



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
CURSO DE FARMÁCIA  
CAMPUS I**

**AUGUSTO CÉSAR MARQUES GARCIA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM  
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE –  
PARAÍBA NO PERÍODO DE 2001 A 2008**

CAMPINA GRANDE – PB  
2011

**AUGUSTO CÉSAR MARQUES GARCIA**

**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM  
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE –  
PARAÍBA NO PERÍODO DE 2001 A 2008**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia, como pré-requisito para a obtenção do título de Farmacêutico com formação Generalista pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MSc. Patrícia Maria de Freitas e Silva

CAMPINA GRANDE – PB  
2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

G216c Garcia, Augusto César Marques.  
Caracterização dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Campina Grande – Paraíba no período de 2001 a 2008 [manuscrito] / Augusto César Marques Garcia. – 2011.

18 p.: il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Patrícia Maria de Freitas e Silva, Departamento de Farmácia”.

1. Hanseníase. 2. *Mycobacterium Leprae*. 3. Saúde Pública. I. Título.

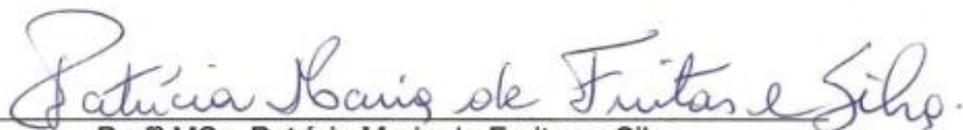
21. ed. CDD 616.998

**AUGUSTO CÉSAR MARQUES GARCIA**

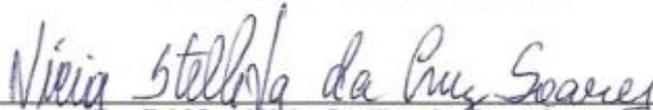
**CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM  
HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE –  
PARAÍBA NO PERÍODO DE 2001 A 2008**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia, como pré-requisito para a obtenção do título de Farmacêutico com formação Generalista pela Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.

Aprovada em 08 / 06 / 2011



Profª MSc. Patrícia Maria de Freitas e Silva  
Orientadora – DF/CCBS/UEPB



Profª MSc. Nícia Stellita da Cruz Soares  
Examinadora – DF/CCBS/UEPB



Profª Esp. Leticia Rangel Mayer Chaves  
Examinadora – DF/CCBS/UEPB

# CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PARAÍBA NO PERÍODO DE 2001 A 2008\*

CHARACTERIZATION OF PATIENTS DIAGNOSED WITH HANSEN'S DISEASE AT THE CAMPINA GRANDE CITY OF PARAÍBA IN THE PERIOD OF 2001 TO 2008

Augusto César Marques Garcia<sup>1</sup> & Patrícia Maria de Freitas e Silva<sup>2</sup>

**RESUMO** – A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos. Na Paraíba, a Hanseníase assume proporções preocupantes. Nos últimos anos, vêm sendo detectado em média cerca de 970 casos novos da doença em cada ano. Diante deste contexto este trabalho teve como objetivo estudar os pacientes com hanseníase em uma unidade de referência no município de Campina Grande, no período de 2001 a 2008. Foi realizado um estudo retrospectivo, longitudinal, documental e descritivo com 100 pacientes do Serviço de Referência em Hanseníase do município citado entre 2001 e 2008. A faixa etária mais frequente foi de 45 a 54 anos com 20,0%. Os homens foram mais afetados que as mulheres. Foram atendidos mais pacientes da zona urbana do que da zona rural. Ocorreu uma incidência de 76,0% de casos multibacilares e 24,0% de paucibacilares. A forma clínica Dimorfa foi a mais encontrada com 39,0% dos casos. Dentre os pacientes avaliados a Baciloscopia apresentou mais resultados positivos (39,0%). Com este trabalho, concluiu-se que existe uma necessidade de ações de saúde pelas autoridades com o intuito de minimizar a incidência desta doença tão prevalente ainda no Brasil.

**PALAVRAS-CHAVE** – *Mycobacterium leprae*, Hanseníase, Caracterização

**SUMMARY** – Hansen's disease is caused by *Mycobacterium leprae* which is an obligate intracellular parasite with affinity by skin cells and peripheral nerve cells. In Paraíba, hansen's disease causes concern. In recent years, it has been detected on average about 970 new cases each year. Given this context this work had as objective to study the patients with hansen's disease in a unit of reference in Campina Grande city, in the period of 2001 to 2008. It was carried out a retrospective, longitudinal, descriptive and documental study with 100 patients of the Reference Service to Hansen's disease in the city of Campina Grande between 2001 and 2008. The age group most frequent was of 45 to 54 years with 20,0% of the cases. The men are more affected than women. Are treated more patients from urban area than rural area. There was an incidence of 76,0% of multibacillary cases and 24,0% of paucibacillary. The Borderline clinical form was the most frequent with 39,0% of cases. Among the patients evaluated the Bacilloscopy showed more positive results (39,0%). With this work, we conclude that there is a need for health actions by authorities with the purpose of reducing this disease still so common in Brazil.

**KEYWORDS** – *Mycobacterium leprae*, Hansen's disease, Characterization

---

\*Trabalho desenvolvido no Centro de Referência em Hanseníase de Campina Grande – Paraíba.

<sup>1</sup>Graduando em Farmácia pela Faculdade de Farmácia da UEPB

<sup>2</sup>Profª. MSc. do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB

## INTRODUÇÃO

A milenar doença hanseníase, denominada durante muitos séculos por lepra, ainda traz contemporaneamente arraigada ao seu nome, o preconceito e discriminação daqueles que a desenvolveram. Esta situação é originada basicamente em função da generalizada falta de informação por parte da população ao seu respeito<sup>5</sup>.

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, ou bacilo de Hansen, que é um parasita intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, podendo durar de 11 a 16 dias. O *M. leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto é, infecta muitas pessoas, no entanto, só poucas adoecem<sup>6</sup>.

O homem é reconhecido como única fonte de infecção (reservatório), embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados<sup>6</sup>. A doença não é hereditária, pois não é possível passar o material genético de uma geração à outra. Porém, a maior suscetibilidade a ela é geneticamente herdada, por isso os filhos dos pacientes de hanseníase tem mais facilidade de contrair a doença do que o cônjuge, dentro do mesmo ambiente domiciliar<sup>28</sup>.

A classificação de Madri (1953) adota critérios de polaridade, baseados nas características clínicas da doença, que foram acrescidos pelos aspectos bacteriológicos, imunológicos e histológicos da hanseníase, definindo os grupos polares, tuberculóide (T) e virchoviano (V) ou lepromatoso (L); o grupo transitório e inicial da doença, a forma indeterminada (I); e o instável e intermediário, a forma *borderline* (B) ou dimorfa (D)<sup>34</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a hanseníase como um problema de saúde pública, principalmente nos países cujas taxas de prevalência ultrapassam um caso por 10.000 habitantes<sup>13</sup>. Entre os 11 países considerados de maior endemicidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Índia ocupa o 1º lugar e, o Brasil, o 2º lugar em números de casos detectados<sup>20</sup>.

O diagnóstico da hanseníase é baseado em alguns sinais cardinais, como a presença de anestesia em lesões cutâneas, sugestivas da doença, o espessamento de nervos periféricos, e a demonstração do *M. leprae* no esfregaço de linfa ou cortes histológicos de tecidos<sup>34</sup>. A baciloscopia da linfa é o exame complementar mais útil no diagnóstico, considerado padrão-ouro; é de fácil execução e baixo custo. Colhe-se o material a ser examinado (raspado de tecido dérmico) nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelos direito e esquerdo e em lesão suspeita. A coloração é feita pelo método de Ziehl-Neelsen e apresenta-se o resultado sob a forma de índice baciloscópico da linfa (IBL), numa escala que vai de 0 a 6+, dependendo do número de bacilos observados por campo à microscopia<sup>29</sup>. O exame baciloscópico também nos mostra quantitativamente a presença de bacilos íntegros (viáveis), que são evidenciados intensamente corados, é o índice morfológico, que expressa a quantidade de bacilos íntegros em 100 bacilos totais<sup>10</sup>.

O tratamento da doença é feito por meio dos esquemas de poliquimioterapia preconizados pela OMS: para pacientes Paucibacilares, composto de seis doses, com 100mg diárias de dapsona e dose supervisionada de 600mg mensais de rifampicina; para os Multibacilares, dose

diária de 100mg de dapsona e 50mg de clofazimina, e dose mensal supervisionada de 600mg de rifampicina e 300mg de clofazimina, no total de 12 doses<sup>27</sup>. Além dos antibióticos, o tratamento demanda uma disciplina que altera muitos hábitos do paciente, exigindo abstinência de bebidas alcoólicas e exercícios físicos diários para os tendões e filamentos nervosos, principalmente dos membros superiores a inferiores. Os antibióticos são fornecidos gratuitamente pelo Centro de Saúde que acompanha a evolução do tratamento, exigindo a presença mensal do paciente<sup>32</sup>.

Na Paraíba, a Hanseníase assume proporções preocupantes. Nos últimos anos, vem sendo detectados em média de cerca de 970 casos novos da doença em cada ano, o que caracteriza um estado de média endemicidade e fraca expansão da patologia<sup>30</sup>. A distribuição da endemia no Estado em relação ao que ocorre no país, também não se apresenta de forma homogênea. A maior concentração ocorre nos centros urbanos, mais especificamente em suas periferias<sup>7</sup>.

O objetivo deste trabalho foi analisar a relação entre a forma clínica da Hanseníase e o resultado da baciloscopia em pacientes consultados no Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande – Paraíba.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo retrospectivo, longitudinal, documental e descritivo, com 100 pacientes portadores de Hanseníase atendidos no ambulatório do Serviço de Referência em Hanseníase no município de Campina Grande – Paraíba, no período de 2001 a 2008.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram: idade, gênero e zona de habitação e as variáveis clínicas: classificação operacional, classificação de Madri e Baciloscopia.

Após a gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do município citado ter assinado um termo autorizando a pesquisa, os dados foram coletados a partir de prontuários de cada paciente nos arquivos do Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande – Paraíba e transcritos para um formulário individual elaborado especificamente para a pesquisa contendo questões abertas e fechadas. Foram consideradas apenas as informações indispensáveis ao estudo.

Foram incluídos todos os pacientes de ambos os sexos, sem limite de idade e/ou classe social e que tiveram o diagnóstico clínico confirmado e registrado junto ao serviço de referência.

Foram excluídos os pacientes que estiveram sendo encaminhados para realizar o diagnóstico ou que não tiveram concluído o diagnóstico no referido período.

Os dados foram tabulados e analisados de forma descritiva por meio do software da Microsoft© (Microsoft Office 2010 - Word e Excel) e apresentados através de figuras e/ou tabelas em números e/ou porcentagens. Diante das variáveis quantitativas, foi realizada uma análise, confrontando os dados obtidos com os da literatura científica.

## RESULTADOS

Foram analisadas as fichas do total de 100 pacientes atendidos no ambulatório do Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande – PB no período de 2001 a 2008, e com relação à faixa etária dos pacientes foi observado, conforme demonstrado na Figura 1, que a faixa mais frequente foi a de 45 a 54 anos (20,0%), seguida da de 55 a 64 anos de idade (19,0%), enquanto que a faixa etária de 0 a 14 anos (3,0%) foi a menos frequente, juntamente com os indivíduos com idade superior a 75 anos (3,0%).

A Figura 2 mostra o total de casos de hanseníase segundo o gênero no período em estudo. Foi observada uma superioridade do gênero masculino (65,0%) sobre o feminino (35,0%).

Outro parâmetro estudado foi o tipo de zona de habitação em que reside o paciente com hanseníase atendido no ambulatório do Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande – PB. A zona Urbana (96,0%) foi bastante superior à zona Rural (4,0%), conforme dados demonstrados na Figura 3.

Na Tabela I, observamos quanto à classificação operacional, que os casos multibacilares (76,0%) foram predominantes sobre os casos paucibacilares (24,0%) ao longo do período estudado.

De acordo com a classificação de Madri (1953), demonstrado na Tabela II, a forma clínica mais encontrada foi a Dimorfa (39,0%), seguidas da Virchowiana (37,0%), Tuberculóide (17,0%) e Indeterminada (7,0%).

A Baciloscopia deu positiva em 39,0% dos pacientes avaliados, 38,0% apresentaram baciloscopia negativa e em 23,0% dos pacientes analisados não havia nenhum registro com relação ao exame baciloscópico. Nos pacientes com forma clínica Tuberculóide a baciloscopia não apresentou resultados positivos, 8,0% tiveram baciloscopia negativa e 9,0% desses pacientes não tinham registro sobre o resultado da baciloscopia. Já nos pacientes com a forma clínica Virchowiana ocorreu uma grande porcentagem de baciloskopias positivas (24,0%) superando as baciloskopias negativas (9,0%) e 4,0% não haviam registros. Nos casos dos pacientes portadores da forma clínica Indeterminada a baciloscopia não apresentou resultados positivos, 4,0% desses pacientes tiveram baciloscopia negativa e 3,0% estavam sem registro com relação ao exame baciloscópico. E, por último, os casos com forma clínica Dimorfa, os quais 15,0% dos pacientes apresentaram baciloscopia positiva, 17,0% tiveram resultado negativo e 7,0% desses pacientes não tinham registro no tocante à baciloscopia, conforme pode ser observado na Tabela III.

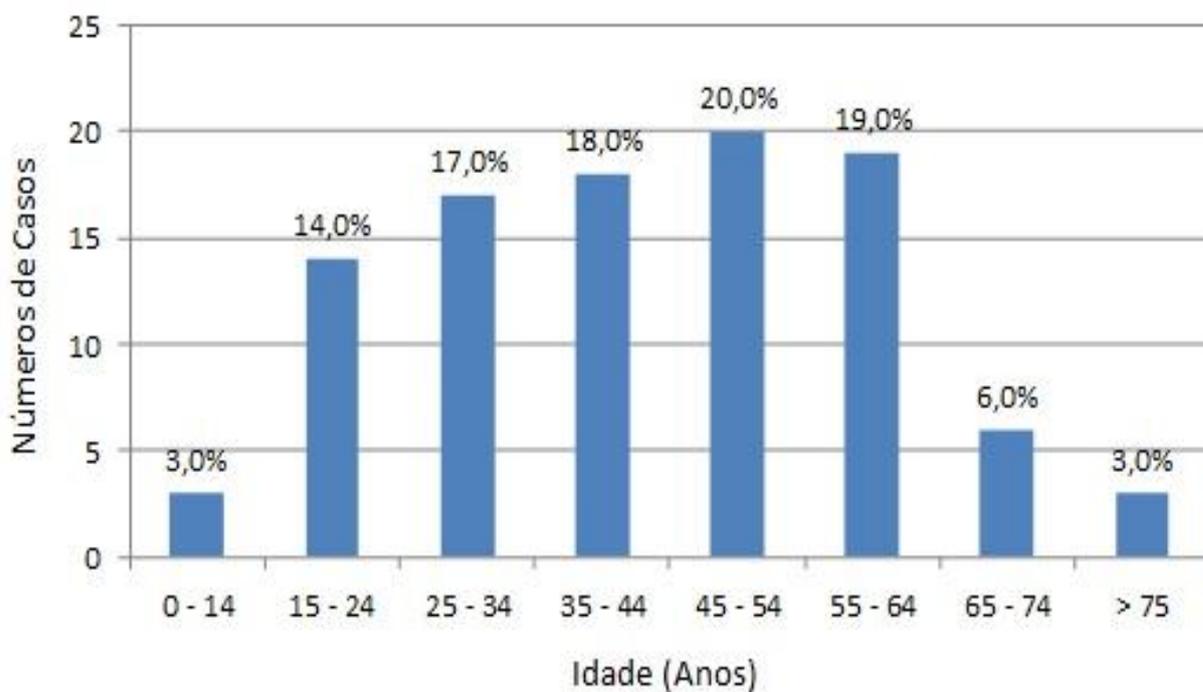


Fig. 1: Casos de hanseníase atendidos no Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande no período de 2001 a 2008, segundo a faixa etária.

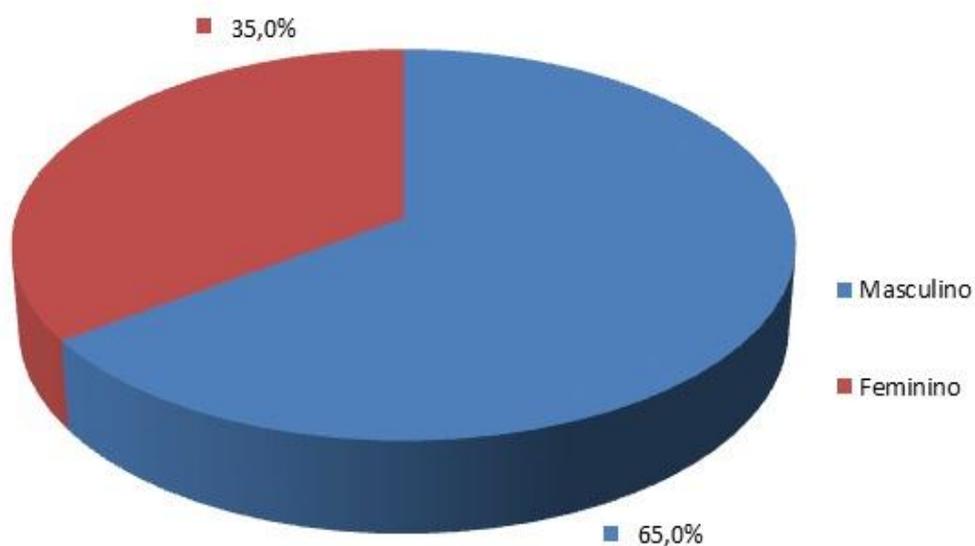


Fig. 2: Casos de hanseníase atendidos no Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande no período de 2001 a 2008, segundo o gênero.

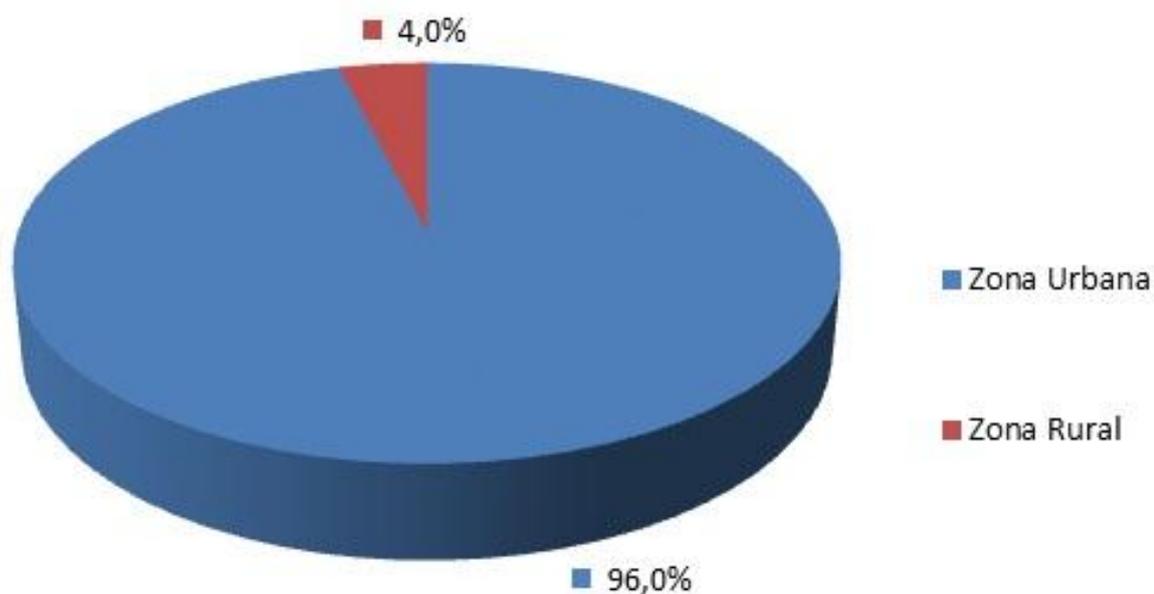


Fig. 3: Casos de hanseníase atendidos no Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande no período de 2001 a 2008, segundo a zona de habitação.

Tabela I  
Casos de hanseníase atendidos no Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande no período de 2001 a 2008, segundo a classificação operacional.

Classificação Operacional	n (100)	%
Paucibacilar (PB)	24	24,0
Multibacilar (MB)	76	76,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Tabela II  
Casos de hanseníase atendidos no Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande no período de 2001a 2008, segundo a classificação de Madri.

<b>Forma Clínica</b>	<b>n (100)</b>	<b>%</b>
<b>Tuberculóide</b>	17	17,0
<b>Virchowiana</b>	37	37,0
<b>Indeterminada</b>	7	7,0
<b>Dimorfa</b>	39	39,0
<b>Total</b>	100	100,0

Tabela III

Distribuição em número e porcentagem da Baciloscopia entre os pacientes atendidos no Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande no período de 2001 a 2008.

Baciloscopia	Positiva		Negativa		Sem Registro		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%
<b>Tuberculóide (n=17)</b>	0	0,0	8	8,0	9	9,0	17	17,0
<b>Virchowiana (n=37)</b>	24	24,0	9	9,0	4	4,0	37	37,0
<b>Indeterminada (n=7)</b>	0	0,0	4	4,0	3	3,0	7	7,0
<b>Dimorfa (n=39)</b>	15	15,0	17	17,0	7	7,0	39	39,0
<b>Total</b>	39	39,0	38	38,0	23	23,0	100	100,0

## DISCUSSÃO

Neste trabalho verificou-se que a faixa etária mais frequente do total dos pacientes avaliados foi a de 45 a 54 anos com 20 casos (20,0%). LONGO & CUNHA<sup>24</sup> e MELLO et al.<sup>25</sup>, estudando o perfil de pacientes hansênicos no Mato Grosso do Sul e em Santa Catarina, respectivamente, também encontraram resultados semelhantes. Esse dado é relevante, porque esses pacientes têm contato mais intenso com grande parte da população, o que contribui para a disseminação da doença<sup>8,33</sup>. Além disso, esses pacientes estão na fase economicamente ativa e correm o risco de exclusão da cadeia produtiva por conta de incapacidades, como consequência de uma provável demora no diagnóstico<sup>4</sup>. Evidenciou-se, também, indivíduos com idade inferior ou igual a 14 anos acometidos pela doença, sugerindo tanto uma exposição precoce ao bacilo quanto condições de alta transmissibilidade, determinada pela maior endemicidade<sup>15,16,20,33</sup>.

Foi observada, também, uma superioridade de pacientes do gênero masculino (65,0%) sobre os pacientes femininos (35,0%). Esse dado foi compatível aos encontrados na literatura, em especial nos trabalhos de LIMA et al.<sup>22</sup>, estudando pacientes com hanseníase no Distrito Federal e GOMES et al.<sup>13</sup>, avaliando pacientes de Ribeirão Preto – SP, no entanto, divergindo desses estudos e de outros de âmbito nacional, LANA et al.<sup>18</sup>, encontraram maior frequência na população feminina. O predomínio da doença no gênero masculino poderia traduzir uma maior oportunidade de contato social entre os homens, além de um exame clínico menos cuidadoso em mulheres<sup>22,23</sup>.

Outro dado revelado foi com relação à zona de habitação do paciente atendido em Campina Grande – PB. A prevalência dos pacientes da zona Urbana (96,0%) foi bastante superior em relação aos da zona Rural (4,0%), concordando assim com o estudo de MELLO et al.<sup>25</sup>, realizado na região Sul de Santa Catarina.

Com relação à classificação operacional, a forma Multibacilar obteve uma frequência de 76,0%, ou seja, muito superior à forma Paucibacilar, esta com apenas 24,0%. No estado do Maranhão AQUINO et al.<sup>1</sup>, estudando também pacientes com hanseníase, encontraram uma prevalência dos casos multibacilares (MB) sobre os paucibacilares (PB), fato este evidenciado também por LASTÓRIA et al.<sup>19</sup>, estudando pacientes com hanseníase da cidade de Botucatu – SP. Esse dado é muito importante, pois são os casos Multibacilares (MB) a principal fonte de transmissão da doença, pois apresentam elevada carga bacilar na derme e em mucosas e podem eliminar bacilos no meio exterior<sup>20</sup>. A ocorrência de predomínio da classificação operacional multibacilar leva a admitir que a estrutura atualmente mobilizada no combate à hanseníase esteja trabalhando de maneira estática, com uma demanda passiva de pacientes já antigos<sup>20</sup>.

De acordo com a classificação no Brasil as quatro formas de manifestação da hanseníase são Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana<sup>20</sup>. Neste estudo os resultados encontrados para essa classificação foram esses: Forma Indeterminada (7,0%), Tuberculóide (17,0%), Dimorfa (39,0%) e Virchowiana (37,0%). O baixo percentual da forma Indeterminada (7,0%) juntamente com a alta incidência da forma Dimorfa (39,0%) demonstram atraso no diagnóstico, permitindo inferir que a unidade básica de saúde não

vem detectando os casos nas formas iniciais da doença, ocorrendo uma evolução para as formas Virchowiana ou Dimorfa<sup>12,16,20,21</sup>.

Do ponto de vista clínico, interessa se o resultado da baciloscopia é negativo ou positivo, uma vez que isso implicará na escolha do esquema terapêutico e no tempo de tratamento. O paciente com baciloscopia positiva deve ser tratado com doze doses de poliquimioterapia, enquanto aquele classificado como Paucibacilar (PB) e com baciloscopia negativa é tratado com seis doses<sup>6,33</sup>.

Segundo BARRETO et al.<sup>2</sup>, dar o diagnóstico final da hanseníase, ou a classificação do paciente hanseniano na forma clínica correta, nem sempre é tão simples.

Um diagnóstico correto da forma clínica deveria se basear em cinco critérios: Morfologia das lesões, Baciloscopia, Histopatologia, Imunologia (reação de Mitsuda e sorologia) e Evolução clínica<sup>2,14</sup>.

FLEURY et al.<sup>11</sup>, em São Paulo, descreveram um caso de um indivíduo em que uma única lesão, de aparência tuberculóide, era a única manifestação da doença. Foi realizada biópsia da lesão, que evidenciou hanseníase multibacilar. Após 15 dias de tratamento com PQT/MB (poliquimioterapia para multibacilar), houve aparecimento abrupto de pápulas e placas eritemato-edematosas em todo o corpo, ulceração no local da lesão inicial, e aparecimento de úlcera em perna esquerda associadas à febre, anorexia, astenia e cefaléia, sugerindo que a ação bacteriostática/bactericida dos medicamentos agiu sobre bacilos instalados em outras áreas cutâneas, os quais, ao se fragmentarem, expuseram determinantes antigênicos que estimularam a reatividade imune celular e a exteriorização clínica<sup>3</sup>.

Diante da importância da baciloscopia, foram encontradas neste trabalho, 39,0% de baciloscopias positivas, distribuídas somente, nas formas clínicas Dimorfa e Virchowiana, 38,0% de negativas distribuídas nas quatro formas clínicas e 23,0% dos pacientes estavam sem registro de informações a respeito da baciloscopia. Esses resultados divergem dos encontrados no estudo de LANA et al.<sup>17</sup>, onde ocorreram mais pacientes com resultados negativos no tocante à baciloscopia.

Já esses 23,0% de pacientes que estavam sem registro de informações com relação à baciloscopia provocam questionamentos com relação aos critérios utilizados para classificar esses pacientes em determinada forma clínica da doença, já que a baciloscopia ainda é um dos sinais cardinais para conclusão do diagnóstico, exceto onde a baciloscopia não está disponível<sup>26,31</sup>.

## CONCLUSÃO

A faixa etária mais frequente entre os pacientes hansenianos avaliados foi a de 45 a 54 anos. Com relação ao gênero dos pacientes, os homens foram mais acometidos pela hanseníase do que as mulheres. No Serviço de Referência em Hanseníase são atendidos também mais pacientes provenientes da zona Urbana do que da zona Rural.

De acordo com a classificação operacional a forma Multibacilar foi mais frequente do que a forma Paucibacilar.

Quanto à classificação de Madri a forma clínica Dimorfa foi a de maior prevalência, seguida da Virchowiana, posteriormente, a Tuberculóide e por último a forma clínica Indeterminada.

Dentre os pacientes avaliados ocorreu um número maior de resultados positivos com relação à Baciloscopia do que resultados negativos, como também, ocorreu uma porcentagem de pacientes sem registro do resultado da Baciloscopia.

Portanto, os dados levantados nesta pesquisa reforçam a importância da realização de estudos regionais, para se conhecer melhor a distribuição da doença em cada localidade, podendo assim auxiliar tanto o profissional da saúde quanto o próprio paciente na prevenção e cura da doença.

## **AGRADECIMENTOS**

À Gerência de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande – PB por ter autorizado a realização desta pesquisa e também à equipe do Serviço de Referência em Hanseníase de Campina Grande – PB por ter, gentilmente, cedido às informações necessárias para a realização deste estudo.

## **APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB (CAAE – 0103.0.133.000-11), em conformidade com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), expressas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>9</sup>.

## **REFERÊNCIAS**

1. AQUINO, D. M. C.; CALDAS, A. J. M.; SILVA, A. A. M. & COSTA, J. M. L. **Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 36(1): 57-64, 2003.
2. BARRETO, J. A.; CARVALHO, C. V.; FILHO, M. C.; GARBINO, J. A.; NOGUEIRA, M. E. S. & SOARES, C. T. **Hanseníase multibacilar com baciloscopia dos esfregaços negativa: a importância de se avaliar todos os critérios antes de definir a forma clínica.** Hansen. Int., 32(1): 75-79, 2007.
3. BARRETO, J. A.; GOYA, F. & MIRANDA, R. M. C. **Hanseníase dimorfa reativada: recidiva ou tratamento insuficiente em paciente imunologicamente suscetível?** Hansen. Int., 31(2): 35-38, 2006.
4. BATISTA, E. S.; CAMPOS, R. X.; QUEIROZ, R. C. G.; SIQUEIRA, S. L.; PEREIRA, S. M.; PACHECO, T. J.; PESSANHA, T. O.; FERNANDES, T. G.; PELLEGRINI, E. & MENDONÇA, S. B. **Perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ.** Rev. Bras. Clin. Med., 9(2): 101-106, 2011.

5. BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I.; COSTA, E.; GREGÓRIO, V. R. P.; KOERICH, A. M. E. & RIBAS, D. L. – **Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940 – 1960)**. Revista Brasileira de Enfermagem, 61(esp): 708-712, 2008.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para controle da hanseníase**. Brasília, 2002.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório da situação da Paraíba**. Brasília, 2006.
8. BÜHRER-SÉKULA, S.; SMITS, H. L.; GUSSENHOVEN, G. C.; VAN LEEUWEN, J.; AMADOR, S.; FUJIWARA, T.; KLATSER, P. R. & OSKAM, L. **Simple and Fast Lateral Flow Test for Classification of Leprosy Patients and Identification of Contacts with High Risk of Developing Leprosy**. J. Clin. Microbiol., 41(5): 1991-1995, 2003.
9. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução do Conselho Nacional de Saúde N° 196/96. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm) Acesso em 14 mar. 2011.
10. COSTA, H. C.; SOUZA, L. C. D.; MARTINI, J. P.; FERRAZOLI, L.; MARTINS, M. C.; OPROMOLLA, D. V. A. & GIUDICE, A. C. D. **Estudo comparativo das variantes do método de coloração de micobactérias**. Hansen. Int., 13(2): 37-41, 1988.
11. FLEURY, R. N.; BARRETO, J. A.; BISPO, M. D.; NAKANDAKARI, S. & MARTELLI, A. C. C. **Hanseníase: episódio reacional tuberculóide desencadeado precocemente após instalação de poliquimioterapia, em indivíduo inicialmente diagnosticado como multibacilar**. Hansen. Int., 30(2): 195-200, 2005.
12. GOMES, C. C. D.; PONTES, M. A. A.; GONÇALVES, H. S. & PENNA, G. O. **Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil**. An. Bras. Dermatol., 80(Supl 3): 283-288, 2005.
13. GOMES, F. G.; FRADE, M. A. C. & FOSS, N. T. **Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes**. An. Bras. Dermatol., 82 (5): 433-437, 2007.
14. HASTINGS, R. C., editor. **Leprosy**, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Churchill Livingstone; 1994, p. 193-224.
15. HINRICHSEN, S. L.; PINHEIRO, M. R. S.; JUCÁ, M. B.; ROLIM, H.; DANDA, G. J. N. & DANDA, D. M. R. **Aspectos epidemiológicos da hanseníase na cidade de Recife, PE em 2002**. An. Bras. Dermatol., 79(4): 413-421, 2004.
16. IMBIRIBA, E. B.; HURTADO-GUERRERO, J. C.; GARNELO, L.; LEVINO, A.; CUNHA, M. G.; PEDROSA, V. **Epidemiological profile of leprosy in children under 15 in Manaus (Northern Brazil), 1998-2005**. Rev. Saúde Pública., 42(6): 1021-1026, 2008.
17. LANA, F. C. F.; LANZA, F. M.; MELÉNDEZ, G. V.; BRANCO, A. C.; TEIXEIRA, S. & MALAQUIAS, L. C. C. **Distribuição da hanseníase segundo sexo no Município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil**. Hansen. Int., 28(2): 131-137, 2003.

18. LANA, F. C. F.; LIMA, R. F.; ARAÚJO, M. G. & FONSECA, P. T. S. **Situação epidemiológica da hanseníase no município de Belo Horizonte/MG - Período 92/97.** Hansen. Int., 25(2): 121-132, 2000.
19. LASTÓRIA, J. C.; PUTINATTI, M. S. M. A.; DIÓRIO, S. M.; TRINO, L. M. & PADOVANI, C. R. **Índices Baciloscópicos e Morfológico na Hanseníase após doze doses do esquema poliquimioterápico (PQT/OMS).** Hansen. Int., 31(1): 15-21, 2006.
20. LIMA, H. M. N.; SAUAIA, N.; COSTA, V. R. L.; NETO, G. T. C. & FIGUEIREDO, P. M. S. **Perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase atendidos em Centro de Saúde em São Luís, MA.** Rev. Bras. Clin. Med., 8(4): 323-327, 2010.
21. LIMA, L. S.; JADÃO, F. R. S.; FONSECA, R. N. M.; JUNIOR, G. F. S. & NETO, R. C. B. **Caracterização clínica-epidemiológica dos pacientes diagnosticados com hanseníase no município de Caxias, MA.** Rev. Bras. Clin. Med., 7: 74-83, 2009.
22. LIMA, M. A. R.; PRATA, M. O. & MOREIRA, D. **Perfil da hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005.** Com. Ciências Saúde., 19(2):163-170, 2008.
23. LOMBARDI, C.; SUAREZ, R. E. G. **Epidemiologia da hanseníase.** In: TALHARI, S.; NEVES, R. G. org. **Hanseníase.** Manaus: Gráfica Tropical; 1997, p. 127-136.
24. LONGO, J. O. M. & CUNHA, R. V. **Perfil clínico-epidemiológico dos casos de hanseníase atendidos no hospital universitário em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, de janeiro de 1994 a julho de 2005.** Hansen. Int., 31(1): 9-14, 2006.
25. MELLO, R. S.; POPOASKI, M. C. P. & NUNES, D. H. **Perfil dos pacientes portadores de Hanseníase na Região Sul do Estado de Santa Catarina no período de 01 de janeiro de 1999 a 31 de dezembro de 2003.** ACM: arq. catarin. med., 35(1): 29-36, 2006.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria Conjunta Nº 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase.** Diário Oficial. Brasília (DF). N.º 59, Seção 1 (Mar. 27, 2009).
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Vol. I e II. Brasília; 2002.
28. MINUZZO, D. A. *O homem paciente de hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal.* 2008. 148 f. Dissertação (Mestrado em Políticas de Bem – Estar em perspectiva: evolução, conceitos e actores) – Universidade de Évora, Évora.
29. MOREIRA, A. S.; SANTOS, R. C. R.; BASTOS, R. R.; SILVA, J. V. & SANTOS, P. M. **Baciloscopia da conjuntiva no diagnóstico e acompanhamento de pacientes portadores de hanseníase.** Arq. Bras. Oftalmol., 69(6): 865-869, 2006.
30. PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Executiva em Vigilância em Saúde. **Relatório de Gestão 2008.** João Pessoa, 2009.
31. PEDRO, H. S. P.; NARDI, S. M. T.; FERREIRA, M. I. P.; GOLONI, M. R. A.; FERREIRA, E. A. R.; ROSSIT, A. R. B. & NETTO, A. R. **Hanseníase: Comparação Entre a Classificação Operacional No Sistema de Informação de Agravos de Notificação e o Resultado da Baciloscopia.** Hansen. Int., 34(2): 13-19, 2009.

32. QUEIROZ, M. S. & CARRASCO, M. A. P. **O Doente de Hanseníase em Campinas: Uma Perspectiva Antropológica.** Cad. Saúde Públ., 11 (3): 479-490, 1995.
33. SARUBI, J. C. *Estudo comparativo das técnicas de Ziehl-Neelsen e Auramina O na baciloscopia do raspado dérmico de quatro e seis sítios em casos novos de hanseníase, em serviço de referência de Belo Horizonte.* 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
34. SOUZA, C. S. **Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial.** Medicina, 30: 325-334, 1997.

**ANEXOS**

Andamento do projeto - CAAE - 0103.0.133.000-11				
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b> CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS COM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, PB ENTRE 2001 E 2008.				
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>
Aprovado no CEP	12/04/2011 09:20:10	26/04/2011 10:37:02		
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>
3 - Protocolo Aprovado no CEP	26/04/2011 10:37:02	Folha de Rosto	0103.0.133.000-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	25/03/2011 20:13:22	Folha de Rosto	FR412983	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	12/04/2011 09:20:10	Folha de Rosto	0103.0.133.000-11	CEP

[Voltar](#)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRO-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Dorailcia Pedrosa de Araújo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa