de transmissão, a população tinha pânico e repulsa dos contagiados e muitos viam o confinamento de doentes como o caminho ideal para a extinção “desse mal”. Assim, quando um indivíduo era reconhecido como leproso, era expulso de casa e passava a viver à margem da sociedade, nos arredores das cidades, subsistindo e em barracas armadas (FIG. 40), sendo necessário recebimento de doações (relatos extraídos do documentário “Hanseníase hoje e sempre”, produzido pela Editora Caras com o apoio do *Facebook Journalism Project* e do *Internacional Center for Journalists* (ICFJ).

Figura 41 - Muitas das pessoas que tinham lepra eram obrigadas a viver em barracas armadas em beiras de estradas



Fonte: acervo do Instituto Lauro de Souza Lima.

No Brasil, pelo Decreto Federal nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, foram instituídas importantes mudanças no tratamento dos infectados, sendo construídos inúmeros hospitais-colônia para abrigar os pacientes, e introduzido o internamento compulsório. Somente em 7 maio de 1962, por intermédio do Decreto Federal nº 968, após a introdução da sulfona na terapêutica, o internamento obrigatório deixou de vigorar (LAPCHENSK; HARDT, 2018), permitindo que o tratamento fosse realizado ambulatoriamente, derrubando os muros do isolamento e desencadeando a desativação dos hospitais-colônia.

Entretanto, o fim do isolamento compulsório não foi acompanhado da destruição das barreiras da discriminação, justificando a mudança da nomenclatura como tentativa de neutralizar o impacto estigmatizante (SILVEIRA *et al.*, 2014). Foi então que, nos anos 70, o

médico brasileiro Abraão Totberg propôs renomear a palavra originada do latim *lepros*, que significa o ato de sujar ou poluir, na nova nomenclatura hanseníase (BRASIL, 2010).

Em 1974 o Asilo-Colônia Aymorés recebeu a denominação de Hospital Lauro de Souza Lima (HLSL) (FIG. 41), em homenagem ao ilustre hansenólogo paulista. O hospital, além de continuar a atender indivíduos com hanseníase, mostrando especial interesse em Dermatologia Sanitária, proporcionou um novo direcionamento da instituição, que passou a privilegiar a assistência, a pesquisa e o ensino da hansenologia (VIRMOND; GALAN, 2013).

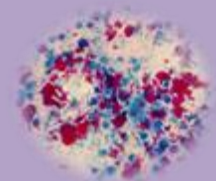
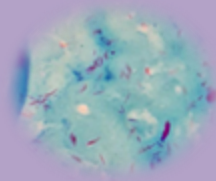
Figura 42 – Asilo-Colônia Aymorés em Bauru-SP



Fonte: acervo do Instituto Lauro de Souza Lima.

Agradecimentos:

Aos pacientes com hanseníase que permitiram que suas fotos fossem tiradas e suas imagens fossem utilizadas, visando o ensino em hanseníase, e a toda a equipe que gentilmente ajudou neste projeto.



As imagens utilizadas foram adquiridas no arquivo de fotos do ambulatório de hanseníase do município de Magé.

