

Características do processo de diagnóstico de hanseníase no atendimento primário e secundário

Bruno Bassaneze^I, Aguinaldo Gonçalves^{II}, Carlos Roberto Padovani^{III}

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)

RESUMO

Contexto e objetivo: A hanseníase caracteriza-se por ter diagnóstico eminentemente clínico, principalmente através da constatação de hipo ou anestesia das lesões, ou seja, sem necessariamente o uso de exames adicionais, como baciloscopia e biópsia, utilizados para classificação clínica da doença. Buscou-se definir se há tendência à desvalorização da avaliação clínica em favor do excesso de exames complementares, investigar a adequação do registro nos atendimentos da atenção básica e compará-los com o obtido em serviço de média complexidade.

Desenho e local: Estudo transversal, de base populacional, utilizando registros de prontuários, realizado em dois âmbitos de atendimentos de saúde da cidade de Campinas (SP): os Centros de Saúde e a assistência dermatológica especializada de hospital de ensino.

Métodos: Os registros foram investigados por meio da aplicação de *checklist*, contendo itens indispensáveis ao atendimento a hansenianos. Associações foram testadas pela prova de Goodman e ao nível de 5% de significância. **Resultados:** Foram avaliados 33 prontuários oriundos dos centros de saúde e 36 do hospital, observou-se polarização entre registros adequados e ausentes, evidenciando a presença de efeito tudo ou nada nos atendimentos; de 26 variáveis, apenas em 5 (19,23%) obteve-se predomínio da avaliação do hospital sobre os centros de saúde; evidenciou-se dependência de exames complementares, solicitados em 67 dos 69 atendimentos (97,10%), para diagnóstico da doença. **Conclusão:** Confirmou-se, neste estudo, déficit da avaliação médica e indicação inadequada de exames adicionais. Por associar-se com excesso de solicitação de exames, a observação clínica mostrou-se incompleta, comprometendo a capacidade diagnóstica dos atendimentos a hansenianos.

PALAVRAS-CHAVE: Hanseníase, exames médicos, avaliação, diagnóstico, medicina comunitária

INTRODUÇÃO

A observação clínica é elemento essencial na atividade médica. A associação entre o conhecimento fisiopatológico dos agravos, a avaliação da história relatada e a realização completa do exame físico gera informações indispensáveis para o raciocínio diagnóstico e eliminação dos diferenciais.¹ A solicitação dos exames complementares tende a contemplar o disposto em consensos e diretrizes técnicas, uma vez que é

inegável a contribuição deles para o reconhecer e o acompanhar de inúmeras doenças.

Entretanto, tendência atual é a de supervalorizar tais exames em detrimento aos sinais e sintomas apontados. A caracterização clínica, classicamente considerada como principal elemento diferenciador, passou a ser subutilizada em favor de tecnologias cada vez mais aprimoradas.^{2,3} Tal conduta determina a ocorrência de inúmeros efeitos adversos, como alto custo, ansiedade, somatização de sintomas, conflitos familiares, realização de outros exames complementares e morte precoce.⁴

^IAcadêmico de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

^{II}Professor doutor livre-docente, coordenador do Grupo Epidemiologia e Saúde, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

^{III}Professor titular, Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus Botucatu.

Endereço para correspondência:

Aguinaldo Gonçalves

Rua Luverci Pereira de Sousa, 1.151 – Campinas (SP) – CEP 13083-730

Tel. (19) 3289-5022

E-mail: aguinaldogoncalves@puc-campinas.edu.br

Fonte de fomento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) IC121472 – Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 15 de setembro de 2013 – Última modificação: 23 de novembro – Aceite: 25 de novembro de 2013

A hanseníase, moléstia infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* e de alta prevalência no Brasil, tipifica-se por ter diagnóstico eminentemente clínico, obtido principalmente através da constatação de hipo ou anestesia das lesões, ou seja, sem necessariamente o uso de exames adicionais, como baciloscopia e biópsia, utilizados para classificação clínica da doença.⁵ Assim, é imprescindível a detalhada identificação do doente, das lesões de pele, do déficit sensitivo-motor e dos contatos prévios, para que tais elementos sustentem o raciocínio clínico-epidemiológico que fornece a base do diagnóstico. Cabe recordar que, em condições raras, como na esclerodermia em placas, podem ocorrer distúrbios de sensibilidade.

Ademais, a hanseníase é para ser suspeitada e acompanhada nos serviços que compõem a atenção básica a saúde, ou seja, é de responsabilidade do nível primário fornecer acessibilidade, integralidade e continuidade do acompanhamento ao seu portador.⁶ A viabilização prática de tais diretrizes implica em que maior número de casos seja surpreendido em fase inicial e o tratamento, instituído de maneira satisfatória.

OBJETIVOS

Investigar a tendência apontada de que médicos se tornam cada vez mais dependentes de informações geradas por exames subsidiários; avaliar a adequação do registro nos atendimentos da atenção básica e compará-los com o obtido em serviço de saúde de média complexidade.

MÉTODO

O estudo, transversal e de base populacional, baseou-se na utilização dos registros de prontuários quanto ao diagnóstico de hanseníase, no Distrito Sanitário Noroeste de Campinas (SP), em dois âmbitos: na rede de Centros de Saúde e na assistência dermatológica especializada, adstrita à área, em hospital universitário. Nos primeiros, delimitou-se o período de observação entre os anos de 2007 e 2012, totalizando 33 casos, e na segunda, os do período de 2009 a 2012, o que proporcionou 36 casos.

Os prontuários foram examinados individualmente e submetidos a controle de informações sob a forma de *checklist*, em que as principais variáveis consideradas foram: identificação completa, lesões de pele e alterações de sensibilidade referidas (dimensões, localização, tempo de aparecimento e outras manifestações), antecedentes pessoais e familiares, caracterização dermatológica das lesões (número, relevo, cor, localização, tamanho e bordas), teste de sensibilidade (térmica, tátil e dolorosa), avaliação neural periférica (palpação de troncos nervosos, força muscular, sensibilidade de membros inferiores e superiores), exames complementares (baciloscopia, biópsia e outros) e, por fim, diagnóstico operacional e clínico da doença.

A investigação da adequação ou não dos registros encontrados baseou-se no preconizado no Guia para Controle de Hanseníase.⁵ Itens em que a informação desejada não esteve presente foram classificados como “ausentes”; se não era pertinente em algum caso específico, o preenchimento foi considerado como “não se aplica”.

O processamento informatizado dos dados foi realizado pela aplicação de software Statistical Package for Social Sciences. Os resultados foram apresentados de forma tabular,⁷ com o estudo das associações entre os atributos e as categorias, por meio do teste de Goodman,⁸ em que as letras minúsculas apontam a comparação de agências fixada a categoria de resposta e as letras maiúsculas, por sua vez, a comparação de categorias de resposta dentro da agência. Todas as inferências estatísticas foram realizadas ao nível de 5% de significância.⁹

RESULTADOS

A **Tabela 1** apresenta a distribuição da avaliação de identificação segundo Agência de Saúde e a significância estatística das diferenças observadas. O mesmo é mostrado na **Tabela 2** em relação à avaliação dos dados referidos; na **Tabela 3**, do exame físico; na **Tabela 4**, da solicitação de exames complementares e na **Tabela 5**,¹⁰ das formas clínicas e da classificação operacional.¹¹ A **Tabela 6**, por sua vez, apresenta a frequência na solicitação de baciloscopia e biópsia. Em síntese, as **Tabelas 7 e 8** apresentam a identificação e proporção das variáveis com preenchimentos considerados respectivamente presente/adequado e ausente.

DISCUSSÃO

O diagnóstico clínico de hanseníase sustenta-se por meio da obtenção de informações características da sua fisiopatologia na observação clínica completa. Assim sendo, é condição *sine qua non* para a constatação da doença a identificação, bem como a avaliação dos sintomas, o histórico de antecedentes e o exame físico correspondente nas consultas, quer sejam da atenção primária, quer sejam ambulatoriais.

No entanto, observou-se, pelas **Tabelas** apresentadas de números 1 a 5, que, em relação às categorias de resposta,

Tabela 1. Distribuição da avaliação da identificação segundo agência de saúde

Agência de saúde	Avaliação da identificação		Total
	Presente e adequado	Presente e inadequado	
Centros de saúde	32 (0,970) aB	1 (0,030) aA	33
Hospital	34 (0,944) aB	2 (0,056) aA	36

Valores comparados seguidos por mesma letra (a, A, b, B, c ou C) não apresentam diferença estatística significativa para o nível adotado; contrariamente, se o forem por letra diferente, apresentam-na.

Tabela 2. Distribuição da avaliação de dados referidos segundo agência de saúde

Agência de saúde	Avaliação de dados referidos			
	Presente e adequado	Presente e inadequado	Ausente	Não se aplica
Lesões de pele - dimensões				
Centros de saúde	10 (0,303) aB	-	22 (0,667) aB	1 (0,030) aA
Hospital	5 (0,139) aA	1 (0,028) aA	30 (0,833) aB	-
Lesões de pele - localização				
Centros de saúde	27 (0,818) aB	2 (0,061) aA	3 (0,091) aA	1 (0,030) aA
Hospital	28 (0,778) aB	5 (0,139) aA	3 (0,083) aA	-
Lesões de pele - tempo de aparecimento				
Centros de saúde	23 (0,697) aC	-	9 (0,273) aB	1 (0,030) aA
Hospital	31 (0,861) aC	-	5 (0,139) aB	-
Lesões de pele - outras manifestações				
Centros de saúde	6 (0,182) a AB	8 (0,242) a AB	18 (0,546) aB	1 (0,030) aA
Hospital	11 (0,306) a B	2 (0,056) aA	23 (0,638) aB	-
Alterações de sensibilidade - localização				
Centros de saúde	10 (0,303) aB	1 (0,030) aA	21 (0,637) aB	1 (0,030) aA
Hospital	13 (0,361) aB	-	22 (0,611) aB	1 (0,028) aA
Alterações de sensibilidade - tempo de aparecimento				
Centros de saúde	8 (0,242) aB	-	24 (0,728) aC	1 (0,030) aA
Hospital	9 (0,250) aB	-	26 (0,722) aC	1 (0,028) aA
Alterações de sensibilidade - outras manifestações				
Centros de saúde	4 (0,121) aA	2 (0,061) aA	26 (0,788) a B	1 (0,030) aA
Hospital	2 (0,056) aA	3 (0,083) aA	30 (0,833) aB	1 (0,028) aA
Antecedentes pessoais				
Centros de Saúde	3 (0,091) aA	1 (0,030) aA	29 (0,879) aB	-
Hospital	5 (0,139) aA	-	31 (0,861) aC	-
Antecedentes familiares				
Centros de Saúde	9 (0,273) aAB	6 (0,182) bA	18 (0,545) aB	-
Hospital	4 (0,111) aA	1 (0,028) aA	31(0,861) bB	-

Valores comparados seguidos por mesma letra (a, A, b, B, c ou C) não apresentam diferença estatística significativa para o nível adotado; contrariamente, se o forem por letra diferente, apresentam-na.

houve, independentemente da agência, polarização entre “presente e adequado” e “ausente”, o que permite a constatação de efeito tudo ou nada nos atendimentos aos hansenianos. Lembrando que cada uma das variáveis pode revelar ambos os resultados, obtiveram-se, como mostram as **Tabelas 7 e 8**, 21 (80,76%) “presente e adequado” e 17 (65,38%) “ausente” nos centros de saúde enquanto 20 (76,92%) “presente e adequado” e 17 (65,38%) “ausente” no hospital. Ou seja, tanto na rede básica de saúde quanto no atendimento hospitalar, pode-se evidenciar que os elementos essenciais às consultas ou eram realizados a contento ou simplesmente não, sem níveis intermediários de adequação.

Tal característica corrobora os achados pioneiros de Oliveira e cols.,¹² que constataram que apenas 46,28% dos doentes atendidos, em 1992, na cidade de Ribeirão Preto (SP) tiveram avaliação neurológica para averiguação de incapacidades sensitivo-motoras, número esse que se elevava para 67,36% quando considerados apenas casos novos da doença. Também estão de acordo com Longo e Cunha¹³ que, em pesquisa realizada em Campo Grande (MS), demonstraram que 20% dos hansenianos estudados não tiveram quantificação de incapacidades para instituição do tratamento.

Ademais, os resultados apresentados permitem observar que dados essenciais para o tratamento efetivo e controle de disseminação da doença, como antecedentes pessoais e familiares, são negligenciados na extensa maioria dos atendimentos, situação essa confirmada através da grande parte de respostas “ausente” para tais quesitos, embora já constatada em trabalhos prévios há mais de 10 anos, o que permite a constatação de que muito se fez e pouco se conseguiu.¹⁴

Quanto à distribuição dos dados obtidos segundo instituição de saúde, as informações adquiridas na comparação interagências confirmam, desde pronto, a expectativa óbvia do predomínio do resultado “presente e adequado” no hospital; surpreende, no entanto, que isto se dê em apenas 5 das 26 variáveis pesquisadas (19,23%), as quais são, exatamente, ou as de mais imediata obtenção na anamnese dermatológica (relevo e cor das lesões), ou as referentes a exames subsidiários.

Identificou-se ainda, por meio da distribuição da solicitação de baciloscopia e biópsia (**Tabela 6**), direta dependência dos exames: do total de 69 casos avaliados, apenas 2 (2,89%) não tiveram exames solicitados, algo não esperado para moléstia de diagnóstico clínico-epidemiológico, cujos exames devem ser utilizados apenas como elemento adicional em

Tabela 3. Distribuição da avaliação exame físico segundo agência de saúde

Agência de saúde	Avaliação do exame físico			
	Presente e adequado	Presente e inadequado	Ausente	Não se aplica
Avaliação dermatológica - número				
Centros de saúde	18 (0,546) aB	1 (0,030) aA	13 (0,394) aB	1 (0,030) aA
Hospital	19 (0,528) aB	-	17 (0,472) aB	-
Avaliação dermatológica - relevo				
Centros de saúde	24 (0,727) aB	5 (0,152) bA	3 (0,091) aA	1 (0,030) aA
Hospital	36 (1,000) bB	-	-	-
Avaliação dermatológica - cor				
Centros de saúde	28 (0,849) aB	-	4 (0,121) bA	1 (0,030) aA
Hospital	36 (1,000) bB	-	-	-
Avaliação dermatológica - localização				
Centros de saúde	29 (0,879) aB	-	3 (0,091) aA	1 (0,030) aA
Hospital	32 (0,889) aB	-	4 (0,111) aA	-
Avaliação dermatológica - tamanho				
Centros de saúde	10 (0,303) aB	-	22 (0,667) aC	1 (0,030) aA
Hospital	13 (0,361) aB	-	23(0,639) aB	-
Avaliação dermatológica- bordas				
Centros de saúde	13 (0,394) aB	-	19(0,576) aB	1 (0,030) aA
Hospital	20 (0,556) aB	-	16(0,444) aB	-
Avaliação de sensibilidade - térmica				
Centros de saúde	13 (0,394) aB	1 (0,030) aA	19 (0,576) a B	-
Hospital	19 (0,528) aB	5 (0,139) aA	12 (0,333) aAB	-
Avaliação de sensibilidade - tátil				
Centros de saúde	11 (0,333) aB	2 (0,061) aA	20 (0,606) aB	-
Hospital	6 (0,167) aA	2 (0,056) aA	28 (0,777) aB	-
Avaliação de sensibilidade - dolorosa				
Centros de saúde	6 (0,182) aA	2 (0,061) aA	25 (0,757) aB	-
Hospital	5 (0,139) aA	2 (0,056) aA	29 (0,805) aB	-
Avaliação neural periférica - palpação de troncos nervosos				
Centros de saúde	9 (0,273) aA	9 (0,273) aA	15 (0,454) aA	-
Hospital	14 (0,389) aA	6 (0,167) aA	16 (0,444) aA	-
Avaliação neural periférica - força muscular				
Centros de saúde	10 (0,303) aB	1 (0,030) aA	22 (0,667) aB	-
Hospital	11 (0,306) aB	-	25 (0,694) aC	-
Avaliação neural periférica - sensibilidade de membros superiores				
Centros de saúde	11 (0,333) aB	1 (0,030) aA	21 (0,637) aB	-
Hospital	13 (0,361) aB	1 (0,028) aA	22 (0,611) aB	-
Avaliação neural periférica - sensibilidade de membros inferiores				
Centros de saúde	10 (0,303) aB	1 (0,030) aA	22 (0,667) aB	-
Hospital	11 (0,306) aB	1 (0,028) aA	24 (0,666) aB	-

Valores comparados seguidos por mesma letra (a, A, b, B, c ou C) não apresentam diferença estatística significativa para o nível adotado; contrariamente, se o forem por letra diferente, apresentam-na.

Tabela 4. Distribuição da avaliação da solicitação de exames complementares segundo agência de saúde

Agência de saúde	Avaliação da solicitação de exames complementares			
	Presente e adequado	Presente e inadequado	Ausente	Não se aplica
Baciloscopia				
Centros de saúde	11 (0,333) aA	12 (0,363) aA	5 (0,152) aA	5 (0,152) aA
Hospital	24 (0,666) bB	6 (0,167) aA	1 (0,028) aA	5 (0,139) aA
Biópsia				
Centros de saúde	15 (0,454) aB	3 (0,091) aA	2 (0,061) aA	13 (0,394) bB
Hospital	35 (0,972) bB	1 (0,028) aA	-	-
Outros exames				
Centros de saúde	16 (0,485) aB	-	2 (0,061) aA	15 (0,454) bB
Hospital	30 (0,833) bC	-	-	6 (0,167) aB

Valores comparados seguidos por mesma letra (a, A, b, B, c ou C) não apresentam diferença estatística significativa para o nível adotado; contrariamente, se o forem por letra diferente, apresentam-na.

Tabela 5. Distribuição das formas e classificação de hanseníase segundo agência de saúde

Agência de saúde	Formas clínicas ¹⁰					Total	
	Virchowiana	Dimorfo virchowiana	Dimorfo dimorfo	Dimorfo tuberculoide	Tuberculoide		Indeterminada
Centros de saúde	7 (0,259) aAB	1 (0,037) aA	2 (0,074) aAB	-	11 (0,408) aB	6 (0,222) aAB	27
Hospital	6 (0,182) aA	7 (0,212) aA	2 (0,061) aA	4 (0,121) aA	8 (0,242) aA	6 (0,182) aA	33
Classificação operacional ¹¹							
		Paucibacilar		Multibacilar			
Centros de saúde		14 (0,452) aA		17 (0,548) aA		31	
Hospital		13 (0,406) aA		19 (0,594) aA		32	

Valores comparados seguidos por mesma letra (a, A, b, B, c ou C) não apresentam diferença estatística significativa para o nível adotado; contrariamente, se o forem por letra diferente, apresentam-na.

Tabela 6. Frequência na solicitação de baciloscopia e biópsia, segundo agência de saúde

	Baciloscopia	Biópsia	Atendimentos sem solicitação de exame	Total de atendimentos
Centros de saúde	28 (84,84%)	20 (60,60%)	2 (6,06%)	33
Hospital	31 (86,11%)	36 (100%)	0	36

Tabela 7. Identificação e proporção das variáveis com preenchimento considerado adequado

Agência de saúde	Variáveis com preenchimento adequado		
	Número/total	Proporção %	
Dados referidos			
Centros de saúde	Identificação		
	Lesões de pele: dimensões, localização, tempo de aparecimento e outras manifestações	8/10	80
	Alterações de sensibilidade: localização e tempo de aparecimento		
	Antecedentes familiares		
Hospital	Identificação		
	Lesões de pele: localização, tempo de aparecimento e outras manifestações	7/10	70
	Alterações de sensibilidade: localização e tempo de aparecimento		
	Antecedentes pessoais		
Exame físico			
Centros de saúde	Avaliação dermatológica: número, relevo, cor, localização, tamanho e bordas		
	Avaliação de sensibilidade: térmica e tátil	11/13	84,60
	Avaliação neural periférica: força muscular e sensibilidade de membros superiores e inferiores		
	Avaliação dermatológica: número, relevo, cor, localização, tamanho e bordas		
Hospital	Avaliação de sensibilidade: térmica	10/13	76,90
	Avaliação neural periférica: força muscular e sensibilidade de membros superiores e inferiores		
Exames complementares			
Centros de saúde	Biópsia e outros exames	2/3	66,67
Hospital	Baciloscopia, biópsia e outros exames	3/3	100

situações específicas. Nesse contexto, Alves e cols.¹⁵ revisaram 43 laudos de biópsias cuja hipótese diagnóstica inicial era hanseníase e demonstraram que em 35 (81,27%) houve discordância entre diagnóstico clínico e anatomopatológico, o que foi atribuído à falta de avaliação clínica criteriosa, uma vez que nenhum dos diferenciais encontrados continha a perda de sensibilidade característica.

Em síntese, apesar do número não extenso de observações realizadas, limitação que se destaca no interior deste trabalho, é possível visualizar a tendência de suas implicações na prática clínica: trata-se da necessidade de caminharmos na direção de

uso mais racional da tecnologia médica disponível. A pesquisas futuras caberá certamente desvelar estratégias de síntese de tais avanços com a inexorável retomada da natureza humana e social de nosso exercício profissional.

CONCLUSÃO

Pela presente investigação conclui-se que:

- Há evidente polarização da adequação dos atendimentos, em que elementos fundamentais da avaliação clínica ora são realizados a contento, ora não;

Tabela 8. Identificação e proporção das variáveis com preenchimento considerado ausente

Agência de saúde	Variáveis com preenchimento ausente	
	Identificação	Proporção Número/total %
Dados referidos		
Centros de saúde	Lesões de pele: dimensões, tempo de aparecimento e outras manifestações	8/10 80
	Alterações de sensibilidade: localização, tempo de aparecimento e outras manifestações	
	Antecedentes familiares	
	Antecedentes pessoais	
Hospital	Lesões de pele: dimensões, tempo de aparecimento e outras manifestações	8/10 80
	Alterações de sensibilidade: localização, tempo de aparecimento e outras manifestações	
	Antecedentes familiares	
	Antecedentes pessoais	
Exame físico		
Centros de saúde	Avaliação dermatológica: número, tamanho e bordas	9/13 69,2
	Avaliação de sensibilidade: térmica, tátil e dolorosa	
	Avaliação neural periférica: força muscular e sensibilidade de membros superiores e inferiores	
Hospital	Avaliação dermatológica: número, tamanho e bordas	9/13 69,2
	Avaliação de sensibilidade: térmica, tátil e dolorosa	
	Avaliação neural periférica: força muscular e sensibilidade de membros superiores e inferiores	
Exames complementares		
Centros de saúde	-	0/3 0
Hospital	-	0/3 0

- A adequação dos registros do hospital em relação aos centros de saúde foi verificada em apenas 5 das 26 variáveis consideradas (19,23%);
- Ocorre claro excesso na solicitação de exames complementares para corroborar o diagnóstico da doença, efeito

da falta de avaliação clínica adequada dos casos com suspeita de hanseníase;

- É possível contar com e aplicar metodologia adequada para averiguar quantitativamente a adequação da execução do diagnóstico da hanseníase a nível local.

REFERÊNCIAS

- Maksoud JG. O uso inadequado de exames complementares [Inadequate use of complementary investigation]. *Pediatria* (São Paulo). 1995;17(1):3-4.
- Peterson MC, Holbrook JH, Von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med*. 1992;156(2):163-5.
- Hamptom JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J*. 1975;2(5969):486-9.
- Kloetzel K. Usos e abusos de exame complementar [Uses and abuses of complementary examination]. *Diagn Tratamento*. 2001;6(4):19-27.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenia.pdf. Acessado em 2013 (7 nov).
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acessado em 2013 (7 nov).
- Padovani CR. Introdução à Bioestatística. In: Campana AO, editor. *Introdução à investigação clínica*. São Paulo: Trianon; 1995. p. 21-9.
- Goodman LA. On simultaneous confidence intervals for proportions. *Technometrics*. 1965;7(2):247-54. Disponível em: <http://amstat.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00401706.1965.10490252#.UnvOCVIfd0Y>. Acessado em 2013 (7 nov).
- Gonçalves A. Os testes de hipóteses como instrumental de validação da interpretação (estatística inferencial) In: Marcondes MA, Lakatos EM, editores. *Técnicas em pesquisas*. São Paulo: Atlas; 1982. p. 173-181.
- Ridley DS, Jopling WH. Classification of leprosy according to immunity. A five-group system. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*. 1966;34(3): 255-73.

11. Chemotherapy of leprosy for control programmes. World Health Organ Tech Rep Ser. 1982;675:1-33.
12. Oliveira SN, Hennemann GV, Ferreira FLF, Azevedo SA, Forster AC. Avaliação epidemiológica da hanseníase e dos serviços responsáveis por seu atendimento em Ribeirão Preto-SP no ano de 1992 [Epidemiological evaluation of leprosy and leprosy health services in Ribeirão Preto City, Brazil, in 1992]. Medicina (Ribeirão Preto). 1996;29(1):114-22.
13. Longo JDM, Cunha RV. Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase atendidos no hospital universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005 [Clinical-epidemiological profile of leprosy patients assisted at the University Hospital of Mato Grosso do Sul Federal University, Campo Grande, MS, from January 1994 to July 2005]. Hansenologia Internationalis. 2006;31(1):9-14. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/14-2780-1-PB.pdf>. Acessado em 2013 (7 nov).
14. Pinto Neto JM, Villa TCS, Mencaroni DA, Gonzales RC, Gazeta CE. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase [Epidemiological consideration regarding to the control of the leprosy contacts]. Hansen Int. 2002;27(1):23-8.
15. Alves JR, Hida M, Nai GA. Diagnóstico clínico e anatomopatológico: discordâncias [Clinical diagnosis and anatomic-pathologic diagnosis: disagreements]. Rev Assoc Med Bras (1992). 2004;50(2):178-81.