

ANÁLISE DO PROTOCOLO COMPLEMENTAR DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DOS CASOS DE HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO EM 2009 E 2010

Diana Mary de Araújo Melo Flach^{1,2}

Maria Inês Fernandes Pimentel¹

Marilda Andrade²

Maria Eugênia Noviski Gallo¹

Analysis of the additional protocol of diagnostic investigation of cases of leprosy in children under 15 years in priority municipalities in the state of Rio de Janeiro in 2009 and 2010

Análisis del Protocolo Adicional de la investigación diagnóstica de los casos de lepra en los niños menores de 15 años en el municipios prioritarios en el estado de Río de Janeiro en 2009 y 2010

RESUMO

Introdução: A ocorrência de hanseníase em crianças e adolescentes é preocupante porque seu aumento é considerado indicador de maior gravidade da endemia hanseníase. O Ministério da Saúde instituiu, em 2008, o Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica em Menores de 15 Anos (PCID < 15), a ser preenchido pelos profissionais das unidades de saúde quando diagnosticado um caso de hanseníase nesta faixa etária. O presente estudo pretendeu analisar criticamente as informações contidas nas fichas do PCID < 15, nos municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** Foi realizado estudo seccional retrospectivo, utilizando análise estatística descritiva das informações contidas nos registros dos PCID < 15 nos anos de 2009 e 2010, dos municípios considerados prioritários para a Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Foi analisada a completitude dos campos, incluindo a consistência das informações daqueles referentes à classificação operacional e número de lesões de pele, além da análise epidemiológica das 172 fichas incluídas no estudo. **Resultados:** O percentual de preenchimento foi excelente, na maioria dos campos; 15,4% destes tiveram percentual de pre-

Flach DMAM, Pimentel MIF, Andrade M, Galo MEN. Análise do protocolo complementar de investigação diagnóstica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos nos municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro em 2009 e 2010. *Hansen Int* 2011; 36 (2): 25-36.

enchimento considerado regular (itens "prontuário", "tempo de residência", "número de pessoas da família com problemas de pele", e "cicatriz de BCG"). Não foi analisada a porcentagem de preenchimento do campo "grau de incapacidade física". Ocorreu forte concordância (coeficiente Kappa $k = 0,76$, $p < 0,0001$) entre os campos "número de lesões de pele" e "classificação operacional", com apenas 7% de casos inconsistentes. Houve discreto predomínio feminino, 92,3% dos casos entre 5 e 14 anos, 71,6% com diagnóstico 6 ou mais meses após o surgimento dos primeiros sinais e sintomas, em 58,6% dos pacientes havia história de hanseníase na família, 85% dos casos tinham até 5 lesões de pele e 83,6% tinham cicatriz de BCG. De 127 pacientes com este campo preenchido, 88,1% não tinham incapacidades relacionadas à hanseníase, e estas predominaram na faixa etária de 5 anos ou mais. **Conclusões:** Apesar de refletir a situação epidemiológica dos pacientes me-

Recebido em: 10/09/11

Aceito em 15/11/11

1 Gerência de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

2 Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.

Endereço para correspondência:

Travessa Gastão Rush, 27/501

Niterói /RJ - Cep: 24220100

E – mail: Diana.flach@saude.rj.gov.br e dflach@superig.com.br

nores de 15 anos com hanseníase, considerando a duplicação das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-hanseníase) e na PCID < 15, uma vez que este seja mantido pelo Ministério da Saúde, consideramos ser importante o aprimoramento de fragilidades observadas.

Palavras Chave: Hanseníase; Crianças; Adolescentes; Epidemiologia.

ABSTRACT

Introduction: The occurrence of leprosy in children and adolescents is of concern because its increase is considered an indicator of severity of leprosy. The Ministry of Health established in 2008 an Additional Protocol of Diagnostic Research in Children under 15 Years (PCID <15), to be fulfilled by professionals in the health units whenever a case of leprosy in patients in this age group is diagnosed. The present study aimed to critically analyze the information contained in the files of the PCID < 15, in priority municipalities of Rio de Janeiro State. **Methods:** We conducted a retrospective cross-sectional study using descriptive statistics, based on the evaluation of the information contained in the records of leprosy cases registered in PCID <15 years in 2009 and 2010 from the priority municipalities according to the criteria of the Sanitary Dermatology Department of the Rio de Janeiro State Health Secretariat. We analyzed the completeness of fields including the consistency of the information fields according to the operational classification and number of skin lesions, contained in the 172 records included in the study. **Results:** Excellent percentage of completion, according to the parameters of SINAN, occurred in most fields, with only 15.4% of fields with regular percentage of completion ("records", "residence time", "number of people in the family with skin diseases", and "BCG vaccination scar"). The study revealed a strong concordance (Kappa coefficient $k = 0.76$, $p < 0.0001$) between the fields number skin lesions and operational classification, with inconsistency in only 7% of cases. There was a slight predominance of females, 92.3% of cases between 5 and 14 years, 71.6% diagnosed with six months or more after the onset of signs and symptoms, 58.6% of patients had history of leprosy in the family, 85% of cases had up to 5 skin lesions and 83.6% had a BCG scar. Among 127 patients whose records had this field fulfilled, 88,1% had no disabilities or impairments related to the disease, and disabilities/impairments predominated in the age range 5 years or more. **Conclusions:** PCID < 15 reflects the epidemiological situation of patients younger than 15 years with leprosy, but taking into account the duplication of information in the Information System for Disease Notification (SINAN-leprosy) and PCID <15, if it is maintained by the Ministry of Health it is important to consider the improvement of observed weaknesses.

Key words: Leprosy; Children; Adolescents; Epidemiology.

RESUMEN

Introducción: La lepra en los niños, niñas y adolescentes es preocupante, ya que su incremento es un indicador de lepra endémica más grave. El Ministerio de Salud estableció en 2008, el Protocolo de Investigación adicional de diagnóstico en los niños menores de 15 años (Pontificio Consejo <15), que se completará por los profesionales en las unidades de salud cuando un caso de lepra diagnosticados en este grupo de edad. El presente estudio tuvo como objetivo analizar críticamente la información contenida en los archivos de los municipios prioritarios PCID menores de 15 en el estado de Río de Janeiro. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal mediante el análisis estadístico descriptivo de la información contenida en los registros de PCID <15 años en 2009 y 2010, las ciudades consideradas prioritarias para la gestión de Dermatología Sanitaria de la Secretaría de Salud del Estado de Río de Janeiro. Se analizó la totalidad de los campos, incluyendo la consistencia de la información de los que operan en la clasificación y el número de lesiones en la piel, además de un análisis epidemiológico de 172 fichas incluidas en el estudio. **Resultados:** El porcentaje de cumplimiento fue excelente en la mayoría de los campos, el 15,4% porcentaje de pases completos de ellas fueron consideradas regular (artículos de "grabación", "tiempo de residencia", "número de miembros de la familia con problemas de la piel", y "cicatriz de la BCG"). No se analizó el porcentaje de finalización de la "discapacidad física". Hubo un fuerte acuerdo (coeficiente kappa $k = 0,76$, $p < 0,0001$) entre los campos "número de lesiones en la piel" y de operación "clasificación" con sólo el 7% de los casos inconsistentes. Hubo un ligero predominio de mujeres, el 92,3% entre 5 y 14 años, el 71,6% diagnosticados con seis o más meses después de la aparición de los signos y síntomas tempranos en el 58,6% de los pacientes tenían una historia de la lepra en la familia, 85% de los casos tenían hasta 5 lesiones de la piel y el 83,6% tenía una cicatriz de BCG. De 127 pacientes con este campo de formulario, el 88,1% no tenía discapacidades relacionadas con la lepra, y se impuso a la edad de 5 años o más. **Conclusiones:** A pesar de reflejar la situación epidemiológica de los pacientes menores de 15 años con la lepra, teniendo en cuenta la duplicación de información en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN la lepra) y PCID <15, ya que esta se mantiene por el Ministerio de La salud es importante tener en cuenta la mejora de las deficiencias observadas. **Palabras clave:** Lepra, niños, adolescentes, epidemiología.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma doença infecciosa crônica que constitui ainda um problema de saúde pública, devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo predominantemente a faixa etária economicamente ativa. É endêmica nas áreas em desenvolvimento, sendo causada pelo (BRASIL, 2011a).

Trata-se de uma doença de notificação compulsória em todo o Território Nacional, através da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), a qual deve ser preenchida pelos profissionais das unidades de saúde onde o paciente tenha sido diagnosticado. O diagnóstico de caso de hanseníase nas unidades básicas de saúde é essencialmente clínico, por meio do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alterações de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (BRASIL, 2008c). As pessoas que residem ou tenham residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos são consideradas como contatos intradomiciliares, e devem ser avaliadas através do exame dermatoneurológico e receber orientações acerca do período de incubação, transmissão, sinais e sintomas precoces da hanseníase e avaliados quanto à necessidade da profilaxia pela vacina com o Bacilo Calmette-Guérin - BCG (BRASIL, 2008b).

Desde 2007, a detecção de casos novos em menores de 15 anos é considerada pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) como principal indicador de monitoramento da endemia. Casos de hanseníase em crianças e adolescentes são preocupantes porque seu aumento é considerado um indicador de maior gravidade da endemia hanseníase, uma vez que esses casos têm relação com doença recente e focos de transmissão ativos. Portanto o acompanhamento epidemiológico dos casos nesta faixa etária é relevante para o controle da hanseníase (BRASIL, 2008e). Em 2010, os dados do Ministério da Saúde demonstraram um coeficiente de detecção em menores de 15 anos de 5,4/100.000 habitantes, considerado "muito alto" pelos parâmetros do Ministério da Saúde, representando 7% dos casos novos da doença detectados no País neste ano (Brasil, 2012). Por outro lado, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase sugere um número excessivo de casos de hanseníase notificados em crianças devido ao diagnóstico incorreto, por erros na abordagem diferencial com outras doenças dermatológicas ou neurológicas, ressaltando que o correto diagnóstico é de fundamental importância sob todos os aspectos relacionados à epidemiologia (BRASIL, 2008e).

Os coeficientes de detecção em menores de 15 anos no estado do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2010 sofreram uma visível queda em seus valores ao longo dos anos, passando de 5,9 casos novos por 100.000

habitantes em 2001 a 3,5 em 2010, valor ainda considerado alto pelos parâmetros do Ministério da Saúde (FLACH et al., 2010; BRASIL, 2011).

Assim, a vigilância epidemiológica dos casos da doença nesta faixa etária foi recomendada na Nota técnica publicada pelo Ministério da Saúde de nº. 14/2008, com orientação do preenchimento do Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos (PCID < 15) pelos profissionais de saúde dos municípios em todo território nacional, complementando as informações contidas na ficha de notificação obrigatória no SINAN, para validação dos casos de hanseníase em menores de 15 anos (BRASIL, 2008e). A recomendação do preenchimento do PCID < 15 foi mantida nas diretrizes contidas na portaria do Ministério da Saúde n. 3.125, de 7 de outubro de 2010, contendo informações acerca do fluxo de encaminhamento destas fichas, as quais foram sendo encaminhadas pelos municípios desde 2009 à Gerência de Dermatologia Sanitária (GDS) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) (BRASIL, 2010).

Considerando-se o PCID < 15 como um instrumento de validação diagnóstica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos e que uma base de dados de boa qualidade deve ser completa e fidedigna aos dados originais registrados nas unidades de saúde, sem duplicidades, com seus campos totalmente preenchidos e consistentes, torna-se necessário realizar análises de completitude e consistência dos mesmos (BRASIL, 2008b). O presente estudo objetivou analisar criticamente as informações contidas nas fichas do PCID < 15, oriundas dos municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2009 e 2010.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo seccional descritivo e retrospectivo, utilizando análise estatística descritiva, a partir da avaliação das informações contidas nos registros dos casos de hanseníase feitos nos PCID < 15 nos municípios prioritários do Estado do Rio de Janeiro, em 2009 e 2010. Foi feita uma análise crítica do protocolo e do preenchimento das respectivas fichas.

Municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro: dos 92 municípios do estado, 21 (22,8%), foram considerados prioritários para as ações de controle da endemia pela GDS/ SES-RJ, pelos seguintes critérios:

- Municípios com registro no SINAN/hanseníase de pelo menos um caso de hanseníase em menores de 15 anos e/ou;
- Coeficiente de detecção alto, segundo os critérios do Ministério da Saúde e/ou;
- Municípios com ações programáticas precárias para o controle da endemia.

O quadro 1 apresenta a relação dos municípios prioritários no estado do Rio de Janeiro e situação epidemiológica referente ao número de casos novos, coeficiente de detecção em menores de 15 anos e parâmetros de endemia nos anos de 2009 e 2010.

O PCID < 15 contém 27 campos na frente (Figura 1). Os campos de 1 a 11 contêm informações sobre a identificação e dados sócio demográficos. Os campos de 12 a 21 contêm informações epidemiológicas e sobre o exame dermatológico. O campo 23 permite o registro da avaliação do Grau de Incapacidade Física. Os campos 24 a 27 se referem ao diagnóstico do caso. O verso do PCID < 15 (Figura 2) contém o fluxograma da vigilância epidemiológica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos.

Foram analisados os registros de pacientes contidos nas fichas PCID < 15 encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios prioritários à GDS/SES-RJ até 05/08/2011, relativas ao período 2009 - 2010. Para a verificação da completude das informações, ou seja, do seu preenchimento completo ou não, foi realizada análise dos campos não preenchidos, destacados como campos vazios ("missing"). A interpretação dos resultados foi realizada de acordo com a classificação de completude indicada no SINAN (OLIVEIRA et al., 2009): excelente ($\geq 90\%$); regular (70% a 89%); e baixa (<70%). A consistência entre os campos 16 (número de lesões de pele) e 25 (classificação operacional) foi testada pelo coeficiente de concordância de Kappa (k), considerando número de lesões ≤ 5 versus > 5 .

Foi construído um banco de dados no Programa Windows/Excel, que foram transferidos para o estatístico SAS® System, versão 8 (SAS Institute, Inc., Cary, North Carolina) para processamento da análise estatística.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, com registro de Protocolo 235/10, CAAE: 4714.0.000.258-10 em 01/10/2010.

RESULTADOS

Os casos novos de hanseníase em menores de 15 anos, nos anos de 2009 e 2010, notificados no SINAN, totalizaram 217 pacientes oriundos dos municípios prioritários. Cento e setenta e duas fichas PCID < 15 foram encaminhados pelas SMS dos municípios prioritários à GDS/SES-RJ até 05/08/2011, relativas ao período 2009 - 2010, correspondendo, portanto, a 79,3% dos casos no período. Por não existir prazo determinado para o envio das fichas para a GDS/SES-RJ, não foram incluídas no estudo aquelas fichas que chegaram após o período pré-estabelecido para a coleta dos dados, sendo a análise feita por recorte temporal.

Na análise inicial, em 35 (21,73%) fichas, na sua versão inicial, não constava o campo sexo, sendo necessário,

por vezes, recorrer ao SINAN - hanseníase, para identificação desta variável. Posteriormente, uma nova versão do protocolo foi disponibilizada pelo Ministério da Saúde, com a inclusão deste campo.

Algumas fichas continham informações nominais ao invés de numéricas, como por exemplo, quando foi informado o número de lesões de pele como "múltiplos", ao invés do registro do quantitativo das lesões.

A grande maioria dos campos apresentou índice de preenchimento acima de 90%, considerados excelentes; apenas os campos "prontuário", "tempo de residência", "número de pessoas da família com problemas de pele" e "cicatriz de BCG" tiveram índices de preenchimento considerados regulares, com percentuais de 75,6%; 76,2%; 87,8%; e 82,0%, respectivamente.

A relação entre a classificação operacional (campo 25) e o número de lesões de pele (campo 16) será mostrada na tabela 1. Não foram preenchidos os dois campos inteiramente em 14 fichas, considerando 158 fichas completas. Observou-se, segundo o coeficiente Kappa, uma forte concordância ($k = 0,76$, $p < 0,0001$) entre os dois campos, com apenas 11 (7%) casos inconsistentes. Dois (1,3%) dentre os casos registrados como paucibacilares apresentaram registro de mais de 5 lesões, denotando inconsistência nos dados de acordo com definição da classificação operacional. Sobre a correlação entre os pacientes multibacilares e o número de lesões, percebeu-se que em 9 (5,7%) fichas com ambos os campos preenchidos a classificação operacional MB fora feita em pacientes com menos de 5 lesões.

Na tabela 2 encontra-se o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes, de acordo com a PCID < 15. Houve leve predominância do sexo feminino. Houve poucos casos na faixa etária de 1a 4 anos (7 casos, 7,7%). As faixas etárias situadas entre 5 a 9 anos e 10 a 14 anos apresentaram número de casos semelhantes (41 casos - 45%; e 43 casos - 47,3%, respectivamente). Cento e dezesseis (71,6%) casos tiveram surgimento dos primeiros sinais e sintomas entre 6 e 12 ou mais que 12 meses antes da data do diagnóstico. Em 95 (58,6%) casos existia a informação da presença de hanseníase na família. Observou-se massiva predominância de crianças com 1 a 5 lesões de pele em um total de 134 (85%) casos, característica das formas paucibacilares, e crianças com mais de 5 lesões, característica das formas multibacilares, totalizaram 24 (15%) casos. Cento e dezoito casos (83,6%) apresentaram cicatriz de vacinação BCG. A presença de nervos periféricos acometidos ocorreu em 17,8% dos pacientes.

No campo 23 da ficha PCID < 15 encontram-se as informações contidas sobre a "Avaliação do Grau de Incapacidade Física": grau zero (GIF 0), grau um (GIF I) e grau dois (GIF II), nas variáveis: olho direito, olho esquerdo, mão direita, mão esquerda, pé direito e pé esquerdo. Realizou-se uma caracterização epidemiológica dos

dados de acordo com o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico em 136 fichas com este campo preenchido. A ausência de incapacidades físicas no diagnóstico foi mais prevalente com 112 (88,1%) casos, dentre os casos com esta informação. Em 11 (8,7%) casos foram encontrados GIF I, distribuídos de forma equitativa entre crianças do sexo masculino e feminino. Quatro (3,2%) casos tiveram GIF II. A faixa etária mais acometida em relação às incapacidades físicas grau I e II foi de 5 anos ou mais, em ambos os sexos. O total com algum grau de incapacidade física encontrado no diagnóstico foi de 14 (10,1%) crianças e adolescentes.

Em relação ao tempo decorrido entre a data do diagnóstico e a data do preenchimento do PCID < 15, observou-se preenchimento simultâneo em 51 (32,9%) casos. Observou-se um percentual de 60,6% de fichas preenchidas com mais de 30 dias em relação à data do diagnóstico.

Considerando-se os 27 campos do PCID < 15, observamos que 15 (55,6%) dos mesmos representavam informações contidas também no SINAN-hanseníase.

DISCUSSÃO

O PNCH/MS recomenda que 100% dos casos de hanseníase em menores de 15 anos, notificados no SINAN, tenham seus correspondentes PCID < 15 preenchidos por ocasião do diagnóstico, portanto o percentual de preenchimento do PCID < 15 encontrado foi considerado abaixo do esperado (BRASIL, 2008e, BRASIL, 2010). A adesão insatisfatória de encaminhamento das fichas PCID < 15 pode indicar desconhecimento do fluxo de encaminhamento, problemas operacionais e administrativos relacionados à produção de dados, refletindo-se na inadequação do PCID < 15 como instrumento de validação diagnóstica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos, a principal justificativa quando de sua criação. Entretanto, o preenchimento dos campos das fichas recebidas foi em geral excelente, à exceção de 15,4% dos mesmos (considerando que esta análise não foi feita para o campo “grau de incapacidade física”). Cumpre observar igualmente que nenhuma das 172 fichas encaminhadas à GDS até a data limite deste estudo continha todos os campos preenchidos.

Os dados de “missing” representam um importante problema no momento da análise, porque podem significar desconhecimento técnico, falta de treinamento do profissional responsável pelo preenchimento das fichas, displicência ou, simplesmente, um dado considerado negativo. Os campos com menores porcentagens de preenchimento foram:

- “Prontuário”: principal fonte de informações sobre o paciente, relacionando-se com a qualidade do atendimento do serviço de saúde; entretanto, a ausência do preenchimento deste campo pode significar uma ausência de numeração para os prontuários nos muni-

cípios ou nas unidades de saúde, e não a ausência do prontuário, em si. Mesmo assim, é importante ressaltar que o correto registro do prontuário permite a avaliação do sequenciamento do caso e evolução clínica do mesmo.

- “tempo de residência”: pode apontar ser um caso autóctone ou não, definindo de onde veio a doença naquele município. Deste modo, pode contribuir para a indicação de ampliação das atividades de vigilância epidemiológica através da busca de casos na comunidade.

- “número de pessoas da família com problemas de pele”: pode apontar para questões de ocultamento e estigma da hanseníase (Baialardi, 2007).

- “cicatriz de BCG”: a vacina BCG é recomendada como uma das alternativas possíveis na profilaxia da hanseníase; eficácia protetora de 58% associa-se com a presença de uma ou mais cicatrizes de BCG, sendo o adoecimento 3 vezes maior para aqueles sem cicatriz de BCG, quando comparados àqueles com cicatriz vacinal (Duppré, 1998)

Sugerimos a inclusão no PCID < 15 de item de resposta “ignorado” para os campos 13 (tratamento anterior, diagnóstico anterior), 14 (problemas de pele na família, quantas pessoas da família com problemas de pele) e 15 (hanseníase na família, quantas pessoas da família com hanseníase), pois podem surgir opções em que o usuário não tenha conhecimento destas informações em relação às interrogações feitas.

Observaram-se muitas respostas em branco no campo 23, relativo à avaliação do grau de incapacidade física. Este tipo de resposta pode ter três interpretações: que não foram encontradas incapacidades físicas; que o exame foi realizado, mas não foi preenchido no PCID < 15; ou que o exame não foi realizado. Portanto, não foi feita análise de completitude deste campo.

O grau de incapacidade está relacionado com o tempo da doença; assim, a realização da avaliação das incapacidades no diagnóstico e na alta por cura permite uma avaliação indireta da efetividade das atividades de detecção precoce e tratamento adequado dos casos, constituindo indicadores operacionais, da qualidade das ações e serviços (BRASIL, 2010). Não havia incapacidades relacionadas à hanseníase em 124 (89,8%) dos casos; 14 (10,1%) dos casos tinham incapacidades físicas, as quais ocorreram em pacientes com 5 anos ou mais, predominando na faixa etária de 10 a 14 anos. A predominância de casos sem incapacidades físicas no diagnóstico pode ser corroborada pelo estudo de Valle et al. (2011), que ressalta ter havido, no estado do Rio de Janeiro, um esforço continuado da Gerência de Dermatologia Sanitária para promover e aumentar a descentralização do atendimento em hanseníase, voltada tanto para o diagnóstico como para o tratamento. Este esforço foi feito através da capacitação de profissionais das equipes das unidades básicas de saúde, particular-

mente do Programa de Saúde da Família, resultando em detecção precoce e com formas menos graves da doença (VALLE et al., 2011).

A presença de incapacidades físicas no diagnóstico demonstra passividade dos serviços, já que o risco de seu aparecimento aumenta com o retardo no diagnóstico (Souza et al, 2010). Resultados superiores aos por nós encontrados foram relatados no estudo de Lana (2007), no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, Brasil, onde 18,6% dos menores de 15 anos com hanseníase apresentavam algum grau de incapacidade física, sendo 4,4% com grau de incapacidade física 2. Já a avaliação de menores de 15 anos com hanseníase em Manaus, entre 1998 e 2005, a despeito dos níveis hiperendêmicos ou muito altos da epidemia naquela localidade neste período, revelou apenas 2,9% com incapacidades físicas (IMBIRIBA et al., 2008). É importante ressaltar que as incapacidades físicas poderão repercutir durante toda a vida, tanto em termos físicos, quanto em termos sociais, psicológicos e comportamentais (ALENCAR et al., 2008).

Em relação ao tempo entre a data do diagnóstico e a data do preenchimento do PCID < 15, observou-se quase dois terços de fichas com retardo no preenchimento; este dado é preocupante, uma vez que pode levar à imprecisão dos registros e omissão de algumas informações, por esquecimento ou dificuldades na coleta dos dados com os familiares do paciente. O descompasso entre o diagnóstico do caso, sua notificação no SINAN e o envio do PCID < 15 descaracteriza o objetivo do MS de utilização deste instrumento para validação do caso e como informação complementar aos dados do SINAN.

Uma vez existindo o PCID < 15, acreditamos ser importante investir em treinamentos para os responsáveis pela coleta e encaminhamento das informações dos mesmos, além da criação de mecanismos que incentivem o comprometimento e a percepção da importância dessas ações. A qualidade e a fidedignidade no preenchimento dos dados das fichas dos PCID < 15 devem ser incentivadas.

Percebeu-se a necessidade de estabelecer um fluxo de recebimento das fichas na Gerência de Dermatologia Sanitária da SES-RJ em tempo hábil para as ações necessárias à validação dos casos de hanseníase. O fluxo de retorno, atualmente, é feito através de contato telefônico, por mala direta, por fax, ou em mãos, entre o nível municipal e a GDS/SES-RJ, de forma não sistematizada, uma vez que não existe um prazo estabelecido para a notificação dos casos no PCID < 15; isso dificulta o acesso aos dados, ao contrário do que ocorre com os dados informatizados do SINAN.

Para a fidedignidade do monitoramento dos casos através das fichas PCID < 15, entendemos ser de grande relevância a informatização destes dados, incluindo a capacitação de recursos humanos para alimentação do banco de dados. A consolidação dos dados do PCID < 15 de forma não informatizada não permite a emissão de relatórios de incidência, de conferência e de acompanhamento. Os dados de incidência são importantes por permitirem informações sobre todos os casos notificados. A análise da situação dos casos de hanseníase em menores de 15 anos amplia a discussão sobre a situação epidemiológica e problemas operacionais na rede de serviços de saúde, especialmente nesta faixa etária.

Para correção dessa fragilidade, sugere-se desenvolver um sistema integrado das informações do PCID <15 com o SINAN, de forma que ao reconhecer o SINAN o cadastro de um caso em menor de 15 anos com hanseníase, esse sistema redirecione para uma tela para o preenchimento dos dados complementares dos menores de 15 anos, havendo assim minimização de erros devido à informatização dos dados e consequente aumento da sua confiabilidade.

Mesmo com as deficiências relatadas anteriormente, a análise das fichas do PCID < 15 proporcionou um "retrato" da situação epidemiológica dos casos de hanseníase em menores de 15 anos nos municípios prioritários, e, indiretamente um instrumento para monitoramento das ações de controle da hanseníase nas unidades notificadoras.

Considera-se importante o aprimoramento das fragilidades observadas neste estudo e sugere-se investimento em treinamentos para os responsáveis pela coleta e encaminhamento das informações, além da criação de mecanismos que incentivem o comprometimento e a percepção da importância dessas ações.

Mais da metade dos dados do PCID < 15 estão também no SINAN, nos levando à conclusão de que este instrumento talvez tenha que ser repensado na sua forma e necessidade, para que não venha a se tornar mais um papel a ser preenchido, aparentemente não tão substancial como complementação do SINAN. Sabemos que há uma sobrecarga de atividades burocráticas recaindo sobre os profissionais de saúde que atuam nas unidades básicas. Acreditamos que a necessidade de manutenção do PCID < 15 deva ser reavaliada pelo Ministério da Saúde. Sugerimos, portanto, que sejam realizados estudos comparativos entre os dados constantes no PCID < 15 e aqueles do SINAN, para subsidiar a tomada de decisões com relação à sua manutenção.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ALENCAR, Carlos Henrique Moraes de et al. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995 – 2006). *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. esp., p. 694-700, 2008.
- 2 BAIALARDI, Katia Salomão. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansenologia Internationalis*, v. 32, n. 1, p. 27-35, 2007.
- 3 BRASIL. Ministério da Saúde. Hanseníase. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1466 Acesso em 07 de fevereiro de 2012.
- 4 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília, 2010.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Roteiro para uso do SINAN net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais (Versão Preliminar). Brasília: SVS, 2008b.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 195 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 21).
- 7 BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Nota Técnica nº 14/2008 PNCH/DEVEP/SVS/MS. Brasília, 2008e.
- 8 Brasil. Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/graf_1_1_situacao_epidemiologica_2010.pdf Acesso em 24 de janeiro de 2012.
- 9 DUPPRÉ, N. C. Efetividade da vacinação com BCG na proteção contra a hanseníase entre os contactantes de formas multibacilares de hanseníase. 1998. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1998.
- 10 FLACH, D M A M, et al. Análise da série histórica do período de 2001 a 2009 dos casos de hanseníase em menores de quinze anos, no Estado do Rio de Janeiro. *Hansenologia Internationalis*, v. 35, n. 1, p. 13-20, 2010.
- 11 IMBIRIBA, E B, Hurtado-Guerrero J C, Garnelo L, Levino A, Cunha M G, Pedrosa V. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 6, p. 1021-1026, 2008.
- 12 LANA, F C F, Amaral E P, Lanza F M, Lima P L, Carvalho A C N, Diniz L G. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha - MG. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 6, nov./dez. 2007.
- 13 SOUZA, Claudia Fernanda Dias et al. A importância do diagnóstico precoce de hanseníase na prevenção de incapacidades. *Hansenologia Internationalis*, v. 35, n.2, p. 61-66, 2010.
- 14 VALLE, C L P e et al. Situação da hanseníase no estado do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2009. *Revista do Hospital Pedro Ernesto - UERJ*, ano 10, p. 9-19, jan./mar. 2011.


Quadro 1 Casos novos de hanseníase (CN), coeficiente de detecção por 100.00 habitantes em menores de 15 anos (CD < 15) e parâmetros do Ministério da Saúde nos municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro, anos 2009 e 2010.

Municípios	2009			2010		
	CN	CD < 15	Parâmetros	CN	CD < 15	Parâmetros
Araruama	7	26,44	Hiperendêmico	1	3,93	Alto
Belford Roxo	5	3,65	Alto	3	2,57	Alto
Campos dos Goytacazes	9	8,79	Muito alto	6	5,59	Muito alto
Duque de Caxias	12	5,23	Muito alto	17	8,27	Muito alto
Guapimirim	1	7,76	Muito alto	1	7,85	Muito alto
Itaboraí	5	8,51	Muito alto	3	5,88	Muito alto
Itaguaí	3	10,66	Hiperendêmico	1	3,74	Alto
Japeri	8	27,42	Hiperendêmico	2	8,07	Muito alto
Magé	4	6,2	Muito alto	2	3,56	Alto
Maricá	3	11,27	Hiperendêmico	0	0	
Mesquita	2	4,32	Alto	2	5,24	Muito alto
Nova Iguaçu	6	2,64	Médio	9	4,72	Alto
Paracambi	1	10,29	Hiperendêmico	0	0	
Parati	1	10,21	Hiperendêmico	2	20,9	Hiperendêmico
Queimados	2	5,19	Muito alto	0	0	
Resende	1	3,29	Médio	2	7,61	Muito alto
Rio Bonito	0	0		0	0	
Rio de Janeiro	29	2,25	Médio	40	3,26	Alto
São Gonçalo	3	1,37	Médio	5	2,42	Médio
São João de Meriti	2	1,73	Médio	8	7,65	Muito alto
Volta Redonda	3	5,39	Muito alto	1	1,97	Médio

Figura 1 Frente do Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos – PCID < 15. Fonte: Ministério da Saúde.

ANEXO II

FRENTE



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica
de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

1 - Unidade de Saúde: _____

2 - Município: _____ 3 - UF: _____

4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____

6 - Nome da Mãe: _____

7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos

9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____

11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____

12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?

Menos de 6 meses De 6 meses há 1 ano Mais de 1 ano

13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? Não Sim

Qual o problema/doença havia sido identificado? _____

14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? Não Sim Quantas? _____

15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? Não Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____

17 - Tipos/características de lesões:

Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade

Mancha(s) com alteração da coloração da pele c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade

Placas eritematomatosas com bordas elevadas c/ alter. sensibilidade s/ alter. sensibilidade

Nódulos/pápulas Infiltração Outras (especificar): _____

18 - Cicatriz de BCG: Nenhuma Uma Duas ou mais

19 - Existem áreas com rarefação de pelo?

não sim Onde? _____

20 - Existem nervos acometidos?

não sim Quantos? _____

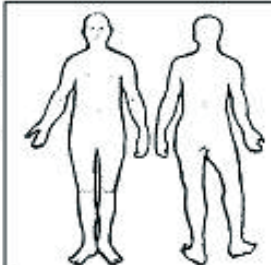
21 - Teste de Histamina:

não realizado realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	O l h o			M ã o			P é		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura do tornozelo			



24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? não sim

25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: PR MG

26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____

27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.

SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS

Figura 2 Verso do Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos – PCID < 15. Fonte: Ministério da Saúde.

VERSO

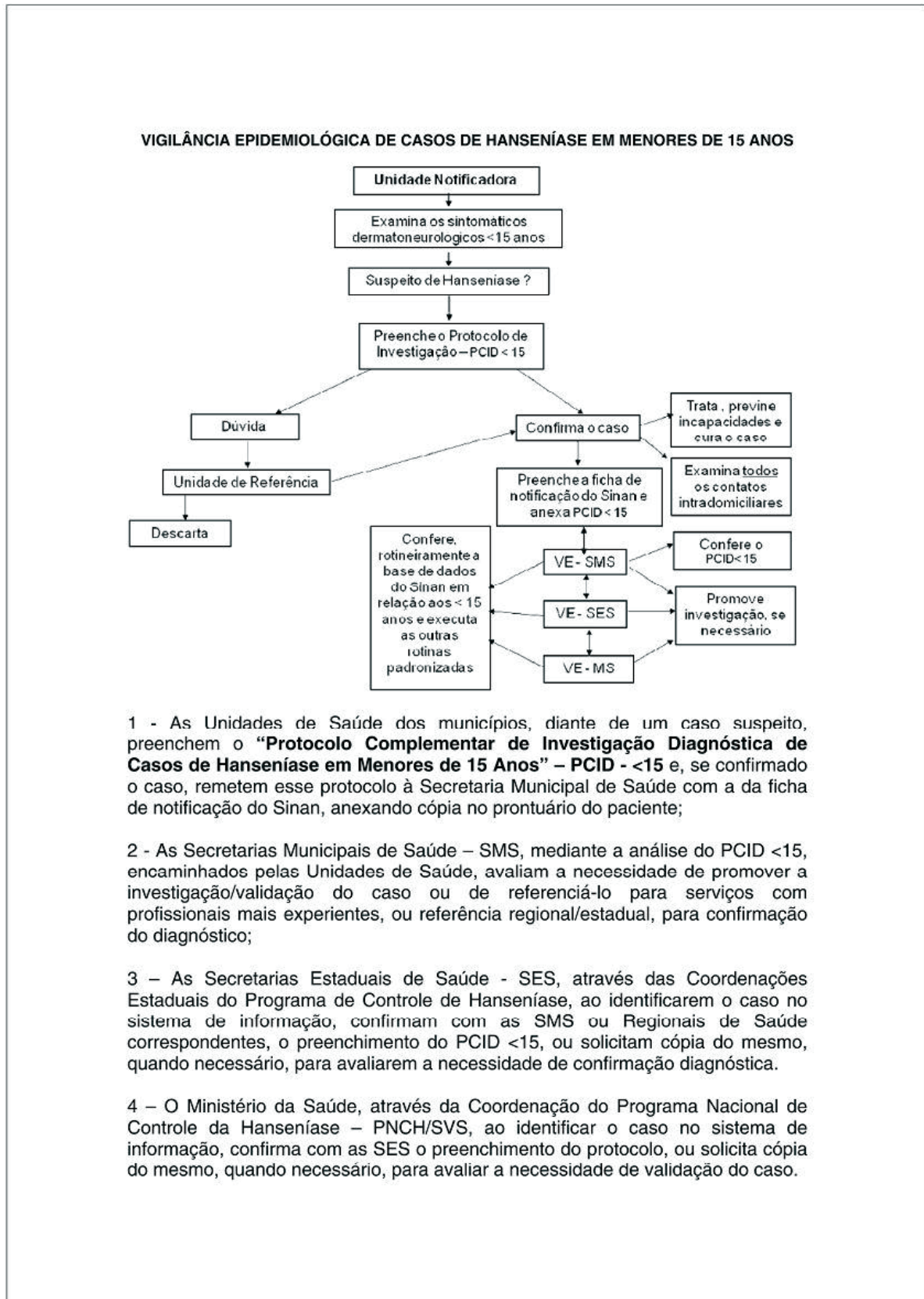


Tabela 1 Perfil epidemiológico e clínico dos casos de hanseníase em menores de 15 anos segundo o PCID < 15. Municípios prioritários/RJ, 2009 e 2010. Fonte: GDS/SES-RJ.

VARIÁVEL	CATEGORIA	NÚMERO	PORCENTAGEM
Idade (anos)	1 a 4	7	7,7
	5 a 9	41	45,0
	10 a 14	43	47,3
Sexo	masculino	75	44,1
	feminino	95	55,9
Tempo de residência (anos)	1 a 5	24	18,3
	6 a 15	107	81,7
Primeiros sinais e sintomas (meses)	< 6	46	28,4
	6 a 12 ou > 12	116	71,6
Tratamento anterior	sim	31	18,9
	não	133	81,1
Problemas de pele na família	sim	87	54,7
	não	72	45,3
Número de pessoas da família com problemas de pele	nenhuma	72	47,7
	uma	45	29,8
	duas	21	13,9
	3 ou +	12	8,6
Hanseníase na família	sim	95	58,6
	não	67	41,3
Número de pessoas da família com hanseníase	nenhuma	67	41,4
	uma	57	35,2
	duas	20	12,3
	3 ou +	18	11,1
Número de lesões na pele (n= 158)*	1 a 5 lesões	134	85,0
	> 5	24	15,0
Cicatrizes de BCG (n= 141)*	nenhuma	23	16,3
	uma	102	72,3
	duas ou +	16	11,3
Área com rarefação de pelo (n= 167)*	sim	23	13,8
	não	144	86,2
Nervos acometidos (n= 157)*	sim	28	17,8
	não	129	82,2
Teste de histamina (n= 164)*	realizado	12	7,3
	não realizado	152	92,7

*n refere-se ao número de registros válidos, excluídos os "missing".

Tabela 2 Distribuição dos casos em menores de 15 anos por grau de incapacidade, segundo sexo e idade. Municípios prioritários do estado do Rio de Janeiro, 2009 e 2010.

MASCULINO								
GIF	0		I		II		Total	
Idade	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
0 a 4	1	1,6	0	0	0	0	1	1,6
5 a 9	23	37	0	0	0	0	23	37,1
10 a 14	34	54,8	3	4,8	1	1,6	38	61,3
Total	58	93,5	3	4,8	1	1,6	62	100
FEMININO								
0 a 4	6	7,9	0	0	0	0	6	7,9
5 a 9	28	36,8	2	2,6	1	1,3	31	40,8
10 a 14	32	42	5	6,6	2	2,6	39	51,3
Total	66	86,8	7	9,2	3	3,5	76	100
TOTAL								
0 a 4	7	5,1	0	0	0	0	7	5,1
5 a 9	51	36,9	2	1,4	1	0,7	54	39,1
10 a 14	66	47,8	8	5,8	3	2,1	77	55,8
Total	124	89,8	10	7,2	4	2,9	138	100