

1. INTRODUÇÃO

A hanseníase (lepra, leprosy, lèpre, Mal de Hansen-MH) é uma moléstia infecto-contagiosa, de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. Ainda que o termo lepra (*leprosy*) seja adotado na maioria dos países, no Brasil, pelo seu teor estigmatizante, ele foi substituído pela sinonímia de hanseníase (SAMPAIO, 2007). O termo hanseníase substituiu oficialmente a denominação lepra em 1976, visando minorar o estigma e propiciar a integração do doente com a sociedade. (ROTBERG,1983).

A hanseníase em suas formas Virchowiana ou Dimorfa é uma doença transmitida de pessoa para pessoa através do convívio com doentes sem tratamento. O homem é reservatório natural do bacilo; entretanto, há relatos da provável contaminação por meio de musgos da Costa do Marfim, e na Noruega em tatus e macacos infectados. No entanto, esses achados epidemiológicos não têm papel na cadeia de transmissão (TALHARI, 2007; SAMPAIO, 2007).

Castro (2009), afirma que no Brasil atual, os doentes portadores de Hanseníase são tratados gratuitamente na rede pública. Porém, ainda hoje, por motivos distintos, há dificuldade para a realização do diagnóstico de grande parte de portadores da doença e para a adesão deles ao tratamento. Por questões relacionadas à sua própria história, a hanseníase ainda estigmatiza. A 'lepra', termo que foi dado inicialmente à doença, conhecida desde os primórdios, sendo conhecida até na Bíblia, teve inicialmente como controle, de novos casos, o banimento dos doentes do convívio social.

Assim sendo, Souza et al (2005) ressalta que “as incapacidades afetam as extremidades e a face, inclusive os olhos, resultando freqüentemente em grande diminuição da capacidade do trabalho e limitando seriamente a vida social dos doentes. Essas incapacidades são responsáveis, em grande parte pelo alto grau de preconceito da doença”.

Nos últimos anos, no Brasil, a população idosa está aumentando significativamente a passos largos, porém a sociedade, que mudou com o passar dos anos, infelizmente ainda não valoriza esses idosos. Estes que, por diversas vezes, é considerado uma pessoa desnecessária, um encargo social indesejável, que gera gastos ao governo, um indivíduo sem contribuição a oferecer. Isso se agrava quando o indivíduo, além da condição de idoso, é acometido de uma

doença preconceituosa, cheia de estigmas, históricos, culturais e sociais, como é o caso da hanseníase. (SOUZA et al, 2005).

O processo de envelhecimento caracteriza-se por diminuição da reserva funcional, que somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis às doenças. Eles são geralmente portadores de múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes e, por isso, são importantes consumidores dos recursos orçamentários destinados à saúde (COSTA, 2003).

Conforme já foi mencionado, Veras (2003) ainda ressalta que, a população idosa é a que proporcionalmente mais utiliza os serviços de saúde. No entanto, o nosso sistema de atenção precário e desorganizado não cria as condições necessárias para que esses recursos sejam utilizados de forma justa e adequada para as necessidades da população em geral. Não que com isso os gastos em saúde com os idosos deixem de ser mais dispendiosos em países mais desenvolvidos; contudo, são aplicados de forma mais criteriosa e com maior resolutividade.

1.1 JUSTIFICATIVA

A importância desta pesquisa é evidenciar a necessidade de identificar as lacunas do conhecimento quanto ao adoecimento por hanseníase na terceira idade. Os trabalhos acerca desta clientela mostram-se em escassez científica dificultando a tomada de decisões para conhecer preconceitos e estigmas vivenciados por eles.

A dinâmica da doença crônica e do envelhecimento tem mostrado um processo em constante mudança, implicando em atualizações das pesquisas relativas à complexidade da hanseníase na saúde do idoso.

Estas implicações relacionadas à hanseníase vão desde o cotidiano da vida pessoal, familiar e ocupacional do idoso, remetendo a uma existência de paradigma quanto à sua evolução no sentido de identificar os casos mais precoces possíveis para iniciar o tratamento.

Nas UBS (Unidades Básicas de Saúde), essa identificação precoce vai permitir uma redução de incapacidades e seqüelas que impactam na vida do idoso, daí a importância de se fazer um estudo voltado para a relação idoso/hanseníase.

A finalidade deste estudo tem como estimativa uma análise das fichas de notificação compulsória da base de dados do SINAN (Sistema Nacional de Notificação), da Secretaria Estadual de Saúde (SES-DF), disponibilizado pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP), relacionadas à Hanseníase na saúde do idoso no período de 2001 a 2009 evidenciando as características do bacilo, as formas clínicas da doença, sua imunologia, diagnóstico clínico, epidemiologia, metas para o controle da enfermidade transmissão da hanseníase, sua etiologia e tratamento, quantificando a incidência e a prevalência de hanseníase na população idosa em tratamento no Distrito Federal, revisar as práticas de saúde relacionadas ao tratamento, identificar os fatores agravantes com relação ao envelhecimento e as perdas fisiológicas, além dos sinais e sintomas da doença.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os casos de hanseníase na população idosa no Distrito Federal, no período de 2001 a 2009.

1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Caracterizar o perfil do idoso com hanseníase no DF;

Analisar a forma clínica da doença;

Levantar os resultados das baciloscopia e os graus de incapacidades.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Essa pesquisa trata-se de um estudo transversal. Segundo Pereira (2005), “estudo transversal”, “seccional” e “prevalência” são termos usados como sinônimos em numerosas oportunidades. As observações e mensurações das variáveis de interesses são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em um dado momento. Este momento é definido pelo investigador, que escolhe a época da coleta de dados.

Os dados relativos a cada indivíduo que compõe a amostra referem-se a um determinado momento na vida das pessoas: por exemplo, renda familiar e estado imunitário de crianças, no dia da coleta de dados. Mas o ponto de referência não necessita ser fixo no tempo: é o caso da prevalência de anemia na data de admissão dos pacientes em hospital. Em investigações deste tipo, não há seguimento das pessoas para saber efeitos decorridos passando certo tempo. As pessoas são contactadas, ou os seus prontuários analisados, apenas uma vez ou no tempo suficiente para os dados serem coletados.

Por vezes, o termo “transversal” também significa que os dados sobre as variáveis de interesse foram coletados em um mesmo momento, mas podem referir-se a este momento e ao passado, incluindo, portanto, informações retrospectivas.

2.2 LOCAL

O local de realização da pesquisa será na Gerência de Doenças Crônicas e outros Agravos Transmissíveis que fazem parte da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) do Distrito Federal, envolvendo as fichas de notificação de idosos com hanseníase, de 2001 a 2009, diagnosticados nos hospitais regionais e nas unidades básicas de saúde do DF.

A pesquisa foi realizada após liberação do Comitê de Ética SES – DF. Procurou-se caracterizar o perfil do idoso com Hanseníase no Distrito Federal. A escolha do tema da

pesquisa deve-se ao fato de ser um local único e um setor onde estão reunidas as mais variadas doenças crônicas e endêmicas que requerem vigilância, também de fácil localização situada na área especial L 2 Norte no Prédio do Lacerd.

2.3 POPULAÇÃO A SER ESTUDADA

A população a ser estudada é de idosos que adoeceram de hanseníase no período de 2001 a 2009, notificados pela Ficha de Notificação Compulsória do SINAN (Sistema Nacional de Notificação), constantes na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal. Serão analisadas 521 fichas de notificação.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas na pesquisa as fichas de notificação de hanseníase, das unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal, em pessoas idosas (com 60 anos de idade e mais), do período de 2001 a 2009.

Foram excluídas as fichas de notificação de hanseníase que não correspondam a pessoas idosas residentes no Distrito Federal, que tenham sido realizadas em hospitais e que estejam fora do período de estabelecido por essa pesquisa.

2.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram obtidos através das fichas de notificação compulsória do SINAN (Sistema Nacional de Notificação), que foram disponibilizadas pela Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) na unidade de Gerência de Doenças Crônicas e outros Agravos Transmissíveis, no período de agosto a outubro de 2010.

Os dados foram organizados e separados por tipo de informação (nome, idade, via de contaminação e etc) ou pelo processo de codificação para melhor organização e efetividade dos resultados.

Foi criada uma base de dados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 17.0.2), e *Access*, onde os dados foram digitados e analisados estatisticamente, após coleta no coleta de sistemas de controle epidemiológico do setor público.

Após esse processo, os dados foram analisados, formularam-se as tabelas dos resultados obtidos, assim como uma interpretação apurada desses resultados, onde estes foram discutidos utilizando literaturas referentes ao assunto que já possuam outros resultados concretos.

2.6 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Foram coletados dados relativos ao número de casos de hanseníase, em idosos com idade igual ou superior a 60 anos, notificados por ano e dados sóciodemográficos; foram utilizadas as Fichas de Notificação Compulsória (Anexos A/B) preenchidas no período de 2001 a 2009, advindas dos centros de saúde já citados anteriormente que estão arquivadas no Departamento de Vigilância Epidemiológicas (DIVEP).

2.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. A coleta de dados teve início após ter sido encaminhado e aprovado pelo Comitê de ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) de Brasília. Aprovação projeto de pesquisa – 336/10 – CEP/SES/DF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HISTÓRICO DA HANSENÍASE

Na história Antiga, a.C., há descrições compatíveis com hanseníase em textos chineses e hindus (SAMPAIO, 2007). A doença chamada de lepra por Hipócrates (460 a.C.), o termo lepra vem do grego *lepros* e significa descamação. A doença descrita no Velho Testamento (Leviticus) com o nome de Zarrath, provavelmente não era lepra. Esta descrição da doença não foi reconhecida em múmias do Egito da história antiga, porém, foi identificada na história medieval em múmias de cristãos coptas do Egito do século V e VI a.C. Damascenus (777-857 a.D.), ao descrever a nomenclatura médica em árabe, usou, pela primeira vez, o termo lepra para designar a moléstia (SAMPAIO, 2007).

Opromolla (2000) refere-se à hanseníase como uma das mais antigas doenças conhecidas por meio de registros históricos, e fundamentam-se em relatos de papiros egípcios, livros antigos indianos, chineses e persas. As referências bíblicas mostram que a hanseníase era conhecida na Babilônia, Caldeia e Assíria, depois entre os fenícios, egípcios e hebreus a.C. Também, se encontra na história da hanseníase relatos feitos por Hipócrates, defendendo o termo lepra quando frente a diversas lesões de pele do paciente, incluindo psoríase e os eczemas crônicos. Porém, sem relato de danos neurológicos dos pacientes (OPROMOLLA, 2000; NERI, 2008).

O *Mycobacterium leprae*, agente etiológico da moléstia, é da família *Mycobacteriaceae*, da ordem *Actinomycetales*, e da classe *Schizomycetes*. Trata-se de um bastonete reto ou levemente curvado, com um micro de comprimento por 0,2 a 0,24 de largura. O bacilo é Gram-negativo, álcool - ácido resistente e tem atividade DOPA oxidase. À microscopia eletrônica, verifica-se que o *M. leprae* apresenta duas camadas: uma interna, eletrodensa; e outra externa, elétron-transparente, e abaixo dela uma membrana plasmática. A cápsula dessa micobactéria corresponde em parte a uma camada eletro-transparente, constituída de dois lípidos, um é o dimicocerosato de ftiocerol e o outro é o glicolípido fenólico (PGL-1), que contém um agrupamento trissacarídeo que é específico do

Mycobacterium leprae. Em seu citoplasma, existem vários constituintes, dentre eles, uma enzima difenil-oxidase, que é capaz de oxidar o isômero D da dihidroxifenilalanina (DOPA) ¹.

Este comportamento ímpar pode ser explicado pela seqüência gênômica do bacilo de Hansen que está totalmente seqüenciado e organizado; bem como constituído por 1605 genes com proteínas codificadas e 50 genes para moléculas de RNA estáveis, ou seja, em apenas 49,5% do genoma existem genes com proteínas codificadas e em 27% várias enzimas dos genes codificados são substituídas por pseudogenes reconhecidos. Essa condição genética empobrecida eliminou genes, partes reguladoras e partes inteiras do seu metabolismo; em especial as envolvidas no catabolismo; mas, os genes essenciais para a formação da parede celular foram preservados, mantendo elementos necessários para sua sobrevivência no hospedeiro. (SAMPAIO, 2007).

Diversos autores descrevem o neurotropismo do bacilo de hansen, contudo, Sampaio (2006) e Talhari (2007) descrevem a preferência do bacilo pela célula de Schwann.

O *M. leprae* apresenta alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é, infecta muitas pessoas, no entanto, poucas pessoas adoecem. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, pode durar em média, de 11 a 16 dias (Caderno da Atenção Básica-MS). Somente 10% das pessoas que vivem em situações de alta prevalência da enfermidade adoecem. O aparecimento da doença na pessoa infectada pelo bacilo, e suas diferentes manifestações clínicas, dependem dentre outros fatores da relação parasita/hospedeiro (VIEIRA, 2008).

3.2 CONCEITOS GERAIS

Os primeiros conceitos das formas clínicas foram estabelecidos por Rabello Jr.(1937), que primeiramente descreveu o conceito das formas polares da hanseníase com base nos resultados do Mitsuda que, quando positivo mostra a evolução das formas indeterminadas para a forma polar tuberculóide em paciente com uma boa resposta imunológica, e o inverso, Mitsuda-negativo, em evolução para a forma Virchowiana. Em uma segunda descrição, no Congresso de Leprologia, realizado em Madrid no ano de 1953 acrescenta-se uma nova forma clínica, a que se determinou “borderline”, que traduzida da língua inglesa significa dimorfo,

¹ DOPA: Enzima específica que é capaz de oxidar o isômero D da dihidroxifenilalanina.

ou seja, duas formas que evoluem da forma indeterminada, mas apresentam características clínicas diferenciadas com tendência a evoluir para a forma Virchowiana, a partir desta classificação, Ridley e Jopling (1962-1966) propuseram uma modificação na classificação de Madrid, introduzindo e substituindo dimorfos por dimorfo-tuberculóides, dimorfo-dimorfos e dimorfos-virchowianos (TALHARI, 2007).

As manifestações clínicas apresentam características determinadas pelo estado imunológico das pessoas acometidas. Em geral, a maioria delas não adoece, pois, tem imunidade para o *M. leprae*.

A seguir serão apresentadas a sintomatologia das formas clínicas da Hanseníase.

Hanseníase indeterminada: é a primeira manifestação da doença e caracteriza-se pelo aparecimento de máculas ou áreas circunscritas com distúrbios da sensibilidade, sudorese e vasomotores. Podem apresentar alopecia total ou parcial. As máculas podem ser hipocrômicas ou eritemato-hipocrômicas com eritema marginal ou difuso. O teste de Mitsuda pode ser positivo ou negativo, e a baciloscopia também, mas, quando positiva indica evolução da doença (SAMPAIO, 2007; BRASIL, 2009; TALHARI, 2007).

Forma tuberculóide: caracteriza-se por placas bem delimitadas, cor rósea-eritematosa, ou eritemato-acastanhado, contornos regulares ou irregulares formando lesões circulares, anulares ou geográficas. O comprometimento neural é intenso, precoce e assimétrico. Os distúrbios sensitivos nas lesões cutâneas são, em geral, bastante acentuados, assim como as alterações da sudorese e vasomotoras. Pode haver alopecia parcial ou total. O teste de Mitsuda é fortemente positivo e a baciloscopia negativa (SAMPAIO, 2007; BRASIL, 2009; TALHARI, 2007).

Forma virchowiana: apresenta polimorfismo de lesões. Inicialmente, são manchas discretas, hipocrômicas, eritemato-hipocrômicas, múltiplas e de limites imprecisos, com distribuição mais ou menos simétrica. Insidiosa e progressivamente, tornam-se eritematosas, eritemato-pigmentadas, vinhosas, eritemato-cúpricas, ferruginosas e espessadas. Após um tempo variável, podem surgir lesões sólidas: papulosas, pápulo-nodulares, nodulares, placas isoladas, agrupadas e/ou confluentes, progressiva e alopecia. O teste de Mitsuda é negativo e baciloscopia é muito positiva (SAMPAIO, 2007; BRASIL, 2009; TALHARI, 2007).

Forma dimorfa: a maioria dos doentes encontra-se neste grupo clínico. Constitui um conjunto de manifestações que são semelhantes à forma tuberculóide (DT), ou bem parecidas com a forma virchowiana (DV), ou ainda, intermediárias entre as formas polares (DD), nas

quais apresentam lesões características e às vezes, bizarras. Pode apresentar lesões de pele, bem delimitadas, com pouco ou nenhum bacilo, e lesões infiltradas mal delimitadas, com muitos bacilos. Uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa. O comprometimento neurológico troncular e os episódios reacionais são frequentes, podendo esses pacientes desenvolver incapacidades e deformidades físicas. O teste de Mitsuda e a baciloscopia dependem da variedade a qual se assemelha, ou seja, se oscilar para DT, geralmente o teste de Mitsuda é fracamente positivo e a baciloscopia negativa; se oscilar para DV, o teste de Mitsuda é negativo e a baciloscopia positiva e se oscilar para DD, o teste de Mitsuda é negativo e a baciloscopia é positiva. (SAMPAIO, 2007; BRASIL, 2009; TALHARI, 2007)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs, em 1985, uma classificação simples e fundamental para fins operacionais do controle da endemia e para utilização dos medicamentos e esquemas terapêuticos (SAMPAIO, 2007). Esta proposta é adotada pelo Ministério da Saúde (MS) na Portaria Conjunta Nº 125, de 26 de março de 2009 e baseia-se no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios (SAMPAIO, 2007; BRASIL, 2009; TALHARI, 2007):

- Hanseníase paucibacilar (pb) – pacientes indeterminados, tuberculóides e a maioria dos dimorfo-tuberculóides- todos com baciloscopia negativa. São pacientes que apresentam até cinco lesões de pele, (TALHARI, 2007; BRASIL, 2009).
- Hanseníase multibacilar (mb) – dimorfo-dimorfo, dimorfo-vichowianos e virchowianos – todos com baciloscopia positiva, não importando quantas cruzes apresentar. São pacientes que apresentam mais de cinco lesões, baciloscopia positiva, sendo, portanto classificada em multibacilar independente do número de lesões. (TALHARI, 2007; BRASIL, 2009).

A classificação proposta pela OMS facilita o desenvolvimento de programas de controle da hanseníase, tendo como critério básico a baciloscopia.

3.3 DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE

O aspecto imunológico da hanseníase mostra-se, hoje, um dos principais determinantes para a evolução (formas clínicas), reativação (episódios reacionais) e até mesmo a cura. Sabe-se hoje que esses aspectos são diretamente subordinados a resposta imune do hospedeiro ao *M. leprae*, ou seja, o padrão de imunidade desenvolvido pelo hospedeiro e/ou resistência na evolução e apresentação da enfermidade é o que permite resistir à doença ou desenvolver as várias formas clínicas associadas com as deformidades (TALHARI, 2007).

A anamnese e o exame físico são fundamentais para um diagnóstico de base clínica. Esse princípio tem como base os exames que podem auxiliar esse diagnóstico, entre eles a pesquisa de sensibilidade, por ser a primeira a apresentar evidências clínicas, o que não significa dizer que essas evidências surjam no início da doença, mas, elas ocorrem depois de vários meses de doença. A primeira sensibilidade alterada é a térmica; a segunda é a dolorosa e em seguida, a sensibilidade tátil. Por conseguinte, outro exame a ser realizado é o teste de histamina; este revela a integridade dos ramúsculos nervosos da pele, ou seja, identifica a lesão do ramúsculo neural precocemente; antes mesmo da instalação da hipoestesia térmica. (SAMPAIO, 2007; TALHARI, 2007).

Outro teste realizado é o de Mitsuda, diretamente relacionado com a imunidade celular, ele faz uma reação avaliativa à integridade dessa imunidade celular específica de um indivíduo ao bacilo de Hansen. Este teste é realizado rotineiramente utilizando-se o antígeno de Mitsuda integral, preparado a partir de lepromas triturados e filtrados, onde os bacilos são mortos por autoclavagem. O teste de Mitsuda tem valor de prognose, mas é excepcionalmente útil para a diagnose (SAMPAIO, 2007).

Conjuntamente com o diagnóstico clínico é essencial a utilização dos diagnósticos laboratoriais. Entre os principais exames estão a bacterioscopia, os exames histopatológicos, citológicos e sorológicos.

A baciloscopia é a pesquisa de bacilos, com a finalidade diagnóstica ou para acompanhar o tratamento, é realizada através da coleta de material nos lóbulos auriculares, cotovelos e duas áreas infiltradas de qualquer parte do corpo. Os exames baciloscópicos

devem ser realizados uma única vez, no momento do diagnóstico. (SAMPAIO, 2007; TALHARI, 2007)

Os exames histopatológicos são empregados na diagnose, classificação clínica e caracterização dos fenômenos reacionais. É feito a coleta do material cutâneo com *punch* de mm após assepsia prévia do local. Para obtenção de espécime de nervos periféricos, após assepsia e anestesia, faz-se uma incisão com bisturi na pele superposta ao nervo, que é identificado, isolado e biopsiada. Os cortes histológicos são corados pela hematoxilina e eosina e pelo método de Faraco-Fite para a pesquisa de bacilos. (SAMPAIO, 2007)

Os exames citológicos pelo método de Tzanck. Pode-se observar em esfregaços de lesões da hanseníase virchowiana corados pelo Leishman células de Virchow macrófagos em cujo citoplasma há espaços claros em forma de bastonetes, multidirecionais isolados ou em agrupamentos, correspondentes aos bacilos de Hansen. Este exame não é utilizado de rotina. (SAMPAIO, 2007)

3.4 METAS DE ERRADICAÇÃO DA HANSENÍASE

Em 1985 o número de casos de hanseníase no mundo, principalmente nas regiões tropicais, foi calculado entre 13 e 14 milhões, com quase 5,5 milhões de casos registrados. Desde a introdução, pela WHO-OMS (Organização Mundial de Saúde), da MDT (Multi-Droga-Terapia) ou TMM (Terapia-Multi-Medicamentosa), adotada no Brasil com a denominação de PQT (Poli-Quimio-Terapia). Após essa terapia ocorreu uma diminuição significativa da endemia em todo mundo. Inicialmente haviam de 13 a 14 milhões de casos em 1985, o número de casos reduziu, em 1996, 1,3 milhões de doentes e o total de casos registrados foi 5.351.408 para 926.259. Ao final de 1999, o total de casos conhecidos era de 753.000. Em 1999 a OMS aprovou a resolução que estabelecia metas para a eliminação de casos de lepra como problema de saúde pública, assim sendo necessária uma prevalência de menos de 1 caso por 10.000 habitantes. Alcançado esta meta em 113 de 122 países exceto em 9 dos quais em 3 estão próximos da eliminação, porém em 6 – Índia, Brasil, Burma, Madagascar, Moçambique e Nepal- a lepra ainda constitui problema de saúde pública.

O Brasil é responsável por cerca de 85% do total de casos registrados nas Américas. A prevalência e detecção são desiguais. Na região Sul, a prevalência é de 0,53 por 10.000 habitantes; na região Sudeste, de 0,60; na região Nordeste de 2,14; na região Centro- Oeste de 3,30; e na região Norte, de 4,02 por 10.000 habitantes (SAMPAIO, 2007).

O Brasil não conseguiu alcançar a meta programada pela WHO/OMS, de eliminar a doença até o final do século XX, compromisso que foi adiado para 2005, não sendo alcançado e prorrogado para 2010.

A Implementação do Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006 a 2010 está baseado no princípio da sustentabilidade proposto pela OMS. Neste sentido o Ministério da Saúde lançou o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase tendo como estratégias norteadoras a vigilância epidemiológica, a assistência aos pacientes, a sustentação político social, a comunicação e a mobilização social, a capacitação de recursos humanos, a integração com a atenção básica, normas técnicas, acompanhamento e monitoramento da hanseníase. O objetivo central é reduzir o coeficiente de prevalência (CP) da doença para menos de um doente por 10.000 habitantes, detectar e tratar precocemente os casos novos para interromper a cadeia de transmissão da doença e prevenir as incapacidades físicas. (BRASIL, 2006).

Em dezembro de 2005, as taxas de conclusão do tratamento e de cura deveriam ser superiores a 90% em todos os estados do País. Para dezembro de 2008, as metas de prevalência e de detecção deveriam alcançar: redução de prevalência em menos de um caso por cada 10.000 habitantes em pelo menos 50% dos 2.017 municípios endêmicos. Para o ano de 2010, a meta de prevalência é alcançar um caso por cada 10.000 habitantes em todos os municípios do País. (BRASIL, 2006).

As metas estabelecidas pelo plano é dar continuidade ao avanço em direção à meta de prevalência de menos de um caso a cada 10.000 habitantes nos estados e municípios que ainda não a alcançaram, assim como o monitoramento da ocorrência dos casos novos; desenvolver ações que favoreçam o diagnóstico precoce na faixa etária de menores de 15 anos; manter a qualidade dos serviços nos sistemas integrados de saúde e em situações de baixa endemicidade; o fortalecimento da vigilância epidemiológica; a logística de abastecimento de medicamentos; o desenvolvimento de capacidade orientada ao trabalho para os profissionais de saúde em geral e uma rede eficiente de referência e contra-referência; avaliar a magnitude de carga de incapacidade resultante da hanseníase e desenvolver

ferramentas e procedimentos adequados para lidar, nos serviços integrados, com as questões relacionadas às incapacidades e deficiências; a expansão da cobertura das atividades de eliminação da hanseníase em comunidades e populações especiais; objetivar diminuir ainda mais o estigma e a discriminação contra as pessoas afetadas pela hanseníase e contra suas famílias; e desenvolver parcerias eficazes baseadas em confiança mútua, igualdade e unidade de propósito; assim, assegurar o nível apropriado de prioridade para financiamento pelo Governo Federal aos estados e municípios nas ações de eliminação da hanseníase; incluir a eliminação da hanseníase nas metas do milênio das Nações Unidas; apoiar a iniciativa do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em estabelecer financiamento específico per capita para acelerar a eliminação da doença como problema de saúde pública; contribuir para a inclusão do tema hanseníase na agenda dos Direitos Humanos; participar ativamente do desenvolvimento do Pacto pela Vida, promovendo e acompanhando o alcance das metas. (BRASIL, 2006)

Os princípios do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) são as intervenções constantes e continuadas que deverão ser mantidas para assegurar a redução da ocorrência dos casos. As atividades de eliminação da hanseníase, desempenhadas e financiadas exclusivamente com recursos do SUS, incluindo para os casos novos são: o diagnóstico, tratamento poliquimioterápico PQT/OMS, vigilância epidemiológica por meio do exame dos comunicantes; educação do paciente, da família e da comunidade; prevenção de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade da assistência, assim como o acompanhamento dos casos até a cura (BRASIL, 2006).

3.5 TRANSMISSIBILIDADE DA DOENÇA

Para Talhari (2007), a hanseníase é uma doença transmitida de pessoa para pessoa através do convívio com doentes de formas contagiantes (Virchowiana ou Dimorfa) sem tratamento. Há relato de que a doença hanseníase não seja exclusivamente do homem, pois, têm sido encontradas contaminação em tatus, chipanzés e macacos, naturalmente infectados com a bactéria do *M. leprae*. Sampaio (2007) e Talhari (2007) admitem ser o homem o

reservatório natural do bacilo; entretanto, há relatos da provável contaminação por meio de musgos da Costa do Marfim e há uma provável indicação de tatus e macacos infectados na Noruega. No entanto, esses achados epidemiológicos não têm papel na cadeia de transmissão (TALHARI, 2007; SAMPAIO, 2007).

Em relação ao contágio, ele ocorre de indivíduo para indivíduo, sendo que a via de eliminação dos bacilos é especialmente as vias aéreas superiores, áreas da pele e / ou mucosas erodadas. Os bacilos também podem ser eliminados pela urina, fezes, suor, leite materno, secreções vaginais e esperma (SAMPALIO, 2007). Estes germes multiplicam-se no sistema nervoso periférico e na pele, podendo atingir outros órgãos e sistemas, com exceção do sistema nervoso central (SNC). Segundo Talhari (2007), o *M. leprae* tem afinidade pelas células de Schwann e as do sistema retículo endotelial, acometendo nervos periféricos, o que ocasiona alterações de sensibilidade e força muscular. Esta localização do bacilo gera um grande potencial de incapacidade do paciente que vai desde a perda parcial ou total do órgão inervado, até a perda da função motora, determinando seqüelas principalmente em nervos. Esse fato deve-se ao dano neural ou incapacidades, observado nos pacientes com esta enfermidade (TALHARI, 2007).

Esses bacilos se multiplicam lentamente com um período de incubação entre dois a cinco anos, atingindo até 20 anos. A longa evolução e a ausência de recursos terapêuticos eficientes no passado acarretavam deformidades e mutilações responsáveis pela estigmatização dos portadores (SAMPALIO, 2007).

O tratamento do paciente com hanseníase é fundamental para curá-lo, fechar a fonte de infecção interrompendo a cadeia de transmissão da doença, sendo, portanto, estratégico no controle da endemia e para eliminar a hanseníase enquanto problema de saúde pública. O tratamento de forma integral compreende um esquema quimioterápico específico – a poliquimioterapia (PQT) - que é específico para cada caso, esse esquema é indicado pelo Ministério da Saúde (MS) e padronizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é fundamental seu acompanhamento para possíveis intercorrências e complicações do tratamento ou mesmo da doença e a prevenção de incapacidades físicas (BRASIL, 2002). As drogas de primeira linha no tratamento da hanseníase são a Dapsona (do grupo das sulfonas), a Clofazimina e a Rifampicina. (SAMPALIO, 2007).

3.6 O IDOSO E A SAÚDE

O envelhecimento é um processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genético-biológica, sócio-histórica, e psicológica (NERI, 2000, p. 102). De acordo com as considerações citadas por Neri (2000) e Baldessin (2000), evidenciam uma problemática social que determina um preceito relacionado à velhice e à classe desfavorecida.

Atualmente, considera-se que os mecanismos de envelhecimento devem-se relacionar com a capacidade de sintetizar proteínas. Elas correspondem habitualmente a cerca de 15% dos componentes do organismo e são responsáveis não só pela constituição das estruturas e órgãos, tecidos e de enzimas, mas também são componentes dos sistemas bioquímicos relacionados a produção de energia. (CARVALHO; NETO, 2000).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2003), o Brasil possui hoje 19 milhões de idosos, o que representa 10% do total da população. A tendência atual é de um crescimento cada vez maior, aponta Veras (1994), “daqui a 20 anos, seremos 32 milhões de idosos, trata-se de um grupo etário que mais cresce, daí a necessidade de políticas públicas, sociais e previdenciárias para dar conta desse segmento social”.

De acordo com a OMS, existem atualmente no mundo 600 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos. Segundo as projeções do órgão, esse contingente populacional deve duplicar em 2025, atingindo 1,2 bilhões de pessoas em todo o planeta. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idoso de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172, 7 idosos. No Distrito Federal, conforme dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os idosos representam 14% da população, ou seja, cerca de 350 mil pessoas (IBGE, 2007).

O Estatuto do Idoso - Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, dispõe que a pessoa idosa é detentora de: “todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa Lei, assegurando-se-lhe por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu

aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade”. (Artigo 2º).

Como já foi caracterizado o envelhecimento é um processo metabólico que envolve fatores sociais, psicológicos, fisiopatológicos, genéticos e bioquímicos. Caracterizar o envelhecimento é fazer uma abordagem comum a estes fatores, buscando o fator patológico relacionado a sistema tegumentar, evidenciado pela hanseníase, assim em sua totalidade e sua história sócio-culturais, socioeconômica, históricas do Distrito Federal.

Por tratar-se de uma patologia que, por muitos anos, permaneceu incurável, trouxe consigo o estigma, que até hoje persiste. Doença esta temida pelos nossos antepassados, naquela época considerada como doença incurável permanecendo assim, entre os idosos da atualidade.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Dos 4.017 casos notificados por hanseníase no Distrito Federal de 2001 a 2009, 521 se encaixam nos critérios de inclusão da presente pesquisa, sendo, portanto, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Cinquenta e sete por cento (57,5%) dos casos analisados eram do sexo masculino, 47,5% era de raça branca e quanto a escolaridade, 36% dos clientes pesquisados eram analfabetos.

Na tabela 1, a seguir, estão os dados coletados relativos à distribuição dos casos notificados por hanseníase de 2001 a 2009 no Distrito Federal (DF) em pessoas com 60 anos e mais de idade e as demais faixas etárias.

Tabela 1 - Frequência de casos notificados por hanseníase de 2001 a 2009 no Distrito Federal-DF.

Nº de casos	Ano									Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
60 anos e +	57	71	62	47	59	64	54	48	59	521
Todas as idades	443	466	455	406	403	347	337	332	307	3496
Total	500	537	517	453	462	411	391	380	366	4017

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica (DIVEP – DF)

A tabela 1 mostra que quando se considera o total dos casos diagnosticados de hanseníase, 13,0% (521) tinham idade igual ou superior a 60 anos e 87,0% (3496) dos casos são pessoas que fazem parte das demais faixas etárias. Considerando o período de análise que compreendeu os anos de 2001 a 2009, o ano com maior representatividade de doentes com hanseníase foi o de 2002, com 13,0% dos casos notificados pertencentes a faixa etária pesquisada e 87,0% as demais faixas etárias.

A figura abaixo apresenta a frequência em casos notificados por hanseníase em relação ao sexo, no período de 2001 a 2009 no Distrito Federal.

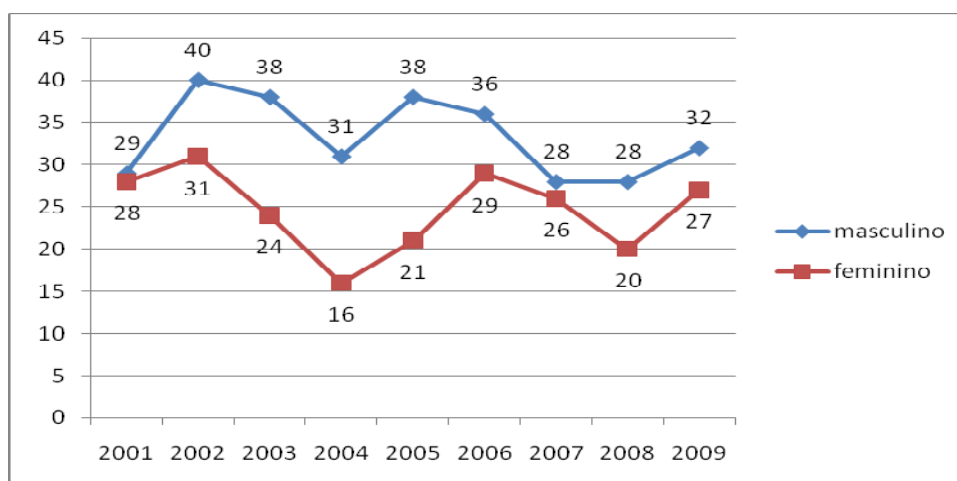


Figura 1 – Frequência de casos notificados por hanseníase segundo sexo de 2001 a 2009 no Distrito Federal.

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica (DIVEP – DF)

Com relação à distribuição dos casos de hanseníase do estudo foram notificados 521 pacientes com idade de 60 anos e mais. Deste total, 57,5% eram do sexo masculino e 42,5% do feminino. A razão M/F encontrada foi de 1,35/1,0.

A tabela 2 mostra a frequência de casos notificados de doentes com hanseníase, relativos à raça.

Tabela 2 – Frequência de casos notificados por hanseníase segundo raça de 2001 a 2009 no Distrito Federal.

Raça	Ano									Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Branca	1	22	33	28	21	27	20	20	25	197
Preta	0	10	5	4	7	7	5	7	7	52
Amarela	0	0	0	0	1	5	1	0	1	8
Parda	0	17	20	13	23	19	26	18	22	158
Total	1	49	58	45	52	58	52	45	55	415

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica (DIVEP – DF)

Com relação à distribuição de casos de hanseníase por raça a tabela 2 mostrou que a maior prevalência da doença esteve relacionada à raça branca, representando 47,0% e parda

38,0% dos casos. Apenas 12,5% eram da raça preta e 2% amarela. Não foram incluídos nesta análise os dados ignorados/branco que representaram 106 dos casos notificados e indígenas.

A tabela 3 apresenta a distribuição dos casos de hanseníase entre os níveis de escolaridade em doentes por hanseníase no Distrito Federal.

Tabela 3 – Frequência por hanseníase segundo escolaridade de 2001 a 2009 no Distrito Federal.

Escolaridade	Ano									Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Analfabeto	21	29	18	10	19	20	9	6	13	145
1ª a 4ª série incompleta do EF	0	15	16	16	19	17	16	14	17	130
4ª série completa do EF	0	0	0	0	0	0	9	5	6	20
5ª a 8ª série incompleta do EF	21	8	9	11	6	13	2	5	3	78
Ensino fundamental completo	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Ensino médio incompleto	1	1	3	1	2	1	0	0	0	9
Ensino médio completo	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
Educação superior incompleta	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Educação superior completa	1	1	4	0	1	4	0	1	2	14
Total	44	54	50	38	47	55	38	31	44	401

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica (DIVEP – DF)

Como se pode observar na tabela acima, o nível de escolaridade mais freqüente entre os participantes da pesquisa foi o analfabetismo, representado por 36,0% das notificações pesquisadas, seguido de 32,0% de pessoas com escolaridade de 1ª a 4ª série incompleta, 19,4% de 5ª a 8ª série incompleto, 5% concluíram a 4ª série do ensino fundamental. Apenas

3,5% dos doentes com hanseníase tinham nível superior completo. Não foram incluídos nesta análise os dados ignorados/branco que representaram 120 dos casos notificados.

A tabela abaixo apresenta a frequência por hanseníase das formas clínicas notificadas, na faixa etária igual ou superior a 60 anos de idade, no Distrito Federal.

Tabela 4 – Frequência por hanseníase segundo forma clínica notificada de 2001 a 2009 no Distrito Federal.

Forma clínica	Ano									Total
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Indeterminada	5	2	1	1	0	1	7	1	3	21
Tuberculóide	11	11	14	8	13	12	10	11	11	101
Dimorfa	25	22	21	17	27	31	14	13	21	191
Virchowiana	14	31	21	18	17	16	13	17	16	163
Total	55	66	57	44	57	60	44	42	51	476

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica (DIVEP – DF)

A tabela 4 mostrou que em relação à forma clínica diagnosticada nos pacientes do estudo, a forma indeterminada apresentou 4,0% dos casos. Já a forma tuberculóide foi comprovada em 21,0% dos pacientes. A forma dimorfa foi a que teve maior incidência, atingindo um total de 40,0% dos clientes e 34,0% dos pesquisados foram diagnosticados com a forma clínica virchowiana da doença. Não foram incluídos nesta análise os dados ignorados ou em branco que representaram 16 casos notificados e 29 casos notificados, porém, não classificados.

A tabela a seguir mostra a distribuição de casos por hanseníase notificados no Distrito federal em pessoas com idade de 60 anos e mais, de acordo com as variáveis lesões de pele, incapacidade física, resultados de baciloscopia, esquema terapêutico adotado e nevus afetados.

Tabela 5 – Distribuição dos casos notificados entre pessoas com 60 anos e mais de idade de acordo com número de lesões, avaliação de incapacidade, baciloscopia, esquema terapêutico e número de nervos afetados de 2001 a 2009 no Distrito Federal.

Variáveis	Total	n	%
Lesões Cutâneas	360		
Lesão única		51	14,1
2-5 lesões		124	34,4
>5 lesões		185	51,3
Avaliação Incapacidade	461		
Grau zero		194	42,0
Grau I		167	36,2
Grau II		100	21,6
Baciloscopia	62		
Positiva		23	37,0
Negativa		39	63,0
Esquema terapêutico	513		
PQT/PB/6 DOSES		108	21,0
PQT/MB/12 DOSES		353	68,8
OUTROS ESQ. SUBSTIT.		52	10,1
Nervos afetados	43		
1 a 3 Nervos		30	69,7
4 a 6 Nervos		12	27,9
7 a 9 Nervos		1	2,3
10 e mais Nervos		0	0

Fonte: Departamento de Vigilância Epidemiológica (DIVEP – DF)

Em relação ao número de lesões observadas em pessoas doentes de hanseníase com 60 anos e mais de idade, 51 pessoas (14,1%) apresentaram uma única lesão e 124 doentes (34,4%) 2 a 5 lesões características da hanseníase e 51,3% apresentaram mais de 5 lesões, ou seja, a maioria dos casos. Entretanto nessa análise não estão incluídos os 161 casos não informados.

Na avaliação da incapacidade dos doentes pesquisados, 194 casos (42,0%) apresentaram grau zero, seguido por 167 casos (36,2%) de grau I e 100 casos (21,6%) de grau

II. Ressalta-se que nesta comparação não foram analisados os casos ignorados/brancos que representam 60 notificações.

Em relação à baciloscopia, identificou-se que 37,0% apresentaram resultados positivos e 62,0% negativo, dentre estes 1,0% não foram realizadas. Contudo, nesta comparação não foram analisados os casos ignorado e branco que representaram 459 dos casos notificados.

Na questão da variável relativo ao esquema terapêutico, identificou-se que 108 (21,0%) dos casos foram submetidos ao esquema paucibacilar de 6 doses, 353 pessoas (69,0%) ao esquema multibacilar de 12 doses e 52 (10,0%) a outros esquemas, ou seja, a maioria dos casos tiveram prescrição terapêutica com esquema multibacilar. Não foram comparados os casos ignorados e brancos que representam 8 notificações.

Conforme a tabela 6, em relação ao total de nervos afetados, 30 (69,7%) clientes estavam com 1 a 3 lesões nervosas, 12 (27,9%) tinham de 4 a 6 nervos afetados e apenas 1 (2,3%) apresentava 7 a 9 nervos lesionados. Entretanto, não foram analisados os casos não informados que representaram cerca de 478 das notificações.

5 DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste estudo algumas limitações podem ser salientadas, dentre elas a escassez de publicações relacionadas ao tema. Quando analisado o preenchimento das fichas de notificação, houve uma perda eventual de dados, justificada pela falta de compromisso dos profissionais, que não preenchem as fichas corretamente, deixando itens importantes passarem despercebidos, desconhecem a importância da notificação ou não sabem preencher as fichas.

No período observado, no presente estudo, os achados mostraram que nos anos de 2001 a 2009 houve uma oscilação na detecção de caso por hanseníase no Distrito Federal, o que está de acordo com o estudo de Lima et al. (2008) que analisou o perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. O que pode significar apenas uma deficiência na notificação dos casos novos e não a real incidência da doença no Distrito Federal.

Tratando-se da distribuição por sexo, verificou-se que a maioria dos clientes com hanseníase era do sexo masculino, o que também foi constatado por pesquisas anteriores, que afirmam o predomínio da ocorrência da doença de hanseníase em homens, perante as mulheres tal como encontrados nos estudos de Araújo (2005); Lima et al. (2008).

Foram consideradas, na pesquisa, as raças: branco, preto, pardo e amarelo. Vale ressaltar que possíveis erros podem acontecer, pois a classificação depende dos critérios subjetivos do observador. Com isso observou-se maior prevalência de doentes por hanseníase na raça branca, assim, correspondendo à mesma distribuição populacional do Distrito Federal segundo o IBGE (2003).

Quanto ao nível de escolaridade da população estudada identificou-se que a maior prevalência de doentes por hanseníase era analfabetos ou possuíam o ensino fundamental incompleto. Araújo (2005) em seu estudo de educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase, na cidade de Ribeirão Preto-SP, afirmou que por tratar-se de uma população de risco, em função de falta de ocupação ou da mão-de-obra não qualificada esta com maior susceptibilidade de ser um doente com hanseníase. Enfim, o contexto sócio-econômico da população estudada.

Em relação às formas clínicas da hanseníase, o achado que predominou foi o da forma dimorfa, seguida da virchowiana, sugerindo um diagnóstico tardio, ou falha na

implementação do programa de controle da hanseníase junto aos idosos. Lima et al (2008) realizou um estudo na população doente por hanseníase do Distrito Federal no período de 2000 a 2005, e evidenciou que nos pacientes com 60 anos e mais, houve maior prevalência da forma clínica virchowiana, seguido pela dimorfa. Houve uma menor frequência de notificações de hanseníase no estudo de Lima et al (2008). Em relação ao estudo atual o que se evidenciou foi um aumento na transmissibilidade da hanseníase nesse grupo, e a falta de diagnóstico e de tratamento precoce.

No que diz respeito à avaliação da incapacidade, houve maior incidência de casos com grau I e II o que representou 57,8%, observou-se que os percentuais da avaliação de incapacidade são proporcionais, ou seja, levanta-se a hipótese de que a forma clínica predominante esta influenciando diretamente as incapacidades. Para Talhari (2007) a forma clínica dimorfa pode ocorrer somente com manifestações neurológicas. Enquanto Lima et al. (2008) afirmou em seu estudo que evidenciou a predominância de incapacidade de grau II no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. O que sinaliza haver uma falha no programa de controle da hanseníase, podendo reportar um diagnóstico e tratamento errôneo da doença.

CONCLUSÃO

Nesta monografia, conclui-se que a hanseníase constitui-se um problema de saúde pública para idosos, com uma prevalência de 13,0% em relação à população geral. Quanto ao perfil dos clientes analisados, a maioria era do sexo masculino, de raça branca e analfabeto.

Na classificação da forma clínica, as formas dimorfa e virchoviana apresentaram um maior número de casos. Com relação ao número de lesões, foram constatados que na maioria dos casos registrados, o cliente apresentava mais de 5 lesões.

Quanto a avaliação do grau de incapacidade, observou-se que houve um maior número relacionado ao grau I e II. Em relação à baciloscopia, identificou-se que os resultados positivos foram os mais citados.

As prescrições de esquema terapêutico, na maioria dos casos tinham tratamento com esquema multibacilar.

Ao se analisar a totalidade de nervos afetados, observou-se que, dos casos analisados, grande parte dos doentes apresentaram lesões que afetaram de um a três nervos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faces aos resultados encontrados, o serviço de hanseníase necessita ser integrado aos programas de doenças crônicas para a terceira idade, assim, dispondo de um atendimento integral ao idoso e possibilitando a busca ativa da hanseníase nesta população.

Torna-se imperativo investimento na educação em saúde relacionada a hanseníase, para que o diagnóstico e o tratamento dos casos acometidos por hanseníase, sejam realizados precocemente. Sobretudo, possibilitar que estes profissionais sejam treinados para priorizar a vigilância dos casos de hanseníase na terceira idade, além de intervir na prevenção de complicações e transmissibilidade da mesma.

Realizar uma reorganização das ações de controle de hanseníase na atenção básica, para a obtenção das metas de Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), assim sendo, uma articulação entre vigilância sanitária, vigilância de saúde e incremento da educação em saúde possibilitando uma interação entre os programas de saúde, com o programa de controle da hanseníase e a educação continuada dos profissionais e das população principalmente a idosa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Renilda Rosa Dias Ferreira de. **Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em hanseníase**. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Programa Interunidades, 2005 . 156p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010**. Brasília-DF, 2006.

CARVALHO, Eurico Thomaz de. et al. **Geriatría: fundamentos, clinica e terapêutica / Eurico Thomaz de Carvalho, Matheus Papaléo Netto**. – São Paulo: Editora Atheneu, 2000. P.01)

CASTRO, Selma Munhoz Sanches de and WATANABE, Helena Akemi Wada. **Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2009, vol.16, n.2, pp. 449-487. ISSN 0104-5970. Acesso em 17 de Agosto de 2010.

COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - **Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia** [online]. *Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003*. Disponível em: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/envelhecimento.html. Acesso em: 17 de Agosto de 2010.

CUNHA, Mônica Duarte da. et al. **Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença, em município endêmico do Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. *Cad. Saúde* –

FERREIRA, Isaias Nery. **Busca ativa de Hanseníase na população escolar e distribuição espacial da endemia no município de Paracatu - MG (2004 a 2006)**

FERREIRA, Isaias Nery. et al. **Distribuição espacial da hanseníase na população escolar em Paracatu - Minas Gerais**, 2007, vol.23, n.5, pp. 1187-1197. ISSN 0102-311X.

IBGE. 2003 disponível em:

http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/datas/idoso/politica_do_idoso_no_brasil.html

LIMA, M. A. R.; PRATA, M. O.; MOREIRA, D. – **Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005**. Escola Superior de Ciências da Saúde, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, Secretaria de Estado de Saúde. Brasília - DF, Brasil, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia para controle da hanseníase/** Secretaria de Política de Saúde. – 1ª. Edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 90p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010/**, Secretaria de Vigilância Em Saúde. –Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. 31p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de procedimentos técnicos para baciloscopia em hanseníase/**, Secretaria de vigilância em saúde – versão provisória – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p.

NERI, Anita Liberalesso. **A formação de recursos humanos em gerontologia**: o papel da pós graduação. Arquivos de Geriatria e Gerontologia.São Paulo. Editora Papyrus. 1995. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. / Vol. 4. Set/out/Nov/dez/2000. p. 102.

OPROMOLLAS, D.V.A. História. In: **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, Hospital Lauro de Souza Lima, p.1 - 5, 2000.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia** : teoria e prática. ... São Paulo: Hucitec, 1995.

REIS, F. B. *et al.* **Pesquisa científica**: a importância da metodologia.. Revista Brasileira de Ortopedia, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 51-55, 2002.

SAMPAIO, Sebastião A. P. **Dermatologia**. 3^a ed. Rev. E ampl.-- São Paulo; Artes Médicas, 2007. p. 625-627.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro *et al.* **Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento**. Rev. bras. estud. popul. [online]. 2008, vol.25, n.1, pp. 167-190. ISSN 0102-3098.

SOUZA, Marlena Maria de. *et al.* **Significado de ser idoso/ doente de hanseníase**. Revista Eletronica de Enfermagem, v.07, p. 333, n.2005. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

TALHARI, Sinésio and Penna, Gerson **Reflexões sobre a Política Global de Controle de Hanseníase**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Ago 2005, vol.38, no.4, p.362-364. ISSN 0037-8682.

TALHARI, Sinésio; NEVES, René Garrido; PENNA, Gerson Oliveira; OLIVEIRA, Maria Leide Van-Del-Rey de. **Hanseníase – Dermatologia Tropical**. 4^a Edição. 2006

TALHARI, Sinésio René Garrido Neres. **Hanseníase**. Ed.-Tropical. Revista Brasileira de Enfermagem, 2007. 167 p.

VERAS, R. P. **Pais jovens com cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume & Dumara, 1994.

VERAS, Renato. **Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, n.3, pp. 705-715. ISSN 0102-311X.

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS. **O Estatuto do Idoso e outros legais/**, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos – Brasília-DF: 44p. 2008.

ANEXO A.- Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE						
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/enferma		Código (CID10)	3	
	4 UF		5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação (Indiv/Inst)	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento			
	10 (ou) idade	1 - Não 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Distante	
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)	19 Distrito
Dados de Residência	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)	
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
	Dados Complementares do Caso					
	Ocupação	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação		
Dados Clínicos		33 Nº de Lesões Cutâneas		34 Forma Clínica		35 Classificação Operacional
	1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		1 - PB 2 - MB		36 Nº de Nervos afetados	
Acometimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico					0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado
	38 Modo de Entrada					
	39 Modo de Detecção do Caso Novo					
Dados Lab.	40 Baciloscopia					1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Ignorado
	Tratamento	41 Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial		
		1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos				
Med. Contr.	43 Número de Contatos Registrados					
	Observações adicionais:					
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código de Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura	
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007	

ANEXO B.- Ficha de Notificação Compulsória de doenças

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE		NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS		Número:																																																								
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação: 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto <input type="checkbox"/>			2 Data da Notificação:																																																								
	3 Município de Notificação:			Código (IBGE)																																																								
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notifica lora)			Código																																																								
	5 Agravo/Doença:			Código (CID 10)																																																								
Notificação Individual	7 Nome do Paciente:			6 Data dos Primeiros Sintomas																																																								
	8 Data de Nascimento																																																											
	9 (ou) Idade: <input type="checkbox"/> D - dias <input type="checkbox"/> M - meses <input type="checkbox"/> A - anos	10 Sexo: M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor: 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluído): 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 a mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado																																																								
	13 Número do Cartão SUS			14 Nome da Mãe																																																								
Notificação de Surto	15 Agravo/Doença:			Código (CID 10)																																																								
	16 Data dos 1º Sintomas do 1º Caso Suspeito																																																											
	17 Número de casos suspeitos	18 Local Inicial de Ocorrência do Surto																																																										
		1 - Casos Restritos a uma Mesma Família 2 - Casos Restritos a uma Escola/Creche 3 - Casos Restritos a um Hospital 4 - Casos Restritos a outra Instituição (Alojamento, Asilo, Trabalho) 5 - Casos Dispersos no Bairro 6 - Casos Dispersos pelo Município 7 - Casos Dispersos em mais de um Município 8 - Outros																																																										
Dados de Residência	19 Logradouro (rua, avenida, ...)			Código																																																								
	20 Número																																																											
	21 Complemento (apto., casa, ...)			22 Ponto de Referência																																																								
	23 U.F.																																																											
	24 Município de Residência			Código (IBGE) Distrito																																																								
	25 Bairro			Código (IBGE) 26 CEP																																																								
	27 (DDD) Telefone			28 Zona: 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado																																																								
29 País (se residente fora do Brasil)			Código																																																									
Notificante		Assinatura																																																										
DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL																																																												
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> X29 Acidentes por Animais Peçonhentos</td> <td><input type="checkbox"/> G000 Meningite por Haemophilus Influenzae</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B24 Aids (Síndrome da Imunod. Adquirida)</td> <td><input type="checkbox"/> A543 Oftalmia Gonocócica</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A22 Antraz ou carbúnculo</td> <td><input type="checkbox"/> A809 Paralisia Flácida Aguda</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> W53 Agreção por rato</td> <td><input type="checkbox"/> B26 Parotidite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A051 Botulismo</td> <td><input type="checkbox"/> A209 Peste</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A009 Cólera</td> <td><input type="checkbox"/> A809 Poliomielite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A630 Condiloma Acuminado</td> <td><input type="checkbox"/> A829 Raiva Humana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A37 Coqueluche</td> <td><input type="checkbox"/> B06 Rubéola</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A90 Dengue</td> <td><input type="checkbox"/> B05 Sarampo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A369 Difteria</td> <td><input type="checkbox"/> A53 Sífilis Adquirida</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B571 Doença de Chagas (casos agudos)</td> <td><input type="checkbox"/> A509 Sífilis Congênita</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A810 Doença de Creutzfeldt-Jacob</td> <td><input type="checkbox"/> O981 Sífilis em Gestante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> G039 D. Meningocócica e outras Meningites</td> <td><input type="checkbox"/> P350 Síndrome da Rubéola Congênita</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B659 Esquistossomose</td> <td><input type="checkbox"/> N485 Síndrome da Úlcera Genital</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Y59 Eventos Adversos pós Vacinal</td> <td><input type="checkbox"/> N72 Síndrome do Corrimento Cervical</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A959 Febre Amarela</td> <td><input type="checkbox"/> R36 Síndrome do Corrimento Uretral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A923 Febre do Nilo Ocidental</td> <td><input type="checkbox"/> Síndrome Febril/Ictero hemorrágica agudo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A77 Febre Maculosa</td> <td><input type="checkbox"/> U049 Síndrome Respiratória Aguda Grave</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A010 Febre Tifóide</td> <td><input type="checkbox"/> B690 Teníase e Cisticercose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A309 Hanseníase</td> <td><input type="checkbox"/> A35 Tétano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A989 Hantavirose</td> <td><input type="checkbox"/> A33 Tétano Neonatal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B199 Hepatites Virais</td> <td><input type="checkbox"/> P371 Toxoplasmose Aguda</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B230 Infecção pelo HIV (exceto AIDS)</td> <td><input type="checkbox"/> B589 Toxoplasmose Gestacional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B977 Infecção pelo HPV (exceto verruga)</td> <td><input type="checkbox"/> A169 Tuberculose</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B550 Leishmaniose Visceral</td> <td><input type="checkbox"/> A21 Tularemia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B552 Leishmaniose Teg. Americana</td> <td><input type="checkbox"/> B01 Varicela</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A279 Leptospirose</td> <td><input type="checkbox"/> B03 Variola</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> B54 Malaria</td> <td><input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____</td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> X29 Acidentes por Animais Peçonhentos	<input type="checkbox"/> G000 Meningite por Haemophilus Influenzae	<input type="checkbox"/> B24 Aids (Síndrome da Imunod. Adquirida)	<input type="checkbox"/> A543 Oftalmia Gonocócica	<input type="checkbox"/> A22 Antraz ou carbúnculo	<input type="checkbox"/> A809 Paralisia Flácida Aguda	<input type="checkbox"/> W53 Agreção por rato	<input type="checkbox"/> B26 Parotidite	<input type="checkbox"/> A051 Botulismo	<input type="checkbox"/> A209 Peste	<input type="checkbox"/> A009 Cólera	<input type="checkbox"/> A809 Poliomielite	<input type="checkbox"/> A630 Condiloma Acuminado	<input type="checkbox"/> A829 Raiva Humana	<input type="checkbox"/> A37 Coqueluche	<input type="checkbox"/> B06 Rubéola	<input type="checkbox"/> A90 Dengue	<input type="checkbox"/> B05 Sarampo	<input type="checkbox"/> A369 Difteria	<input type="checkbox"/> A53 Sífilis Adquirida	<input type="checkbox"/> B571 Doença de Chagas (casos agudos)	<input type="checkbox"/> A509 Sífilis Congênita	<input type="checkbox"/> A810 Doença de Creutzfeldt-Jacob	<input type="checkbox"/> O981 Sífilis em Gestante	<input type="checkbox"/> G039 D. Meningocócica e outras Meningites	<input type="checkbox"/> P350 Síndrome da Rubéola Congênita	<input type="checkbox"/> B659 Esquistossomose	<input type="checkbox"/> N485 Síndrome da Úlcera Genital	<input type="checkbox"/> Y59 Eventos Adversos pós Vacinal	<input type="checkbox"/> N72 Síndrome do Corrimento Cervical	<input type="checkbox"/> A959 Febre Amarela	<input type="checkbox"/> R36 Síndrome do Corrimento Uretral	<input type="checkbox"/> A923 Febre do Nilo Ocidental	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril/Ictero hemorrágica agudo	<input type="checkbox"/> A77 Febre Maculosa	<input type="checkbox"/> U049 Síndrome Respiratória Aguda Grave	<input type="checkbox"/> A010 Febre Tifóide	<input type="checkbox"/> B690 Teníase e Cisticercose	<input type="checkbox"/> A309 Hanseníase	<input type="checkbox"/> A35 Tétano	<input type="checkbox"/> A989 Hantavirose	<input type="checkbox"/> A33 Tétano Neonatal	<input type="checkbox"/> B199 Hepatites Virais	<input type="checkbox"/> P371 Toxoplasmose Aguda	<input type="checkbox"/> B230 Infecção pelo HIV (exceto AIDS)	<input type="checkbox"/> B589 Toxoplasmose Gestacional	<input type="checkbox"/> B977 Infecção pelo HPV (exceto verruga)	<input type="checkbox"/> A169 Tuberculose	<input type="checkbox"/> B550 Leishmaniose Visceral	<input type="checkbox"/> A21 Tularemia	<input type="checkbox"/> B552 Leishmaniose Teg. Americana	<input type="checkbox"/> B01 Varicela	<input type="checkbox"/> A279 Leptospirose	<input type="checkbox"/> B03 Variola	<input type="checkbox"/> B54 Malaria	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____
<input type="checkbox"/> X29 Acidentes por Animais Peçonhentos	<input type="checkbox"/> G000 Meningite por Haemophilus Influenzae																																																											
<input type="checkbox"/> B24 Aids (Síndrome da Imunod. Adquirida)	<input type="checkbox"/> A543 Oftalmia Gonocócica																																																											
<input type="checkbox"/> A22 Antraz ou carbúnculo	<input type="checkbox"/> A809 Paralisia Flácida Aguda																																																											
<input type="checkbox"/> W53 Agreção por rato	<input type="checkbox"/> B26 Parotidite																																																											
<input type="checkbox"/> A051 Botulismo	<input type="checkbox"/> A209 Peste																																																											
<input type="checkbox"/> A009 Cólera	<input type="checkbox"/> A809 Poliomielite																																																											
<input type="checkbox"/> A630 Condiloma Acuminado	<input type="checkbox"/> A829 Raiva Humana																																																											
<input type="checkbox"/> A37 Coqueluche	<input type="checkbox"/> B06 Rubéola																																																											
<input type="checkbox"/> A90 Dengue	<input type="checkbox"/> B05 Sarampo																																																											
<input type="checkbox"/> A369 Difteria	<input type="checkbox"/> A53 Sífilis Adquirida																																																											
<input type="checkbox"/> B571 Doença de Chagas (casos agudos)	<input type="checkbox"/> A509 Sífilis Congênita																																																											
<input type="checkbox"/> A810 Doença de Creutzfeldt-Jacob	<input type="checkbox"/> O981 Sífilis em Gestante																																																											
<input type="checkbox"/> G039 D. Meningocócica e outras Meningites	<input type="checkbox"/> P350 Síndrome da Rubéola Congênita																																																											
<input type="checkbox"/> B659 Esquistossomose	<input type="checkbox"/> N485 Síndrome da Úlcera Genital																																																											
<input type="checkbox"/> Y59 Eventos Adversos pós Vacinal	<input type="checkbox"/> N72 Síndrome do Corrimento Cervical																																																											
<input type="checkbox"/> A959 Febre Amarela	<input type="checkbox"/> R36 Síndrome do Corrimento Uretral																																																											
<input type="checkbox"/> A923 Febre do Nilo Ocidental	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril/Ictero hemorrágica agudo																																																											
<input type="checkbox"/> A77 Febre Maculosa	<input type="checkbox"/> U049 Síndrome Respiratória Aguda Grave																																																											
<input type="checkbox"/> A010 Febre Tifóide	<input type="checkbox"/> B690 Teníase e Cisticercose																																																											
<input type="checkbox"/> A309 Hanseníase	<input type="checkbox"/> A35 Tétano																																																											
<input type="checkbox"/> A989 Hantavirose	<input type="checkbox"/> A33 Tétano Neonatal																																																											
<input type="checkbox"/> B199 Hepatites Virais	<input type="checkbox"/> P371 Toxoplasmose Aguda																																																											
<input type="checkbox"/> B230 Infecção pelo HIV (exceto AIDS)	<input type="checkbox"/> B589 Toxoplasmose Gestacional																																																											
<input type="checkbox"/> B977 Infecção pelo HPV (exceto verruga)	<input type="checkbox"/> A169 Tuberculose																																																											
<input type="checkbox"/> B550 Leishmaniose Visceral	<input type="checkbox"/> A21 Tularemia																																																											
<input type="checkbox"/> B552 Leishmaniose Teg. Americana	<input type="checkbox"/> B01 Varicela																																																											
<input type="checkbox"/> A279 Leptospirose	<input type="checkbox"/> B03 Variola																																																											
<input type="checkbox"/> B54 Malaria	<input type="checkbox"/> Outras, especificar: _____																																																											
Observações e Providências da Saúde Pública: _____																																																												

ANEXO C.- Parecer de Aprovação do Projeto de Pesquisa



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 318/2010

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 336/10 – Análise da Hanseníase em idosos residentes no Distrito Federal, no período de 1998 a 2008.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 20/09/2012

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 20 de setembro de 2010.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

Ângela Maria/CEP/SES-DF

*Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesedf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-904
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE*