



EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA

Curitiba, 13 de outubro de 2023

O Instituto Aliança Contra Hanseníase (*Alliance Against Leprosy* na sigla em inglês), por meio de sua Diretoria Executiva, em observância ao seu propósito de atuação, vem a público divulgar mais uma iniciativa em benefício das pessoas acometidas pela hanseníase, no Brasil.

Com financiamento internacional da Fundação CIOMAL (Campanha Internacional da Ordem de Malta contra a lepra), organização criada em 1958, que atua na luta contra a hanseníase e todas as exclusões relacionadas com esta doença, sendo parte da Ordem de Malta da Suíça, com sede em Genebra, o Instituto AAL **doará 20 pares de sapatos digitais a pacientes com sequelas de neuropatias periféricas com ou sem deficiências físicas nos pés causadas pela hanseníase, até dezembro de 2023.**

Em uma proposta inédita no mundo, a presidente, juntamente com a diretoria técnica do Instituto AAL encontrou uma solução moderna para confeccionar calçados inteiramente sob medida, com utilização de tecnologia de ponta. Trata-se dos sapatos digitais, que, no caso das neuropatias ocasionadas pela hanseníase, são indicados **para os pacientes que não conseguem adaptar aos seus pés, os calçados comerciais.**

Uma equipe do Instituto receberá os pedidos de adesão a proposta, analisará cada uma delas e, sendo indicado, o paciente deverá se deslocar até uma das unidades da empresa parceira do Instituto AAL (o transporte do paciente até a loja para digitalização deverá ser a cargo do paciente), e, a empresa parceira produzirá os calçados e as palmilhas confeccionada em impressão 3ª de forma individualizada para cada um dos



pacientes contemplados. Após o calçado pronto, a empresa parceira enviará gratuitamente o calçado para o paciente no endereço por ele indicado.

O paciente juntamente com o profissional que o acompanha deverão enviar e ou estar concordantes com a concessão de fotos, áudios e vídeos de todo o processo que compreende antes e depois do uso do calçado, e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A ação promove uma grande melhoria na qualidade de vida dos participantes, pois esses sapatos oferecem conforto, melhor cicatrização das feridas, estabilidade da marcha, aceitabilidade social com a diminuição do preconceito, além de serem produzidos rapidamente e entregues na casa do paciente.

Assim, convidamos a todos os profissionais de saúde responsáveis pelos tratamentos de pacientes de hanseníase nestas condições que submetam seus casos para avaliação **até o dia 15 de novembro de 2023**, por meio do **formulário ANEXO I, que deve ser preenchido, assinado e enviado por meio do link:**

<https://bit.ly/edital-enviar-anexo>

Todos os casos serão analisados pelo comitê formado pela Diretoria Executiva e Técnica do Instituto AAL, e, após criteriosa análise, os **vinte casos serão contemplados com os sapatos digitais personalizados. Os custos com o calçado serão subsidiados pela AAL e CIOMAL.**

Os sapatos serão produzidos em um período de 10 dias a 30 dias após serem digitalizados e serão enviados diretamente para a casa do paciente sem qualquer custo.

O cumprimento dos prazos e a garantia da fabricação dos sapatos são de responsabilidade da empresa que confeccionará os sapatos.

O Instituto AAL se compromete a acompanhar o uso dos sapatos e a monitorar os impactos positivos do calçado na qualidade de vida dos pacientes contemplados.



Diante disso, contamos com a participação dos profissionais que acompanham os casos que tem ou tiveram hanseníase do Brasil inteiro na inscrição dos casos que julgarem pertencentes a esta proposta para que o Instituto AAL possa beneficiar pacientes de todos os estados do país.

PERFIL DE PACIENTE APTO A PARTICIPAR DA AÇÃO:

- Paciente adulto que é ou foi acometido pela hanseníase;
- Paciente residente em um dos estados que possua unidade de escaneamento (Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Tocantins);
- Paciente que possa arcar com as despesas de transporte até a empresa que fará a digitalização de seus pés, localizada em uma das capitais dos estados listados acima;
- Paciente que tenha um endereço postal válido (para a entrega dos calçados 3D pelos correios);
- Paciente que esteja em acompanhamento OU contato com profissional de saúde que seja apto a preencher o Formulário de Calçados 3D.

Dúvidas e demais esclarecimentos podem ser encaminhados para aal@aal.org.br

Atenciosamente,

Laila de Laguiche

Dra. Laila de Laguiche
Presidente e Fundadora Instituto AAL

Susilene Maria Tonelli Nardi

Dra. Susilene Maria Tonelli Nardi
Diretora Técnica Instituto AAL

Nicole Morihama

Nicole Morihama
Gerente Geral Instituto AAL

Para conhecer mais e acompanhar o nosso trabalho, acesse:



Aliança Contra **Hanseníase**
INSTITUTO

Site: www.aal.org.br

Instagram: <https://www.instagram.com/aliancacontrahansenias/>

Facebook: <https://www.facebook.com/aliancacontrahansenias/>

Youtube: <https://www.youtube.com/@aliancacontrahansenias>

Inscreva-se e receba a nossa Newsletter: <https://aal.org.br/newsletters/>

www.aal.org.br aal@aal.org.br

RUA DEPUTADO HEITOR ALENCAR FURTADO n° 3350, SALA 103
CONDOMÍNIO OPUS ONE ECOVILLE - BAIRRO CAMPO COMPRIDO
CURITIBA - PR CEP: 81200-528



ANEXO I

FORMULÁRIO PARA SUBMISSÃO DE PROPOSTA PARA OBTENÇÃO DE CALÇADO COM PALMILHA EM IMPRESSÃO 3D

DATA DA SUBMISSÃO DA PROPOSTA: ____ / ____ / ____
1. DADOS PESSOAIS DO PROFISSIONAL QUE ACOMPANHA O PACIENTE
1.1. Nome completo:
1.2. Profissão:
1.3. Nome da Unidade de Atendimento:
1.4. Endereço completo da unidade de atendimento:
1.5. Telefone de contato: (DDD)

2. DADOS PESSOAIS DO PACIENTE			
2.1. Nome completo:			
2.2. CPF:			
2.3. Data de nasc: ____ / ____ / ____	2.7. Idade: _____	2.8. Sexo: 1. () M 2. () F	
2.4. Telefone de contato: (DDD)			
2.5. Reside com:	1. Sozinho ()	2. Pai e/ou mãe ()	3. Cônjuge () 4. Outros () Especifique:
2.6. Escolaridade	1. () analfabeto		2. () Ensino fundamental incompleto
	3. () Ensino fundamental completo		4. () Ensino médio incompleto
	5. () Ensino médio completo		6. () Ensino superior incompleto
	7. () Ensino superior completo. 7.1. Curso: _____		
2.7. Ocupação Atual:	1 () Emprego assalariado		2 () Autônomo
	3 () Estudante		4 () Prendas domésticas
	5 () Aposentado		6 () Afastado por motivo de doença
	7 () Desempregado		8 () Profissão/Ocupação:



3. DADOS CLÍNICOS

3.1.. Pront: _____			
3.2. Data do diagnóstico: ____/____/____			
3.3. Tratamento concluído (PQT):	1. () sim Data: ____/____/____	2. () não	
3.4. Classificação operacional:	1. () PB	2. () MB	
3.5. Forma Clínica	1.() Indeterminada 2.()Tuberculóide 3.()Dimorfa 4. () Virchoviana		
3.6. Quando surgiram os primeiros sinais e sintomas da doença? ____/____/____			
3.7. Grau de Incapacidades da OMS			
3.7.1. Olho D:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.2. Olho E:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.3. Mão D:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.4. Mão E:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.5. Pé D:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.6. Pé E:	0.() zero	1. () um	2. () dois
3.7.7. Grau incapacidade Geral	0.() zero 1. () um 2. () dois		3.7.8. EHF/OMP: ____
3.8. Apresenta deficiências nas mãos? 1. () sim 2. () não. Especifique:			
3.9. Quando começou a apresentar deficiências visíveis no pé? _____			
3.10. Especifique as deformidades visíveis nos pés:			
3.10.1. Direito:			() não se aplica
3.10.2. Esquerdo:			() não se aplica
4. Paciente tem ou já teve adaptação de calçado?	1. Sim ()	2. Não ()	
4.1. Se já tem ou teve, o paciente a utiliza?	1. Sim ()	2. Não ().	
4.2. Se a resposta for NÃO.		Cite o motivo de não utilizar:	
		Cite o Tipo de calçado/adaptação que teve ou tem:	

Formulário desenvolvido por Susilene Maria Tonelli Nardi 25/10/2023 (Nardi, 2023)



INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O paciente apresenta:

1. perda da sensação de pressão profunda na(s) planta(s) do(s) pé(s)? (monofilamento preto)	1. Sim ()	2. Não ()
2. Flexão dos dedos do(s) pé(s) (garra)?	1. Sim ()	2. Não ()
2.1. Se sim, a “garra” é móvel ou rígida? Não se aplica ()	1. Móvel ()	2. Rígida ()
3. Úlcera/ ferimento na planta do pé?	1. Sim ()	2. Não ()
3.1. Se sim, está em tratamento contínuo com médico e enfermeiro/estomoterapeuta? Não se aplica ()	1. Sim ()	2. Não ()
4. Articulação subtalar (do calcanhar) rígida ou com limitação?	1. Sim ()	2. Não ()
5. Reabsorção óssea?	1. Sim ()	2. Não ()
5.1. Se sim, descreva o(s) local(is) da reabsorção(ões)	Descreva:	
5.2. a reabsorção é maior que 1/3 do comprimento do osso acometido?	1. Sim ()	2. Não ()

Formulário desenvolvido por Susilene Maria Tonelli Nardi 25/10/2023 (Nardi, 2023)

Data: ____/____/____

Nome completo do profissional que submeteu a proposta:

Contato (e-mail ou fone): _____