

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO  
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AUDITORIA, PLANEJAMENTO  
E GESTÃO EM SAÚDE

**MARIA VANUZIA COSTA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM UMA ÁREA URBANA  
DO MUNICÍPIO DE OLHO D'ÁGUA DAS CUNHÃS - MARANHÃO**

São Luís

2009

**MARIA VANUZIA COSTA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM UMA ÁREA URBANA  
DO MUNICÍPIO DE OLHO D'ÁGUA DAS CUNHÃS - MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2009

Costa, Maria Vanuzia.

Perfil clínico-epidemiológico da Hanseníase em uma área urbana do município de Olho D'água das Cunhãs - Maranhão. Maria Vanuzia Costa. - São Luís, 2009.

23f.

Monografia (Pós-Graduação em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde) – Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2009.

1. Hanseníase. 2. Classificação. 3. Reação. 4. Atenção Básica.  
Título.

CDU 616-002.7

**MARIA VANÚZIA COSTA**

**PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA HANSENÍASE EM UMA ÁREA URBANA  
DO MUNICÍPIO DE OLHO D'ÁGUA DAS CUNHÃS - MARANHÃO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde do LABORO-Excelência em Pós-Graduação/Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovada em    /    /

BANCA EXAMINADORA

---

**Profa. Mônica Elinor Alves Gama** (Orientadora)

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

---

**Profa. Rosemary Ribeiro Lindholm**

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo- USP

## **Perfil clínico-epidemiológico da Hanseníase em uma área urbana de Olho D'água das Cunhãs – Maranhão**

Clinical and epidemiological profile of leprosy in an urban area of water Eye of Cunha- Maranhão

**Maria Vanuzia Costa**

Gestora em Saúde Comunitária. Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde.

### **Resumo**

*Estudo descritivo realizado a partir da coleta de dados de fichas de notificações e prontuários dos casos de Hanseníase, diagnosticados e acompanhados no período de janeiro/2002 a dezembro/2007, no Bairro Novo, município de Olho D'água das Cunhãs/MA, objetivando estudar os casos do referido agravo, através de indicadores epidemiológicos, variáveis clínicas e acesso aos serviços de saúde. Observou-se a predominância de casos para o sexo masculino; faixa etária acima de 40 anos; classificação multibacilar; cor branca. Verificou-se que 25% dos casos apresentaram reação hansênica e 6% destes, foram encaminhados para avaliação no Centro de Referência Estadual. Do total dos casos, 85% foram diagnosticados antes do aparecimento de deformidades físicas e 95%, receberam alta por cura. Concluiu-se que na equipe do PSF da área, houve compromisso e responsabilidade na busca ativa dos casos; diagnóstico clínico com classificação; notificações através da alimentação do Sistema de Informação; tratamento supervisionado com acompanhamento ambulatorial e domiciliar; fornecimento de medicamentos, atendimentos de intercorrências, dentre outras, ficando a desejar a avaliação neurológica por falta de treinamento de profissionais da área.*

### **Palavras – chave**

*Hanseníase; Classificação; Reação; Atenção Básica.*

**Summary**

*Descriptive study conducted from the data collection sheets and charts of notifications of cases of leprosy, diagnosed and monitored in the period from January 2002 to December/2007 in New Neighborhood, city of Olho D'água Wedges/MA, aiming studying the cases of the disease through epidemiological indicators, clinical and access to health services. There was a predominance of cases for males age above 40 years; classification multibacillary; white. It was found that 25% of cases had leprosy reaction and 6% of these were referred for evaluation in the State Reference Center. Of total cases, 85% were diagnosed before the onset of physical deformities and 95%, were discharged because of cure. It was concluded that the PSF team in the area, there was commitment and responsibility in active search of cases, clinical diagnosis with classification; notifications by feeding the information system; supervised treatment in ambulatory and home monitoring, provision of medicines, care for complications, among others, with the wish to neurological evaluation because of lack of training of professionals in the area.*

**Key words**

*Leprosy; Classification; Reação; Primary Care.*

## Introdução

Conhecida desde os tempos remotos antecedendo os tempos bíblicos, a hanseníase era chamada de lepra. É uma doença infecto – contagiosa transmitida pelo bacilo álcool-ácido resistente *Mycobacterium leprae*, que é um hospedeiro parasitário do citoplasma do macrófago que produz elevada infectividade; porém, potogenicidade relativamente baixa<sup>1</sup>.

A doença atinge nervos e/ou pele, iniciando com máculas hipocrômicas na pele com predominância em nádegas, orelhas, nariz e membros inferiores e/ou parestesias que podem acometer um nervo, um tronco nervoso ou vários nervos. Clinicamente, a neuropatia é do tipo mista, comprometendo fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas. A sensibilidade da lesão segue as ordens térmicas, dolorosas e táteis; o exame clínico observa as alterações da mesma forma<sup>2</sup>.

Foram encontrados relatos da doença em escrituras chinesa e hindu, na história antiga. Hipócrates foi um dos primeiros a utilizar o termo lepra, como denominação de hanseníase, na Grécia. Na antiguidade, a hanseníase era considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando rejeições com o doente, excluindo-o da sociedade, de tal forma, que os doentes ficavam confinados para tratamento ou morte, em leprosários<sup>3</sup>.

Em 1873, o médico Norueguês Gerhard Hansen, notável pesquisador do tema, identificou o bacilo *Mycobacterium leprae* como causador da doença, a qual teve seu nome mudado para hanseníase em homenagem ao seu descobridor. Com esse avanço científico, houve uma mudança, que hoje tem tratamento e cura. A doença é endêmica nas Américas Central do Sul: o Brasil é considerado o segundo país com

maior número de casos de hanseníase e no mundo se encontra no Sudeste Asiático, América do Sul e África<sup>4</sup>.

Em 1998, foram registrados no Brasil, 78.068 casos de hanseníase, o equivalente a 4,88 casos por 10.000 habitantes. Desde então, observou-se um declínio na prevalência da doença; mesmo sendo uma doença de diagnóstico simples e fácil tratamento, podendo ser causadora de várias morbidades e algumas incapacitantes. A forma clínica da doença obedece à classificação de Madri: Indeterminada, Tuberculoíde, Dimorfa e Virchowiana<sup>5</sup>.

A classificação funcional da Organização Mundial de Saúde<sup>6</sup> seleciona os pacientes em Paucibacilares (PB) e Multibacilares (MB), sendo que os primeiros devem ser tratados por 6 meses, podendo ser estendido por mais 3 meses em casos de interrupção do tratamento e os outros por 12 meses, podendo ser estendido por mais 6 meses em casos de interrupção. Como a baciloscopia pode apresentar resultados negativos tanto para PB e MB, não se constitui em fator determinante para diagnóstico de hanseníase. No Brasil é uma doença de notificação compulsória e por isso, todos os casos diagnosticados da doença deverão ser informados pelo Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN<sup>7</sup>.

Partindo-se desse entendimento, justifica-se a necessidade da realização deste estudo, por entender-se que a relevância dessa patologia não se prende apenas ao fato de ser uma doença contagiosa, mas principalmente, por ter um potencial incapacitante, deformador e mutilador, quando acomete os nervos periféricos e os olhos. Tais incapacidades, no entanto, podem ser prevenidas ou amenizadas a partir dos gestores em saúde, juntamente com toda a equipe multidisciplinar do Programa Saúde da Família.



Objetivou-se com essa pesquisa estudar aspectos clínicos e epidemiológicos da Hanseníase em uma área urbana do município de Olho D'água das Cunhãs/MA, especificamente, traçando o perfil demográfico da população atingida pela Hanseníase, bem como a classificação clínica, duração do tratamento e situação atual dos pacientes portadores da doença, com vistas a compreender, não somente a patologia em si, como também, os transtornos causados por ela.

### **Material e métodos**

O estudo foi realizado no povoado Bairro Novo, município de Olho D'água das Cunhãs/MA, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2007. Configura-se como um estudo quantitativo descritivo, com levantamento de dados a partir dos registros dos prontuários do Posto de Saúde do referido bairro e nas fichas de notificação do SINAN. A população estudada compreende todas as pessoas acometidas pela doença, cujos casos foram diagnosticados no Posto de Saúde do Bairro Novo e notificados pela Secretaria Municipal de Saúde, através do SINAN, no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2007.

Criado pela Lei nº 2158 de 30 de novembro de 1961, o município de Olho D'água das Cunhãs, cujo território foi desmembrado de Bacabal, conserva a denominação que lhe foi dada pelo piauiense Vicente Rodrigues, que ali chegou em 1929 e por Marcelino de Sousa Brandão, que se juntou a ele, um ano depois. Localiza-se na micro-região do Médio Mearim, meso região do centro maranhense, com população estimada em 2004 de 20.284 habitantes. Atualmente, conta com 17.868 habitantes, apresentando superfície de 577 Km<sup>2</sup> e área de 552.619 Km<sup>2</sup>. Com altitude de 30 m, possui clima tropical semi-úmido<sup>8</sup>.

O desenvolvimento do povoado Bairro Novo que deu origem ao município, decorreu principalmente da agricultura, com o cultivo do algodão e hoje suas terras são utilizadas prioritariamente para a pecuária.

O Sistema de Saúde é composto por 1 (um) hospital privado que oferece serviços terceirizados à Prefeitura Municipal; 1 (um) Centro de Saúde, unidade de referência local dos Programas de Saúde Pública; 10 (dez) Postos de Saúde, sendo distribuídos na sede e zona rural; 7 (sete) equipes completas do Programa Saúde da Família; 7 (sete) equipes completas do Programa Saúde Bucal e 50 (cinquenta) Agentes Comunitários de Saúde.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados as Fichas do SINAN e os prontuários dos pacientes cadastrados na Unidade de Saúde, onde foram contempladas as variáveis, a saber: sexo, idade, cor, classificação funcional, tempo de tratamento (meses). (Apêndice A e Anexo A)

Para realização da coleta de dados, procedeu-se com o levantamento de todos os prontuários e fichas dos pacientes, após autorização da Secretária Adjunta do município de Olho D'água das Cunhãs, observando-se quem estava em tratamento, em abandono e casos novos, bem como os que estavam em tratamento medicamentoso paucibacilar (2 a 6) meses e multibacilar (acima de 7) meses. Os dados analisados foram representados em forma de Gráficos, através do Programa *Excel Versão 2007*, para melhor análise e visualização dos mesmos.

### **Resultados e discussão**

Apresentam-se abaixo os dados relativos a todos os 21 casos notificados na Unidade Básica de Saúde do Bairro Novo no período de janeiro de 2002 a dezembro de 2007.

O Gráfico 1 aponta que 61% dos pacientes estudados são do sexo masculino e que 39%, do sexo feminino. Assim, pode-se perceber que o acometimento da doença tem maior incidência no sexo masculino.

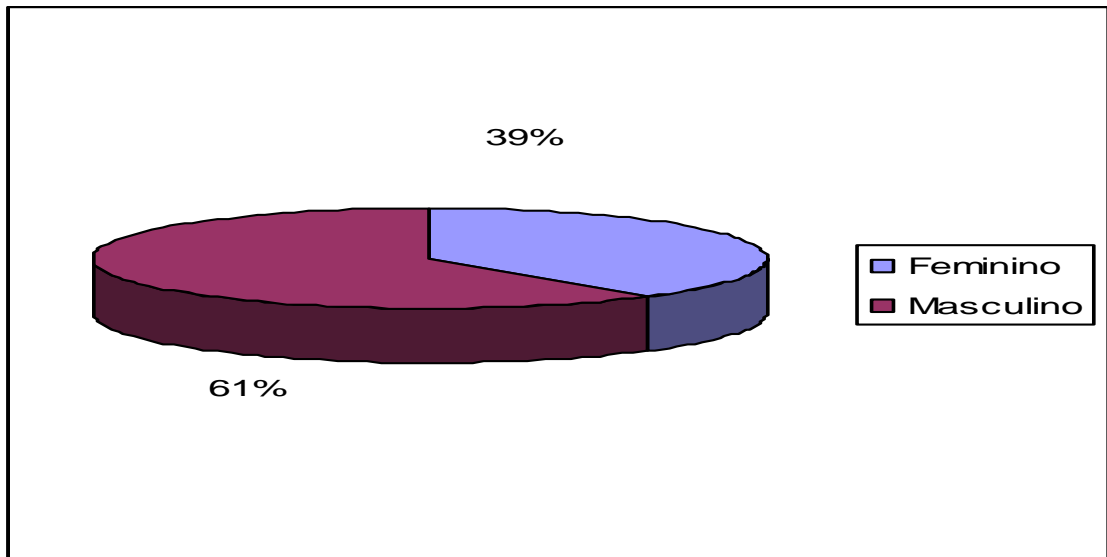


Gráfico 1 – Distribuição percentual de 21 pacientes do povoado de Bairro Novo de acordo com o sexo. Olho D'água das Cunhãs – MA. 2002-2007.

Os estudos de Tonelli; Freire<sup>9</sup> relatam que “os homens são mais afetados que as mulheres na maioria dos focos da doença”. Para tanto, deve-se levar em consideração que os homens costumam deslocar-se mais de um lugar para outro, por necessidade financeira de seus lares, estando, portanto, mais suscetíveis a possíveis contaminações.

No que se refere à faixa etária, o Gráfico 2 mostra que 1% são pessoas acometidas apresentam idade entre 0 a 15 anos; 30%, de 16 a 30 anos; 28%, de 31 a 45 anos e 41%, estão na faixa etária acima de 46 anos .

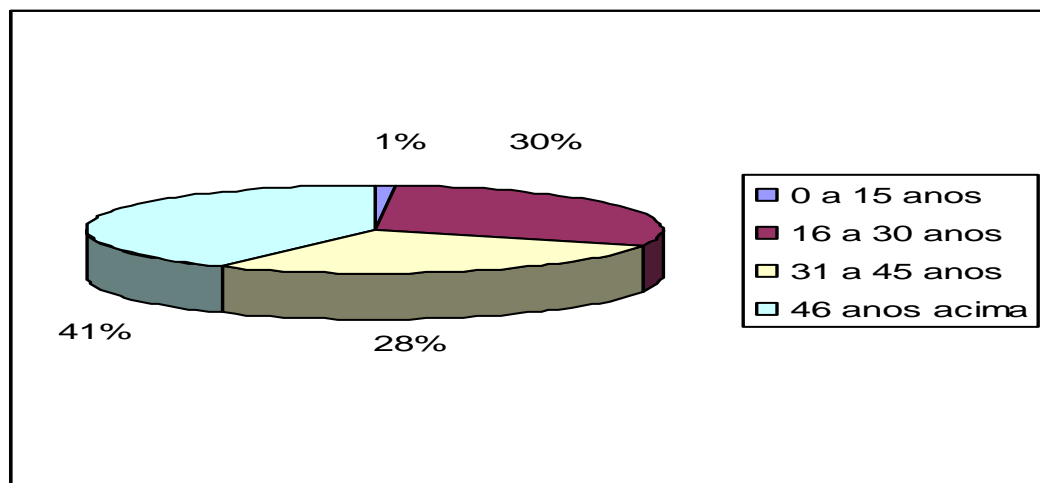


Gráfico 2 – Distribuição percentual de 21 pacientes do povoado de Bairro Novo de acordo com a faixa etária. Olho D'água das Cunhãs – MA. 2002-2007.

Os dados apresentados mostram que a hanseníase não tem faixa etária determinada, podendo-se perceber que acomete o indivíduo, independente de sua idade.

Fazendo-se referência à cor, 24% dos pacientes estudados no Bairro Novo é de cor parda; 28%, de cor negra e 48%, de cor branca. (Gráfico 3)

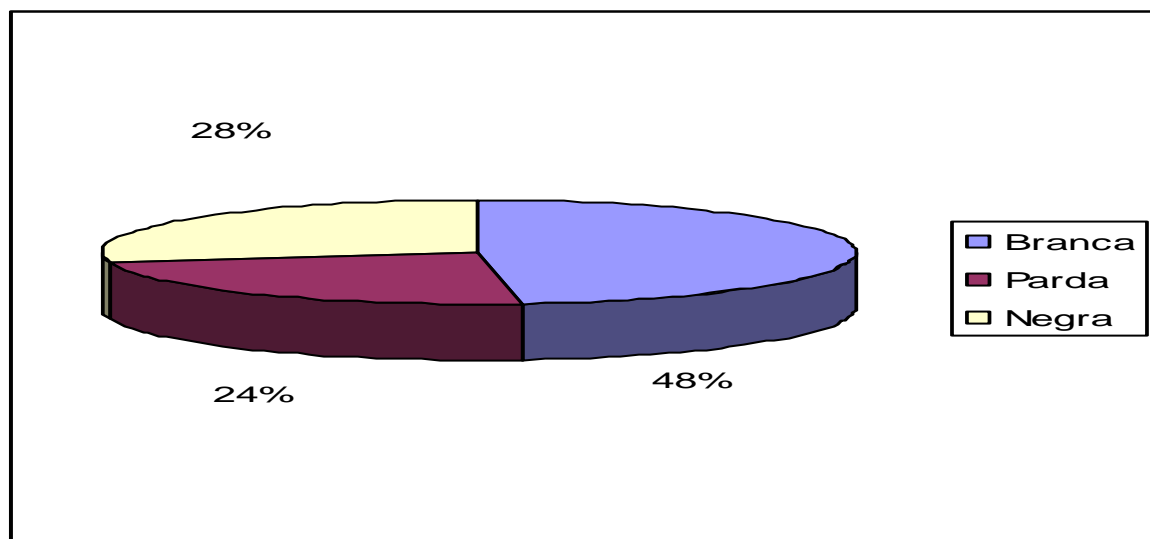


Gráfico 3 - Distribuição percentual de 21 pacientes do povoado de Bairro Novo de acordo com a cor. Olho D'água das Cunhãs – MA. 2002-2007.

O Gráfico abaixo torna evidente a classificação funcional dos pacientes estudados, onde 24% apresentaram a classificação em paucibacilar e 76% em multibacilar, observando-se, portanto, que o maior índice é em pacientes multibacilares.

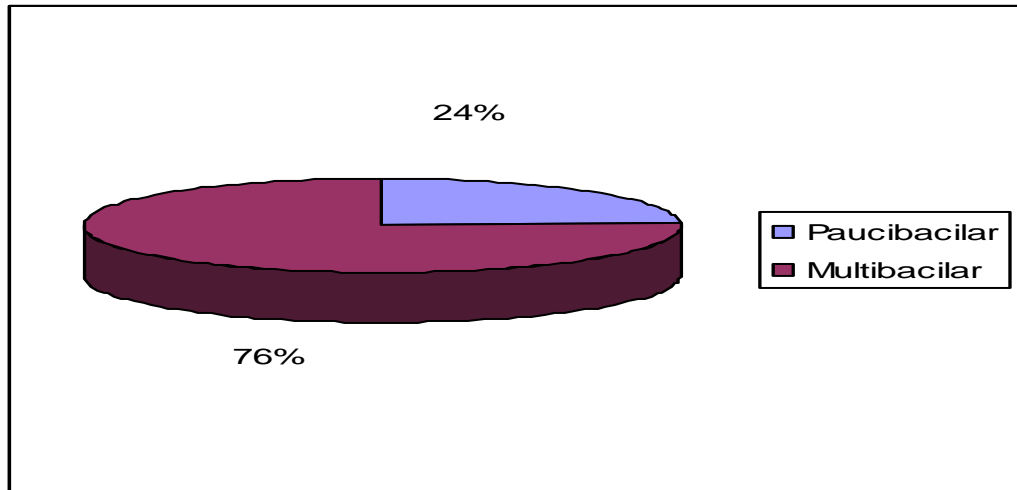


Gráfico 4 - Distribuição percentual de 21 pacientes do povoado de Bairro Novo de acordo com a classificação funcional. Olho D'água das Cunhãs – MA. 2002-2007.

Foss<sup>10</sup> afirma que os enfermos “paucibacilares não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença, devido a baixa carga bacilar”. Enquanto os enfermos “multibacilares constituem o grupo contagiante e assim se mantêm enquanto não iniciar o tratamento específico”. Segundo Promolla; Baccarelli<sup>11</sup>, “a ação maior para prevenir o contágio da hanseníase, será a descoberta e o tratamento precoce dos casos multibacilares (MB)”.

Os dados do Gráfico 5 demonstram que 62% dos pacientes apresentam duração do tratamento entre 2 a 6 meses e que em 38%, a duração é de 7 a 11 meses. Torna-se oportuno ressaltar que a maioria dos pacientes ainda encontra-se em tratamento, não sendo possível, portanto, fazer a relação direta entre a forma clínica e o tempo total de tratamento.

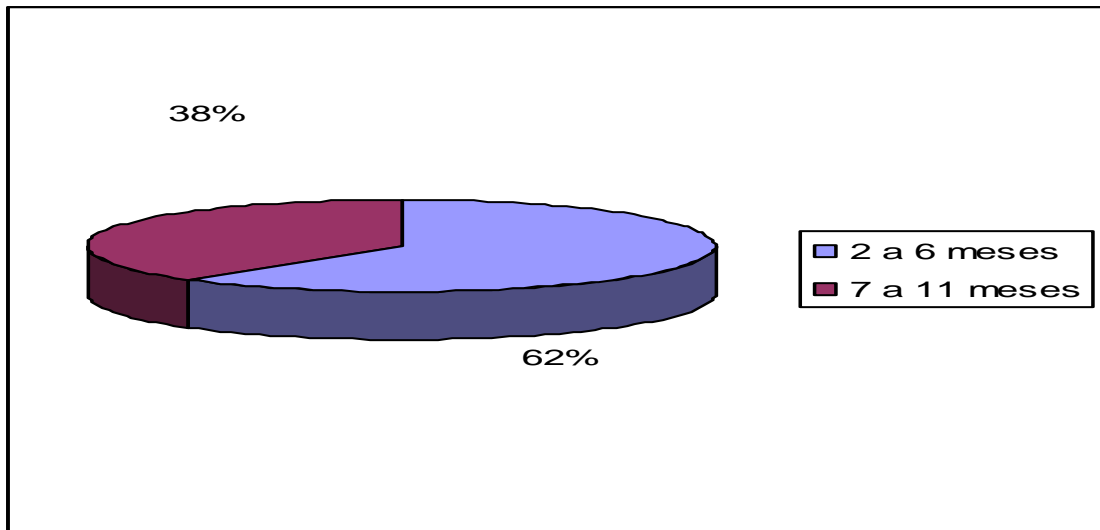


Gráfico 5 - Distribuição percentual de 21 pacientes do povoado de Bairro Novo de acordo com a duração do tratamento. Olho D'água das Cunhãs – MA. 2002-2007.

Em se tratando da situação atual dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde da Família do povoado Bairro Novo, pode-se afirmar que, 14,28% obtiveram cura; 4,76% foram transferidos; 4,76% abandonaram o tratamento e 76,2%, continuam em tratamento. (Gráfico 6)

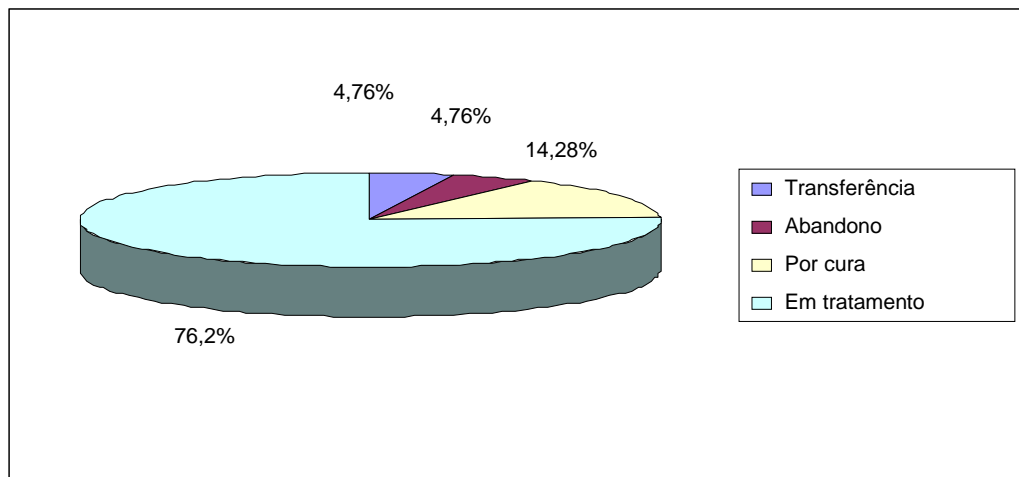


Gráfico 6 - Distribuição percentual de 21 pacientes do povoado de Bairro Novo de acordo com a situação atual em relação ao tratamento. Olho D'água das Cunhãs – MA. 2002-2007.

## **Conclusão**

De acordo com os resultados obtidos, pode-se concluir que:

- a) A maioria dos pacientes portadores de Hanseníase era do sexo masculino, compreendidos na faixa etária acima de 46 anos e que de acordo com a classificação funcional, a maioria era do tipo multibacilar;
- b) A maioria dos acometidos pela doença era de cor branca, cuja duração do tratamento está compreendida entre 2 a 6 meses e no que se refere à situação atual, os pacientes estão dando continuidade ao tratamento.

## **Agradecimentos**

Agradeço a colaboração do LABORO – Excelência em Pós-Graduação, pela aquisição de conhecimentos para meu engrandecimento pessoal e profissional. A Profa. Doutora Mônica Elinor Alves Gama, minha orientadora, pela segura orientação e a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para elaboração desse trabalho.

## **Referências**

- <sup>1</sup>Sampaio SAP, Rivitti EA. Dermatologia. 2. ed. São Paulo: Artes médicas; 1998. p. 467-488. cap. 40.
- <sup>2</sup>Opromolla DVA. Noções de hansenologia. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato; 2000. p. 126.
- <sup>3</sup>Machado, K. Hanseníase: a meta é erradicar até 2005: vai ser possível? Radis Comunicação em Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, 2004; 27:10-13.
- <sup>4</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Guia de controle da hanseníase. 2. ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2006. Disponível em: [www.saude.org.br](http://www.saude.org.br). Acesso em: 12 fev. 2009.

<sup>5</sup>Azulay RD, Azulay DR. Dermatologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p.174-184. cap. 19.

<sup>6</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

<sup>7</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Guia de controle da hanseníase. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2006.

<sup>8</sup>IBGE. Maranhão. Olho D'água das Cunhãs. 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?> Acesso em: 12 fev. 2009.

<sup>9</sup>Tonelli E., Freire LMS. Doenças Infecciosas na infância e adolescência. São Paulo: Medsi; 2000. 657 p.

<sup>10</sup>Foss NT. Aspectos imunológicos de hanseníase. Méd. Ribeirão Preto 1997; 30: 335-339.

<sup>11</sup>Opromolla DVA, Baccarelli R. Prevenção de incapacidades e reabilitação em Hanseníase. 2. ed. Bauru: Instituto Lauro Souza Lima; 2003. v. 1. 133 p.

### **Considerações éticas**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, uma vez que envolveu seres humanos. Foi realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, em vigor em todo território nacional.



## APÊNDICE



## ANEXOS

## ANEXO A – Ficha de notificação/Investigação/SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		Nº		
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2- Individual			2 Data da Notificação	
	3 Município de Notificação				Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código	
Dados do Caso	5 Agravado	HANSENÍASE			Código (CID10)	6 Data do Diagnóstico
	7 Nome do Paciente				8 Data de Nascimento	
	9 (ou) Idade	D - dias M - meses A - anos	10 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos)
	13 Número do Cartão SUS				14 Nome da mãe	
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)				Código	16 Número
	17 Complemento (apto., casa, ...)				18 Ponto de Referência	19 UF
	20 Município de Residência				Código (IBGE)	Distrito
	21 Bairro				Código (IBGE)	22 CEP
	23 (DDD) Telefone				24 Zona	25 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado			Código
<b>Dados Complementares do Caso</b>						
Ocupação	26 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica					
Dados Clínicos	27 Nº de Lesões Cutâneas	28 Nº de Troncos Nervosos Acometidos		29 Forma Clínica		
	30 Avaliação da Incapacidade no Diagnóstico		31 Classificação Operacional			
Atendimento	32 Modo de Entrada			33 Modo de Detecção do Caso Novo		
	1 - Caso Novo 2 - Transferência do Mesmo Município 3 - Transferência de Outro Município ( mesma UF ) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - ignorado			1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado		
Dados Lab.	34 Baciloscopia					
Tratamento	35 Data do Início do Tratamento		36 Esquema Terapêutico Inicial			
			1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - PQT/MB/24 doses 4 - ROM 5 - Outros Esq. Alternativos 9 - ignorado			
Med. Contr.	37 Número de Contatos Registrados		38 Doença Relacionada ao Trabalho			
			1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Observações:						
Investigador	39 Município/Unidade de Saúde				40 Código da Unid. de Saúde	
	41 Nome		42 Função		43 Assinatura	

## ANEXO B – Cartão de aprazamento

<b>CARTÃO DE APRAZAMENTO</b>												
Unidade de Saúde: _____												
Nome: _____ Forma: _____												
Endereço: _____ Esq. Trat. _____												
ANO	JAN.	FEV.	MAR.	ABR.	MAI.	JUN.	JUL.	AGO.	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

**ESQUEMA DE TRATAMENTO:**

I – RMP + DDS – PAUCI \_\_\_\_\_

II – RMP + DDS + CFZ – MULT \_\_\_\_\_

1º - BACILOSCOPIA I.B. \_\_\_\_\_

2º - BACILOSCOPIA I.B. \_\_\_\_\_

3º - BACILOSCOPIA I.B. \_\_\_\_\_

MITSUDA \_\_\_\_\_ mm

GRAU DE INCAPACIDADE NO INÍCIO DO TRATAMENTO \_\_\_\_\_

GRAU DE INCAPACIDADE NA ALTA \_\_\_\_\_

## ANEXO C – Guia de transferência

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMISSÃO ESTADUAL DE CONTROLE DA HANSENÍASE**

**GUIA DE TRANSFERÊNCIA**

01. Nome do (a) paciente: \_\_\_\_\_

02. Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

03. Motivo da Transferência: \_\_\_\_\_

04. Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

05. Endereço: \_\_\_\_\_

06. Unidade de Destino: \_\_\_\_\_

07. Forma clínica: \_\_\_\_\_ BAAR Inicial: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

08. Tratamento: PQT - MB ( ) PB ( )

OUTRO: \_\_\_\_\_

09. Nº de contatos existentes: \_\_\_\_\_ Nº de contatos examinados: \_\_\_\_\_

10. Início Tratamento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Doses Tomadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ última dose supervisionada: \_\_\_\_\_

Meses de falta: \_\_\_\_\_

11. Grau de Incapacidade Física Avaliado: \_\_\_\_\_

12. OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

**CONTRA REFERÊNCIA**

(Remeter à U.S. de Origem)

Apresentou-se na U.S. \_\_\_\_\_

O Sr. \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ para dar continuidade ao tratamento.



## ANEXO D – Normas para publicação

## Normas para Publicação

O *Informe Epidemiológico do SUS* é uma publicação trimestral de caráter técnico-científico destinada prioritariamente aos profissionais de saúde. Editado pelo Centro Nacional de Epidemiologia da Fundação Nacional de Saúde (CENEPI/FUNASA), tem como missão a difusão do conhecimento epidemiológico visando ao aprimoramento dos serviços de saúde do SUS. Também é um veículo de divulgação de portarias, regimentos, resoluções do Ministério da Saúde, bem como de Normas Técnicas relativas aos Programas de Controle.

Serão aceitos trabalhos sob as seguintes modalidades: (1) **Artigos originais** nas seguintes linhas temáticas: avaliação de situação de saúde; estudos etiológicos; avaliação epidemiológica de serviços, programas e tecnologias e avaliação da vigilância epidemiológica (máximo 20 páginas); (2) **Artigos de revisão**: revisão crítica sobre tema relevante para a saúde pública ou de atualização em um tema controverso ou emergente (máximo 30 páginas); (3) **Relatórios de reuniões ou oficinas de trabalho**: relatórios de reuniões realizadas para a discussão de temas relevantes para a saúde pública com conclusões e recomendações (máximo 25 páginas); (4) **Comentários**: artigos de opinião, curtos, sobre temas específicos; e (5) **Notas técnicas**.

Os trabalhos encaminhados para publicação deverão ser preparados de acordo com os “Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos” [*Informe Epidemiológico do SUS* 1999;8(2):5-16; disponível em: <http://www.funasa.gov.br/pub/iesus/ies00.htm>] e apresentados por meio de uma carta dirigida ao Corpo Editorial do *Informe Epidemiológico do SUS*.

Para artigos originais, artigos de revisão e comentários, os autores deverão responsabilizar-se pela veracidade e ineditismo do trabalho apresentado. Na carta de encaminhamento deverá constar que: a) o manuscrito ou trabalho semelhante não foi publicado parcial ou inte-

gramalmente nem submetido a publicação em outros periódicos; b) nenhum autor tem associação comercial que possa configurar conflito de interesses com o manuscrito; e c) todos os autores participaram no conteúdo intelectual: desenho, análise e interpretação dos dados, redação ou revisão crítica e aprovação da versão final. Essa carta deverá ser assinada por todos os autores.

Os trabalhos serão submetidos à revisão por pelo menos dois pareceristas externos (revisão por pares). Serão aceitos para publicação desde que aprovados também pelo Comitê Editorial.

**Apresentação do material:**

Os trabalhos deverão ser redigidos em português e impressos em espaço duplo, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, formato. RTF (*Rich Text Format*), em papel A4, com margem de 3 cm à esquerda e re-metidos em três vias impressas e em disquete de 3<sup>1/2</sup>". As tabelas e figuras poderão ser elaboradas em programas do tipo *Microsoft Office*, *Corel Draw* ou *Harvard Graphics*, no formato .BMP (Bitmap do Windows) ou .TIFF, no modo de cor CMYK. Todas as páginas deverão estar numeradas, inclusive as das tabelas e figuras. Não serão aceitas notas de pé de página. Todos os trabalhos devem ser enviados com:

a) Página de rosto: onde constarão título completo, nome dos autores e das respectivas instituições por extenso, com endereço completo, telefone, fax e e-mail.

b) Título: título do trabalho em português e inglês em letras maiúsculas, nome completo dos autores em letras minúsculas e nome da(s) instituição(ões) a que pertencem os autores. No rodapé: órgão financiador e endereço para correspondência. Indicar também título resumido para o cabeçalho das páginas.

c) Resumo: colocado no início do texto, redigido em português e com um máximo de 150 palavras. Após o resumo, listar três ou quatro palavras-chave. Deve con-

ter descrição do objetivo, material e métodos, resultados e conclusão.

d) **Resumo em inglês (Summary):** deve corresponder à tradução do resumo em português, seguido pelas palavras-chave (*Key Words*).

Os artigos originais devem conter a seguinte seqüência, além dos tópicos já descritos:

a) **Introdução:** apresentação do problema, justificativa e objetivo do estudo.

b) **Material e métodos:** descrição precisa da metodologia utilizada e, quando indicado, dos procedimentos analíticos.

c) **Resultados:** exposição dos resultados alcançados, podendo constar tabelas e figuras auto-explicativas (máximo seis). As tabelas e figuras devem ser numeradas em algarismos arábicos e ter título conciso. Devem ser apresentadas em folhas separadas, agrupadas em seqüência no final do texto evitando abreviaturas. Em caso de usar abreviaturas, incorporar legendas explicativas.

d) **Discussão:** relacionar os resultados observados aos de outros estudos relevantes, incluindo suas implicações e limitações.

e) **Agradecimentos:** os agradecimentos devem se limitar ao mínimo indispensável e localizar-se após o texto do artigo.

f) **Referências bibliográficas:** as referências citadas deverão ser listadas ao final do trabalho; redigidas em espaço duplo, numeradas em algarismos arábicos e ordenadas de acordo com a seqüência de citação no texto. O número deve aparecer após a citação, sobrescrito e sem parênteses. Os títulos dos periódicos, livros e editoras deverão ser colocados por extenso. A quantidade deve se limitar de 15 a 30. Artigos de revisão sistemática e metanálise não têm limite de referências.

g) **Considerações éticas:** quando pertinente, citar os nomes das Comissões Éticas que aprovaram o projeto original.

As referências deverão obedecer aos "Requisitos Uniformes para manuscritos Submetidos a Periódicos Biomédicos", como descrito abaixo:

**- Artigos de periódicos:**

Monteiro GTR, Koifman RJ, Koifman S.

Confiabilidade e validade dos atestados de óbito por neoplasias. II. Validação do câncer de estômago como causa básica dos atestados de óbito no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública* 1997;13:53-65.

**- Instituição como autora:**

Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

**- Livros:**

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Clinical Epidemiology*. 2ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1988.

**- Capítulos de livros:**

Opromolla DV. Hanseníase. In: Meira DA, Clínica de doenças tropicais e infecciosas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Interlivros; 1991. p. 227-250.

**- Portarias e Leis:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 212, de 11 de maio de 1999. Altera a AIH e inclui o campo IH. *Diário Oficial da União, Brasília*, p.61, 12 mai. 1999. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. *Diário Oficial da União, Brasília*, p.165, 7 jan. 1997. Seção 1.

**- Teses:**

Waldman EA. *Vigilância Epidemiológica como prática de saúde pública [Tese de Doutorado]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

Os trabalhos serão aceitos para publicação, uma vez reformulados, segundo os questionamentos e ou sugestões feitos pelos pareceristas e o Comitê Editorial.

Informações adicionais, incluindo material para publicação, devem ser encaminhados para:

**Centro Nacional de Epidemiologia  
Informe Epidemiológico do SUS  
SAS Quadra 4 - Bloco N - Sala 608  
Brasília-DF - 70.058-902  
Telefones: (61) 314-6545 / 226-4002  
Fax: (61) 314-6424  
e-mail: cenepi.gab@funasa.gov.br**