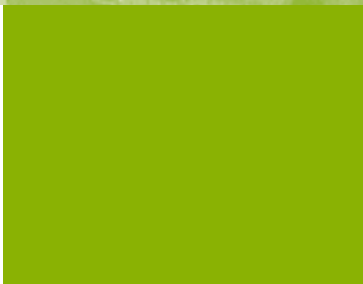




## A INTERPRETAÇÃO DOS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DA LEPROSA



Direitos autorais © ILEP, Londres, Reino Unido

Este livro pode ser copiado ou reproduzido para atender a necessidades locais, sem antes obter a permissão dos autores ou editores, desde que as partes reproduzidas sejam distribuídas gratuitamente ou vendidas a preço de custo – sem fins lucrativos. Para qualquer reprodução com fins comerciais, é necessário, primeiro, obter permissão da ILEP. Toda reprodução deverá citar a fonte. Favor enviar cópias do material adaptado para a ILEP.

Elaborado pela Comissão Médico-Social da ILEP.

Se desejar tecer comentários sobre este livro, obter cópias adicionais ou detalhes de outros materiais publicados relacionados à hanseníase, favor dirigir-se à ILEP no endereço a seguir:

The International Federation of Anti-Leprosy Association (ILEP)  
[Federação Internacional de Associações Anti-Hanseníase]  
234 Blythe Road , London W14 0HJ, Grã Bretanha  
e-mail: [ilep@ilep.org.uk](mailto:ilep@ilep.org.uk) Endereço na internet: [www.ilep.org.uk](http://www.ilep.org.uk)

# Índice

Resumo .....	3
Introdução.....	4
<b>I. Princípios Gerais.....</b>	<b>5</b>
1. Confiabilidade dos dados.....	5
2. O denominador.....	5
3. Validade das medidas.....	6
4. Tendências e análises isoladas.....	7
5. Apresentação dos dados.....	8
<b>II. Indicadores da ILEP.....</b>	<b>9</b>
1. Prevalência e taxa de prevalência.....	9
2. Detecção de casos e taxa de detecção.....	11
3. Proporção de casos MB.....	12
4. Proporção de crianças.....	13
5. Proporção de novos casos, avaliados segundo suas incapacidades.....	15
6. Proporção de novos casos, que apresentam incapacidades.....	15
7. Conclusão da MDT: lesão cutânea única - ROM.....	17
8. Conclusão da MDT: PB.....	17
9. Conclusão da MDT: MB.....	18
10. Recidivas.....	19
<b>III. Outros indicadores úteis.....</b>	<b>21</b>
11. Proporção de pessoas que desenvolvem novas incapacidades ao longo do tratamento.....	21
12. Proporção de pessoas que começaram o tratamento com corticosteroides.....	21
13. Taxa de conclusão de tratamento com corticosteroides.....	22
14. Proporção de mulheres.....	23
15. Proporção de unidades sanitárias com MDT.....	23
<b>IV. Exemplos de interpretação.....</b>	<b>24</b>
Glossário.....	33
Anexo 1: Formulário B1 da ILEP.....	35



## RESUMO

Este estudo examina os seguintes indicadores:

- *A prevalência e taxa de prevalência* oferecem alguma indicação quanto à carga de trabalho a ser enfrentada, mas o seu significado em termos epidemiológicos é limitado.
- *A detecção de casos e taxa de detecção* são indicadores que permitem avaliar os índices de incidência e são os indicadores mais úteis para obter uma estimativa da magnitude do problema e da transmissão da doença. Os dados relativos à detecção de casos são também essenciais para calcular a quantidade de medicamentos necessária.
- *A proporção de casos MB* pode ajudar a avaliar a magnitude da possível fonte de transmissão. Este indicador também é importante para o cálculo dos medicamentos necessária.
- *A proporção de crianças* oferece uma maior compreensão da transmissão recente e é importante para calcular a quantidade de medicamentos necessários.
- *A proporção de casos novos, avaliados segundo suas incapacidades*, é um dos indicadores básicos para medir a eficácia das actividades de prevenção de incapacidades.
- *A proporção de casos novos que apresentam incapacidades* é um outro indicador básico empregado para medir a eficácia da prevenção das incapacidades. Além disso, este indicador ajuda a avaliar qual o lapso entre a aparição da doença e seu diagnóstico e é de auxílio na interpretação das tendências da detecção de casos.
- *As taxas de conclusão da MDT* são muito importantes para avaliar a qualidade do acompanhamento oferecido aos pacientes.
- *As recidivas* são importantes para monitorar a eficácia da MDT.

O estudo faz referência também a outros indicadores úteis:

- *A proporção de pessoas que desenvolvem novas incapacidades ao longo do tratamento* mede a eficácia da prevenção de incapacidades durante a MDT.
- *A proporção de pessoas que começaram o tratamento com corticosteroides* indica a eficácia do acompanhamento oferecido a pessoas que têm sofrido reacções lepróticas.
- *As taxas de conclusão do tratamento com corticosteroides* mostram a qualidade do seguimento dado a pessoas que têm apresentado reacções.
- *A proporção de mulheres* pode dar uma indicação sobre o grau de acessibilidade dos serviços de combate à lepra para as mulheres.
- *A proporção de unidades sanitárias com MDT* dá uma ideia do nível de integração dos serviços de tratamento da lepra no sistema de saúde em geral, bem como de quão acessíveis são estes serviços às pessoas afectadas pela lepra.



# INTRODUÇÃO

Os principais objectivos dos programas de controle da Lepra são geralmente curar as pessoas afectadas pela doença, parar sua transmissão e prevenir as incapacidades. Ao tentar alcançar estes objectivos, é fundamental medir os avanços conseguidos. Esta é a razão pela qual são utilizados indicadores.

A finalidade deste estudo é analisar os indicadores recomendados pela ILEP em seu questionário B1 – que trata da detecção, da MDT e da prevenção das incapacidades – e discutir sua interpretação.

A interpretação dos questionário B2 (acompanhamento/hospital/actividades não relacionadas directamente à Lepra) e B3 (actividades sócio-econômicas do programa) – que tratam principalmente das actividades e se as pessoas aproveitam os benefícios que lhes são oferecidos – é muito menos problemática, e por esta razão esses dois questionários não são discutidos neste estudo.

Se usados correctamente, os indicadores são instrumentos de muito valor. Eles podem facilitar a supervisão dos programas para que sejam feitas as mudanças necessárias e para que os objectivos gerais sejam alcançados. Os indicadores podem influenciar a maneira como o pessoal envolvido nos diferentes programas emprega o tempo à sua disposição. Por exemplo, o pessoal pode acabar por concentrar-se em factores que serão medidos e ignorar os que, por outro lado, não serão avaliados.

No entanto, os indicadores têm também suas limitações: as conclusões que deles se tirar nem sempre serão correctas. A primeira parte deste estudo apresenta alguns princípios gerais que deveriam ser levados em consideração na hora de interpretar os dados recolhidos. A segunda parte examina os indicadores da ILEP, enquanto a terceira parte apresenta alguns indicadores adicionais que, no momento, não são exigidos pela ILEP. A fim de esclarecer as questões em jogo, a quarta parte inclui exemplos tirados de programas já implementados. Seguem um glossário de termos e o formulário B1 da ILEP, juntamente com notas explicativas.

Esperamos que este estudo permita aos directores e supervisores deste programa de luta contra a Lepra perceber melhor a situação actual em contextos diferentes. Isso deveria ajudá-los a implementar as mudanças necessárias para tornar seus programas mais eficazes.

A Comissão Médico-Social da ILEP





# I. PRINCÍPIOS GERAIS

Um indicador é um meio útil e simples de monitorizar o progresso de um programa. O ideal seria que o indicador fosse fácil de avaliar e capaz de mostrar até que ponto um objectivo importante está sendo alcançado. Infelizmente, a realidade é que isso nem sempre acontece. Entre os problemas mais comuns estão os seguintes:

## 1. Confiabilidade dos dados

Os dados básicos foram recolhidos de forma adequada da pessoa afectada de Lepra ou tirados de sua ficha médica? Esta é a primeira pergunta que tem que ser feita sobre um indicador. E convém fazê-la antes de proceder a interpretação dos dados. Caso contrário, existe o risco de que os dados sejam interpretados erradamente, o que pode prejudicar a gestão do programa. A confiabilidade dos dados depende do pessoal que cuida das pessoas em tratamento, dos que se ocupam do registro dos dados relativos a essas actividades e dos que procuram os dados nas fichas e registros clínicos. Seguem alguns exemplos de comportamento que podem fazer com que os dados recolhidos não sejam confiáveis:

- Se as pessoas não são examinadas com cuidado, algumas manchas cutâneas podem passar despercebidas, o que pode fazer com que não seja diagnosticada a lepra ou que pacientes MB sejam classificados erradamente como sendo do tipo PB.
- Testes de sensibilidade das manchas cutâneas podem não ser feitos de forma apropriada, o que pode levar a um diagnóstico errado.
- O registo de dados pode ser inexacto, fazendo com que os relatórios elaborados não reflectam a situação real.

A confiabilidade dos dados pode ser mantida supervisionando o trabalho regularmente e detalhadamente e verificando os dados à disposição. Isso pode ser feito da seguinte maneira:

- Fazendo os cálculos de maneiras diferentes.
- Comparando os resultados com informações afins: pode haver, por exemplo, algum erro se a proporção de casos MB for maior entre crianças do que entre adultos, ou se a taxa de conclusão do tratamento for mais alta entre pessoas afectadas pela lepra de tipo MB do que as que apresentam o tipo PB.

- Comparando os resultados com os provenientes de outras áreas geográficas: se a proporção de novos pacientes com incapacidades for muito menor em uma determinada área do que em outras onde aparentemente são oferecidos os mesmos serviços, é possível que essas pessoas não tenham sido examinadas com o devido cuidado para averiguar suas incapacidades.
- Comparando os resultados com os dados recolhidos anteriormente: qualquer variação repentina e aguda de um indicador, tanto no sentido de um aumento quanto de uma diminuição, deve ser considerada cautelosamente e deve-se perguntar – “não estarão os dados à disposição errados?”

## 2. O denominador

Uma parte importante de qualquer taxa ou proporção é o *denominador*, ou seja, a população onde são encontrados os casos observados. Por exemplo, dentro da proporção de crianças, o denominador equivale ao total de novos casos detectados, enquanto o numerador equivale ao número de crianças de 0 a 14 anos de idade encontradas entre eles. O processo de chegada a um denominador correcto é cheio de possíveis problemas. Por exemplo, em algumas áreas pode haver grandes diferenças entre a população à qual se dirige o programa de controle da lepra e a população que realmente se beneficia do programa. Conforme a população escolhida para o denominador, o grau do problema será muito diferente.

Tabela 1: A província Bandundu, na República Democrática do Congo, 1998

	Taxa de 'Prevalência' (por 10.000)	
Pessoas registradas para receber tratamento		
No final do ano	646	
População total	5.303.599	→ 1.22
População alcançada	2.675.196	→ 2.41

No que diz respeito à proporção ou taxa, o numerador deveria ser um subgrupo de pessoas incluídas no denominador.

Na realidade, isso nem sempre acontece: algumas pessoas afectadas pela lepra acabam por receber tratamento em áreas diferentes de onde vivem.

Há várias explicações para isso:

- a ausência de serviços de combate à lepra na área onde as pessoas vivem;
- o medo de certas pessoas de serem reconhecidas como vítimas da lepra na região onde vivem;
- a boa fama de um centro de tratamento de lepra numa área vizinha;
- o fato de as pessoas em questão serem trabalhadores sazonais.

Embora seja importante incluir essas pessoas nas estatísticas, a fim de ter uma ideia mais clara da carga de trabalho numa determinada área, é importante que, ao tentar analisar uma situação epidemiológica, sejam levadas em consideração suas circunstâncias pessoais.

### 3. Validade dos dados

Mesmo que cada um dos dados à disposição tenham sido recolhidos de maneira correcta, temos certeza que, em conjunto, nos permitem ter uma visão geral verídica da situação? A validade das medidas pode ser prejudicada por vários factores:

#### *Dificuldades na medição de estatísticas importantes*

Embora queiramos medir situações reais, na prática o que medimos depende da nossa percepção delas. Por isso, a nossa perspectiva pode, muitas vezes, ser apenas parcial ou definida por idéias preconcebidas.

O exemplo mais óbvio é a prevalência da lepra. A prevalência concerne todos os casos que necessitam de quimioterapia. Infelizmente, é muito difícil medi-la com precisão, já que casos que não foram identificados não podem ser contados sem que para isso se faça um censo da população total. É muito mais fácil contar o número de pessoas que foram registradas para receber tratamento. No entanto, esse número pode ser inferior à cifra relativa à prevalência (ver adiante).

#### *Ligação entre indicadores e factores operacionais*

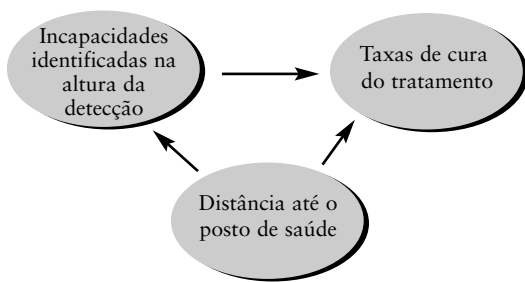
A distinção feita acima entre prevalência verdadeira e prevalência registrada se aplica à maioria dos outros indicadores: sua interpretação é possível apenas com base nas actividades efectuadas. Por exemplo, uma porcentagem alta de crianças entre os casos novos pode ser o resultado de um índice particularmente alto de transmissão ou de campanhas enérgicas de detecção da doença visadas aos alunos das escolas.

#### *Mudança de definição*

O significado de alguns conceitos empregados no trabalho de combate à lepra tem mudado com o tempo. Antes de 1988, a definição de um “caso de lepra” incluía pessoas que necessitavam de tratamento ou que estavam sendo tratadas, pessoas em observação após terem sido tratadas, além de pessoas que precisavam de cuidados especiais por causa de incapacidades mais antigas. Desde 1988, no entanto, considera-se “um caso de lepra” uma pessoa que apresenta sinais clínicos de lepra, com ou sem confirmação bacteriológica, e que precisa de quimioterapia. Esta mudança na definição tem acarretado uma redução significativa na prevalência da lepra. Do mesmo modo, a definição do que é um caso multibacilar (MB) tem-se ampliado ao longo dos anos. O resultado disso tem sido a inclusão de um maior número de pessoas na categoria de casos MB.

#### *Presença de factores desconcertantes*

Um factor desconcertante dificulta a medição exacta da associação entre o resultado estudado e um outro factor, tal como o contacto com a doença. Um factor pode apenas ser confundido quando está relacionado tanto ao contacto mencionado acima quanto ao resultado. Por exemplo, as estatísticas podem revelar que as taxas de conclusão do tratamento entre as pessoas que apresentam incapacidades na altura do diagnóstico são inferiores às de outros casos. Neste contexto, um factor que pode criar incerteza pode ser a distância entre a morada das pessoas afectadas pela lepra e o posto de saúde mais próximo: caso elas vivam longe, há uma probabilidade maior de que sua doença seja detectada tardiamente. Além disso, é mais provável que não compareçam com regularidade ao posto para serem tratadas. A verdadeira causa das baixas taxas



de conclusão do tratamento é, portanto, a distância entre o lugar onde as pessoas vivem e o posto de saúde, não o fato que já apresentavam incapacidades na altura em que a doença foi detectada.

#### **4. Tendências e análises isoladas**

A tendência revelada pela maioria dos indicadores ao longo de um período de tempo – alguns anos, por exemplo – é muito mais esclarecedora do que as informações obtidas através de análises de casos isolados. O estudo das tendências que surgiram ao longo do tempo é também uma maneira de se certificar da validade dos dados à disposição. Contudo, quando as condições operacionais mudam, as tendências devem ser interpretadas com cautela.

#### **5. Apresentação dos dados**

A maneira em que os dados são apresentados pode influir sobre o modo como são recebidos. Por exemplo, embora os gráficos sejam em geral mais fáceis de entender do que as tabelas, eles podem às vezes dar uma impressão errada, devido à escala dos eixos.



## II. INDICADORES DA ILEP

### 1. Prevalência e taxa de prevalência

*Definições:* A prevalência equivale ao número de pessoas afectadas pela *lepra* que, no final do ano de trabalho, estão registradas para receber quimioterapia. A taxa de prevalência é obtida dividindo o número de casos de *lepra* registrados para receber quimioterapia no final do ano pelo número de habitantes da área. Ela se exprime, em geral, em termos de taxa por 10.000 habitantes.

*Validade:* A prevalência deveria se referir ao número de pessoas que precisam de quimioterapia ou que precisariam recebê-la. Na prática, no entanto, se refere apenas àquelas pessoas que estão registadas para receber o tratamento. As pessoas afectadas pela doença mas que não foram detectadas, ou aquelas que abandonaram o tratamento há algum tempo, não são levadas em consideração. Além disso, algumas pessoas figuram nos registros por um período demasiado: por exemplo, nem sempre a alta que recebem é registrada assim que terminam a quimioterapia. A prevalência registrada pode mudar de maneira brusca se a duração do tratamento for alterada, tal como quando a duração do tratamento MDT para casos MB passou de vinte e quatro para doze meses. De acordo com a definição proposta neste estudo, este indicador geralmente dá um valor que é inferior à taxa real de prevalência. Ele pode, no entanto, oferecer uma estimativa acima do nível real, tal como quando são lançadas grandes campanhas de detecção levadas adiante com a ajuda de agentes de saúde inexperientes. A taxa real de prevalência da lepra é difícil de ser medida: estimativas válidas só podem ser obtidas através de pesquisas feitas de *amostras aleatórias*, cuja organização é difícil, demorada e dispendiosa.

*Relevância:* A prevalência não permite ter uma idéia verídica da epidemiologia da lepra. Acima de tudo, ela dá a medida da carga de trabalho à qual devem fazer frente os serviços de saúde em um determinado momento. Assim, a sua relevância se limita, na prática, aos aspectos operacionais do programa. Mesmo assim, até nesse papel limitado, este indicador pode induzir ao erro: por exemplo, muitos casos detectados ao longo de um ano não são incluídos na prevalência calculada anualmente – é provável

que um caso de lepra PB detectado no primeiro semestre do ano não esteja mais sendo curado antes do fim de dezembro.

A taxa de prevalência tem uma vantagem como indicador com relação à prevalência expressa em cifras absolutas: ela leva em consideração o tamanho da população. Por isso, a dimensão do problema em áreas diferentes pode ser comparada em termos teóricos. Contudo, o que se mede depende a tal ponto de actividades concretas (detecção de casos) e práticas de trabalho (duração do período em que os casos figuram nos registros) que o indicador acaba oferecendo uma medida pouco válida da morbidade real da lepra em uma determinada população.

Segundo a definição da OMS, a “eliminação” da lepra acontece quando a taxa de prevalência cai para menos de um caso por 10.000 habitantes. Esta definição apresenta certas falhas:

- A taxa a que se visava quando do lançamento dos programas de eliminação era a da prevalência real e não a da prevalência dos casos registrados.
- A taxa de um caso a cada 10.000 habitantes é completamente arbitrária.
- A estratégia implementada para a eliminação da lepra tinha como hipótese que a transmissão cairia assim que a prevalência ficasse abaixo de um nível crítico. Nenhuma prova científica sustenta esta hipótese, quando da queda na taxa de prevalência como resultado da redução da duração do tratamento e não de uma diminuição da incidência da doença. Por isso, a taxa de prevalência é, muitas das vezes, irrelevante.

*Interpretação:* A prevalência e a incidência estão, evidentemente, relacionadas. Numa situação estável, a relação entre elas pode ser expressa da seguinte maneira:

$$\text{Prevalência} = \text{incidência} \times \text{duração da doença}$$

Portanto, a prevalência pode chegar a índices elevados tanto devido ao facto da incidência ser alta quanto ao facto da doença ter duração longa (a duração da doença é calculada a partir do aparecimento dos sintomas até a conclusão do

tratamento). Como o indicador mencionado aqui se refere à prevalência registrada, este relacionamento deve ser definido nos termos seguintes:

Prevalência registrada = detecção de casos x período de permanência nos registros

Um outro obstáculo à utilidade da prevalência como indicador diz respeito à definição da área ou população em questão. É sabido que a lepra pode distribuir-se de maneira desigual, e, por trás de uma taxa aparentemente baixa de prevalência em nível nacional, podem existir áreas em que as taxas de prevalência, em nível local, sejam mais altas. Encontramos um exemplo disso na Nigéria:

Tabela 2: Taxas de prevalência registradas em certos Estados da Nigéria (Relatório Anual da ILEP 1999-2000)

	Taxa de prevalência (casos registrados) Por 10.000 habitantes
Nigéria (território nacional)	0,65
Estado do Niger	0,19
Estado do Kano	1,21
Estado do Jigawa	3,16

Em nível mundial, o denominador a ser utilizado é constituído do total da população para calcular a taxa de prevalência da lepra. O resultado pode produzir dados poucos claros, já que é sabido que, em vários países, a lepra é já não existe.

Tabela 3: Factores que influenciam a taxa de prevalência registrada

Aumentada por...	Reduzida por...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altas taxas de transmissão da doença.</li> <li>• Uma detecção mais activa de casos.</li> <li>• Tratamento de duração mais longa do que o normal.</li> <li>• Não actualizar os registos de pacientes que completaram o tratamento, que morreram, mudaram para outra localidade ou de pessoas perdidos de vista ou abandonos.</li> <li>• Um diagnóstico errado (que peca por excesso).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taxas de transmissão da doença pouco elevadas.</li> <li>• Uma mudança de uma prática de detecção ativa para uma passiva.</li> <li>• Um tratamento de duração mais curta.</li> <li>• Limpar os registos.</li> <li>• Um diagnóstico errado (que peca por insuficiência).</li> </ul>

A diminuição significativa da taxa de prevalência observada na maioria dos países nos últimos quinze anos deve-se principalmente a um encurtamento da duração do tratamento. Embora isso signifique uma redução da carga de

trabalho para os agentes de saúde, seria perigoso atribuir um significado excessivo a essa diminuição.

## 2. Detecção de Casos e Taxa de Detecção

*Definições:* A detecção de casos equivale ao número de casos novos de lepra detectados ao longo do ano. A taxa de detecção se obtém dividindo o número de novos casos de lepra e detectados ao longo do ano pelo número de habitantes da área. Em geral, a taxa é relativa a um total de 10.000 ou 100.000 habitantes.

*Validade:* O melhor indicador da transmissão da lepra é sem dúvida a taxa de incidência. Essa, no entanto, é quase impossível de ser medida, já que para isso seria necessário examinar a população como um todo em intervalos regulares. Portanto, devemos utilizar a detecção como indicador de substituição para a incidência. No entanto, isso pode causar alguns problemas:

- Ela é influenciada directamente pelas actividades de detecção de casos.
- Alguns dos casos recentemente detectados podem ser, na verdade, pessoas que contraíram a lepra há algum tempo (talvez anos).
- Por outro lado, pode acontecer de algumas pessoas que apresentam sintomas clínicos só serem detectadas após anos e não serem incluídas entre os casos detectados no ano em curso.

Foram feitas algumas tentativas de apresentar cifras relativas à incidência com base na detecção de casos e nas estimativas do prazo estimado antes do diagnóstico. Estas tentativas têm revelado a natureza complexa do processo. Além disso, a confiabilidade das estimativas dos lapsos em questão é sempre discutível.

*Relevância:* Apesar das limitações descritas acima, a taxa de detecção de casos é provavelmente o indicador mais útil para avaliar a transmissão da lepra numa determinada área. Deveria, também, servir para o cálculo dos medicamentos necessários.

*Interpretação:* Como foi mencionado acima, o número de casos detectados em uma determinada população depende principalmente das actividades de detecção. Portanto, esse número reflecte a eficácia do programa de controle da lepra. Campanhas activas de detecção de casos,

sejam elas direccionadas à população total de uma região ou apenas a grupos específicos (tal como os alunos das escolas), levarão à detecção de um número mais alto de casos do que se o programa depender que as pessoas que suspeitem ter a doença apresentem-se espontaneamente ao posto de saúde. Foi comprovado também que o número de casos detectados aumenta com a frequência dos exames clínicos: exames muito frequentes levarão à identificação de casos curados espontaneamente e dos quais, em outras circunstâncias, não se teria detectados (e que nunca teriam desenvolvido alguma incapacidade).

O sucesso da detecção de casos depende da conscientização, quanto à lepra, da população local e também dos agentes de saúde.

Tabela 4: Factores que influenciam a taxa de detecção de casos

Aumentada por...	Reduzida por...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma transmissão mais elevada da doença.</li> <li>• Uma detecção de casos mais eficaz.</li> <li>• A descoberta de casos em áreas onde há casos de hanseníase mas às quais não se tinha tido acesso antes.</li> <li>• Uma conscientização maior dos agentes de saúde e/ou da comunidade.</li> <li>• Um diagnóstico errado (que peca por excesso).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma redução da transmissão da doença.</li> <li>• Uma mudança de uma detecção de casos ativa para uma de tipo passiva.</li> <li>• Diminuição da conscientização por parte do pessoal da área de saúde e/ou da comunidade.</li> <li>• Um diagnóstico errado (que peca por insuficiência).</li> </ul>

Numa determinada população, é legítimo considerar as tendências da detecção de casos como sendo um verdadeiro reflexo da incidência, sempre que a proporção de novos pacientes detectados que apresentam incapacidades de grau 2 permaneça estável (ver a seguir).

### 3. Proporção de casos MB

**Definição:** A percentagem de casos MB entre o número total de novos casos de lepra detectados durante o ano.

**Validade:** A definição do que é um caso MB tem mudado de maneira considerável ao longo do tempo. Em 1981, quando um grupo de estudo da OMS recomendou o uso da multidrogaterapia (MDT), a categoria MB incluía a lepra lepromatosa (L) e a lepra de casos limite (B) (de 'Borderline') de acordo com a classificação de

Madrid, e a lepra e LL, BL e BB de acordo com a classificação de Ridley e Jopling. Também incluía pessoas que tinham um índice bacteriológico (IB) de > 2 qualquer que seja o sítio do esfregaço.

Em 1988, o 6º comitê de especialistas da OMS recomendou que todas as pessoas que tivessem um IB positivo também fossem consideradas casos MB. Desde 1995, a recomendação tem sido de considerar como sendo casos MB todos os pacientes que apresentam mais de cinco manchas na pele onde perderam a sensibilidade, além dos que fizeram testes cutâneos cujos resultados foram positivos. O resultado dessas mudanças nas definições tem sido um aumento da proporção de casos MB entre os novos casos detectados.

**Relevância:** Como as pessoas portadoras de lepra do tipo MB são consideradas mais contagiosas do que outros casos e, portanto, mais responsáveis pela transmissão da doença, é importante saber quantos dentre os novos casos detectados se encaixam nessa categoria. Averiguar esses dados é importante também para calcular os medicamentos necessários.

**Interpretação:** A proporção de casos MB pode variar significativamente de um país para outro. Por isso, é impossível afirmar qual seria o valor "normal". No entanto, é possível identificar algumas tendências gerais nas diferentes etapas do programa de luta contra a lepra. Em geral, a proporção de casos MB entre os pacientes recém-detectados costuma ser alta no início do programa ou entre populações que só recentemente têm sido abrangidas pelos programas de luta contra a lepra. Isso é devido ao facto de os casos MB terem se acumulado ao longo dos anos e de alguns casos PB terem sido curados sem o auxílio de medicamentos, não apresentando mais nenhum sinal de doença activa, no começo do programa. No decorrer do programa, a proporção de casos MB tende a estabilizar-se em um nível inferior.

Já foi observado que, comparando-se com os casos que se apresentam espontaneamente, há uma maior probabilidade de as pessoas cuja doença tem sido detectada graças a uma campanha activa de detecção serem casos do tipo PB; se não tivessem se apresentado, alguns dentre estes casos teriam-se curado por si, enquanto outros teriam passado a apresentar a forma MB.

Como a lepra do tipo MB aparece com menos

frequência entre mulheres e crianças, a proporção dos casos deste tipo dependerá distribuição por idade e sexo da população examinada para fins de detecção de casos (crianças em idade escolar, por exemplo).

Tabela 5: Factores que influenciam a proporção de casos MB

Aumentada por...	Reduzida por...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O início de um novo programa de luta à hanseníase.</li> <li>• Uma definição alargada do que é um caso MB.</li> <li>• Uma mudança de uma detecção de casos ativa para uma passiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma mudança da fase inicial para uma intermediária do programa de luta contra a lepra.</li> <li>• Uma definição restrita do que é um caso MB.</li> <li>• Uma detecção ativa, incluindo levantamentos dos casos nas escolas.</li> </ul>

Assim, a proporção de casos MB pode se revelar um indicador epidemiológico útil para confirmar tendências relativas à detecção de casos. No entanto, a sua validade depende de uma definição fixa do que é um caso MB – a falta de uma definição deste tipo limita a validade deste indicador.

#### 4. Proporção de crianças

**Definição:** A percentagem de crianças entre os novos casos detectados ao longo do ano.

**Validade:** A definição do que é um caso de lepra e do que é uma criança são ambas bastante claras, e há, portanto, poucos factores que podem prejudicar a validade.

**Relevância:** Por definição, a infecção das crianças é sempre relativamente recente e, por isso:

- uma proporção elevada de crianças pode ser um sinal de uma transmissão activa e recente da doença.
- A proporção de crianças representa, portanto, um indicador epidemiológico importante.
- A proporção de crianças (ou melhor, o número de novos casos PB e MB entre crianças) é também uma medida útil para o cálculo das necessidades de medicamentos.

**Interpretação:** Presume-se sempre que, no início de um programa de luta contra a lepra, seja detectado um alto número de casos de pessoas idosas, entre as quais muitas terão incapacidades ou lepra do tipo MB. Em contrapartida, a proporção de crianças é geralmente baixa no início de um programa; em seguida, tende a alcançar níveis estáveis mais elevados. Em situações em que a transmissão diminui

entre a população em geral, é de se esperar que um número cada vez menor de crianças desenvolva a doença: a proporção de crianças deve, então, diminuir. Este é, porém, um processo muito lento.

Certos factores operacionais também podem influir na proporção de casos entre crianças. Uma detecção mais rigorosa (tal como um levantamento dos casos) levará a um aumento da proporção, porque a lepra é, muitas vezes, menos visível entre crianças do que entre adultos; muitas crianças têm o tipo de lepra PB, que desaparecerá por si, e sem a detecção não teriam sido identificadas como sendo portadoras da doença. Claramente, levantamentos cada vez mais frequentes nas escolas também levarão a um aumento da proporção de casos entre crianças. Por outro lado, esta proporção diminuirá com a detecção de casos em áreas às quais não se tinha tido acesso, porque revelará um certo número de casos acumulados ao longo dos anos. Finalmente, o aumento da imunidade entre a população, graças a factores naturais – como a selecção natural ou a imunidade provocada por outras infecções micobacterianas, tal como a tuberculose – ou graças à vacina BCG fará com que as crianças não fiquem infectadas, o que fará baixar a proporção de casos entre crianças.

Tabela 6: Factores que influenciam a proporção de casos entre crianças

Aumentada por...	Reduzida por...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma mudança da fase inicial para a fase intermediária da luta contra a lepra.</li> <li>• Uma detecção de casos mais rigorosa.</li> <li>• Uma detecção de casos de tipo activa, incluindo levantamento de casos nas escolas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma mudança da fase intermediária para a fase de eliminação da luta contra a lepra: redução da transmissão.</li> <li>• Detecção de casos em áreas às quais não se tinha tido acesso.</li> <li>• Aumento da imunidade entre a população.</li> </ul>

Na maioria dos programas, o limite entre o que é uma proporção alta e baixa de casos entre crianças parece ser por volta de 10%. Como acontece com os outros indicadores, a análise da tendência da proporção de casos entre crianças ao longo de um determinado período, e dentro de um só programa, é mais esclarecedora do que comparações entre medidas únicas tiradas de diferentes programas ou países.

#### 5. Proporção de casos novos, avaliados segundo suas incapacidades

**Definição:** A percentagem de pessoas afectadas pela lepra que, na altura do diagnóstico, são



avaliadas para verificar se são portadoras de alguma incapacidade, medida segundo a escala de avaliação estabelecida pela OMS (graus: 0, 1 e 2) entre os casos novos e num período de um ano.

*Validade:* As definições do que é um caso de lepra em que consiste a avaliação das incapacidades são bastante claras. Por isso, há poucos factores que podem chegar a reduzir a validade.

*Relevância:* Dada a importância da prevenção de incapacidades para as pessoas afectadas pela lepra, uma parte fundamental da estratégia implementada pela ILEP é providenciar uma avaliação das incapacidades a cada pessoa que foi diagnosticada com a doença.

*Interpretação:* Cada projecto deveria fazer o possível para chegar a uma proporção de avaliação das incapacidades de 100%.

## 6. Proporção de casos novos que apresentam incapacidades

*Definição:* A percentagem de pessoas portadoras de incapacidades de grau 1 e 2 da escala da OMS, detectadas entre os novos casos de lepra ao longo do ano e nas quais foi feita uma avaliação das incapacidades.

*Validade:* A validade deste indicador pode ser prejudicada pelos seguintes factores:

- Se o exame clínico para a identificação de áreas de dormência nas mãos e pés não for correctamente conduzido.
- Se o exame clínico para detectar deformidades visíveis e lesões tróficas nas mãos e nos pés não for efectuado correctamente.
- Se o exame da acuidade visual (problemas oculares, a capacidade de contar os dedos de uma mão a seis metros de distância) não for efectuado correctamente.
- Em programas diferentes, podem ser empregados vários métodos de detecção e avaliação de incapacidades, os quais podem dar lugar a interpretações diferentes.
- Se o profissional que estiver efectuando a avaliação não entender que o grau mais alto de incapacidade determina a avaliação da pessoa como um todo: isto é, uma incapacidade de grau 2 nas mãos, pés ou olhos é suficiente para

que a pessoa seja classificada como sendo um paciente do grau 2. Por outro lado, uma pessoa que tenha incapacidades apenas de grau 1 deve ser classificada como sendo um paciente de grau 1, qualquer que seja o número de membros afectados.

- Se apenas alguns dentre os pacientes novos forem examinados para avaliar o Grau de incapacidades, a proporção dos que têm incapacidades de grau 2 pode ser relativamente alta, já que estas incapacidades são, em geral, facilmente detectáveis. Por outro lado, a taxa de proporção de pessoas com incapacidades de grau 1 pode ser subestimada, já que é necessário um exame cuidadoso para que as incapacidades sejam detectadas.

*Relevância:* Este é um indicador de extrema relevância, já que a prevenção das incapacidades deveria ser um dos objectivos principais do programa de combate contra a lepra. Além disso, ele permite ter uma noção do prazo que precede o diagnóstico da doença. Uma proporção constante de novos pacientes com incapacidades de grau 2 permite confirmar que a tendência da detecção de casos é um substituto válido para entender as tendências relativas à incidência.

*Interpretação:* Tal como a proporção de casos de crianças, a proporção de incapacidades depende da fase operacional do combate contra a lepra e das actividades do programa de combate à doença. No entanto, ao contrário da proporção de casos de crianças, a proporção de incapacidades será alta no início do programa de actividades, devido a um acúmulo de casos, e diminuirá em seguida, permanecendo num nível estável mais baixo. Do mesmo modo, um programa de detecção de casos mais rigoroso e frequente fará com que sejam encontradas pessoas cuja doença ainda está na fase inicial e, assim, fará baixar a proporção de incapacidades.

A detecção de casos em áreas onde não havia programas de luta contra a lepra permitirá que fique claro o número de casos acumulados e levará a um aumento da proporção das incapacidades. Já foi observado que a proporção das incapacidades pode aumentar durante a fase de eliminação da luta contra a lepra, já que a maioria dos novos casos são casos acumulados em certas áreas e não grupos de pessoas que foram infectadas recentemente e sem nenhuma incapacidade. Uma outra razão do aumento da proporção de incapacidades pode ser o fato de os

agentes de saúde ficarem menos alertas, bem como menos eficientes, com relação à detecção, quando casos de lepra começarem a surgir com menos frequência.

Uma das principais razões para avaliar a proporção das incapacidades é o fato que um nível elevado é sinal de uma detecção de casos tardia.

Embora as incapacidades de grau 1 também sejam importantes (pessoas que perderam a sensibilidade nas mãos ou pés precisam se proteger contra ulteriores feridas), a proporção de incapacidades de grau 2 é usada em escala maior porque é mais fácil de ser medida de maneira confiável.

Tabela 7: Factores que influenciam a proporção de incapacidades

Aumentada por...	Reduzida por...
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demora até chegar a um diagnóstico.</li> <li>• Uma mudança da fase intermediária para a fase de eliminação no combate à hanseníase.</li> <li>• Detecção de casos em áreas às quais não se tinha acesso.</li> <li>• Detecção de casos tardia.</li> <li>• Não examinar todos os pacientes novos para verificar a presença de incapacidades (incapacidades de grau 2).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Um prazo curto até chegar a um diagnóstico.</li> <li>• Uma mudança da fase inicial para a fase intermediária no combate à lepra.</li> <li>• Detecção de casos mais rigorosa.</li> <li>• Programas de detecção mais frequentes.</li> <li>• Uma maior conscientização da comunidade e um treinamento melhor dos agentes de saúde com relação à lepra.</li> <li>• Não examinar todos os pacientes novos para verificar a presença de incapacidades (incapacidades de grau 1).</li> </ul>

Definir o que é uma proporção de incapacidades de grau 2 de nível alto ou de nível baixo é um processo bastante arbitrário. No entanto, a maioria das autoridades concordam que deveria ser fixado em 10%.

## 7. Conclusão da MDT: número de pessoas que têm uma única lesão cutânea e que recebem dose única de ROM

**Definição:** O número de pessoas que têm uma única lesão cutânea e que recebem uma única dose de ROM.

**Validade:** Nos países em que é usada a dose única ROM, e em circunstâncias normais, este número deveria ser igual ao número de casos diagnosticados como sendo casos de lepra de

lesão única, já que cada caso deveria ser tratado imediatamente. Caso não haja medicamentos disponíveis, os pacientes em questão deveriam receber a MDT padrão para a lepra do tipo PB.

**Relevância:** Este indicador mostra até que ponto a dose única ROM vem sendo utilizada e é de auxílio quando se trata de encomendar os medicamentos.

**Interpretação:** Interpretar este indicador não traz dificuldades, pois equivale simplesmente ao número de pessoas que recebem este tipo de tratamento.

## 8. Conclusão da MDT: a porcentagem de casos PB que completaram seis doses de MDT entre os que deviam terminar o seu tratamento.

**Definição:** A porcentagem de casos PB que diagnosticados ao longo de um determinado período e que completaram o tratamento de forma correcta.

**Cálculo:** Este indicador é calculado através da análise de coortes. Um coorte é um grupo de pessoas que começa o tratamento no mesmo período – a duração deste período pode variar mas o indicador é, em geral, calculado por um período de um ano. Os dados de cada pessoa que começou o tratamento durante o período em questão são examinados, e é apurado se o tratamento foi concluído dentro do prazo de nove meses ou não. Depois disso, é fácil calcular a porcentagem dos que completaram o tratamento correctamente:

$$\text{Taxa de cura} = \frac{\text{Número dos que completaram o tratamento}}{\text{Número no coorte}} \times 100$$

Como as pessoas precisam de tempo para completar o tratamento, a análise do coorte e o cálculo deste indicador só podem ser feitos depois de nove meses após o término do período em que começaram o tratamento. Para facilitar o processo, em geral, o cálculo é efectuado um ano depois: enquanto está sendo preenchido o formulário da ILEP relativo ao ano de 2000 (no início de 2001), será calculada a taxa de conclusão da MDT para a lepra de tipo PB com relação às pessoas que iniciaram o tratamento em 1999.

**Validade:** A validade depende de:

- Ter o número certo de pessoas no coorte, pois este será o denominador da porcentagem. Ele

deveria equivaler ao número de pessoas que são afectadas pela lepra de tipo PB e que foram registradas como sendo casos novos num relatório anterior referente ao período de início do tratamento.

- A confiabilidade das fichas médicas ou dos registros, os quais podem indicar se as pessoas completaram o tratamento ou não.
- O uso da “MDT acompanhada”, porque isso pode fazer com que aumente a taxa de conclusão de maneira artificial. Por exemplo, se as pessoas receberem todos os seis pacotes de curativos logo no início e for, por causa disso, registrado imediatamente que eles completaram o tratamento.

*Relevância:* Este é um indicador extremamente importante, já que a eficácia da MDT depende do rigor com que o tratamento foi seguido. As pessoas que não completam o tratamento correctamente correm risco maior de sofrerem complicações ligadas à lepra que podem levar a incapacidades mais graves e a deformidades. Por isso, todo esforço deve ser feito para manter a taxa de conclusão no nível mais alto possível.

*Interpretação:* Uma proporção de 85% é considerada um resultado aceitável. As mortes e o abandono do tratamento são algumas das razões pelas quais as pessoas não completam a MDT. A maior parte dos programas tenta manter o número de pacientes que abandonam o tratamento no nível mais baixo possível. Qualquer programa que tenha uma taxa de cura abaixo de 85% deveria fazer todo esforço para reduzir o número de pacientes que abandonam o tratamento. É mais fácil impedir que os pacientes abandonem o tratamento do que tentar encontrá-los depois que eles tenham abandonado.

## 9. Conclusão da MDT: a percentagem de casos MB que completam doze doses de MDT entre os que deviam terminar o tratamento MDT.

*Definição:* A percentagem de casos MB diagnosticados ao longo de um determinado período e que completam seu tratamento de maneira correcta.

*Cálculo:* No que diz respeito às pessoas afectadas pela lepra de tipo PB, este indicador é calculado com base na análise de coorte. O registro de cada pessoa que começou o tratamento durante

o período em questão é examinado para verificar se ela completou ou não o tratamento dentro do prazo de dezoito meses. Depois disso, é fácil calcular a percentagem dos pacientes que completaram o tratamento correctamente:

$$\text{Taxa de cura} = \frac{\text{Número de pacientes que completaram o tratamento}}{\text{Número total no coorte MB}} \times 100$$

Como as pessoas precisam de tempo para completar o tratamento, a análise do coorte e o cálculo deste indicador não podem ser efectuados senão depois de dezoito meses após o término do período durante o qual começaram o tratamento. Para facilitar o processo, em geral, este indicador acaba sendo calculado dois anos mais tarde. Portanto, enquanto estiver sendo preenchido o formulário da ILEP relativo ao ano de 2000 (no início do ano de 2001), a taxa de conclusão relativa à MDT da lepra MB será calculada com relação aos pacientes que começaram o tratamento em 1998.

*A validade, relevância e interpretação* deste indicador são similares às das pessoas afectadas pela lepra PB. Uma pessoa, especialmente um caso MB, que não completar o tratamento pode voltar a transmitir a doença.

No Relatório Anual da ILEP de 1999–2000, alguns países não apresentaram dados relativos à taxa de conclusão da MDT. Isso pode ser devido ao fato que:

- O programa de luta contra a lepra está reiniciando após um período de interrupção;
- Nenhum coorte tenha completado o tratamento;
- O sistema de informação pode ainda não estar funcionando correctamente.

A maioria dos programas que têm um número significativo de pacientes apresentam resultados relativos ao tratamento.

Os índices mundiais relativos à conclusão de 79% para os casos PB e de 69% para os casos MB poderiam ser mais elevados. Na maior parte das situações, uma meta de 85% para os casos PB e MB é razoável.

## 10. Recaídas: o número total de recaídas após o tratamento de MDT dos casos de Lepra MB ou PB durante o ano em referência.

*Definição:* Entre os casos diagnosticados, o número de recaídas após o tratamento de MDT para a lepra MB ou PB durante o ano em referência.

*Validade:* Uma recidiva pode ser diagnosticada apenas após uma pessoa ter completado um tratamento de MDT dentro dos prazos estabelecidos. Em condições normais de campo, as recaídas são difíceis de serem diagnosticadas adequadamente e são, provavelmente, muito menos comuns do que é sugerido pelos relatórios. Em outras palavras, casos suspeitos de serem recidivas muitas vezes não o são, sendo na verdade algum tipo de reacção. No entanto, muitos programas não têm os recursos necessários para examinar possíveis recidivas de uma maneira adequada e, como o tratamento não é de difícil implementação (a mesma MDT que para novos casos), em geral é mais fácil ministrar o tratamento novamente. Se, porém, o número de recidivas registradas for muito alto comparado com o número de casos que estão iniciando o tratamento (mais que 5%), isso deveria ser apurado.

*Relevância:* A MDT apresenta índices de recaídas muito baixos e, no momento, não está associada ao desenvolvimento de resistência a medicamentos. Todavia esta situação pode mudar, e o aumento da taxa de recaídas pode ser a primeira indicação de problemas ligados aos atuais esquemas de MDT. Portanto, é importante monitorar este indicador com atenção. Recaídas de casos MB após o

tratamento de MDT para lepra de tipo PB podem ser indício de que houve algum erro de classificação dos pacientes – ou seja, pessoas que, na realidade, são casos de lepra MB receberam tratamento inadequado. Caso tais recidivas se tornem comuns, antes de tratar os pacientes deve ser tomado todo cuidado para classificá-los correctamente. Recidivas de casos de lepra PB não são uma ameaça tão grande quanto as recidivas de casos MB, pois estas pessoas são aparentemente muito menos contagiosas.

*Interpretação:* Se o número de recaídas for superior ao 5% dos casos que começaram o tratamento, a situação tem que ser estudada. Primeiro, tem que ser examinada a maneira como foi efectuada a administração da MDT. Em seguida, devem ser confirmadas as recaídas. Se for comprovado que mais do que 1% dos casos que começaram o tratamento são realmente recaídas, após terem concluído a MDT correctamente, eles deverão ser examinados para verificar se há alguma resistência aos medicamentos. Isso só pode ser feito para casos de lepra MB, pois não é possível recuperar e analisar bacilos nos casos PB.

No Relatório Anual da ILEP de 1999-2000, vinte e quatro países registraram uma taxa de recidivas de casos de lepra MB maior do que 1% do total de novos casos. De qualquer maneira, muitos destes países têm muitos poucos casos, por isso os dados podem ser resultado de erros nos diagnósticos. Porém, alguns países registraram mais do que cinquenta recidivas, além de uma taxa acima de 1%. Portanto, se possível, seria útil examinar com maior atenção uma amostra de futuras recidivas.

### III. OUTROS INDICADORES UTÉIS

Embora os indicadores incluídos nesta parte não estejam na lista recomendada pela ILEP eles são, no entanto, úteis e podem ser calculados em nível local se forem julgados importantes.

#### 11. Proporção de pessoas que desenvolvem novas incapacidades ao longo do tratamento

*Definição:* A proporção de pessoas afectadas pela lepra PB ou MB que alcançam um grau de incapacidade mais alto no final do tratamento do que quando receberam o diagnóstico.

*Cálculo:* Este indicador é calculado também através da análise de coortes. O indicador relativo às pessoas afectadas pela lepra PB deve ser calculado separadamente do das pessoas afectadas pelo tipo MB. No início de 2002, por exemplo, os coortes em questão serão constituídos por pessoas afectadas pela lepra PB que foram detectadas no ano de 2000 e pelas pessoas afectadas pela lepra MB detectadas em 1999. Para cada indivíduo, os graus de incapacidade (entre 0 e 2) relativos ao olho, à mão e ao pé são somados para chegar ao grau total de cada pessoa, o qual chegará a um valor entre 0 e 12. Essa avaliação é definida como “Grau OMP” (olho-mão-pé – em inglês, “EHF score” de “eye-hand-feet”). Julga-se que uma pessoa tenha desenvolvido novas incapacidades se, ao ser examinada, ela for avaliada como tendo um grau de incapacidade mais alto no final do tratamento do que na altura do diagnóstico. Esta maneira de avaliar a incapacidade difere, portanto, do modo em que é medida a sua proporção, para a qual apenas o grau mais elevado é utilizado como indicador da incapacidade.

*Validade:* A validade deste indicador é limitada pelo facto que uma pessoa pode, na verdade, desenvolver novas incapacidades sem que o grau destas aumente: um aumento do grau de incapacidade num membro do corpo pode ter como contrapartida a diminuição do grau de incapacidade num outro membro (por exemplo, uma úlcera no pé que sarou). Além disso, um membro que tenha sido avaliado como tendo grau 2 de incapacidade não será classificado num grau mais elevado mesmo que desenvolva uma incapacidade nova e mais grave.

*Relevância:* Apesar destas limitações, este indicador permite que seja feita uma avaliação

precisa da eficácia da prevenção de incapacidade para as pessoas que estiverem registradas para receber o tratamento. No entanto, o indicador se torna menos válido e menos relevante quando diminui a duração do tratamento.

*Interpretação:* No que diz respeito a este indicador, determinar o limite entre a proporção alta ou baixa é um processo bastante arbitrário. Se a prevenção de incapacidades for eficaz, graças ao tratamento correcto de reacções lepróticas e da neurite e através de um acompanhamento adequado dos pacientes que têm dormência nas extremidades, é de se esperar que não mais do que 5% das pessoas apresentem novas incapacidades durante o tratamento MDT.

#### 12. Proporção de pessoas que começaram o tratamento com corticosteroides

*Definição:* A porcentagem de pessoas que receberam um diagnóstico durante um certo período e que começaram um tratamento com corticosteroides.

*Cálculo:* Este indicador é calculado por meio de uma análise de coorte. O indicador relativo às pessoas afectadas pela lepra PB deve ser calculado separadamente do relativo àquelas afectadas pela lepra MB. A fim de facilitar o cálculo, é preferível usar os mesmos coortes utilizados para o cálculo das taxas de conclusão da MDT. É examinada a ficha médica de cada pessoa que começou o tratamento MDT durante o período em questão (assim, obtém-se o denominador) e é feito o registro se foi começado o tratamento com corticosteroides ou não (o numerador).

*Validade:* Este indicador é influenciado por três factores principais:

- A frequência das reacções lepróticas. Esta será influenciada pela proporção relativa de pessoas afectadas pela lepra do tipo MB e PB. Essa é a razão pela qual o indicador dos casos MB deveria ser calculado separadamente do indicador dos casos PB.
- A aptidão do pessoal para detectar reacções.
- A política de tratamento para pessoas que

apresentam uma reacção leprótica. Esta pode variar muito de país para país, tornando comparações entre países pouco confiáveis.

*Relevância:* Este indicador não mede a frequência das reacções lepróticas, mas sim como elas são tratadas.

*Interpretação:* Uma proporção muito baixa (menos de 5%) ou muito alta (mais do que 40%) pode ser indício de problemas na detecção ou no tratamento das reacções lepróticas.

### 13. Taxa de conclusão do tratamento com corticosteroides

*Definição:* A proporção de pessoas que, dentre as que iniciaram o tratamento com corticosteroides, completam o tratamento de maneira correcta.

*Cálculo:* Este indicador é calculado com base numa análise de coortes. O denominador é o numerador do indicador número 12 (a proporção de pessoas que começaram o tratamento com corticosteroides). Este deve ser calculado em conjunto com a taxa de conclusão do tratamento MDT, embora, claro, apenas com relação a um subgrupo de pessoas.

*Validade:* A validade deste indicador depende de:

- Ter o número exacto de pessoas no coorte, que servirá de denominador da porcentagem.
- Registros e fichas médicas em ordem e com dados correctos, para que se possa saber se as pessoas completaram ou não o tratamento.

*Relevância:* O valor do tratamento com corticosteroides depende dele ser seguido adequadamente.

*Interpretação:* Como para o tratamento de MDT, é importante que o número de pessoas que não completam o tratamento com corticosteroides seja mantido num nível mínimo.

### 14. Proporção de mulheres

*Definição:* A proporção de mulheres entre os casos recentemente detectados.

*Validade:* A validade deste indicador não deveria ser problema, embora possa haver dificuldades ao tentar definir o que é um caso de lepra.

*Relevância:* A relevância deste indicador é

bastante limitada, já que mais homens do que mulheres parecem ser afectados pela lepra. Este desequilíbrio de género é ainda mais agudo com relação à lepra de tipo MB.

*Interpretação:* Uma proporção muito baixa de mulheres (menos de 30%) pode ser indício de que as mulheres estão tendo problemas em ter acesso aos serviços de luta contra lepra. A este respeito, seria interessante fazer uma comparação entre esta proporção e os dados relativos a áreas vizinhas do mesmo país. Se houver suspeitas de que existem falhas na detecção da população feminina, será necessário fazer análises separadas e mais detalhadas das populações femininas e masculinas. Estas análises devem ter como base os outros indicadores referidos anteriormente com relação à detecção de casos e, em particular, a proporção de mulheres cujos diagnósticos revelam incapacidades de grau 2.

### 15. Proporção de postos de saúde com MDT

*Definição:* A proporção de postos de saúde que, na altura da vistoria e avaliação, têm à disposição MDT ('blister packs').

*Validade:* A validade deste indicador não apresenta nenhum problema, já que tanto o numerador quanto o denominador são fáceis de identificar.

*Relevância:* Este indicador mostra até que ponto o tratamento de MDT está ao alcance de todas as pessoas afectadas pela lepra. Este indicador mede a acessibilidade ao tratamento. A presença de pacotes de curativos nos centros de saúde, no entanto, não significa que estes estejam sendo usados correctamente.

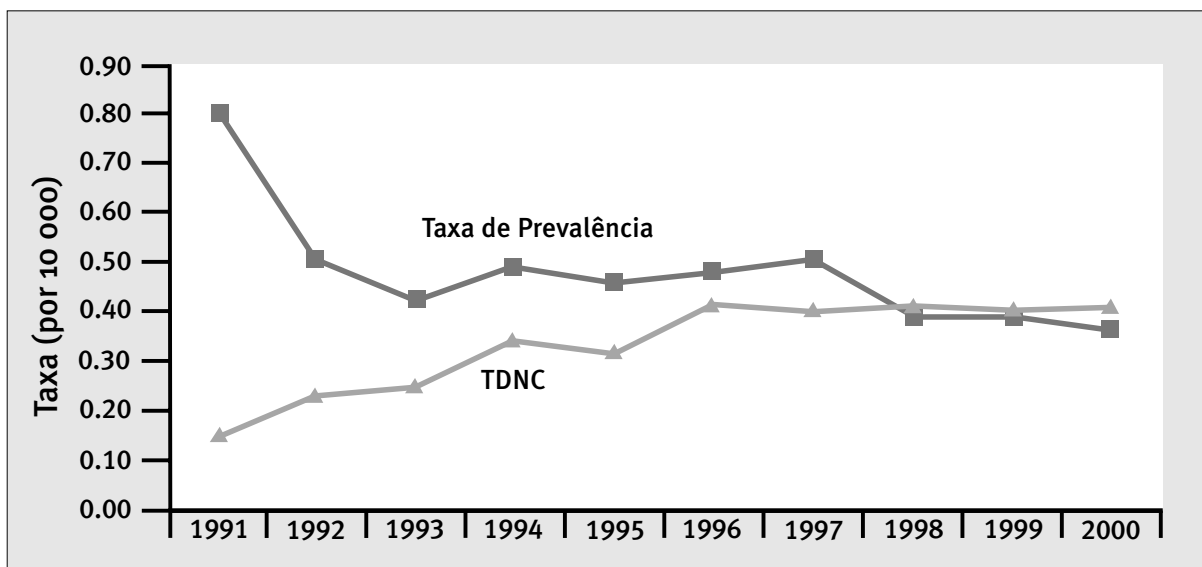
*Interpretação:* De preferência, os pacotes de curativos da MDT deveriam estar à disposição em todos os postos de saúde. No entanto, em áreas onde há poucos casos de lepra e onde qualquer diagnóstico da doença deve ser confirmado por um supervisor, os pacotes de curativos da MDT podem ser entregues a um posto de saúde apenas quando um caso de lepra tiver sido diagnosticado. Este indicador deve, portanto, ser interpretado levando em conta a política local quanto ao tratamento.

## IV. EXEMPLOS DE INTEPRETAÇÕES

### Exemplo 1

Este exemplo diz respeito aos indicadores 1 e 2 (taxas de prevalência e de detecção de casos). Ele mostra a importância dos factores operacionais, os quais é preciso levar em consideração ao interpretar as tendências:

### Tendências nas Taxas de Prevalência e de Detecção de Novos Casos (TDNC), Projetos da Fundação Damien – Bangladesh



Embora a MDT tivesse sido introduzida gradualmente nos anos precedentes, a decisão de usá-la sistematicamente com todos os pacientes que precisassem de quimioterapia foi tomada em 1991. A redução da duração do tratamento, comparada com o tratamento de monoterapia de Dapsone, fez com que a taxa de prevalência diminuísse consideravelmente e que, com poucas variações, permanecesse num nível estável de 1993 até 1997. Em 1998, o encurtamento do tratamento, de vinte e quatro meses para doze meses para os pacientes MB, e a introdução do tratamento ROM para os pacientes PB com apenas uma lesão cutânea, reduziram a taxa de prevalência ainda mais.

Ao mesmo tempo, a taxa de detecção de novos casos (TDNC) aumentou entre 1991 e 1996, apresentando, em seguida, uma leve diminuição. Embora o acesso à população não tenha oficialmente melhorado naquele período, alguns postos foram abertos no início dos anos 90, tornando os serviços de combate à lepra mais acessíveis. Desde 1995, estes postos, que eram abertos apenas com intermitência, foram aos

poucos transformados em postos de atendimento a pacientes com tuberculose e lepra abertos diariamente. Estas mudanças têm levado a um aumento da taxa de detecção. Por isso, uma tendência ao aumento não pode ser vista como um reflexo do aumento da incidência – ela é, na verdade, o resultado de uma melhora dos serviços. A leve redução da TDNC, que se observa desde 1996, pode na realidade corresponder a uma diminuição da transmissão da doença. Isso, no entanto, precisará ser confirmado durante os próximos anos.

É importante mencionar que a diminuição da TDNC desde 1996 deve-se, principalmente, a um aumento do denominador (a população); o número absoluto de pessoas afectadas pela lepra detectadas ao longo daquele período permaneceu bastante estável.

A consequência de todas essas mudanças é que a razão entre a taxa de prevalência e a TDNC baixou de 4,7 para 0,9 entre 1991 e 2000. A taxa de prevalência é, hoje, inferior à TDNC.

## Exemplo 2

Este exemplo remete ao indicador 2 (detecção de casos). Campanhas para a eliminação da lepra (CEL) são exemplos válidos de intensificação das actividades, cujo resultado é um aumento da taxa de detecção de casos.

A tabela a seguir apresenta dados publicados na *Weekly Epidemiological Record (Revista Semanal de Registros Epidemiológicos)* (10 de novembro de 2000, núm. 45, 2000, 75, 361-368):

País (área)	Ano da CEH	Detecção anual no ano anterior à CEH	Detecção anual no ano da CEH	Detecção anual no ano seguinte à CEH
Índia (Distrito de Chittoor)	1996	284	765	341
Myanmar (Município de Shwebo)	1998	68	265	169
Nigéria (Estado do Ondo)	1998	91	213	80

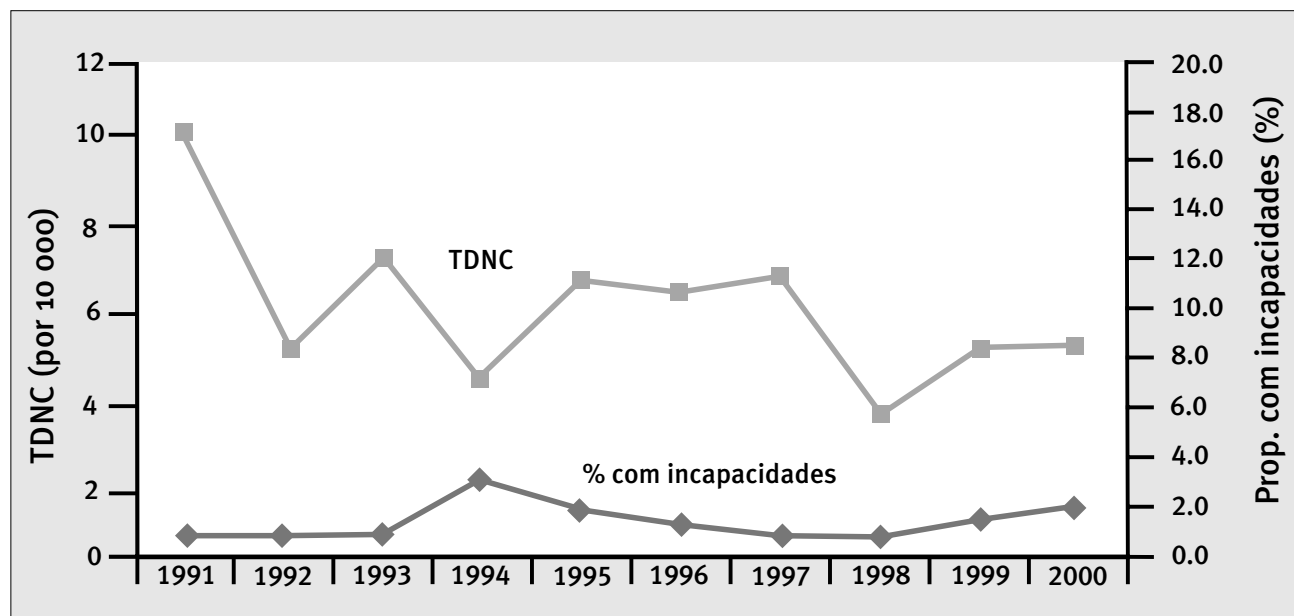
Portanto, as CELs têm possibilitado a detecção de um grande número de pessoas afectadas pela lepra, entre as quais algumas tinham estado doentes durante anos antes da implementação da campanha (essas são os chamados casos “acumulados”). Em muitos casos, estas

campanhas têm resultado em uma maior conscientização com relação à lepra entre os agentes de saúde e a população, o que tem levado também a um aumento da detecção nos anos seguintes.



### Exemplo 3

#### Tendências da Taxa de Detecção de Novos Casos e Novos Pacientes com Incapacidades – Trivandrum, Índia



Este exemplo remete aos indicadores 2 e 6 (detecção de casos e proporção de casos novos que têm incapacidades). O gráfico mostra uma clara redução da taxa de detecção de novos casos (TDNC). Como a proporção de pacientes recém-detectados com incapacidade de grau 2 é baixa e permanece num nível bastante estável durante o período todo, pode-se supor que esta tendência da detecção de casos reflecta a da incidência da lepra.

É preciso salientar as questões a seguir:

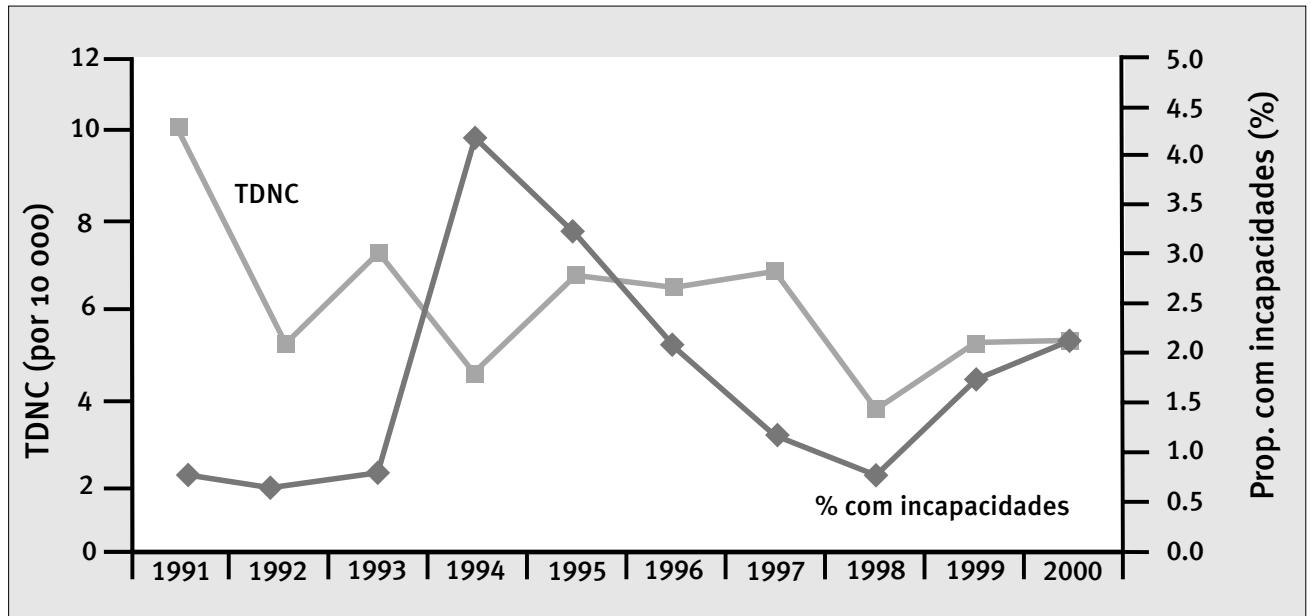
- Em 1994, a proporção de novos pacientes com incapacidades chegou ao auge. A isso

correspondeu uma queda repentina da TDNC. Disso pode-se deduzir que a detecção foi menos activa em 1994, e que, portanto, naquele ano foram detectados menos casos em estado inicial da doença.

- Desde 1999, o projecto tem levado suas actividades de luta contra a lepra para outra área. Não há dúvida que isso tem aumentado o *número* de casos detectados de pessoas afectadas pela lepra, mas tem também aumentado a taxa de detecção e a proporção de novos pacientes com incapacidades. Como era de se esperar, na nova área havia mais casos “acumulados”.

#### Exemplo 4

### Têndências da Taxa de Detecção de Novos Casos (TDNC) e Novos Pacientes com Incapacidades – Trivandrum, Índia



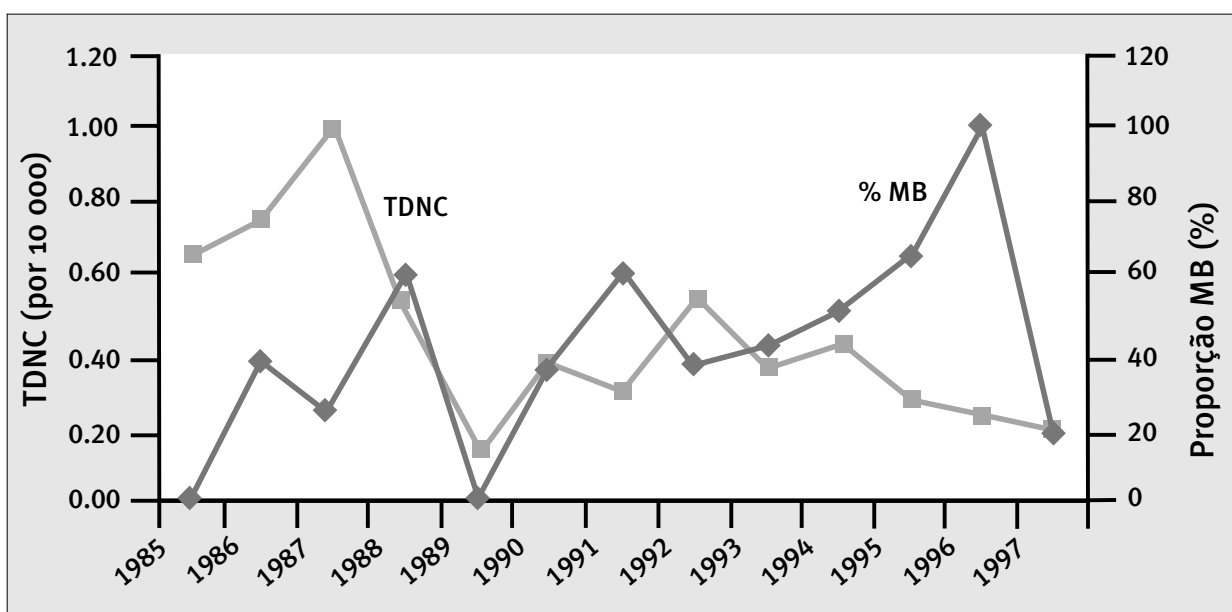
Este gráfico apresenta os mesmos dados do exemplo anterior. A única diferença é a escala utilizada no eixo à direita. Disso resulta que o gráfico oferece uma impressão completamente diferente da tendência da proporção de casos de lepra recém-detectados que têm incapacidades. Este exemplo serve para enfatizar a importância

de se escolher uma escala apropriada para os eixos de um gráfico. Além disso, ele mostra que é possível provar qualquer coisa por meio de um gráfico. Por isso, todos os gráficos devem ser cuidadosamente estudados antes de se chegar a qualquer conclusão.

## Exemplo 5

Este exemplo remete aos indicadores 2 e 3 (detecção de casos e proporção de casos MB). O gráfico mostra as tendências da taxa de detecção de novos casos e proporção de casos MB entre os pacientes recém-detectados na Polinésia Francesa (fonte: *Epidemiological Review of Leprosy in the Western Pacific Region 1983-1997* - "Revista Epidemiológica da Hanseníase na Região do Pacífico Ocidental 1983-1997" - Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para o Pacífico Ocidental, Manila, Filipinas, agosto de 1998). O gráfico mostra como mudanças relativamente pequenas em números absolutos podem ter um impacto dramático nas proporções ou taxas, sempre que o número de pacientes e/ou o tamanho da população forem pequenos. Os números absolutos aparecem no gráfico a seguir.

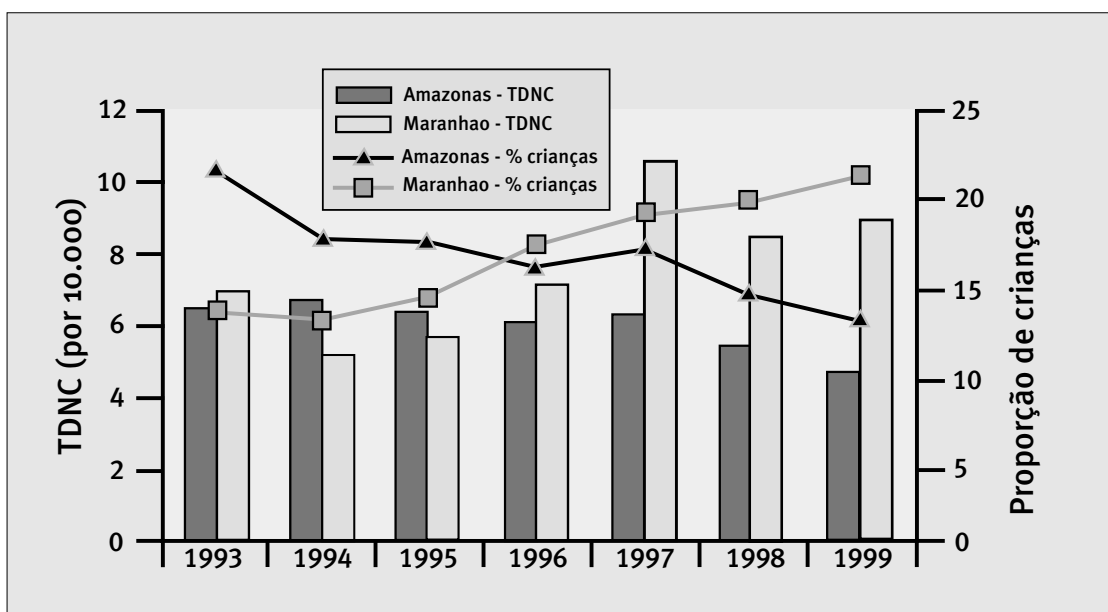
### Tendências da Taxa de Detecção de Novos Casos e Proporção de casos MB, Polinésia, Francesa



Ano	População (000)	Novos casos	Taxa de Detecção de Casos (por 10.000)	Novos Casos MB	% MB
1985	160	11	0,69	0	0
1986	179	14	0,78	6	43
1987	180	19	1,06	5	26
1988	189	10	0,53	6	60
1989	192	3	0,16	0	0
1990	196	8	0,41	3	38
1991	201	5	0,25	3	60
1992	206	12	0,58	4	33
1993	207	7	0,34	3	43
1994	212	9	0,42	5	56
1995	220	6	0,27	4	67
1996	220	6	0,27	6	100
1997	220	5	0,23	1	20

## Exemplo 6

Este exemplo remete aos indicadores 2 e 4 (taxa de detecção de casos e proporção de crianças). O gráfico mostra as tendências relativas à taxa de detecção de casos e à proporção de crianças em dois Estados do Brasil. Embora o programa de luta à lepra no Estado do Amazonas seja muito activo desde os anos 70, a situação no Estado do Maranhão tem melhorado consideravelmente nos anos 90. Por isso, percebeu-se um pequeno declínio no número de casos novos no Amazonas e um nítido aumento do número de novos casos no Maranhão.



Taxa de detecção de novos casos (TDNC) por 10.000 habitantes e proporção de crianças entre os novos casos de dois Estados do Brasil (Amazonas e Maranhão) 1993-99

Este gráfico parece confirmar a hipótese de que um aumento das actividades do programa e a detecção de um número cada vez maior de casos no início da campanha activa de luta contra a lepra estão ligados a um aumento da proporção

de crianças. Embora não seja possível excluir factores que podem confundir, não há dúvidas quanto à relação entre a taxa de detecção de novos casos e a taxa de crianças. Uma tendência contrária pode ser observada em programas de luta contra a lepra que duram há bastante tempo, tal como o no Estado do Amazonas: a leve diminuição da taxa de detecção de novos casos está ligada a uma redução da taxa de crianças.<sup>1</sup>

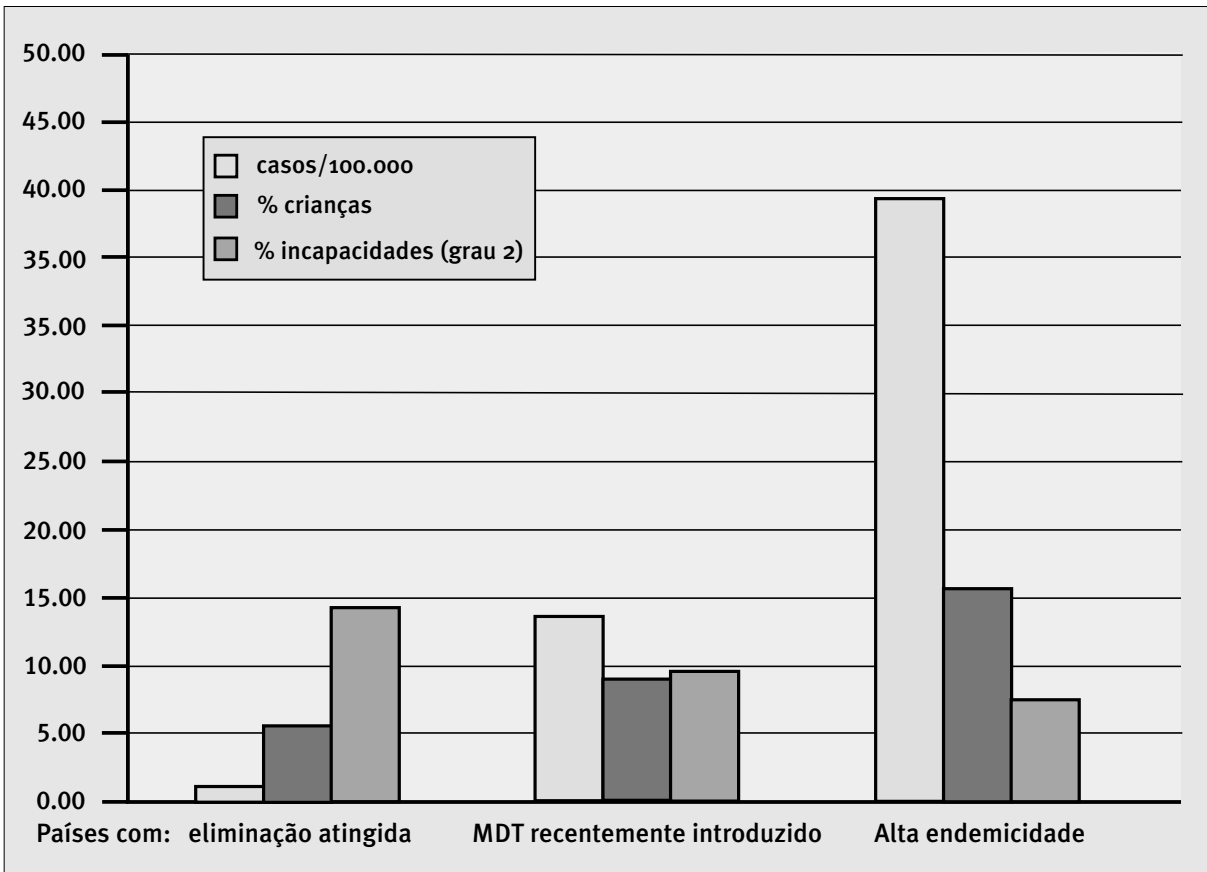
<sup>1</sup>Para os interessados em estatísticas, os coeficientes de correlação de 0,67 (Maranhão) e 0,59 (Amazonas) são razoavelmente altos.

## Exemplo 7

Este exemplo remete aos indicadores 2, 4 e 6 (taxa de detecção de casos, proporção de crianças e proporção de pacientes com incapacidades). É sabido que é difícil comparar países diferentes. No entanto, a OMS, em seu *Status Report 1998* (“Relatório das Condições de 1998”), identificou três grupos de países:

- “Seis países que recentemente alcançaram o nível de eliminação” (Benin, Burkina Fasso, México, Paquistão, Tailândia e Venezuela).
- “Oito países altamente endêmicos que recentemente implementaram um programa de tratamento de MDT em grande escala” (Bangladesh, Camboja, Tchad, Guiné, Madagascar, Moçambique, Myanmar e Nepal).
- “Os três países mais endêmicos” (Índia, Brasil e Indonésia).

O confronto das taxas de detecção de novos casos, proporção de crianças e de pacientes com incapacidades de grau 2 (a média dos anos de 1985-97) revela algumas diferenças interessantes:



**A média da taxa de detecção de novos casos por 100.000 habitantes, proporção de crianças e de pessoas afectadas pela lepra que apresentaram incapacidades entre 1985-97, nas três categorias de países tal como definidas pela OMS**

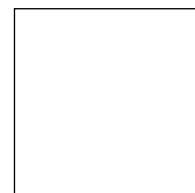
É de se esperar que os países que iniciaram programas de luta contra a lepra pela primeira vez tenham uma maior proporção de pessoas com incapacidades e uma taxa de crianças menor, já que têm que tratar dos casos “acumulados” compostos por pessoas mais idosas e com incapacidades mais sérias – o gráfico ilustra claramente este tipo de situação.

Pode-se esperar que níveis baixos de transmissão em países que alcançaram as metas de eliminação acarretem índices baixos de casos de crianças. Por outro lado, causa uma certa surpresa o facto que uma proporção elevada de pessoas com incapacidades de grau 2 parece ser característica de tais países. Isso pode ser observado em todos os seis países incluídos neste grupo. A maioria destes novos pacientes podem ter sido detectados em áreas às quais antes não se tinha tido acesso. Assim, uma taxa elevada de incapacidades entre os poucos casos recém-detectados em países prestes a eliminar a doença parece ser bastante comum.

## GLOSSÁRIO

- *Casos acumulados.* O número de pessoas afectadas pela lepra que não foram detectadas antes.
- *Confiabilidade.* O rigor do método de medição.
- *Coorte.* Um grupo de pessoas que começou o tratamento no mesmo período (em geral, ao longo de um ano).
- *Incapacidade de grau 1.* Mãos e pés: dormência presente, mas nenhuma deformidade ou lesão aparente. Olhos: problemas causados pela lepra, sem que a visão seja por isso afectada de maneira grave – a lagofalmia, iridociclite e opacidades da córnea devem ser consideradas incapacidades de grau 2.
- *Incapacidade de grau 2.* Mãos e pés: deformidades visíveis ou presença de lesões. Olhos: deficiência visual séria (visão inferior a 6/60 ou incapacidade por parte do paciente de contar os dedos de uma mão a seis metros de distância) – como mencionado acima, a lagofalmia, iridociclite e opacidades da córnea devem ser consideradas incapacidades de grau 2.
- *Incidência:* O número de novos casos de uma doença que aparece ao longo de um determinado período.
- *MB ou caso multibacilar.* Um caso de lepra que apresenta mais de cinco lesões cutâneas ou pelo menos dois nervos periféricos espessados ou cujos testes cutâneos deram resultado positivo (se examinados).
- *PB ou caso Paucibacilar.* Um caso de lepra que apresenta não mais do que cinco lesões cutâneas, não mais do que um nervo periférico espessado e nenhum teste cutâneo de resultado positivo (se examinado).
- *Período de incubação:* Refere-se ao lapso entre a contracção da infecção e o desenvolvimento dos sinais clínicos de doenças contagiosas.
- *MDT ou Multidroga terapia.* A poliquimioterapia da OMS consiste de dois medicamentos ministrados ao longo de seis meses para casos de lepra PB e de três medicamentos ministrados ao longo de 12–24 meses para casos de lepra do tipo MB.
- *Prevalência.* O número de casos da doença existente num determinado momento. Na prática, o que se tem à disposição são os dados relativos à prevalência registrada.
- *Reacção.* Uma inflamação sofrida durante a duração da doença.
- *Relevância.* A utilidade dos resultados da medição.
- *ROM.* Uma combinação de rifampicina, ofloxacina e minociclina que, em alguns países, é ministrada em dose única para tratar as pessoas afectadas pela lepra que apresentam uma única lesão de pele.
- *Tratamento de MDT acompanhado.* Uma estratégia proposta pela OMS, segundo a qual pessoas afectadas pela lepra podem, se quiserem, receber todos os remédios para o tratamento na altura do diagnóstico.
- *Validade.* A eficácia de um método ou teste de fazer com que o pesquisador encontre o que está procurando.

# ANEXO 1: FORMULÁRIO B1 DA ILEP, DEFINIÇÕES E INDICADORES



## Questionário B1a MDT/PQT e Prevenção de Incapacidade

Projetos que utilizam o novo esquema de curta duração recomendado pela OMS\*

Código	Nome do Projeto	Ano do Relatório

População coberta pelo projeto (Pop)

### Pacientes registros para MDT/PQT

MB	PB	TOTAL
----	----	-------

Uma dose do tratamento de PQT = 4 semanas ou um mês de medicamento

<b>101</b>	Número de casos novos detectados durante o ano do relatório e que nunca receberam tratamento anti-hansênico			
<b>101a</b>	Entre os casos do item 101, número de casos com uma única lesão cutânea que receberam dose única de ROM			
<b>102</b>	Entre os casos do item 101, número de crianças			
<b>103</b>	Entre os casos do item 101, número de casos que se submeteram a avaliação de incapacidade quando foram diagnosticados			
<b>104</b>	Entre os casos do item 103, número de casos com grau 1/OMS de incapacidade			
<b>105</b>	Entre os casos do item 103, número de casos com grau de 2/OMS de incapacidade			
<b>106</b>	Número de casos PB que começaram a MDT/PQT durante o período de 1 de janeiro a 31 de dezembro, um ano antes do ano em análise			
<b>107</b>	Entre os casos do item 106, o número de casos que concluíram 6 doses de MDT/PQT dentro do período de 9 meses			
<b>108</b>	Número de casos MB que começaram a MDT/PQT durante o período de 1 de janeiro a 31 de dezembro, 2 anos antes do ano em análise			
<b>109</b>	Entre os casos do item 108, número de casos que concluíram 12 doses de MDT/PQT dentro do período de 18 meses			
<b>110</b>	Número de pacientes registrados para PQT no final do ano em análise			

### Recidivas após a MDT/PQT

<b>111</b>	Número de recidivas após MDT/PQT registrado durante o ano			
------------	---	--	--	--

\* vide lista de definições

## QUESTIONÁRIO B1a: Lista de definições

<b>PB</b>	<b>Hanseníase Paucibacilar</b>	Pacientes de hanseníase que tenham no máximo 5 lesões cutâneas e que não tenham mais de um tronco nervoso espessado. Se forem realizados exames baciloscópicos dos esfregaços cutâneos, estes deverão ser negativos.
<b>MB</b>	<b>Hanseníase Multibacilar</b>	Pacientes de hanseníase com mais de 5 lesões cutâneas ou com mais de um tronco nervoso espessado e cujos exames baciloscópicos dos esfregaços cutâneos sejam positivos.
<b>Pop</b>	<b>Total da população na área coberta pelo programa</b>	é a população na qual ocorrem os casos de hanseníase. Por favor registre os números mais recentes e confiáveis. Se você tratar pacientes que são de fora da área oficial do projeto, por favor especifique estes casos através de uma nota explicativa.
<b>101-110</b>	<b>Pacientes registrados para MDT/PQT</b>	Pacientes que estejam recebendo poliquimioterapia (MDT ou PQT), que é o tratamento com qualquer combinação autorizada de medicamentos anti-hansênicos, por exemplo : Dapsona, Rifampicina, Clofazimina, Ofloxacina, Minociclina.
<b>101</b>	<b>Caso novo de hanseníase</b>	Um caso de hanseníase é aquele em que um indivíduo apresenta os sinais clínicos de hanseníase, com ou sem confirmação bacteriológica do diagnóstico, e necessita de MDT/PQT. Um caso novo de hanseníase é, portanto, um indivíduo que apresenta as características acima mencionadas e que nunca tenha recebido qualquer tratamento anti-hansênico anteriormente.
<b>101a</b>	<b>Dose única de ROM</b>	Dose única da combinação de Rifampicina, Ofloxacina e Minociclina. Esta combinação é recomendada em alguns países para o tratamento de hanseníase PB com uma única lesão cutânea.
<b>103</b>	<b>Casos novos que se submeteram a avaliação de incapacidade</b>	Registre somente os casos que foram avaliados, quanto a presença de incapacidade nos olhos, mãos e pés no momento do diagnóstico.
<b>104</b>	<b>Casos novos com Grau de incapacidade 1/OMS</b>	<b>“Mãos e Pés:</b> dormência, sem deformidade visível ou sem ferimentos. <b>Olhos:</b> problemas nos olhos causados pela hanseníase mas sem comprometimento significativo da acuidade visual como resultado da hanseníase (visão 6/60 ou superior; consegue contar os dedos a uma distância de 6 metros).”
<b>105</b>	<b>Casos novos com Grau de Incapacidade 2/OMS</b>	<b>“Mãos e Pés:</b> Deformidade visível ou presença de ferimentos <b>Olhos:</b> Comprometimento significativo da acuidade visual (visão inferior a 6/60: incapacidade de contar os dedos a uma distância de 6 metros).”
<b>106-109</b>	<b>Pacientes que completaram MDT/PQT</b>	Pacientes que completaram o tratamento de MDT/PQT após terem concluído com sucesso dentro do prazo prescrito para o tratamento. prescrito. <b>Para pacientes PB</b> o tratamento adequado de MDT/PQT de acordo com a recomendação da OMS é a conclusão de 6 doses de MDT/PQT dentro do período de 9 meses. <b>Para pacientes MB</b> o tratamento adequado de MDT/PQT de acordo com a recomendação da OMS é a conclusão de 12 doses de MDT/PQT dentro do período de 18 meses. “Se, em algum país ou projeto, alguns pacientes MB são tratados com o esquema MDT/PQT 12 doses fixas e outros pacientes com o esquema de 24 doses, todos os pacientes deverão ser considerados como tendo completado a MDT/PQT desde que tenham recebido pelo menos 12 doses de MDT/PQT dentro do período de 18 meses, e mesmo que, individualmente, alguns pacientes recebam tratamento adicional. (Uma dose = 4 semanas ou um mês de medicamento).”
<b>111</b>	<b>Recidivas após a MDT/PQT</b>	Pacientes que completaram a MDT/PQT de acordo com a prescrição, mas que tiveram uma recidiva e foram registrados para quimioterapia. A recidivas devem ser registradas de acordo com a classificação original da doença.

Referência WHO Expert Committee on Leprosy. Seventh report. Technical report Series 874, 1997.

ILEP Boletim Medico 14 Diretrizes Operacionais para a Introdução de Novos Esquemas de MDT para o Tratamento da Hanseníase, 1998.



**QUESTIONÁRIO B1a: Lista de Indicadores**
**Tot = total**
**Div = dividido por**

Indicadores		Fórmulas	Cálculos
<b>Prevalência</b>			
<b>1</b>	Número total de casos de hanseníase registrados para quimioterapia ao final do ano em análise	110 Tot	
<b>2</b>	Taxa de prevalência dos casos de hanseníase registrados em quimioterapia ao final do ano em análise por 10 000 habitantes	$(110 \text{ Tot div Pop}) \times 10\,000$	
<b>Deteção de casos</b>			
<b>3</b>	Número total de casos novos de hanseníase detectados durante o ano em análise	101 Tot	
<b>4</b>	Porcentagem de casos novos de hanseníase MB entre o número total de casos novos detectados durante o ano em análise	$(101 \text{ MB div } 101 \text{ Tot}) \times 100$	
<b>5</b>	“Taxa de detecção de casos durante o ano em análise por 10 000 habitantes”	$(101 \text{ Tot div Pop}) \times 10\,000$	
<b>6</b>	Porcentagem de crianças entre o total de casos novos de hanseníase detectados durante o ano em análise	$(102 \text{ Tot div } 101 \text{ Tot}) \times 100$	
<b>Avaliação de incapacidade</b>			
<b>7</b>	Porcentagem de casos novos submetidos a avaliação de incapacidade	$(103 \text{ Tot div } 101 \text{ Tot}) \times 100$	
<b>8</b>	Porcentagem de casos novos com grau 1/OMS de incapacidade	$(104 \text{ Tot div } 103 \text{ Tot}) \times 100$	
<b>9</b>	Porcentagem de casos novos com grau 2/OMS de incapacidade	$(105 \text{ Tot div } 103 \text{ Tot}) \times 100$	
<b>Conclusão de tratamento de PQT</b>			
<b>10</b>	Número de casos com uma única lesão cutânea que receberam uma dose única de ROM	101a PB	
<b>11</b>	Porcentagem de pacientes PB que completaram 6 doses de MDT/PQT dentre os que deveriam ter completado seus tratamentos. Calculado por um ano de coorte que o tratamento MDT/PQT da OMS foi iniciado.	$(107 \text{ PB div } 106 \text{ PB}) \times 100$	
<b>12</b>	Porcentagem de pacientes MB que completaram 12 doses de MDT/PQT dentre os que deveriam ter completado seus tratamentos. Calculado por um ano de coorte que o tratamento MDT/PQT da OMS foi iniciado.	$(109 \text{ MB div } 108 \text{ MB}) \times 100$	
<b>Recidivas</b>			
<b>13</b>	Número total de recidivas <b>após o tratamento de MDT/PQT</b> dos casos de hanseníase MB registrados durante o ano.	111 MB	
<b>14</b>	Número total de recidivas <b>após o tratamento de MDT/PQT</b> dos casos de hanseníase PB registrados durante o ano.	111 MB	

A ILEP (International Federation of Anti-Leprosy Association) – A Federação Internacional de Associações Anti-Hanseníase é uma federação composta por 17 organizações não governamentais. A ILEP promove atividades médicas, científicas, sociais e de assistência humanitária para a ajuda e reabilitação de pessoas afetadas pela Lepra. Através das associações afiliadas, a ILEP atua em quase todos os países em que a Lepra é endêmica.

A Comissão Médico-Social da ILEP oferece suporte técnico aos membros da ILEP, a fim de melhorar os tratamentos disponíveis, prevenir as incapacidades e ajudar a fazer com que as pessoas afetadas pela Lepra sejam aceitas em suas comunidades. A ILEP também providencia uma série de materiais sobre a Lepra destinados aos profissionais de saúde.

