

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

WELLINGTON JUNIOR MOURA FREIRE

**PERFIL CLÍNICO DE PESSOAS ACOMETIDAS PELA HANSENÍASE EM UMA
CIDADE DO SUDOESTE DO MARANHÃO**

**CLINICAL PROFILE OF PEOPLE ASSIGNED BY LEPROSY IN A SOUTHWEST
CITY OF MARANHÃO**

IMPERATRIZ
2018

WELLINGTON JUNIOR MOURA FREIRE

**PERFIL CLÍNICO DE PESSOAS ACOMETIDAS PELA HANSENÍASE EM UMA
CIDADE DO SUDOESTE DO MARANHÃO**

**CLINICAL PROFILE OF PEOPLE ASSIGNED BY LEPROSY IN A SOUTHWEST
CITY OF MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Medicina

Orientador: Prof. MSc. Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira

IMPERATRIZ
2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a)
autor(a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Freire, Wellington Júnior.

Perfil clínico de pessoas acometidas pela hanseníase em uma cidade do
sudoeste do Maranhão / Wellington Júnior Freire. - 2018.

24f.

Orientador(a): Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira. Curso de
Medicina, Universidade Federal do Maranhão,
Universidade Federal do Maranhão, 2018.

1. Hanseníase. 2. Perfil Clínico. 3. Saúde Pública.

I. Oliveira, Iraciane Rodrigues Nascimento. II. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA
CURSO DE MEDICINA

Candidato: Wellington Junior Moura Freire

Título do TCC: PERFIL CLÍNICO DE PESSOAS ACOMETIDAS PELA
HANSENÍASE EM UMA CIDADE DO SUDOESTE DO MARANHÃO

Orientador: Iraciane Rodrigues Nascimento Oliveira

Co-orientador:

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado

Reprovado

Examinador (a): Assinatura:

Nome:

Instituição:

Examinador (a): Assinatura:

Nome:

Instituição:

Presidente: Assinatura:

Nome:

Instituição:

COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO DE PESSOAS ACOMETIDAS PELA HANSENÍASE EM UMA CIDADE DO SUDOESTE DO MA: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

Pesquisador: iraciane rodrigues nascimento oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 94304618.4.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.965.588

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 17 de Outubro de 2018

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, pelas palavras, apoio incondicional e por me ajudar a trilhar esse caminho.

À Universidade Federal do Maranhão, seu corpo docente, e administração, que abriram uma oportunidade única para a minha formação.

À minha orientadora Iraciane Nascimento Rodrigues Oliveira, pela ajuda no desenvolvimento do projeto e pelas respostas às minhas incansáveis dúvidas.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS

SINAN – Sistema de Informação de Agravos e Notificações

MS – Ministério da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UBS – Unidade Básica de Saúde

PQT – Poliquimioterapia

PB – Paucibacilar

MB – Multibacilar

RESUMO

Introdução: A hanseníase representa um grave problema de saúde pública no Brasil devido aos altos índices de prevalência e incidência. **Objetivo:** Analisar o perfil clínico dos pacientes acometidos por hanseníase em uma cidade do Sudoeste do Maranhão, no ano de 2017. **Método:** Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN. No ano em estudo ocorreram 231 casos confirmados de hanseníase. **Resultados e discussão:** Observou-se que 61,4% eram do sexo masculino. A faixa etária prevalente foi de 20 à 64 anos (66,6%). Quanto às formas clínicas, a dimorfa apresentou frequência de 59,7% e na classificação operacional 80% eram multibacilares. Em relação ao esquema terapêutico utilizado, o esquema para as formas multibacilares (PQT/MB/12 doses) representou 74,4 %. **Conclusão:** Conclui-se que através do estudo foi possível conhecer características da população estudada e este estudo pode servir de subsídio para pesquisas futuras.

Palavras-chave: Perfil Clínico. Hanseníase. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy represents a serious public health problem in Brazil due to high prevalence and incidence rates. **Objective:** To analyze the clinical profile of patients affected by leprosy in a city in the Southwest of Maranhão, in the year 2017. **Method:** This is an epidemiological, descriptive study with a quantitative approach, whose data were collected from the Information System for Notifiable Diseases - SINAN. In the year under study there were 231 confirmed cases of leprosy. **Results and discussion:** It was observed that 61.4% were male. The prevalent age range was 20 to 64 years (66.6%). As for the clinical forms, dimorph presented a frequency of 59.7% and in the operational classification 80% were multibacillary. Regarding the therapeutic scheme used, the scheme for multibacillary forms (PQT / MB / 12 takes) accounted for 74.4%. **Conclusion:** It was concluded that through the study it was possible to know the characteristics of the studied population and this study may serve as a subsidy for future research.

Keywords: Clinical profile. Leprosy. Public health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
PERCURSO METODOLÓGICO	12
RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXOS.....	26

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, causada por uma bactéria intracelular obrigatória denominada *Mycobacterium leprae*. Caracteriza-se por apresentar alta infectividade, pois pode infectar um grande número de indivíduos, porém, poucos adoecem pela baixa patogenicidade. Sendo que, na população, mais de 95% dos indivíduos são naturalmente imunes à infecção, mas esta situação pode ser alterada pela relação entre agente, meio ambiente e hospedeiro (BASSO et al., 2017)¹.

Segundo a OMS (2016)², o Brasil é um dos países que concentra o maior número de casos de Hanseníase, e, muitas vezes, em algumas cidades e/ou estados brasileiros os dados podem não apontar para o declínio da ocorrência dessa enfermidade. Com isso, a Hanseníase permanece como problema de saúde pública no Brasil.

A taxa de detecção no Brasil em 2011 foi 17.85/100.000 habitantes, uma taxa considerada muito alta, já no ano de 2015 foi registrada uma taxa de 14.07/100.000 habitantes no Brasil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) traçou uma Estratégia Global para redução da Hanseníase que se sustenta na identificação precoce de casos novos e tratamento com poliquimioterapia (PORTO et al, 2015)³.

O diagnóstico da Hanseníase tem em vista a apresentação dos sinais clínicos, que consistem na eminência de lesões dermatológicas e, em alguns casos, o acometimento dos nervos periféricos, causando danos aos mesmos. O meio de identificação e diagnóstico mais acessível e rápido é pela diferenciação da forma paucibacilar e multibacilar, no qual até cinco lesões caracterizam a forma paucibacilar, e, caso estejam presentes mais de cinco lesões, é caracterizada a forma multibacilar.

Existem outros exames mais específicos como critério histopatológico que informam as formas clínicas (PAZ et al, 2018)⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza como meta de eliminação da hanseníase como menos de um caso para cada 10 mil habitantes e o Brasil apresentou coeficiente de 1,54 casos por 10.000 habitantes em 2011. As regiões norte, nordeste e centro-oeste persistem como áreas endêmicas. A principal estratégia do MS é a integração das ações de diagnóstico e tratamento da doença na atenção básica (SILVA et al, 2017)⁵.

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil clínico dos pacientes acometidos por hanseníase em uma cidade do Sudoeste do Maranhão.

PERCURSO METODOLÓGICO

O presente estudo constitui-se de uma pesquisa descritiva, observacional, com delineamento epidemiológico. De acordo com Gil (2002)⁶, na pesquisa descritiva, realiza-se o estudo, a análise, o registro e a interpretação dos fatos do mundo físico sem interferência do pesquisador. Tem por finalidade observar, registrar e analisar os fenômenos sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos.

Quanto à finalidade, esta pesquisa se caracteriza como básica, pois objetiva adquirir conhecimentos e informações novas, contribuindo para o avanço da ciência. Quanto à natureza, é do tipo observacional, pois os fatos serão assistidos e não será feita intervenção que interfira no curso natural do desfecho.

De acordo com o desenvolvimento no tempo, é uma pesquisa do tipo transversal, pois as observações são feitas em um curto período de tempo, em um determinado momento. Quanto aos procedimentos técnicos, é classificada como de

campo, pois coleta dados que permitam responder problemas relacionados a grupos, comunidades ou instituições.

A presente pesquisa foi realizada na cidade de Imperatriz, situada na mesorregião Oeste Maranhense e distante 639 km de São Luís, capital do Estado do Maranhão. De acordo com o IBGE, o município apresenta uma população estimada de 254.569 habitantes e uma área territorial 1.368,987 km e o Índice de desenvolvimento humano (IDH) do município é de 0,731 (IBGE, 2017). O município de Imperatriz localiza-se no oeste do Estado do Maranhão, na microrregião nº 38. Tem limites com os municípios de Cidelândia, São Francisco do Brejão, João Lisboa, Davinópolis, Governador Edison Lobão e com o Estado do Tocantins. O município encontra-se a 629,5 quilômetros da capital do Estado. Suas coordenadas geográficas são 5° 31' 32' latitude sul; 47° 26' 35' longitude a W Gr., com altitude média de 92 metros acima do nível do mar. De acordo com o IBGE, o município apresenta uma população estimada de 254.569 habitantes e uma área territorial 1.368,987 km e o Índice de desenvolvimento humano (IDH) do município é de 0,731 (IBGE, 2017)⁷.

A amostra foi constituída por 231 casos notificados de hanseníase no município de Imperatriz/ MA. A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2018, a qual que foi realizada através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis investigadas foram: sexo, idade, procedência, forma clínica, grau de incapacidade, tipo de entrada, tipo de saída e esquema operacional.

Para analisar os dados obtidos, todos os instrumentos foram organizados e numerados. Em seguida foram tabuladas em uma planilha do programa Excel for Windows 2010, no intuito de facilitar o processo de conferência dos dados e evitar possíveis erros de cálculos.

Quanto aos preceitos éticos, foram aplicados todos os procedimentos éticos presentes na resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo submetido para apreciação ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Maranhão - UFMA. Tendo recebido o parecer aprovado nº2.965.588

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 2017 foram registrados 231 (100,0%) casos de hanseníase no município de Imperatriz/MA, de acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Sendo que, 142 (61,4%) dos casos são do sexo masculino, quanto à escolaridade, 65,3% possui ensino fundamental incompleto, residentes na zona urbana (61,9%) (Tabela 1).

No estudo em questão, constatou-se a prevalência do sexo masculino. Resultado esse que corrobora com a pesquisa realizada por Porto et al (2015)³ que também evidenciou o predomínio do sexo masculino entre os participantes. Em outro estudo multicêntrico, realizado no Brasil, nas Filipinas e no Nepal apontam a prevalência da doença no sexo masculino⁷.

Diante disso, infere-se que as relações interpessoais e de trabalho em sociedades predominantemente patriarcais levam os homens a uma maior exposição e risco de contato com indivíduos doentes, favorecendo, desta forma, a propagação da doença no meio masculino. Já é sabido que as mulheres desenvolvem resposta imunológica mais intensa ao *M. leprae* que os homens, o que justifica, além da menor incidência, também a menor gravidade da hanseníase no sexo feminino⁸.

Sendo assim, enfatiza-se que a hanseníase pode afetar todas as idades, no entanto, pesquisas realizadas demonstram um pico de incidência em duas faixas etárias: 10 a 15 e 30 a 60 anos de idade¹⁶.

O estudo de Simões (2016)¹⁰ identificou algumas barreiras de acesso aos serviços de saúde relatados pelos homens. Um deles é que geralmente associam esses espaços a atendimentos voltados para crianças, mulheres e idosos, por isso os percentuais de mulheres nas UBS e clínicas serem maiores. Paz et al (2018)⁴ também afirmam que a maior ocorrência em homens pode estar ligada à cultura machista que predomina no país ao qual o mesmo apresenta vida social mais ativa, com maior consumo de drogas ilícitas e lícitas, do que a das mulheres e maior contato com outras pessoas tanto no âmbito social quanto de trabalho, menor preocupação com a saúde conseqüentemente maior suscetibilidade a doenças do que as mulheres, pouca disponibilidade para procurar uma UBS.

Em relação à idade do público estudado, percebeu-se que 57 (24,6%) têm idade entre 35 e 49 anos, 52 (22,5%) entre 50 e 64 anos e, 50 (21,6%) com idade entre 20 e 34 anos (Figura 1).

Através do estudo foi possível perceber que o maior número de casos de hanseníase está compreendido na faixa etária entre 20 a 64 anos, ou seja, na população em fase adulta e economicamente ativa, demonstrando que estes estão mais expostos à infecção, além de estarem mais sujeitos ao estresse do trabalho e do dia a dia, bem como uma vida social geralmente mais intensa que as crianças e os idosos. A consequência é um possível comprometimento do sistema imunológico e aumento do contato entre as fontes de infecção e os hospedeiros suscetíveis.

Diante disso, elenca-se que doenças que apresentam longos períodos de incubação, como a hanseníase, associadas com a demora no diagnóstico e tratamento, são responsáveis pelo aumento do número de casos, de acordo com a progressão da idade. Esta característica é de grande relevância, pois esta é a fase produtiva com

desenvolvimento das atividades laborais, as quais podem ser drasticamente interrompidas por conta do alto poder incapacitante da doença.

Também foi analisado o tipo de entrada desses pacientes, em que 158 (68,5%) foram casos novos, 43 (18,8%) foram transferência do mesmo município, 19 (8,2%) foram outras formas de ingressos, 5 (2,1%) foram transferência de outro estado e 3 (1,2%) foram casos de recidiva e 3 (1,2%) foram casos de transferência de outro município (Figura 2).

O estudo em questão, se assemelhou ao estudo realizado por Paz et al (2018)⁴, em que 89,0% foram casos novos, no que diz respeito ao tipo de entrada. Filho (2012)¹¹ também observou uma predominância em casos novos, no qual 20,0% desses apresentavam incapacidades, o que demonstra que as incapacidades e os agravos são decorrentes do diagnóstico e tratamento tardios, que na maioria das vezes ocorre pela demora na procura das unidades de saúde por parte dos pacientes, aumentando a cadeia de transmissão do bacilo, conseqüentemente, surgimento de novos casos.

Em relação ao modo de detecção, 145 (62,8%) foram através de encaminhamento, 65 (28,1%) foram através de demanda espontânea, 13 (5,6%) foram através de exame de coletividade, 7 (3,0%) foram através dos contatos e 1 (0,5%) foi através de outros modos. Diante disso, vale ressaltar que grande parte dos casos foi diagnosticada de forma passiva, através do encaminhamento e da demanda espontânea que somam 210 (90,9%) dos casos.

Esses dados também apontam para a baixa realização, pelos serviços de saúde, de busca ativa de casos novos nos municípios, como também demonstram a importância dos meios de divulgação de informação e esclarecimentos sobre a doença e suas incapacidades, efetivando a educação em saúde para a comunidade (PAZ et al, 2018)⁴.

Em relação à forma clínica, 138 (59,7%) apresentam forma dimorfa, enquanto 44(19,0%) apresentam a forma virchowiana, 35 (15,1%) a forma tuberculóide, 12 (5,1%) a forma indeterminada e 2 (1,1%) não estão classificados (Figura 3).

No estudo em questão, houve o predomínio da forma clínica dimorfa e virchowiana. Porém, no estudo de Freitas et al (2017)¹² houve o predomínio das formas tuberculóide e dimorfa, sendo que os mesmos ressaltam que é comum em estudos com a abordagem epidemiológica da hanseníase. Além do que esses resultados podem estar associados ao perfil etário da população analisada, pois a frequência das duas formas prevalentes aumenta a sua frequência com o avançar da idade.

Sobre a classificação operacional, 185 (80,0%) apresentaram a forma multibacilar, e 46 (20,0%) a forma paucibacilar. De acordo com o Ministério da Saúde (2010)¹², indivíduos classificados como multibacilares representam importante fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da endemia.

O predomínio da forma clínica multibacilar (dimorfas e virchowianas) é indicativo de diagnóstico tardio, o que leva a inferir que a rede de atenção básica à saúde ainda apresenta dificuldade na detecção dos casos nas formas iniciais da doença. Formas avançadas da hanseníase e processos reacionais estão relacionadas com o desenvolvimento de incapacidades físicas, como constatado pela pesquisa de Basso et al (2017)¹, o qual encontrou uma parcela significativa de indivíduos com incapacidades físicas. É importante ressaltar a ausência da descrição da forma clínica em muitos prontuários analisados, o que compromete esta discussão.

De acordo com Campos et al (2017)¹⁴, os multibacilares, a maioria neste estudo, são a principal fonte de infecção, por apresentarem excessiva quantidade de bacilos na derme e em mucosas e poder eliminá-los no meio exterior. Em vista disso, os seus contactantes possuem uma probabilidade seis a dez vezes maior de serem

acometidos pela doença em relação à população geral. Apesar de a classificação operacional ser um aspecto de extrema importância para a definição terapêutica, ainda há uma pequena proporção de casos ignorados nas fichas de notificação na Paraíba e no Brasil.

Quando realizado o cruzamento da forma operacional juntamente com o sexo, foi possível perceber que na forma multibacilar houve uma maior predominância de indivíduos do sexo masculino (54,5%), enquanto na forma paucibacilar houve maior predominância de mulheres (13,4%). O que corrobora com a literatura, no qual o público masculino ainda continua resistente quanto à busca por serviço de saúde.

Quanto ao grau de incapacidade, 143 (63,2%) apresentaram Grau Zero, enquanto 54 (23,3%) apresentaram Grau I, 17 (7,3%) apresentaram Grau II, 9 (3,8%) foram ignorados ou deixados em branco e 8 (3,3%) não foram avaliados (Figura 4).

Na pesquisa em questão, houve prevalência do Grau Zero, o que divergiu do estudo de Basso et al (2017)¹, em que o grau I foi o mais encontrado no estudo. Sendo assim, de acordo com Santos et al (2015)¹⁷ o predomínio dos graus I e II de incapacidade reforça a hipótese de que o diagnóstico da hanseníase ainda ocorre tardiamente em várias unidades básicas de saúde, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão, e o desenvolvimento de incapacidades e deformidades nas pessoas atingidas.

Apesar de a maioria possuir grau zero de incapacidades, ainda estamos longe da excelência diagnóstica, no que tange à precocidade do mesmo. O diagnóstico tardio reflete que as unidades básicas de saúde ainda não estão totalmente preparadas com suporte material e de profissionais qualificados para a realização do diagnóstico e acompanhamento das pessoas acometidas pela hanseníase, sobrecarregando os centros de referência e retardando o início do tratamento.

Em relação ao esquema terapêutico, 172 (74,4%) utilizam o PQT/MB/12 doses. Esses achados mostram que a cura e o tratamento da pessoa são demorados, através da administração dos esquemas de tratamento PQT com obediência aos prazos estabelecidos: de 6 a 9 meses para os casos PB e de 12 a 18 meses para os casos MB (BRASIL, 2002)¹³.

Quanto ao tipo de saída, 156 (67,5%) evoluíram para cura, enquanto 60 (26,0%) foram transferidos para o mesmo município, 5 (2,1%) evoluíram para óbito, 5 (2,1%) foram transferidos para outro município, 2(0,9%) foi transferido para outro estado e 1 (0,5%) ocorreu um erro no diagnóstico (Figura 5).

É possível afirmar que a taxa de casos curados é significativamente boa. Lima et al. (2010)¹⁸, na cidade de São Luís, MA, constatou que, em consonância com parâmetros do Ministério da Saúde, a proporção de casos curados com grau de incapacidade avaliado foi boa, porém pode-se considerar que este indicador sugere a necessidade de subsidiar ações de prevenção e promoção contra agravos e tratamento das incapacidades após a alta do paciente, além disto, essa informação sugere que existe uma boa qualidade dos serviços de saúde com diagnóstico precoce de casos.

CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, conclui-se que o público masculino é o mais acometido pela patologia, em idade economicamente ativa e procedente da zona urbana.

Sendo assim, enfatiza-se a importância das campanhas educativas, uma vez que por meio da ação da rede de atenção básica e da vigilância epidemiológica do município, será possível incentivar a população em procurar o atendimento médico para um possível diagnóstico precoce e correto. Desta forma, deve ser realizada a estimulação da demanda espontânea.

Dessa forma, a monitoração de novos casos da hanseníase se torna mais efetiva, haja vista que este indicador serve para medir a magnitude e a tendência da doença, além de fornecer estratégias de eliminação e controle mais adequadas. Também, a notificação desses casos continua sendo de suma importância, uma vez que pode servir de subsídios para futuras pesquisas voltadas para essa temática, bem como a adoção de medidas estratégicas, a fim de erradicar a doença.

REFERÊNCIAS

1. BASSO, Maria Eduarda de Macêdo; SILVA, Rodrigo Luís Ferreira da. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes acometidos pela hanseníase tendidos em uma unidade de referência. *Rev Soc Bras Clin Med.* 2017 jan-mar;15(1):27-32.
2. OMS .Organização Mundial de Saúde, Guia para Eliminação da Hanseníase Como Problema de Saúde Pública. 2º edição 2016.
3. PORTO, A. et al. Evaluation of the social, clinical and laboratorial profile of patients diagnosed with leprosy in a reference center in São Paulo. *The journal Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 90, n. 2, 2015.
4. PAZ, M.M.L.; PAZ, B.L Hanseníase e os desafios para sua erradicação: casos notificados em um município no Ceará. *R. Interd.* v. 11, n. 2, p. 37-46, abr. mai. jun. 2018.
5. Silva, L.A. et al. Aspectos epidemiológicos dos casos de hanseníase em um município no interior do Maranhão. *R. Interd.* v. 10, n. 4, p. 89-95, out. nov. dez. 2017.
6. Gil, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. In: _____. Como classificar as pesquisas? São Paulo: Atlas, 2002. Cap. 4, p. 41-55.
7. IBGE – Instituto Brasileiro de GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2017. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2017. Imperatriz/MA.
8. Scollard Dm, Martelli Cm, Stefani Mm, Maroja M De F, Villahermosa L, Pardillo F, et al. Risk factors for leprosy reactions in three endemic countries. *Am J Trop Med Hyg.* 2015.

9. Curto M, Paschoal VD. Uma década de acompanhamento dos portadores de hanseníase no ambulatório de dermatologia de um hospital-escola. *Arq Cienc Saude*. 2005;12(4):183-95.
10. Simões, S., et al. Qualidade de vida dos portadores de Hanseníase num município de médio porte. *Revista Medicina (Ribeirão Preto. Online)*, v. 49 n.1, 2016.
11. Filho, R. Perfil clínico-epidemiológico da hanseníase no município de Irecê-Bahia, período 2001 a 2011. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação de Medicina), Universidade Federal da Bahia (UFBA), 2012.
12. FREITAS DV, XAVIER SS, LIMA MAT. Perfil Epidemiológico da Hanseníase no Município de Ilhéus-BA, no Período de 2010 a 2014. *J Health Sci* 2017;19(4):274-7.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em Hanseníase [Internet]. Brasília: MS; 2010. (Serie A: Normas e manuais técnicos).
14. Campos et al. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase na Paraíba e no Brasil, 2008 – 2012. *R bras ci Saúde* 22(1):79-86, 2017.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
16. Bolognia, Jean L. *Dermatologia*. [S.L.]: Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=YwJACwAAQBAJ&pg=PA1223&dq=hansen%C3%ADase&hl=pt-BR&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=hansen%C3%ADase&f=false>.
17. Santos VS, Oliveira LS, Castro FD, Gois-Santos VT, Lemos LM, Ribeiro M do C, et al. Functional activity limitation and quality of life of leprosy cases in an endemic area in northeastern Brazil. **PLoS Negl Trop Dis**. 015;9(7):e0003900.
18. Lima HM, Silva ND, Costa VR, Figueiredo P de M, Coelho Neto GT. Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saude em Sao Luis, MA. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2010;8(4):323-7.

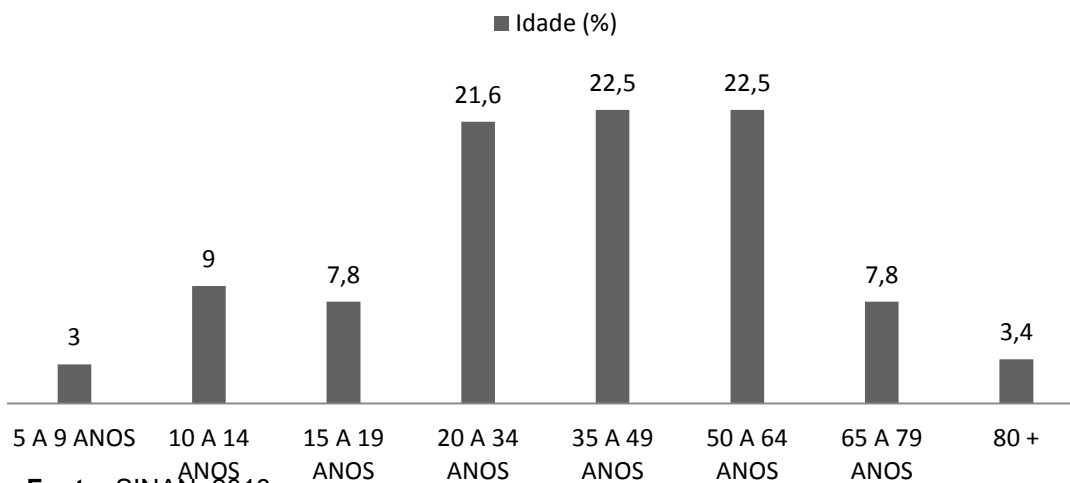
ILUSTRAÇÕES

Tabela 1. Caracterização dos indivíduos acometidos por hanseníase no município de Imperatriz/MA, quanto ao sexo, escolaridade e zona, no ano de 2017

Característica	N (%)
Sexo	
Feminino	89 (38,6)
Masculino	142 (61,4)
Total	231 (100,0)
Escolaridade	
Analfabeto	14 (6,0)
Ens. Fund. Inc.	151 (65,3)
Ens. Fund. Comp.	18 (7,7)
Ens. Med. Inc.	9 (3,8)
Ens. Med. Com.	24 (10,3)
Ens. Sup. Inc.	3 (1,2)
Ens. Sup. Com.	8 (3,4)
Não se aplica	4 (1,7)
Total	231 (100,0)
Zona	
Urbana	143 (61,9)
Rural	88 (38,1)
Total	231 (100,0)

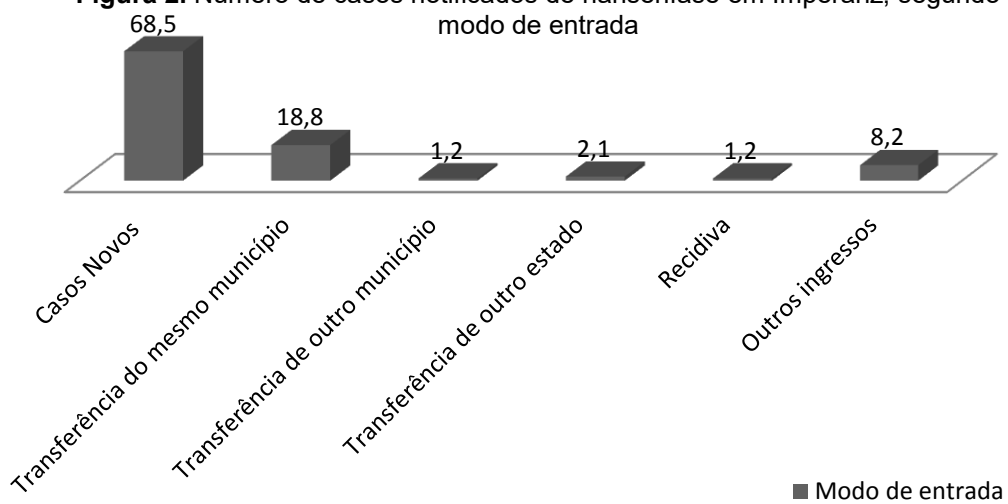
Fonte: SINAN, 2018.

Figura 1. Número de casos notificados de hanseníase em Imperatriz, de acordo com a idade



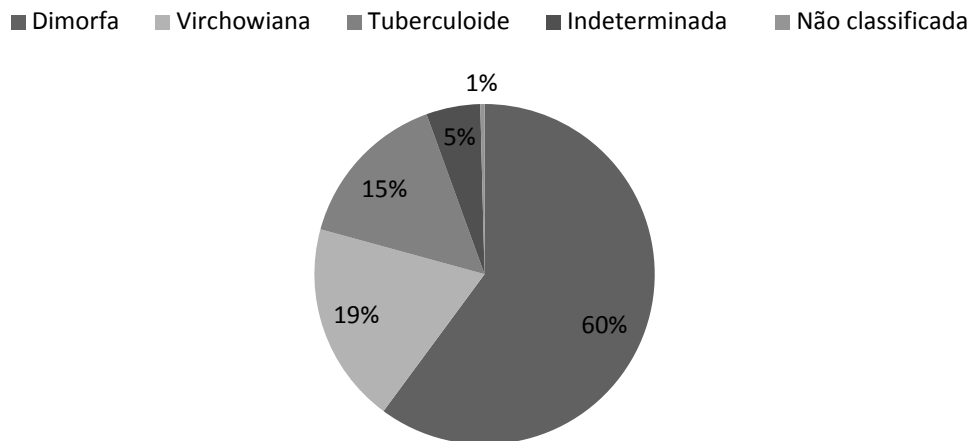
Fonte: SINAN, 2018

Figura 2. Número de casos notificados de hanseníase em Imperatriz, segundo modo de entrada



Fonte: SINAN, 2018

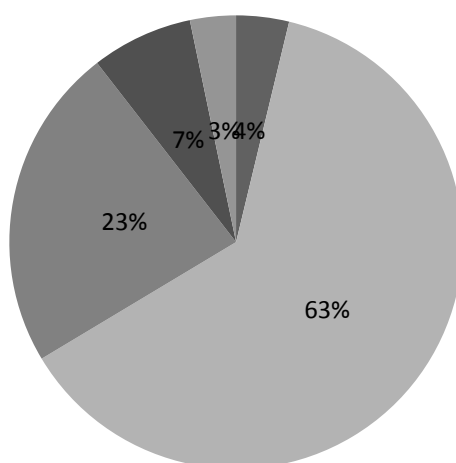
Figura 3. Número de casos notificados de hanseníase em Imperatriz, de acordo com a forma clínica



Fonte: SINAN, 2018

*Grau 0 (nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase); Grau 1 (Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos e diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés. (não sente 2g ou toque da caneta)); Grau 3 (olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m, mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída e pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo).

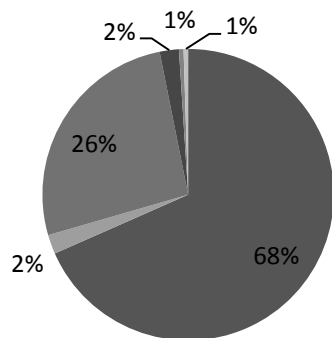
Figura 4. Casos notificados de Hanseníase, segundo grau incapacidade, Imperatriz, MA, Brasil, 2018



Fonte: SINAN, 2018

Figura 5. Casos notificados de hanseníase em Imperatriz, segundo tipo de saída

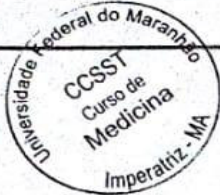
- Cura
- Óbito
- Transferência para o mesmo município
- Transferência para outro município
- Transferência para outro estado
- Erro diagnóstico



Fonte: SINAN, 2018

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 – São Luis - Maranhão.
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS SAÚDE E TECNOLOGIA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA



CCSST – Campus
Avançado Bom Jesus

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que após consulta nos arquivos deste Instituição de Ensino Superior – IES, constatamos que o Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC do discente **WELLINGTON JUNIOR MOURA FREIRE**; matrícula **2014065190**, cujo tema: **PERFIL CLÍNICO DE PESSOAS ACOMETIDAS PELA HANSENÍASE EM UMA CIDADE DO SUDOESTE DO MA: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA** foi aprovado pelo **Colegiado do Curso de Medicina de Imperatriz** na reunião ocorrida no dia **08 de novembro 2018**.

Por ser verdade firmamos a presente declaração.

Imperatriz – MA, 12 de novembro 2018.

Antonio Costa Mendes
Mat. SIAPE 3026303
Assis. em Administração
Coord. Curso de Medicina de Imperatriz

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos.

No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a

importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras,

e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”¹¹ ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.
Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.
7. Organizador ou compilador como autor
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.