

Março, 2006 Ano 3 Número 27

■ Sistemas de Informação e Deficiências Físicas na Hanseníase

Information System and Physical Disabilities in Leprosy

Susilene Maria Tonelli Nardi, Lucia Helena Soares Camargo Marciano, Marcos da Cunha Lopes Virmond, Rosemari Baccarelli

Instituto Lauro de Souza Lima – Bauru, Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ILSL/CCD/SES-SP)

Resumo

A hanseníase é uma doença que acomete pele e nervos periféricos que resulta em deficiências sociais e físicas, especialmente quando não diagnosticada e tratada com precocidade. A relevância epidemiológica da hanseníase deve-se à sua magnitude e transcendência. O uso de um protocolo de avaliação (ASFNC) em todos os pacientes com hanseníase e o registro do grau de incapacidades da Organização Mundial de Saúde (OMS) são recomendados como indicador epidemiológico importante para o planejamento das ações. Tais dados são transferidos para o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan). Esse sistema condensa dados básicos da hanseníase e de outras doenças, com o objetivo de analisar o perfil de morbidade. Na literatura, diversos autores relatam erros de preenchimento na ficha do Sinan. As razões disso podem ser a falta de conhecimento e da padronização dos procedimentos para coletar e transcrever os resultados de um formulário para outro. Nesse sentido, os profissionais da saúde devem receber treinamento sobre técnicas para identificar, avaliar e prevenir as deficiências físicas na hanseníase e, também, adquirir conhecimentos sobre o preenchimento correto dos dados referentes ao grau de incapacidade, evitando o planejamento de ações baseado em dados imprecisos.

Palavras-chave : Sinan; hanseníase; deficiências.

Abstract

Leprosy is a disease affecting the skin and peripheral nerves that results in social and physical disabilities, mainly when the disease is not early diagnosed and treated. The epidemiologic relevance of leprosy is due to its magnitude and transcendence. The use of a protocol for a simplified assessment of nerve function and complications (ASFNC) for all leprosy patients and the recording of the World Health Organization disability grade are highly recommended as important epidemiological indicatives for planning actions. These data are transferred to the Information System on Notifiable Diseases (SINAN). Among others, this system includes basic leprosy data aiming the analysis of morbidity profiles. In the literature, several authors have reported mistakes in filling out the SINAN forms. Reasons for that may be lack of knowledge and standardization of procedures to the collection and transcription of results from one form to another. In this regards, health professionals should be trained on identifying physical disabilities in leprosy, on the techniques of evaluation and prevention procedures, besides the knowledge on correctly filling out data forms on disability grade in order to avoid planning of actions based on misleading information.

Key words : Sinan; leprosy; disabilities.

Introdução

Saúde pública e prevenção são temas constantes em reuniões técnicas e científicas. Em se tratando desses dois pilares da saúde, não poderíamos deixar de destacar a hanseníase, doença milenar que, por afetar pele e nervos periféricos, acarreta deficiências sociais e físicas nos pacientes, especialmente quando não diagnosticada e tratada com precocidade. Mais do que isso, apresenta relevância epidemiológica por sua magnitude e transcendência.

A prevenção de deficiências físicas na hanseníase, por sua vez, também é assunto freqüente na pauta de artigos, livros, palestras e, há décadas, vem sendo motivo de reuniões entre os especialistas da área, de vários países.

Recentemente, a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) de Eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública tem assumido interesse crescente, tendo em vista as modificações significativas, para menos, na prevalência da hanseníase no Brasil. O País está preste a atingir a meta proposta pela OMS de menos de um caso por 10.000 habitantes. Nesse novo cenário, e sabendo-se da importância do diagnóstico precoce e da prevenção das deficiências físicas, necessitamos redobrar a atenção não apenas para a cura ou eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, mas para identificar e controlar possíveis seqüelas físicas e sociais ocasionadas pela doença, que podem ocorrer antes, durante ou até mesmo após o tratamento^{1,2,3}.

Dados epidemiológicos do Estado de São Paulo revelam uma endemia em decréscimo lento e contínuo nas últimas décadas, particularmente devido a uma adequada estratégia de políticas públicas de saúde para esta patologia. De fato, atualmente, São Paulo apresenta prevalência compatível com estado de eliminação, porém, no ano de 2005, cerca de 14% dos casos iniciaram o tratamento com alguma deficiência física, sendo 9% grave e moderada. Isso, preliminarmente, pode sugerir um diagnóstico tardio; também preocupa o fato de que 12% dos casos não foram avaliados quanto às incapacidades. Tais números são pequenos, se comparados com os dados nacionais, mas merecem atenção⁴.

A prevenção das deficiências físicas na hanseníase, que podem incidir nos olhos, nariz, membros superiores e inferiores, deve ser feita por meio da aplicação de protocolo próprio, de maneira sistemática, durante o tratamento e após a alta, propondo vigilância sobre o paciente².

O protocolo de Avaliação Simplificada das Funções Neurais e Complicações (ASFNC), que está contido no Manual de Prevenção de Incapacidades em Hanseníase 2001², é uma publicação do Ministério da Saúde e deve ser utilizada em território nacional pelos profissionais que atendem hanseníase, com o objetivo de verificar deficiências físicas e tratá-las e como uma forma de registrar e comparar a evolução ou regressão dos achados.

Preconiza-se a aplicação do protocolo de avaliação (ASFNC) em todos os pacientes com hanseníase, no mínimo no diagnóstico, no meio do tratamento, na alta e em todas as intercorrências. No acompanhamento pós-alta, o paciente deverá ser avaliado semestralmente no primeiro ano e anualmente até que se completem dois anos para os casos paucibacilares e cinco anos para os multibacilares, sem deixar de vigiar e avaliar os casos com reação pós-alta⁵.

Obviamente, a aplicação do protocolo de nada vale se não forem seguidas as orientações realizadas individualmente pelo profissional ao paciente, sobre auto cuidados e técnicas de prevenção. Com o mesmo grau de importância citamos o registro do grau de incapacidades da Organização Mundial de Saúde², um importante indicador epidemiológico para o planejamento das ações.

Deficiências físicas e informações em saúde

No final do protocolo de avaliação (ASFNC) há um campo próprio para o registro da classificação do Grau de

Incapacidades (OMS), no diagnóstico e na alta (Figuras 1 e 2).

DATA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Aval. Diagnóstico / / /								
Aval. de Alta / / /								

Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidades (2001).

Figura 1 – Classificação do Grau de Incapacidades (OMS).

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com olhos, mãos e pés devido à hanseníase
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e ou pés (não sente 2 g ou toque da caneta)
II	Olhos: Lagofalmo e ou ectrópio; triquiase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 metros. Mãos: lesões tróficas e ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída Pés: lesões tróficas e ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Fonte: Manual de Prevenção de Incapacidade, (2001).

Figura 2 - Legenda para preenchimento do grau de incapacidades

Após a avaliação clínica, o registro das informações e anotação do grau de deficiências realizado pelo profissional de saúde, deve ser transferido corretamente para os itens 28 e 30 do Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan (Figura 3).

28	Nº de troncos nervosos acometidos					<input type="text"/>
30	Avaliação da Incapacidade no diagnóstico					<input type="text"/>
	1. Grau zero	2. Grau I	3. Grau II	4. Grau III	5. Não avaliado	9. Ignorado
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Figura 3 – Itens 28 e 30 da ficha de notificação do Sinan referentes a número de troncos nervosos acometidos e avaliação da incapacidade

O Sinan foi criado, em 1993, pelo Centro Nacional de Epidemiologia e condensa dados básicos, porém importantes, de várias doenças. Tem o objetivo de analisar o perfil de morbidade e é preenchido pelos profissionais que atendem o paciente, ficando um deles – ou todos – responsável pelo repasse das informações, após avaliação individual do paciente. Na maioria dos locais de atendimento, um digitador

transfere as informações contidas na ficha manuscrita para o sistema eletrônico. O Sinan permite reunir, organizar, transferir e divulgar informações epidemiológicas, além de permitir a tomada de decisão integrada e descentralizada nos níveis municipal, estadual e federal.

Nas patologias de interesse sanitário, inclusive a hanseníase, profissionais de todo País utilizam dados do Sinan em pesquisas epidemiológicas que pretendam analisar o perfil da clientela, avaliar serviços e/ou planejar ações. Portanto, há que se ter certeza de que o dado obtido no Sinan corresponde exatamente ao resultado registrado após a aplicação do protocolo de prevenção de deficiências, com todos os critérios e ações preconizados pelo Manual de Incapacidades 2001².

Estudo⁶ apresentado em 2005 detectou 17,2% de erro no preenchimento do item 30 da ficha do Sinan (referente ao grau de incapacidade no momento do diagnóstico), após análise de 1.050 fichas nos anos de 2003 e 2004, em Minas Gerais. O mesmo trabalho cita que estudo semelhante havia sido realizado por Leboeuf e Grossi que encontraram 19,4% de erro nos anos de 1999 a 2001, após analisarem 6.774 fichas.

Trabalho realizado em 2004⁷ fez um levantamento de dados do prontuário de todos os pacientes atendidos no Núcleo de Reabilitação Municipal (NRM) de São José do Rio Preto (SP), serviço de referência para prevenção e reabilitação da hanseníase, no período de janeiro de 1994 a dezembro de 1999. Os resultados do estudo demonstraram que foram realizadas 611 avaliações (ASFNC) em 174 pacientes (paucibacilares e multibacilares), sendo 121 (19,8%) no diagnóstico, 55 (9 %) avaliação com um ano de tratamento, 133 (21,8%) na alta e 302 (49,4%) avaliações intermediárias. Dos 174 pacientes avaliados, 67 (38,5 %) se mantiveram sem deficiências físicas, 74 (42,5%) melhoraram, 16 (9,2%) se mantiveram com quadro inalterado e apenas 17 (9,8%) pioraram (Tabela 1).

Tabela 1 - Evolução das deficiências físicas nos casos multibacilares e paucibacilares, acompanhados em uma unidade de referência, no município de São José do Rio Preto (SP).

Município	Forma clínica	Evolução da deficiência							
		Ausência		Presença					
				Piora		Inalterado		Melhora	
		n	%	n	%	n	%	n	%
São José do Rio Preto	Paucibacilar	50	70,45	-	-	10	13,63	11	15,9
	Multibacilar	17	16,3	17	16,3	6	6,1	63	61,2

Esses números permitem concluir, adicionalmente, que os serviços de uma unidade de referência para a avaliação, acompanhamento e tratamento das deficiências físicas na hanseníase podem ser efetivos em suas ações de prevenção e limitação do dano.

No ano de 2004, estudo⁸ sobre a caracterização dos pacientes com hanseníase, atendidos em São José do Rio Preto, coletou dados na Ficha de Investigação Epidemiológica e do Sinan. Um total de 42 pacientes foram atendidos, em 2003, e avaliados em prevenção de deficiências (ASFNC) no NRM: 30 (71,4%) com grau zero, 5 (11,9%) com grau I e 7 (16,7%) não foram avaliados, no diagnóstico. Na alta dos 42 pacientes do estudo, foram encontrados 9 (21,4%) com grau 0, 1 (2,4%) com grau I, 1 (2,4%) ignorado e 31 (73,8%) sem informação (Tabela 2).

Ao coletarmos as mesmas informações, mediante análise do prontuário, encontramos um total de 39 pacientes que foram atendidos no ano de 2003 e avaliados em prevenção de deficiências (ASFNC) no NRM: 27 (69,2%) tinham grau 0, 10 (25,6%) grau I, 1 (2,6%) grau II e 1 (2,6%) não foi avaliado no diagnóstico. Na alta, tivemos 38 pacientes: 33 (86,8%) grau 0, 4 (10,5%) grau I e 1 (2,6%) não avaliado (Tabela 2).

Tabela 2 – Comparação dos resultados encontrados no SINAN e Prontuário dos pacientes atendidos no ano de 2003 no município de São José do Rio Preto-SP

Avaliação de Deficiências	Diagnóstico				Alta			
	SINAN		Prontuário		SINAN		Prontuário	
	n= 42		n= 39		n= 42		n= 38	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grau 0	30	71,4	27	69,2	9	21,4	33	86,8
Grau I	5	11,9	10	25,7	1	2,4	4	10,5
Grau II	-	-	1	2,6	-	-	-	-
Ignorado	-	-	-	-	1	2,4	-	-
Sem avaliação	7	16,7	1	2,6	31	73,8	1	2,6

Os dados anteriormente relatados demonstram uma realidade que pode estar ocorrendo em vários serviços do Estado e mesmo do País. O fato de o grau III não ser mais utilizado, apesar de se manter na ficha e ser representado pelo algarismo 4, o algarismo 1 representar o grau zero, o algarismo 2 representar o grau I e o algarismo 3 representar o grau II, pode ocasionar uma confusão numérica no preenchimento da ficha e incidir em erro.

Também não podemos deixar de considerar e enfatizar que um dos erros que pode remeter a resultados não fidedignos ocorre pelo simples fato de os profissionais, na ânsia de preencher toda a ficha, não avaliarem a contento o paciente: após uma observação rápida e perguntas subjetivas, realizam o preenchimento, sem aplicar o protocolo de avaliação das deficiências.

Em outra análise, ainda, encontramos profissionais que realizam a avaliação de maneira completa, mas não codificam os achados para a ficha do Sinan, deixando essa incumbência para o digitador, que na maioria das vezes não possui conhecimento teórico da área da saúde para realizar a decodificação. Como decorrência, pode haver erro na tentativa de registrar o dado e a ficha é enviada ao órgão superior sem espaços em branco.

Não podemos, ainda, deixar de salientar a diferença do grau 0 para o grau I, obtida após a aplicação e análise do resultado do teste de sensibilidade com os monofilamentos de Semmes Weinstein, nos territórios cutâneos dos nervos ulnar, mediano na palma da mão e tibial posterior na planta do pé. Esta é uma questão preocupante, haja vista que nem todos os serviços, atualmente, possuem o instrumento de avaliação ou um profissional capacitado para utilizá-lo.

O Programa de Controle da Hanseníase vem propondo a descentralização no atendimento e vários são os municípios que já atendem os casos nas Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família. Neste sentido, deve-se reconhecer e louvar as práticas e mobilização dos gestores e profissionais para a descentralização do atendimento, que tem o principal propósito de diagnosticar precocemente a doença, evitando, assim, o agravamento físico e seu reflexo social, além de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública.

Todavia, os profissionais locados nestes serviços precisam estar atentos às deficiências físicas na hanseníase, à prática da avaliação e prevenção e, ainda, adquirir conhecimento básico quanto ao preenchimento correto do formulário no campo em que se encontra o grau de deficiências. Com isso, aprimora-se a atenção aos casos e evita-se o planejamento de ações com base em dados imprecisos.

Conclusão

Para o planejamento de ações há necessidade de conhecer com precisão a realidade, seja vivenciando-a ou buscando dados em fontes fidedignas. Os bancos de dados disponíveis são, de forma geral, adequados como sede de coleta desses dados, a exemplo do Sinan. Entretanto, a acurácia desses dados, como visto, depende de uma rede em que todos os elementos precisam conhecer e utilizar a padronização das normas estabelecidas.

Neste sentido, devem ser feitos treinamento de pessoal dessa extensa rede e aprimoramentos pontuais nos protocolos de coleta de dados sobre deficiências, para garantir a equidade e precisão do dado disponibilizado.

De fato, a avaliação, a prevenção e a reabilitação das deficiências na hanseníase merecem destaque no cenário atual, para que não julgemos erroneamente que esse é um tema do passado e, assim, não tenhamos um quadro dramático e de difícil reversão no futuro.

Referências bibliográficas

1. CVE. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Plano para Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública do Estado de São Paulo – 2003 a 2006. [Apostilado]. São Paulo; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Manual de Prevenção de Incapacidades. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 107 p.
3. Arvello JJ. Prevenção de Incapacidades Físicas e Reabilitação em Hanseníase. *In*: Duerksen F, Virmond M. Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima; 1997. p.35-48.
4. SES/CVE. Divisão Técnica de Vigilância Epidemiológica da Hanseníase. Campanha estadual de combate à hanseníase. [Citado 2006 Jan 18] Disponível em URL:
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 89p.
6. Santos ACP, Leboeuf MAA. Comparação do preenchimento do item “grau de incapacidades” na ficha de notificação do Sinan – Hanseníase 2003 e 2004 com o período de 1999 a 2001, em Minas Gerais. *In*: 10º Congresso Brasileiro de Hansenologia; 2005 nov; Recife: Hansen.Int. p 116. [Resumo PEP 24].
7. Nardi SMT. Incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase em dois municípios do Estado de São Paulo. [Dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2004.p.86.
8. Pinotti DML. Caracterização dos pacientes com hanseníase atendidos no NGA-60 de São José do Rio Preto no período de janeiro a dezembro de 2003. [Monografia]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2004.p.32.

Correspondência/Correspondence to:

Instituto Lauro de Souza Lima

Rod. Comandante João Ribeiro de Barros, Km 226 - Bauru-SP

CEP: 17034-971

e-mail: mvirmond@iisl.br



Fale conosco

