

SITUAÇÃO DA HANSENÍASE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NO PERÍODO DE 2001 A 2009

CLAUDIA L. P. E VALLE
MARIA I. F. PIMENTEL
ANA P. O. LIBÓRIO
ANA L. P. BITTENCOURT
DIANA M.A. DE M. FLACH
FÁTIMA A. SAIEG
RUTH R. DO AMARAL
EGON L. R. DAXBACHER
MARILDA ANDRADE
KÉDMAN T. MELLO

RESUMO

Os indicadores de hanseníase no Estado do Rio de Janeiro mostram, em geral, melhorias graduais entre 2001 e 2009. O coeficiente de detecção e o coeficiente de detecção em menores de 15 anos decresceram de níveis muito altos para níveis altos. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro concentra 80% dos casos novos, sugerindo uma relação entre altas taxas de detecção com maior concentração populacional e com maior número de unidades de saúde descentralizadas. A proporção de cura entre casos novos diagnosticados aumentou, mas manteve-se em níveis regulares. Houve melhora nos indicadores de proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico e proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado na cura. Entretanto, a proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos de hanseníase mantém-se em níveis regulares e necessita de aprimoramento. Deve-se dar continuidade ao trabalho dos últimos anos, intensificando as ações de controle da hanseníase no Rio de

Janeiro.

PALAVRAS-CHAVE: *Hanseníase; Indicadores básicos de saúde; Epidemiologia; Doenças endêmicas.*

INTRODUÇÃO

A hanseníase é um problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro e as ações a serem desenvolvidas são pactuadas anualmente pelas esferas de governo, entre estado e municípios^{1,2}. A Gerência de Dermatologia Sanitária define como princípios norteadores de sua ação as intervenções constantes e continuadas, tendo como missão planejar, coordenar, implantar, implementar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de vigilância da saúde, que contribuem para que os municípios do Estado mantenham a endemia hanseníase sob controle adequado.

As ações de controle da hanseníase incluem para os casos novos: diagnóstico; o tratamento poliquimioterápico

(PQT); vigilância epidemiológica por meio de exame dos comunicantes; educação do paciente, família e comunidade; prevenção de incapacidades, reabilitação e encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade da assistência; acompanhamento dos casos prevalentes até a cura, bem como dos pacientes curados com sequelas enquanto isso for necessário para assegurar-lhes uma boa qualidade de vida^{1,2}. Estas ações se inserem nas estratégias da Organização Mundial de Saúde para o controle mundial da endemia³. Entre as atividades que mais se destacam estão as campanhas municipais para detecção de casos através do exame de sintomáticos dermatológicos, os treinamentos de ações de controle em hanseníase para os profissionais da rede básica de saúde, as supervisões técnicas nos municípios e o monitoramento do sistema de informação.

Além da provisão de serviços de diagnóstico e tratamento facilmente acessíveis, temos como principal desafio a melhoria das ações de vigilância em saúde: aumentar o percentual de contatos intradomiciliares dos pacientes examinados e orientados, melhorar as atividades de prevenção de incapacidades e reabilitação e sua integração no Serviço Único de Saúde (SUS) e aprimorar o manejo das rotinas dos Programas Municipais de Hanseníase no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) de modo a qualificar o monitoramento e acompanhamento do sistema de vigilância epidemiológica.

A Gerência Estadual de Dermatologia Sanitária trabalha no sentido de estimular a expansão da cobertura de unidades de saúde com ações de diagnóstico e tratamento de hanseníase, mantendo a capacitação continuada dos profissionais da rede básica de saúde. Apesar de todos os municípios do Estado terem implantado Programas de Hanseníase no âmbito das

Secretarias Municipais de Saúde, a descentralização do diagnóstico e tratamento para as unidades básicas de saúde vem se mantendo em torno de 40% ou menos das mesmas^{2,4}, mostrando que poucas modificações ocorreram na estrutura das redes municipais de saúde ao longo da década. O Estado do Rio de Janeiro apresenta casos notificados em cerca de 90% dos seus 92 municípios e, no período estudado, observa-se uma maior oscilação da notificação de casos em municípios de baixa endemicidade.

O objetivo do presente estudo é descrever a situação da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2009, considerando os indicadores epidemiológicos e operacionais para a análise, particularmente aqueles relacionados aos casos novos, à porcentagem de curados e à avaliação da incapacidade física por ocasião do diagnóstico e da cura, bem como ao exame dos contatos domiciliares dos casos.

DESENVOLVIMENTO

MATERIAL E MÉTODOS

Para descrever a situação atual da hanseníase no Rio de Janeiro, foram utilizados os seguintes indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde:

- a. Coeficiente de detecção anual de casos novos;
- b. Coeficiente de detecção anual de casos novos na população de 0 a 14 anos;
- c. Proporção de cura entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes;
- d. Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico;
- e. Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado;

f. Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos de hanseníase.

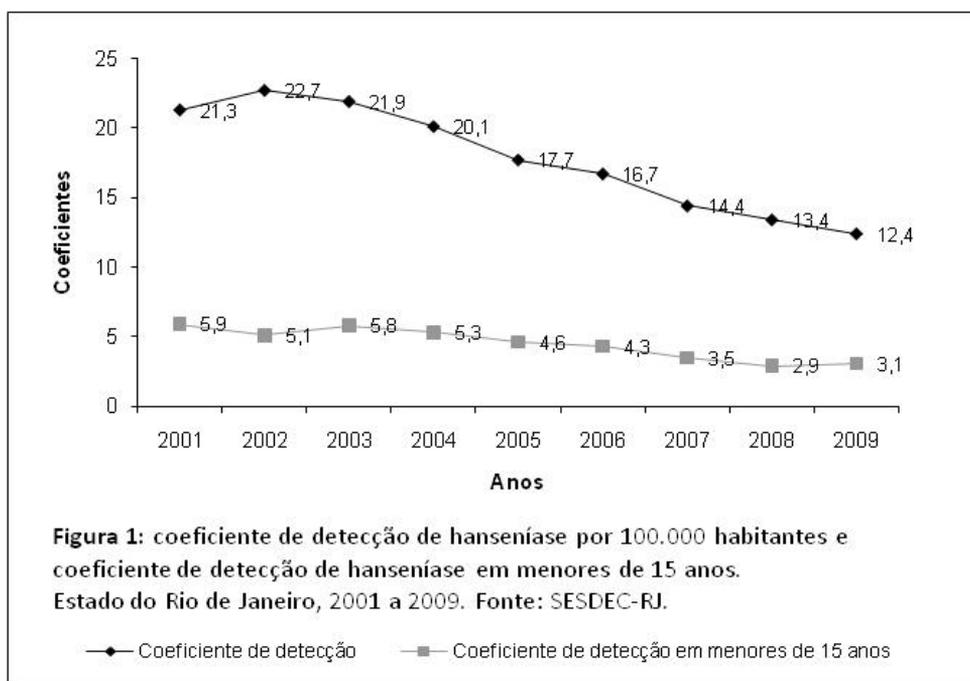
Os dados populacionais foram obtidos através do Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵.

Foi utilizado o banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINANNET – Hanseníase) do Estado do Rio de Janeiro, no período entre 2001 e 2009. Para análise dos dados e construção dos indicadores, foi utilizado o software TabWin versão 3.6⁶.

RESULTADOS

No ano de 2001, o coeficiente de detecção de casos novos era de 20,3 por 100.000 habitantes, tendo declinado para uma taxa de 12,4 por 100.000 habitantes em 2009. O coeficiente de detecção em menores de 15 anos passou de 5,5 por 100.000 habitantes em 2001 para 3,1 em 2009. A Fig. 1 demonstra as séries históricas dos coeficientes de detecção e coeficiente de detecção em menores de 15 anos no estado do Rio de Janeiro entre 2001 e 2009.

Os municípios que concentram maior número de casos novos nos últimos



anos são: Rio de Janeiro, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Campos dos Goytacazes e São Gonçalo (dados não mostrados). Mais de 80% dos casos novos são oriundos da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, incluindo a Baixada Fluminense.

A proporção de curados entre os casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes (paucibacilares: para o ano anterior; multibacilares: para dois anos anteriores) passou de 76,14% em 2001 para 83,1% em 2009. A Fig. 2 mostra a série histórica deste indicador no Estado do Rio de Janeiro para o período compreendido entre 2001 e 2009.

A proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico passou de 84,83% em 2001 para 92,8% em 2009. Já a proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliada por ocasião da cura aumentou de 76% em 2001 para 83,3% em 2009. Na Fig. 3, observa-se a série histórica referente a estes dois indicadores no Estado do Rio de Janeiro entre 2001 e 2009.

Quanto às porcentagens de contatos examinados nos contatos registrados dos casos novos de hanseníase, observamos um decréscimo de 75,87% em 2001 para 58,3% em 2009, conforme demonstrado na Fig. 4.

DISCUSSÃO

A Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro vem desenvolvendo um trabalho contínuo junto aos municípios no treinamento de profissionais da rede básica de saúde em diagnóstico e tratamento de hanseníase^{4,7}, na capacitação de profissionais dos setores de epidemiologia dos municípios nas diversas versões do SINAN-Hanseníase, assessorando-os na elaboração e alimentação dos bancos

de dados SINAN em suas localidades, e na realização de campanhas para detecção de casos de hanseníase^{1,2}. Tais ações esbarram, especialmente, na dificuldade da saída contínua de profissionais treinados da rede básica de saúde nos municípios, substituídos por profissionais ainda não capacitados, o que gera a necessidade continuada de treinamentos^{1,2,7,8}.

A série histórica do coeficiente de detecção aponta para uma tendência de queda da endemia no Estado. O coeficiente de detecção passou de 21,3 por 100.000 habitantes no ano 2001 (muito alto) para 12,4 por 100.000 habitantes em 2009, embora ainda seja considerado alto para os parâmetros oficiais⁹. O coeficiente de detecção nos menores de 15 anos apresentou também queda de níveis muito altos (5,9 por 100.000 habitantes em 2001) para níveis altos (3,1 por 100.000 habitantes em 2009), acompanhando a evolução temporal do coeficiente de detecção do estado. Na Fig. 1, observamos uma tendência à estabilização até 2003 e diminuição dos indicadores (coeficiente de detecção e coeficiente de detecção nos menores de 15 anos) a partir de 2004. A maior concentração de casos de hanseníase ocorre na região metropolitana do Rio de Janeiro, incluindo a Baixada Fluminense, com áreas de grande acúmulo populacional, o que é coerente com os dados da literatura^{10,11}.

A ação que atingiu melhor desempenho relaciona-se às atividades de avaliação da incapacidade física no momento do diagnóstico, que de 84,83% em 2001 aumentou para 92,8% em 2009, considerado bom segundo os parâmetros do Ministério da Saúde⁹. A avaliação da incapacidade física por ocasião da cura deu um salto também expressivo: de 76% em 2001 para 83,3% em 2009, embora ambos os níveis sejam considerados regulares⁹. Tal fato mostra que as ações relativas ao acompanhamento dos pacientes e o cuidado com a

sua qualidade de vida têm melhorado e que o risco de dano neural vem sendo acompanhado nas unidades básicas de saúde no Estado do Rio de Janeiro de uma forma mais cuidadosa, embora esta ação ainda necessite de aprimoramento.

A proporção de cura entre casos novos diagnosticados atingiu, em 2001, o patamar de 76%. Este indicador alcançou o melhor resultado em 2007, com 86,7%, e, subsequentemente, houve uma piora nos anos de 2008 e 2009, em relação ao avanço que ocorreu nos anos anteriores (ver Fig. 2). Estes patamares, entretanto, são considerados regulares pelo Ministério da Saúde⁹.

O indicador “proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos de hanseníase”, entretanto, foi o de pior desempenho ao longo

dos anos estudados, passando de 75,87% (considerado bom) para 58,3%, (regular) segundo os parâmetros do Ministério da Saúde⁹. Entretanto, ao observarmos a Fig. 4, verificamos que os níveis têm-se mostrado mais ou menos estáveis ao longo da série histórica, à exceção do primeiro ano da série (2001), o que indica não uma piora real, mas uma estabilização deste indicador. Torna-se necessário, entretanto, implementar, junto às Secretarias Municipais de Saúde, ações específicas para alcançar a sua melhoria.

O Estado do Rio de Janeiro, ao longo dos anos estudados (2001 a 2009), passou por mudanças políticas que, de alguma forma, tiveram impacto nos indicadores de hanseníase. Criaram-se programas sociais, como o Cheque Saúde Cidadão (consistindo de cupom mensal para os pacientes

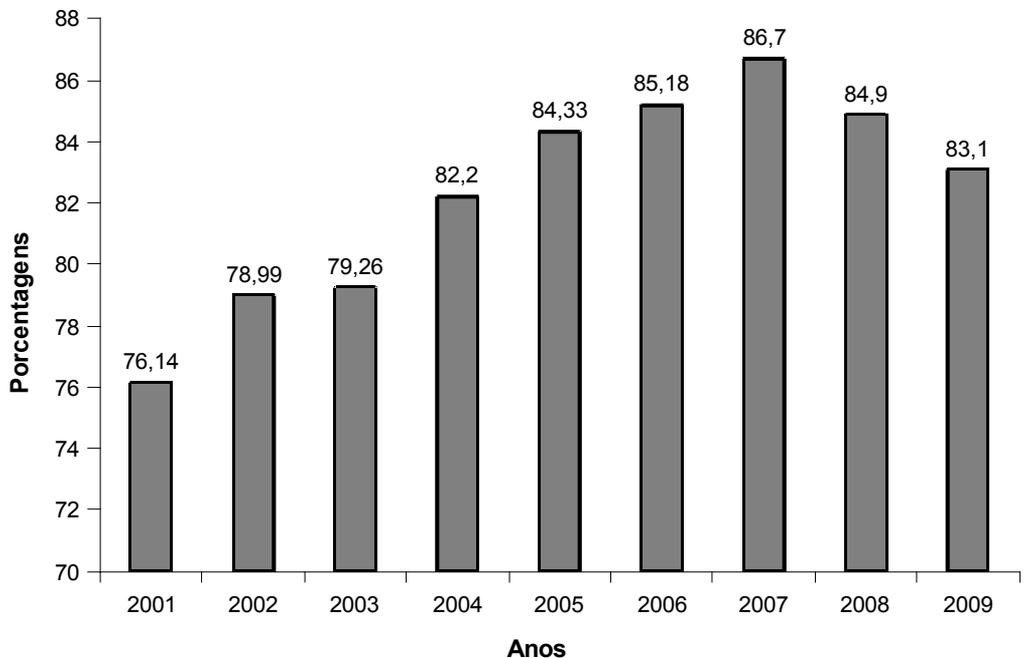
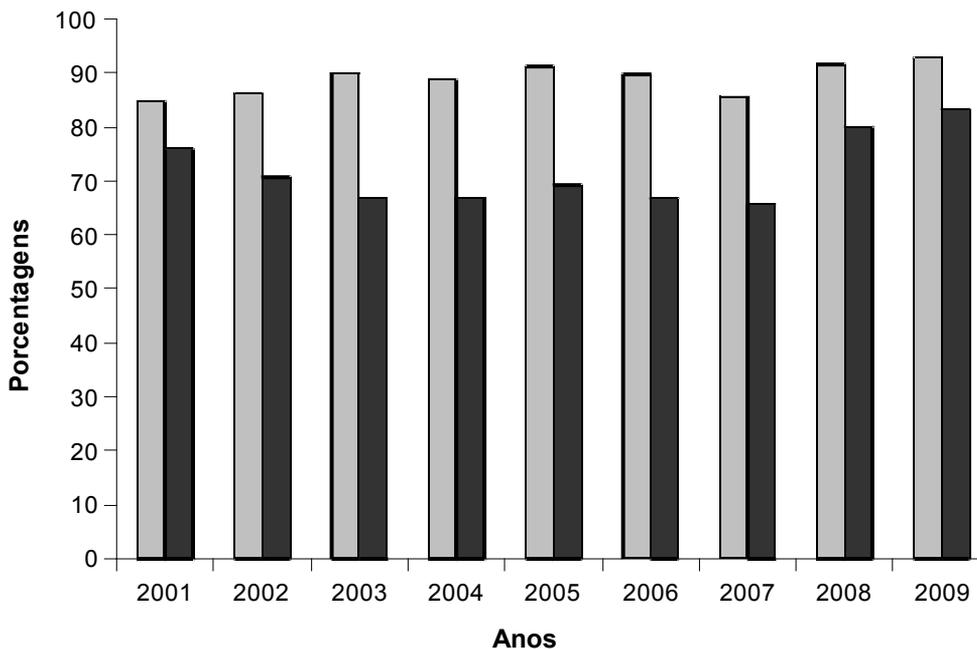


Figura 2. Proporção de curados entre os casos novos de Hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2009.

FONTE: SESDEC-RJ.

portadores de hanseníase em tratamento nas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro a ser trocado por alimentos em supermercados credenciados, fornecido pelo Governo do Estado entre janeiro de 2004 e dezembro de 2006)¹², cujo resultado na pretendida maior adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso da hanseníase parece não ter obtido êxito¹³. Houve um esforço continuado para promover e aumentar a descentralização do atendimento em hanseníase (diagnóstico e tratamento) para as unidades da rede básica de saúde, com a capacitação de profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família^{2,8,14,15}. As

estratégias de promover a descentralização do atendimento ao paciente com hanseníase e de realizar campanhas localizadas estão associadas a uma detecção mais precoce dos casos e redução na prevalência da enfermidade¹⁶. A taxa de detecção da doença parece refletir a melhora do acesso à atenção básica em saúde no país¹⁷. Importatíssimas foram as parcerias com organizações não governamentais como *American Leprosy Missions (ALM)*, *Netherlands Leprosy Relief (NLR)*, *The Leprosy Relief Association (LRA)* e o Movimento para Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan). Todas estas ações



■ Proporção de casos novos com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico.

■ Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado na cura.

Figura 3. Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado na cura. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2009.

FONTE: SESDEC-RJ.

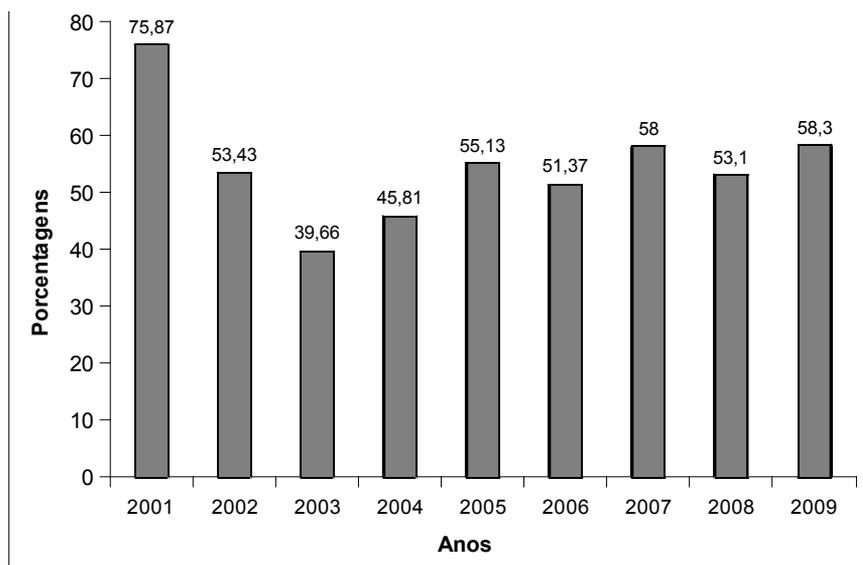


Figura 4. Proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos de Hanseníase. Estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2009.

FONTE: SESDEC-RJ

constituíram estratégias fundamentais para o melhor controle da endemia^{1,2}.

Uma questão importante merece destaque: todos os indicadores são dependentes, em seus resultados, da alimentação da tela de acompanhamento ou da notificação pelos municípios no SINAN.

O sistema informatizado de registro de notificações de hanseníase foi implantado no então Programa de Dermatologia Sanitária do Estado do Rio de Janeiro em 1986. O sistema centralizava a digitação das fichas de notificação e acompanhamento em nível estadual. Em 1998, o banco de dados foi convertido para o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), com abrangência nacional, que estava sendo criado com o objetivo de permitir maior visibilidade da situação da endemia e do resultado das atividades desenvolvidas em cada estado e município.

O SINAN/Hanseníase passou a ser uma importante ferramenta a ser utilizada para a elaboração de estratégias para o controle da endemia.

No entanto, vários problemas surgiram no decorrer destes anos após a implantação do sistema. Até o presente momento, mais de dez trocas de versões foram efetuadas visando à melhoria do sistema; entretanto, isto não favorece a utilização do mesmo pelos seus usuários em relação às rotinas de notificação e acompanhamento. A estrutura existente nas Secretarias Municipais de Saúde, levando a uma alta rotatividade de pessoal atuando nas áreas de informação e epidemiologia em saúde, gera nestes setores escassa mão-de-obra qualificada para o trabalho requerido na alimentação do banco de dados. Os coordenadores municipais dos programas de hanseníase encontram também, pela elevada rotatividade dos profissionais de saúde, dificuldades em desempenhar as atividades gerenciais^{1,2,4}. Como há problemas em variadas instâncias, as informações obtidas através do SINAN podem não ser totalmente confiáveis. São necessários o treinamento e acompanhamento permanente dos profissionais responsáveis pelos sistemas de informação em saúde dos municípios^{18,19} para que os

dados obtidos pelo SINAN/Hanseníase sejam fidedignos, permitindo o adequado acompanhamento da endemia.

CONCLUSÕES

De modo geral, os indicadores estudados demonstram uma melhoria do diagnóstico e da assistência ao paciente com hanseníase no Estado do Rio de Janeiro ao longo da última década. Entretanto, ainda apresentamos alguns dados precários e dificuldades a serem enfrentadas. Estes obstáculos se exteriorizam, principalmente, na irregularidade de alimentação e atualização do banco de dados pelos municípios; nas disparidades regionais que obrigam a criação de estratégias diferenciadas relacionadas à distribuição espacial da hanseníase; na baixa notificação de casos curados; e na necessidade de manutenção de um programa de reabilitação constante, em parceria com os demais programas de saúde do Estado para os portadores de hanseníase.

É preciso dar continuidade ao trabalho desenvolvido nos últimos anos pela Gerência de Dermatologia Sanitária, de forma a aprimorar as ações de controle da endemia.

AGRADECIMENTOS

Nossos sinceros agradecimentos pela ajuda prestada pelos servidores administrativos da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro: Luiz Fernando Souza de Macedo, Vilma Tavares Gomes, Cleuma da Silva, Katerine Brito de Almeida, Eliane de Abreu Terra, Elizalda Calixto da Silva, Ivone Soares Costa e Selma Rita da Costa Freire.

REFERÊNCIAS

1. Plano Estadual de Eliminação da Hanseníase 2007–2010, Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, Rio de Janeiro, 2007, mimeo.
2. Assessoria de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Relatório das Atividades Desenvolvidas no Período de 2003 a 2006. Setembro de 2006, mimeo.
3. World Health Organization. Global leprosy situation 2010. *Weekly Epidemiological Record*. 2010; 85: 337-48.
4. Pimentel MIF, Andrade M, Valle CLP, Xavier AGM, Bittencourt ALP e Macedo LFS. Descentralização do diagnóstico e tratamento da hanseníase no Estado do Rio de Janeiro: avanços e problemas. *Hansen Int*. 2004; 29: 87-93.
5. IBGE. Censo 2000. [Internet]. Brasília (DF) [Acesso em 2011Mar11]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/censo2000_populacao.pdf
6. Ministério da Saúde. TabWin [Internet]. Brasília (DF) [Acesso em 2011 Mar11]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040805&item=3>
7. Moreira TMA, Pimentel MIF, Braga CAV, Valle CLP, Xavier AGM. Hanseníase na atenção básica de saúde: efetividade dos treinamentos para os profissionais de saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Hansen Int*. 2002; 27:70-6.
8. Fuzikawa PL, Acúrcio FA, Velema JP, Cherchi ML. Factors which influenced the decentralization of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. *Lepr Rev*. 2010; 81(3):196-205.
9. Ministério da Saúde. Portaria no 3.125, de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. [Internet]. Brasília (DF) [Acesso em 2011Mar11]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseníase_2010.pdf
10. Penna ML, de Oliveira ML, Penna GO. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. *Lepr Rev*. 2009; 80(3):332-44.
11. Durães SM, Guedes LS, Cunha MD, Magnanini MM, Oliveira MLW. Epidemiologic study of 107 cases of families with leprosy in Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brazil. *An Bras Dermatol*. 2010; 85 (3):339-45.
12. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Decreto nº 33.332, de 05 de junho de 2003. Cria o Programa Cheque Saúde Cidadão no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, em parceria com a Secretaria de Estado de Ação Social, Fundação Leão XIII e Secretarias Municipais de Saúde, e dá ou-

tras providências. Publicado no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, no dia 06 de junho de 2003, sessão Poder Executivo, p.03.

13. Bittencourt, ALP. Contribuição para uma avaliação do Programa Cheque Saúde Cidadão. [Monografia de Pós-graduação em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá; 2007.
14. Andrade LOM, Barreto ICHC, Lira GV, Bezerra FM. A estratégia Saúde da Família no processo de eliminação da hanseníase no município de Sobral. In: Caderno de Resumos do 16º Congresso Internacional de Hanseníase; 2002; Salvador; Brasil.
15. Fuzikawa PL, De Acúrcio FA, Velema JP, Chigaglia ML. Decentralisation of leprosy control activities in the municipality of Betim, Minas Gerais State, Brazil. *Lepr Rev* 2010; 81(3):176-83.
16. Da Cunha MD, Cavaliere FA, Hercules FM, Du rães SM, de Oliveira ML, de Matos HJ. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saú-de Publ.* 2007; 23(5):1187-97.
17. Penna MLF, Oliveira MLW, Carmo EH, Penna GO, Temporão JG. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008; 41(Supl II):6-10.
18. Feenstra P. Leprosy control through general health services and/or combined programmes. *Lepr Rev.* 1993; 64:89-96.
19. Jakeman P, Smith WCS. Evaluation of a multi-drug therapy programme of leprosy control. *Lepr Rev.* 1994; 65:289-96

ABSTRACT

The health status indicators of leprosy in the state of Rio de Janeiro show gradual improvements, in general, between 2001 and 2009. The detection rate and detection rate in children under 15 years decreased from very high levels to high levels. The metropolitan area of Rio de Janeiro concentrates 80% of new cases, suggesting a relationship between high detection rates with higher population density and larger numbers of decentralized health units. The cure rate among new detected cases has increased, but remained in regular levels. There was improvement in the indicators of the proportion of new cases with degree of physical disability assessed at diagnosis and proportion of cured cases in the year with degree of disability assessed in healing. However, the proportion of examined contacts among the registered contacts of new leprosy cases remains at regular levels and needs improvement. We should continue the work of recent years, intensifying efforts to control leprosy in Rio de Janeiro state.

KEYWORDS: Leprosy; Health status indicators; Epidemiology; Endemic diseases.

TITULAÇÃO DOS AUTORES

EGON LUIZ RODRIGUES DAXBACHER

Dermatologista pela Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD); Hansenólogo pela Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH); Professor substituto de Dermatologia – Responsável pelo Ambulatório de Dermatologia Sanitária – HUPE/UERJ.

ADALGISA IEDA MAIWORM BROMERSCHENKEL

Doutoranda PGCM; Mestre em Ciências da Saúde pela UFRN; Especialista em Fisioterapia Pneumofuncional; Chefe do Departamento de Fisioterapia do HUPE/PPC/ UERJ.

ANA LUIZA PARENTONI BITTENCOURT

Enfermeira; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

ANA PAULA OLIVEIRA LIBÓRIO

Enfermeira; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

CARLA ANDRÉA AVELAR PIRES

Dermatologista pela SBD. Hansenóloga pela SBH. Mestre em doenças tropicais. Docente da Universidade Federal do Pará (UFPA) e da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

CARLOS TELLES

Disciplina de Neurocirurgia -HUPE/UERJ.

CAROLINA PRESOTTO

Especializanda do Programa de Pós-graduação em Dermatologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

-

CLAUDIA LÚCIA PAIVA E VALLE

Médica, especialista em Saúde Pública; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria do Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro.

DANIEL LAGO OBADIA

Médico dermatologista pela SBD. Professor substituto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

DANIELA MARTINS BRINGEL

Médica pós-graduanda em Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ.

DIANA MARY ARAÚJO DE MELO FLACH

Enfermeira; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

FÁTIMA ABDALAH SAIEG

Médica; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

GERALDO MARIANO MORAES DE MACEDO

Médico (UFPA).

GUSTAVO COSTA VERARDINO

Médico pós-graduando em Dermatologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

JOSÉ DA ROCHA CUNHA

Fisioterapeuta; Serviço de Reabilitação Pulmonar PPC/ UERJ e Pneumologia HUPE/UERJ.

KÉDMAN TRINDADE MELLO

Assistente Social; Gerente de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

LUDMILLA QUEIRÓS MIRANDA

Médica pós-graduanda em Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ.

MARCUS ANDRÉ ACIOLY

Médico, Professor da Disciplina de Neurocirurgia - HUPE/ UERJ; Departamento de Neurologia (USP).

MARIA DE FÁTIMA GUIMARÃES SCOTELARO ALVES

Professora adjunta em Dermatologia, responsável pela disciplina de Dermatopatologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

MARIA INÊS FERNANDES PIMENTEL

Médica; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ); Assistente de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (IPEC); Professora titular de Dermatologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA).

MARILDA ANDRADE

Professora Adjunta de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense (UFF).

MARÍLIA BRASIL XAVIER

Doutora em Neurociências e Biologia Celular. Docente da UFPA e UEPA.

MAUD PARISE

Médica; Professora da Disciplina de Neurocirurgia - HUPE/UERJ.

NATASHA UNTERSTELL

Residente de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

PEDRO VALE MACHADO

Residente de Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ.

PLÍNIO D. MENDES

Médico; Professor da Disciplina de Neurocirurgia - HUPE/UERJ e Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso).

POLIANA E. FARIAS

Especialista em Administração Hospitalar (SESPA).

RENATA PAMPLONA NOVAES OLIVEIRA

Mestre em Planejamento em Políticas Públicas (SESPA).

RUTH REIS DO AMARAL

Assistente Social; Técnica da Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SESDEC-RJ).

SUELI CARNEIRO

Professora adjunta do Departamento de Especialidades Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

TAINÁ SCALFONI FRACAROLI

Médica pós-graduanda em Dermatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ.

TEREZINHA DE JESUS CARVALHO ARAUJO FILHA

Fisioterapeuta da URE Dr. Marcello Candia; Mestre em doenças tropicais (UFPA).

YVES RAPHAEL DE SOUZA

Fisioterapeuta clínico e respiratório; Especialista em Fisioterapia Pneumofuncional e Terapia Intensiva pela ASSOBRAFIR e COFFITO. Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior pela Universidade Estácio de Sá. Docente de graduação e pós-graduação lato sensu em Fisioterapia nas áreas cardiorrespiratórias, metodologia da pesquisa e orientação de projetos.