

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

**ROSEANA MARTINS SERRA**  
**JOSUÉ DE JESUS FRANÇA VIEGAS**  
**TANIA REGINA RODRIGUES JARDIM**

**LEVANTAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE**  
**CANTANHEDE – MA NO PERÍODO DE 2008 a 2010**

São Luís

2011

**ROSEANA MARTINS SERRA  
JOSUÉ DE JESUS FRANÇA VIEGAS  
TANIA REGINA RODRIGUES JARDIM**

**LEVANTAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE  
CANTANHEDE – MA NO PERÍODO DE 2008 a 2010.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado 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: Prof<sup>ª</sup>. Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2011

Serra, Roseana Martins

Levantamento dos casos de Hanseníase no município de Cantanhede – MA no período de 2008 a 2010/Josué de Jesus Franca Viegas; Roseana Martins Serra; Tania Regina Rodrigues Jardim. - São Luís, 2011.

16f.

Trabalho de Conclusão de Curso (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, 2011.

1. Hanseníase. 2. Doença. 3. Cantanhede - MA. Título.

CDU 616-002.73 (812.1)

**ROSEANA MARTINS SERRA**  
**JOSUÉ DE JESUS FRANÇA VIEGAS**  
**TÂNIA REGINA RODRIGUES JARDIM**

**LEVANTAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE  
CANTANHEDE – MA NO PERÍODO DE 2008 a 2010**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado 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.

Aprovado em    /    /

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof<sup>a</sup>. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)**

Doutora em Medicina

Universidade de São Paulo - USP

---

**Prof<sup>a</sup> Rosemary Ribeiro Lindholm**

Mestre em Enfermagem Pediátrica

Universidade de São Paulo - USP

**LEVANTAMENTO DE CASOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE  
CANTANHEDE – MA NO PERÍODO DE 2008 a 2010**

**SURVEY OF CASES OF LEPROSY IN THE CITY OF CANTANHEDE – MA  
FROM 2008 TO 2010**

*Roseana Martins Serra\**

*Josué de Jesus França Viegas\**

*Tania Regina Rodrigues Jardim\**

\*Pós - graduandos do Curso de Especialização em Auditoria, Planejamento e Gestão em Saúde. Laboro/ Universidade Estácio de Sá.

**Resumo:** A hanseníase é considerada um grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. O objetivo do nosso trabalho foi estudar a ocorrência de casos de hanseníase no município de Cantanhede – MA, no período de 2008 a 2010, verificando a prevalência da doença, o número de incapacitados e o grau das incapacidades dos pacientes notificados. A classificação do município quanto a endemia de hanseníase foi de muito alto endemidade, nos três anos estudados. Dos 71 casos avaliados com o diagnóstico da doença, 56,3% dos pacientes foram classificados como grau 0 (zero) de incapacidade, e 11,6% como grau I e 30,9% não avaliados. As melhorias sócioeconômicas, sanitárias da população, principalmente educação em saúde são fatores que influenciam na evolução da doença. Sugere-se que a Prefeitura Municipal de Cantanhede realize mais capacitações e treinamentos voltados para a hanseníase, continuamente nos serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Hanseníase. Doenças. Cantanhede – MA.

**Abstract:** Leprosy is considered a major public health problem in developing countries. The aim of our study was the occurrence of leprosy cases in the city of Cantanhede - MA, in the period 2008 to 2010, verifying the prevalence of the disease, the number of disabled and degree of disability of patients reported. The classification of the municipality and the endemic leprosy was very high endemity in the three years studied. Of the 71 cases evaluated with the diagnosis of disease, 56.3% of patients were classified as grade 0 (zero) of disability, and 11.6% as grade I and 30.9% were not evaluated. Improvements socioeconomic, health of the population, especially health education are factors that influence the evolution of the disease. It is suggested that the City of Cantanhede to perform more skills and training focused on leprosy, continually in health services.

**Keywords:** Leprosy. Disease. Cantanhede – MA.

## 1 INTRODUÇÃO

A hanseníase caracteriza-se como uma doença infecto-contagiosa de longa duração, causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), pertencente à família das microbactérias que possui grande afinidade por nervos periféricos e células cutâneas principalmente das extremidades devido a sua preferência por temperaturas em torno de 35°C um pouco mais frias que a temperatura média corpórea de 37°C (CARDOSO, 2002). É uma doença transmitida de pessoa a pessoa através de contato prolongado com doentes bacilíferos das formas dimorfa e virchowiana sem tratamento (TALHARI, 1994, OPROMOLA, 1981). Os doentes classificam em paucibacilar (PB) – menos de cinco lesões de pele e/ ou apenas um tronco nervoso acometido; multibacilar (MB) – cinco ou mais lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido (BRASIL, 2001).

É uma doença pouco letal, é extremamente incapacitante, devido às sequelas das lesões causadas nos nervos sensitivos e motores de vários membros, tais como olhos, orelhas, mãos, pés, testículos e outras partes do corpo (WATHEN, 1996). A característica

evolutiva crônica da Hanseníase dá-se principalmente pelo fato de o *M. leprae* possuir um tempo médio de duplicação muito longo que é de 12 a 14 dias; e o período de incubação de três a cinco anos (CARDOSO, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1982 recomendou um novo tratamento quimioterápico para hanseníase, que passou a ser adotado pelo Ministério da Saúde: a poliquimioterapia (PQT), constituída pela combinação de medicamento, com administração associada, que previne a resistência medicamentosa e leva à cura mais rapidamente (OLIVEIRA et al., 2005).

O Ministério da Saúde, para fins de registro e controle, estabeleceu em 2001, uma nova classificação para a determinação do grau de incapacidade, de acordo com as limitações apresentadas nos olhos, mãos e pés dos pacientes nos graus 0, 1 e 2:

**grau 0** – quando não há incapacidade nos olhos, nas mãos e nos pés.

**grau 1** – quando há incapacidade (diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos, nas mãos ou nos pés).

**grau 2** – quando há incapacidade e deformidade (nos olhos: lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana e diminuição da acuidade visual; nas mãos e

nos pés: lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção óssea, “mão ou pé caídos” ou contratura do tornozelo (BRASIL, 2001a).

Segundo Opromola et al (2006) as condições individuais e socioeconômicas como estado nutricional, situação de higiene e, principalmente, as de moradia da população parecem influenciar a transmissão, o que dificulta o controle da endemia.

A hanseníase é considerada um grande problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. Em 1991, a Assembléia Mundial de Saúde determinou que a prevalência de hanseníase em países endêmicos chegasse a menos de 1/10.000 até o ano de 2000 (MOREIRA, 2003).

Atualmente, as taxas de hanseníase mundial reduziram em aproximadamente 90% quando comparadas há duas décadas, observando-se uma queda de 37,8% na incidência da doença no Brasil, entre 1998 e 2003 (OPROMOLLA, et al., 2006). Entretanto, devido ao esforço do Ministério da Saúde, em dois anos houve uma diminuição em 24,3% dos casos de hanseníase e em 2005 a taxa de incidência foi de 2,1 casos em 10.000. Isso, em parte, deve-se ao aumento de

41,1% dos serviços de diagnóstico e tratamento no sistema público de saúde (BRASIL, 2006).

A história da hanseníase no Brasil mostra que a prevalência da doença teve uma redução importante, ainda que a taxa de detecção não tenha diminuído efetivamente, apresentando uma elevação do ano de 2005 para 2006. O quadro deve-se à endemia oculta (pois é insipiente a busca ativa dos doentes nas áreas endêmicas), aos diagnósticos tardios, deficiência nos programas público assistenciais, precariedade dos serviços de saúde, abandono do tratamento, baixo nível de esclarecimento da população, ao preconceito e estigma que recaem sobre a doença (CURTO, PASCHOAL, 2005). Estima-se que somente 1/3 dos portadores do bacilo de Hansen esteja notificado e que, dentre esses, muitos fazem um tratamento irregular ou o abandonam, tendo como consequência bacilos resistentes às medicações e que podem levar a dificuldades no tratamento da doença, aumentando o problema nacional da hanseníase (LANA et al., 2007, LOUREIRO, 2006).

Entre os 11 países considerados de maior endemicidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Índia ocupa o 1º e o Brasil, o 2º lugar em números de casos detectados. Em nosso País, os dados

de notificação do ano de 2008, em relação à prevalência, classificaram o Estado do Maranhão como o quarto do Brasil e o primeiro da região Nordeste, com 68,4 casos/10000 habitantes em casos novos (BRASIL, 2008).

No Maranhão, São Luís é o município que registrou o maior número de casos de hanseníase, com 606 pessoas contaminadas, seguido dos municípios de Imperatriz (275), Bacabal (147), Timon (137), Caxias (125) e Açailândia (113) casos. Apresentando um coeficiente de prevalência maior que 20 casos/10.000 habitantes, o que lhes conferi um caráter hiperendêmico (SES - MA, 2009).

Segundo antigo moradores do município de Cantanhede – Ma, os primeiros casos de hanseníase surgiram na década de 20, o caso de uma mãe que mantinha seu filho doente isolado no fundo do quintal até quando foi transferido para tratamento na capital, não retornou. Após este surgiu um professor suspeito com hanseníase na cidade, o qual foi acolhido por uma família e nesta residência começou a alfabetizar as crianças, algumas dessas anos depois apareceram com sintoma de hanseníase e a partir de então surgiram outros casos.

De acordo com Santos (1994) e Rebelo et al (2000) a problemática da hanseníase não se limita apenas ao grande número de casos devendo ser considerado também o seu alto potencial incapacitante, que pode interferir no trabalho e na vida social do paciente, além de perdas econômicas e traumas psicológicos. Essas incapacidades têm sido responsáveis pelo estigma e discriminação dos doentes.

Em Queiroz (2009) comenta em seu estudo que Anderson et al (2007) como a hanseníase tornou-se incomum, médicos podem não reconhecer manifestações precoces, e patologistas podem não incluir a hanseníase no diagnóstico diferencial. E ainda que indivíduos infectados demorem anos para apresentar sintomas da doença, não sabendo se estes podem infectar outras pessoas durante esse período.

A situação é preocupante e há uma necessidade de fazer um levantamento dos portadores de hanseníase, que pudessem fornecer subsídios para a implementação de medidas de controle da endemia em questão, justificaram a realização do presente estudo.

O objetivo deste estudo foi estudar a ocorrência de casos de hanseníase no município de Cantanhede – MA, no período de 2008 a 2010. E também verificar a prevalência da doença no

município e identificar o número de incapacitados e o grau das incapacidades dos pacientes notificados.

## 2 MÉTODOS

O tipo de estudo foi retrospectivo, que utilizou dados secundários de notificação de casos hanseníase dos últimos três anos (2008 a 2010) do Sistema de Informação da Secretaria de Saúde do próprio município, notificações com a participação dos enfermeiros e agentes de saúde integrantes do Programa Saúde da Família (PSF), sendo os dados anotados em fichas específicas. Foi realizado um levantamento documental das estatísticas referentes ao sexo e grau de incapacidade (0,1 e 2) na notificação da doença, disponibilizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O Município de Cantanhede foi fundado em 1791 por Antonio Lopes da Cunha, natural da cidade de Cantanhede – Portugal, passando a povoado em 1870, à vila em 1948 e à cidade, em 24 de setembro de 1952, com extensão territorial de 844 km.

Localizado na microrregião de Itapecuru Mirim e mesorregião norte maranhense, a 156 km da capital do

estado, fazendo divisa territorial com os municípios de Matões do Norte, Pirapemas, Vargem Grande e Itapecuru Mirim. Banhado pelo rio Itapecuru, interligado pela Rodovia Estadual MA 223 e cortado pela estrada de ferro São Luís - Teresina.

Sua população estimada em 20.448 habitantes, distribuídos nas zonas urbana e rural, registra-se também a presença de inúmeras áreas de assentamentos em seu território (IBGE, 2010).

Tem como fonte de renda a agricultura de subsistência de milho, arroz, mandioca, pecuária, atividade comercial e sua maioria dos proventos de aposentadoria dos trabalhadores rurais.

A população do estudo incluiu-se todos os indivíduos notificados como casos de hanseníase, de ambos os sexos, residentes em todo município tanto da zona rural como da zona central.

Todos os aspectos éticos e legais referentes às fases do projeto foram respeitados de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contém diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os dados secundários obtidos no SINAN somente no apoio para a concretização do referido projeto, que foi

solicitado através de ofício pelo pesquisador para o uso dos dados.

O SINAN representa a fonte nacional de informações sobre agravos de notificação, apresenta ainda algumas limitações relacionadas à fidedignidade dos dados, à duplicidade de registros e à ausência de padronização no lançamento dos dados; entretanto, tem se aperfeiçoado a cada ano e vem se consolidando como uma importante fonte de dados em pesquisas em saúde (LANA et al., 2011).

### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi observado na cidade de Cantanhede-MA que as pessoas acometidas pela doença, grande parte são lavradores, possuem baixo índice de escolaridade, o que reforça a falta de acesso às informações relativas à saúde e doença. A maioria das residências são compartilhadas por muitos integrantes de uma mesma família o que facilita o contágio da doença e que dependem de uma única renda de aposentadoria ou de programas do Governo Federal. Silva Jr (2005) em seu estudo constatou que 70% das residências possuem somente três cômodos e eram habitadas por mais de cinco pessoas. Esta observação está em consonância com Silva et al (2007),

Fonseca et al (1983) segundo o qual a hanseníase atinge, principalmente, populações de baixa renda e baixo nível sociocultural que vivem em aglomerados, possibilitando assim uma maior transmissão do bacilo.

Quadro 1 - Distribuição de casos notificados de Hanseníase quanto ao sexo, Cantanhede – MA, 2008 a 2010.

Sexo	2008	2009	2010	Total
Feminino	10	07	10	27
Masculino	18	14	12	44

Das 71 pessoas notificadas no Programa de Controle da Hanseníase, 62,8% ( n=44) são do sexo masculino e apenas 38,5% (n= 27) feminino. O que configura maior incidência entre os homens assemelhando-se às constatações evidenciadas no estudo realizado por Castro et al ( 2009), Longo, Cunha ( 2006).

O coeficiente anual de prevalência por 10.000 habitantes é construído pelos casos em registro ativo em 31 de dezembro ano // população em 31 de dezembro ano X 10.000. É importante para medir a magnitude da doença. Utilizam-se os parâmetros: Hiperendêmico = 15,0; Muito Alto: 10,0 - 14, 9; Alto: 5, 0-9, 9; Médio: 1, 0-4,9; e finalmente Baixo: menos que 1. Estes coeficientes são estimados para cada grupo de 10.000 habitantes. Lembrando que, segundo a OMS, a meta para eliminação da

hanseníase como problema de saúde pública é atingir os coeficientes de prevalência em todos os países do mundo em menos de 1,0/10.000 (OMS, 2005). A prevalência de casos de hanseníase no município por ano (Quadro 2).

Quadro 2 - Coeficiente de prevalência de casos de hanseníase - Cantanhede – MA, 2008 a 2010.

Ano	Nº de casos	Coeficiente de prevalência *
2008	28	14,8
2009	21	11,15
2010	22	11,6

\* população (IBGE, 2007).

Por meio desse cálculo, foi feita a avaliação da situação do município em questão, classificando portanto, como um município de muito alto endemidade, em relação aos três anos estudados, apenas um decréscimo no ano de 2009 e 2010.

O coeficiente de prevalência da hanseníase no Brasil, em 2003 (dados preliminares), foi de 3,86/10.000 habitantes e taxa de detecção foi de 2,39/10.000 habitantes. A cada ano são diagnosticados no Brasil em torno de 43.000 casos novos da doença e a prevalência atual está em torno de 4 doentes/10.000 habitantes (BRASIL, 2002).

Em relação a incapacidade física, a maioria dos casos foram diagnosticados como grau zero e foi significativo o percentual de casos sem informação e não avaliados no banco de dados para a variável grau de incapacidade física (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição de casos notificados de Hanseníase quanto a classificação do grau de incapacidade física no diagnóstico, Cantanhede – MA 2008 a 2010.

Grau de Incap. física	2008	2009	2010	%
0	25	08	07	56,3
I	03	05	01*	11,6
II	-	-	-	-
Não avaliado	-	08	14	30,9
Total	28	21	22	98,8

\* recidiva

Do total de 71 casos avaliados no diagnóstico da doença, 56,33% dos pacientes foram avaliados como grau 0 (zero) de incapacidade por ocasião do diagnóstico, e 11,56% como grau I e 30,98% não avaliado ou pelo menos não constava em suas fichas de controle tal avaliação, levando a falta de uma informação precisa. É importante determinar o grau de incapacidade, bem como realizar avaliações periódicas e sistemáticas de olhos, nariz, mãos e pele

para medir a qualidade dos serviços (OLIVEIRA et al., 2005).

Considerando que essa doença atinge em maior proporção as pessoas em idade produtiva, o desenvolvimento de incapacidades pode interferir drasticamente em suas atividades laborais, sob risco de excluí-las da cadeia produtiva, resultando em perdas não apenas econômicas, mas também sociais e psicológicas, impactando negativamente na qualidade de vida (GOMES et al., 2005; DUARTE et al., 2007).

A ocorrência de incapacidades físicas é um importante indicador para a análise da epidemia. A maioria dos doentes, quando diagnosticados precocemente, não apresenta incapacidades. O risco de aparecimento destas aumenta com o tempo de duração da doença. Portanto, o percentual de casos descobertos já com alguma incapacidade física (inclusive grau I) pode ser considerado diagnóstico tardio (GOULART et al., 2002; CUNHA et al., 2007).

De acordo Longo, Cunha (2006) durante suas pesquisas 4,7% dos casos não foram avaliados e 21,9% das fichas estavam sem informação nesse item. Aquino et al (2003) constataram que 70% dos pacientes não são

avaliados quanto às incapacidades ao início do tratamento. Coloca em dúvida a eficácia das ações dos serviços de saúde nos diversos níveis, no diagnóstico precoce da doença.

O diagnóstico precoce dos casos é um dos objetivos maiores na estratégia de controle da hanseníase. O grau de incapacidades à época do diagnóstico é um indicador operacional que ajuda na avaliação do alcance desse indicador (LANA et al., 2000).

Para Lombardi et al (1990) enquanto não se dispõe de um método sorológico eficaz para se chegar ao diagnóstico, recomendam-se como principais estratégias para a busca do diagnóstico clínico precoce: investigação epidemiológica a partir do caso índice e exame clínico dos contatos intradomiciliares, divulgação intensiva dos sinais e sintomas da doença e atendimento sistematizado à demanda espontânea, intensificando-se a cobertura máxima dos serviços de saúde existentes.

Durante os anos de 2008 a 2010 ocorreram 2 óbitos de pacientes por outras causas, também 2 casos de erro de diagnósticos, 3 pacientes abandonaram o tratamento e ocorreram 7 recidivas, sendo 5 casos de recidivas em 2010.

Os pacientes que abandonam o tratamento contribuem para o surgimento

de casos novos a cada ano. A equipe de saúde esta sempre diante do desafio de fazer com que os pacientes não abandonem o tratamento devido às inúmeras dificuldades que podem surgir, como: as reações hansênicas, dificuldades de acesso ao serviço de saúde, indisciplina do próprio paciente não comparecendo às consultas e falta de compromisso de alguns profissionais.

O aparecimento de casos de recidiva após o termino do tratamento PQT (poliquimioterapia) não são frequentes. De acordo com os dados do OMS, é da ordem de 0,74% nos casos MB e de 1,09% nos casos PB, variando de 0,23 a 3,3 // 100 pacientes por ano observação. A recidiva pode ser resultante de tratamento PQT inadequado ou irregular, de resistência medicamentosa (rara) ou de persistência bacilar em nervos, músculos ou gânglios, com posterior com reativação bacilar (BRASIL, 2001).

Para Nogueira et al., (1995), as recidivas dependendo da intensidade com que ocorrem podem vir a se constituir em mais um entrave para o alcance da eliminação, uma vez que parte dos doentes considerados curados regressariam para tratamento. Assim, a meta de eliminação encontra no

momento, como principais obstáculos a irregularidade e o abandono do tratamento, e a possibilidade das recidivas virem a compor o elenco de preocupações que podem inviabilizar o alcance desta meta.

Fatores importantes contribuem para a não eliminação da hanseníase no município como a alta rotatividade de profissionais de saúde, até mesmo falta de profissionais capacitados nas ações de controle da hanseníase, comprometimentos e mudanças de gestores dificultam as ações.

#### **4 CONCLUSÃO**

O elevado coeficiente de prevalência no município precisa garantir a continuidade do tratamento dos casos diagnosticados e realizar a avaliação constante dos contatos domiciliares para melhor controle da patologia.

O grau de incapacidade física mais frequente foi Grau 0 e I. Com base na análise destes dados, verificou-se que o município possui serviços que executam atividades de detecção de casos novos, alguns diagnosticados tardiamente.

As melhorias sócioeconômicas e sanitárias da população, principalmente educação em saúde, melhor informação sobre a transmissão da doença, muitas pessoas ainda desconhecem a forma de contágio, já que a transmissão é feita pelo

contato direto com o doente sem tratamento.

Sugere-se que a prefeitura municipal de Cantanhede possa realizar mais capacitações ou treinamentos voltados para a hanseníase, sendo estas de aspecto contínuo no serviço de saúde.

## REFERÊNCIAS

ANDERSON, H. et al. Hansen Disease in the United States in the 21 st Century: a Review of the literature. *Archives of the Pathology and Laboratory Medicine*, v.131, n. 6, p. 982-986, 2007.

AQUINO, D. M. C. et al. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v.36 n.1 jan./feb. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Casos de hanseníase caem 24,27% em dois anos. Portal da Saúde, 2006. Disponível em:  
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/busca/buscar.cfm>. Acesso em: 17 maio. 2011.

\_\_\_\_\_. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. 2008. Disponível em:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_novembro.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf). Acesso em;10/09/2011

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Hanseníase: atividades e controle e manual de procedimentos. 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. *Manual de prevenção de incapacidades*. Brasília, 2001a. 107 p.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Dados epidemiológicos de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/lep/index.html>>. Acesso em: 5 mar. 2010.

CARDOSO A. C. Hanseníase. In: AUTO H. J. F, (org). Doenças infecciosas e parasitárias. Rio de Janeiro: *Revinter*, 2002. p. 283-93.

CASTRO, R. N. C. et al. Avaliação do grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase submetidos ao Dermatology Quality Life Index em Centro de Referência e, Unidades Básicas de Saúde de São Luis, MA. *Rev Bras Clin Med.*, n.7, p.390-392, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>> Acesso em: 10 jul. 2011.

CURTO, M.; PASCHOAL, V. D. Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola. *Arq Cienc Saúde*, n.12, p.183-195, 2005.

CUNHA, M. D. et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1187-1197, maio. 2007.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Socioeconomic and demographic profile of leprosy carriers

attended in nursing consultations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.15, n. especial, p.774-779, set./out. 2007.

FONSECA P. H. M.; CUTRIM R. J. C. J.; CARNEIRO S. F. M. Hanseníase no Estado do Maranhão: análise de 5274 casos. *Arq Bras Med*, n.57, p.175-177, 1983.

FUNASA. Hanseníase: indicadores selecionados segundo município-Maranhão. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, Ministério da Saúde, 1999.

GOMES, C. C. D. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com Hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, Rio de Janeiro, v.80, sup.3, p.S238-S288, 2005.

GOULART, I. M. B. et al. Grau de incapacidade: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da Hanseníase em um Centro de Saúde – Escola no município de Uberlândia – MG. *Hansenologia Internationalis*, Bauru, v.27, n.1, p.5-13, 2002.

LANA, F.C.F. et el. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Enferm*, n.60, p. 696-700, 2007.

\_\_\_\_\_. Situação epidemiológica da Hanseníase no município de Belo Horizonte/MG- Período 92/97. *Hansen. Int.*, v.25, n.2, p.121-132, 2000.

\_\_\_\_\_.Perfil epidemiológico da Hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle.

*Esc Anna Nery*, v.15, n.1, p. 62-67, jan/mar, 2011.

LIMA, M. A. R.; PRATA, M. O.; MOREIRA, D. Perfil da Hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. *Ciências Saúde*, v. 19, n.2, p.163-170, 2008.

LONGO, J. D. M.; CUNHA, R.V. Perfil clínico epidemiológico dos casos de Hanseníase atendidos no hospital universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005. *Hansen Int*, v.31, n.1, p. 9-14, 2006.

LOMBARDI, C. et al. Hanseníase: epidemiologia e controle. São Paulo: IMESP, SAESP, 1990.

LOUREIRO V. B. et al. Campanha voluntária em comunidades carentes para diagnóstico precoce da moléstia de Hansen - integração docente, discente e assistencial. *Rev Med*, São Paulo, n.85, p. 50-57, 2006.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. Hanseníase: indicadores selecionados segundo município-Maranhão. São Luís, MA: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde. Hanseníase no Maranhão, 2009. Disponível em: <http://www.ma.gov.br/imprensa/?Id=1124> 9. Acesso em: 20/08/2011.

MOREIRA T. A. Panorama sobre a Hanseníase: quadro atual e perspectivas. *Hist Cienc Saúde Manguinho*, n.10, p. 291-307, 2003.

NOGUEIRA, W. et al. Brasil Perspectives de eliminação da hanseníase. *Hansen. Int*, v. 20, n.1, p. 19-28, 1995.

OLIVEIRA, A. F.; LIMA, G.F.T.; FREITAS, K.C.L. Educação em saúde como processo de transformação social, buscando a eliminação da hanseníase no estado do Maranhão. 2005. Monografia (Especialização do PROFAE) – Universidade Federal do Maranhão, 2005.

OPROMOLA D. V. A. Reabilitação em hanseníase. Bauru: Hospital de Souza Lima, 1981.

OPROMOLLA P. A.; DALBEN I.; CARDIM M. Análise geoestatística de casos de hanseníase. *Rev Saúde Pública*, n.40, p. 907-913, 2006.

QUEIROZ, M. L. A hanseníase no Estado de Mato Grosso. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, 2009.

REBÊLO J. M. M. et al. Plebotominae (Diptera: Psychodidae) de Lagoas, município de Buriticupu, Amazônia Maranhense. I-Riqueza e abundância relativa das espécies em áreas de

colonização recente. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, n. 33, p.11-19, 2000.

SANTOS S. Em busca da cura da hanseníase. *Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, n.2, p.77-82, 1994.

SILVA, A. R. et al. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa na população estudantil. *Rev. Soc. Bras. Med Trop*, v.40, n.6, nov./dez. 2007.

SILVA JUNIOR C. A. D. Representação da Hanseníase pelas famílias dos estudantes do município de Buriticupu, acometidos pela doença. 2005 Monografia (Curso de Farmácia) - Universidade Federal do Maranhão, 2005.

SILVA A. R. et al. Projeto Buriticupu: relatório de 1993. Santa Luzia: UFMA, 1994.

TALHARI S. Hanseníase: situação atual. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, n.19, p.209-215,1994.

WATHEN P. I. Hansen's Disease. *South Med J*, v. 89, n.7, p.647-52, 1996.

## ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO

### **CADERNOS DE PESQUISA – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO**

#### **1 Informações gerais**

Cadernos de Pesquisa é uma revista produzida pela PPPG (Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação) da UFMA (Universidade Federal do Maranhão), com periodicidade quadrimestral e circulação nacional e internacional. Destinada-se à publicação de trabalhos científicos, inéditos e multidisciplinares em português, espanhol e inglês. A revista é publicada sob forma impressa e eletrônica.

A publicação dos trabalhos depende da decisão da Comissão Editorial, após o parecer de pelo menos dois revisores do quadro de colaboradores da revista, em procedimento sigiloso quanto à identidade do(s) autor(es) e revisor(es).

Os autores são responsáveis pelas informações contidas nos trabalhos, bem como pela devida permissão para uso das figuras ou tabelas publicadas de outras fontes.

Um termo de responsabilidade e de transferência dos direitos de publicação (conforme modelo abaixo), assinado pelos autores, deverá acompanhar os textos submetidos à publicação.

Os trabalhos encaminhados por alunos de graduação e pós-graduação, se realizados com a participação e/ou orientação de um professor ou dentro de grupos de pesquisa, devem conter o nome do professor orientador como co-autor do texto.

Os autores serão informados, através do e-mail indicado, sobre a aceitação ou não do trabalho para publicação. Em caso de aceitação, cada autor receberá um exemplar impresso da revista.

Para efeito de padronização gráfica, os trabalhos enviados deverão seguir rigorosamente as normas, abaixo especificadas, sob o risco de não serem aceitos.

#### **2 Normas para publicação**

##### **Gerais**

Todo o material deve ser encaminhado via e-mail contendo:

a) texto a ser submetido à publicação;

b) um arquivo em pdf com os seguintes dados de identificação: seção para a qual envia o trabalho (artigos, resenhas, documentos e revisões), título do texto, nome completo do(s) autor(es), instituição a que pertence, titulação, endereço completo, telefone e endereço eletrônico;

c) Os textos devem ser gerados em Word ou Open Office, com a seguinte formatação: fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço entre linhas 1.5, sem numeração e com margens superior e esquerda de 3 cm., inferior e direita de 2,5 cm., recuo de parágrafo (primeira linha) de 1,5 cm. O mesmo texto deverá, também, ser encaminhado em pdf.

d) Os textos devem ser enviados após uma rigorosa revisão ortográfica.

e) Quanto ao texto, exige-se:

a entrada de autores nas referências deverá ser idêntica à da citação no texto. O sobrenome do autor deverá ser escrito somente com a primeira letra maiúscula, seguido do ano da publicação da literatura utilizada, como no exemplo: Martins (1995);

caso o nome do autor e o ano estejam entre parênteses, deverão vir separados por vírgula, em letras maiúsculas, como no exemplo: (DAEMON, 1974);

as citações que contenham até três (3) linhas não serão destacadas em blocos, devendo permanecer com a mesma fonte do texto e entre aspas. Deverão, também, conter a indicação do sobrenome do autor em letras maiúsculas, seguido do ano de publicação e da página utilizada, como no exemplo: (MARTINS, 1994, p. 10);

as citações de mais de três (3) linhas deverão vir destacadas em blocos e recuadas, coincidindo a margem esquerda com a entrada de parágrafo e a margem direita com o texto. Deverá ser usada a mesma fonte do texto, porém em tamanho dez (10), sem aspas e espaçamento simples;

as citações em língua estrangeira deverão ser traduzidas para a língua do texto indicando os créditos da tradução, após a chamada de citação, como o exemplo: (MARTINS, 1994, p. 10, tradução nossa);

os quadros, as tabelas, as figuras e as fórmulas (com suas respectivas legendas) terão sua chamada no texto e deverão ser apresentados em folhas separadas, numerados com algarismos arábicos e em resolução de 300 dpi, com títulos e cabeçalhos padronizados quanto ao formato e termos utilizados. A indicação da fonte é semelhante à da referência bibliográfica -- autoria e ano -- sem parênteses. As figuras, fotos e fórmulas deverão vir em preto e branco, inseridas no texto e também separadas em formato jpeg (jpg).

as notas, de caráter explicativo e numeradas automaticamente, devem figurar no final do texto, eliminando-se os recursos da nota de rodapé.

f) As referências, contendo somente os autores citados no trabalho, deverão ser apresentadas em ordem alfabética, de acordo com as normas da NBR 6023/2002.

### **Específicas:**

#### **Artigos**

a) O número de laudas dos artigos não deve ultrapassar vinte (20).

b) Os trabalhos devem apresentar a seguinte sequência:

– Título;

– Resumo informativo conforme ABNT (de 100 a 250 palavras);

– Palavras-chave (no máximo de 06 palavras);

– Resúmen;

– Palabras-clave;

– Abstract;

– Keywords;

– Texto;

– Referências

– Notas Finais;

#### **Resenhas**

- a) Os textos direcionados a essa seção não devem ultrapassar o limite de três (03) laudas.
- b) Serão aceitas resenhas de obras editadas no Brasil e no exterior há, no máximo, 02 e 04 anos, respectivamente.
- c) As resenhas deverão apresentar a seguinte sequência:
- Referências completas da obra (Título da obra. Cidade: Editora, Ano. N° de páginas. Sobrenome e nome do autor);
  - Nome do resenhista;
  - Instituição a que pertence;
  - Texto.

### **Documentos**

O número de laudas não deverá ultrapassar dez (10).

Os trabalhos deverão apresentar a seguinte sequência:

- Título;
- Unitermos (Palavras-chave) (no máximo de 03 palavras);
- Apresentação esclarecendo a relevância e a procedência dos documentos;
- Texto.

### **Revisões**

Os textos de revisões devem seguir as normas para publicação de artigos acima indicadas.

**Para a Declaração de Responsabilidade e o Termo de Transferência de Direitos Autorais, ver a sessão Declarações.**