

SOFTWARE LIVRE, UMA REALIDADE NA ANÁLISE DE DADOS

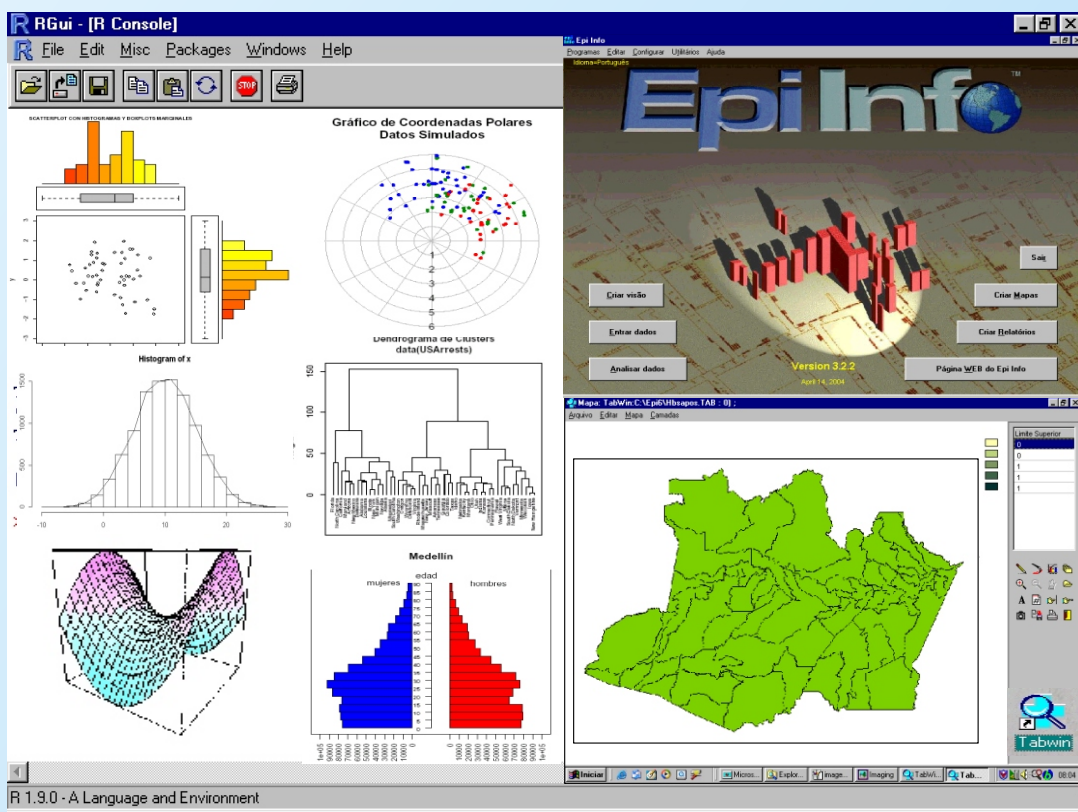
A crescente expansão dos softwares livres vem contribuindo expressivamente na aquisição de novas tecnologias para análise de dados, que até pouco tempo, constituía-se numa barreira para quem não possuía recursos financeiros e conhecimentos técnicos especializados, pois além desses programas serem produtos comerciais, de difícil aprendizagem e não dispor de versões em português, que não deixa de ser um desestímulo ao uso das técnicas estatísticas.

Programas como o Epi-Info (www.cdc.gov/epiinfo), R (<http://cran.r-project.org>) e TabWin (www.datasus.gov.br), são softwares livres, que além de possuírem uma confiabilidade boa na análise de dados, são constantemente atualizados e distribuídos gratuitamente pela rede mundial de computadores.

O DATASUS, que é o desenvolvedor do TabWin, lançou recentemente o Tabwin+R que é uma interface aberta entre o TabWin e o software R, permite adicionar ao TabWin uma grande capacidade de análise de dados de forma fácil e transparente para os usuários das informações do SUS, que futuramente se transformará em uma poderosa ferramenta de análise de dados, pois o R é uma linguagem em ambiente para computação estatística e gráfica altamente extensível, e tem como um dos seus pontos fortes, a facilidade com que gráficos com qualidade de publicação bem desenhados podem ser produzidos.

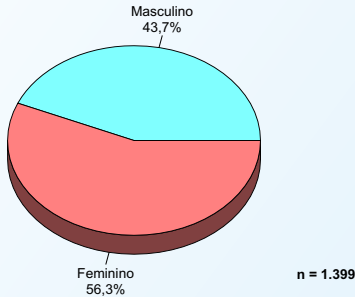
Na Fundação Alfredo da Matta, a experiência com softwares livres na análise de dados de sistemas como o SINAN, SIVADST, MH, entre outros, que proporciona não só confiabilidade nas informações, mas também a construção rápida de relatórios e o diagnóstico de imperfeições contidas neste sistemas, tem mostrado satisfação não só na parte técnica, mas também na econômica, pois a instituição não tem gasto com estes softwares.

- 1** Editorial
SOFTWARE LIVRE, UMA REALIDADE NA ANÁLISE DE DADOS
- 2** Resumo estatístico das doenças notificadas
Casos de Hanseníase nos Municípios do Amazonas
Doenças Sexualmente Transmissíveis Notificadas na FUAM
- 3** Casos de Leishmaniose
Outras Dermatoses de Interesse Sanitário
- 4** Análise epidemiológica das DST e Hanseníase
Vigilância Epidemiológica das DST na FUAM: Situação em 2003
- 6** Situação Epidemiológica e Operacional da Hanseníase no Estado do Amazonas - 2003
- 8** NOTÍCIAS
Hanseníase: Vigilância com os contatos intradomiciliares
Comportamento da população brasileira em relação às DST



DISTRIBUIÇÃO POR GRUPO DE DERMATOSES DE 1ª VEZ REGISTRADOS NA FUAM

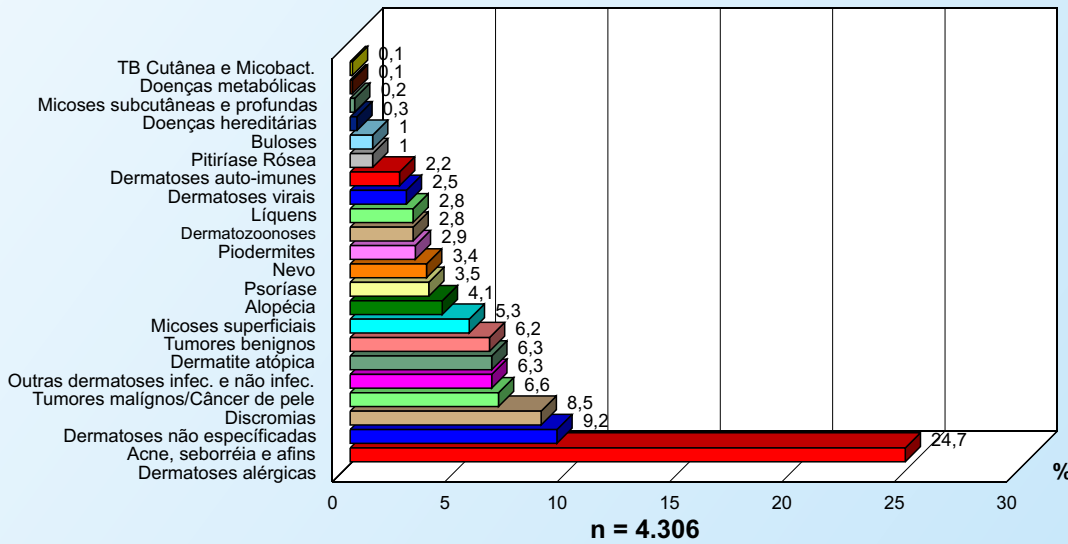
Distribuição dos casos de primeira vez de dermatoses prioritárias por sexo atendidas no período de janeiro a abril de 2003 Fundação Alfredo da Matta



Fonte: GECDI/Fundação Alfredo da Matta

| OUTRAS DERMATOSES | 2003 | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | |
| ACNE, SEBORRÉIA E AFINS | 26 | 27 | 36 | 42 | 2 | 46 | 54 | 37 | 38 | 31 | 27 | 31 | 397 |
| ALOPÉCIA | 14 | 7 | 12 | 16 | 1 | 5 | 15 | 23 | 13 | 23 | 12 | 11 | 152 |
| BULOSES | 1 | 1 | - | - | 3 | 2 | 1 | 1 | - | - | - | 3 | 13 |
| DERMATITE ATÓPICA | 11 | 18 | 10 | 33 | 3 | 25 | 30 | 30 | 25 | 22 | 30 | 30 | 267 |
| DERMATOSES ALÉRGICAS | 45 | 60 | 98 | 101 | 11 | 111 | 131 | 131 | 123 | 98 | 87 | 66 | 1.062 |
| DERMATOSES AUTO-IMUNES | 1 | 5 | 2 | 4 | 5 | 2 | 6 | 3 | 2 | 6 | 7 | 1 | 44 |
| DERMATOSES NÃO ESPECIFICADA | 14 | 19 | 21 | 27 | 7 | 28 | 33 | 38 | 35 | 106 | 25 | 11 | 364 |
| DERMATOSES VIRAIS | 2 | 4 | 9 | 9 | - | 4 | 9 | 12 | 9 | 16 | 15 | 5 | 94 |
| DERMATOZOONOSES | 3 | 2 | 10 | 18 | 1 | 18 | 22 | 16 | 5 | 11 | 9 | 5 | 120 |
| DISCROMIAS | 13 | 18 | 19 | 34 | 1 | 27 | 35 | 30 | 26 | 23 | 34 | 25 | 285 |
| DOENÇAS HEREDITÁRIAS | - | - | - | - | 1 | 1 | 3 | 1 | - | 1 | - | 1 | 8 |
| DOENÇAS METABÓLICAS | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | - | 1 | - | - | 3 |
| LIQUENS | 4 | 8 | 9 | 6 | 2 | 11 | 17 | 6 | 16 | 8 | 7 | 13 | 107 |
| MICOSES SUBCUTÂNEAS E PROFUNDAS | - | 2 | - | - | 1 | - | 1 | 1 | - | - | - | - | 5 |
| MICOSES SUPERFICIAIS | 4 | 9 | 16 | 20 | - | 15 | 33 | 27 | 16 | 17 | 13 | 8 | 178 |
| NEVO | 3 | 13 | 7 | 6 | 1 | 17 | 7 | 25 | 16 | 14 | 8 | 9 | 126 |
| OUTRAS DERMATOSES INF. E NÃO INF. | 13 | 33 | 17 | 24 | 4 | 32 | 41 | 31 | 22 | 24 | 13 | 18 | 272 |
| PIODERMITES | 7 | 7 | 7 | 24 | - | 17 | 16 | 6 | 7 | 8 | 8 | 14 | 121 |
| PITIRÍASE RÓSEA | - | 3 | 1 | 4 | 1 | 7 | 7 | 3 | 5 | 6 | 1 | 4 | 42 |
| PSORÍASE | 8 | 8 | 14 | 16 | 4 | 17 | 24 | 13 | 11 | 16 | 9 | 7 | 147 |
| TB CUTÂNEA E MICOBACT. | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| TUMORES BENIGNOS | 12 | 13 | 16 | 13 | 2 | 21 | 34 | 35 | 32 | 26 | 12 | 11 | 227 |
| TUMORES MALIGNOS/CÂNCER DE PELE | 14 | 36 | 23 | 17 | 11 | 21 | 32 | 29 | 26 | 21 | 22 | 20 | 272 |
| TOTAL | 195 | 293 | 327 | 415 | 61 | 427 | 551 | 499 | 427 | 478 | 342 | 291 | 4.306 |

Distribuição dos casos de primeira vez de dermatoses prioritárias por grupo mais frequentes atendidas no período de Janeiro a Dezembro de 2003 na Fundação Alfredo da Matta

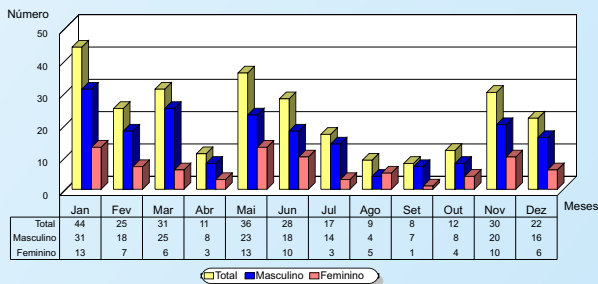


Fonte: GECDI/ Fundação Alfredo da Matta

CASOS DE LTA NOTIFICADOS NA FUAM 2003

| SEXO | 2003 | | | | | | | | | | | | TOTAL |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ | |
| MASC. | 31 | 18 | 25 | 8 | 23 | 18 | 14 | 4 | 7 | 8 | 20 | 16 | 192 |
| FEM. | 13 | 7 | 6 | 3 | 13 | 10 | 3 | 5 | 1 | 4 | 10 | 6 | 81 |
| TOTAL | 44 | 22 | 31 | 11 | 36 | 28 | 17 | 9 | 8 | 12 | 30 | 22 | 273 |

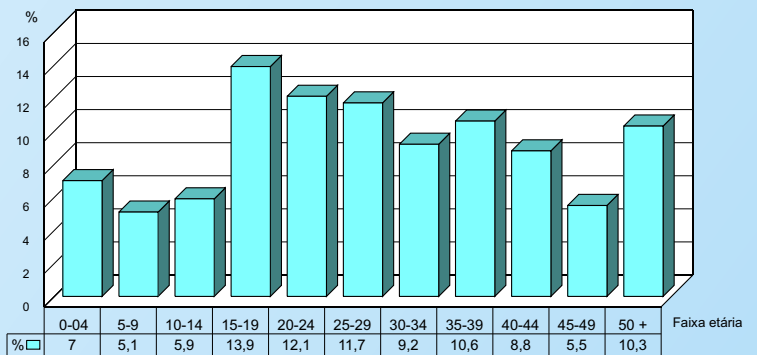
Distribuição dos casos de Leishmaniose segundo sexo e mês de atendimento Fundação Alfredo da Matta - Janeiro a Dezembro de 2003



n = 273

Fonte: GECDI/Fundação Alfredo da Matta

Distribuição dos casos de Leishmaniose segundo faixa etária Fundação Alfredo da Matta - Janeiro a Dezembro de 2003



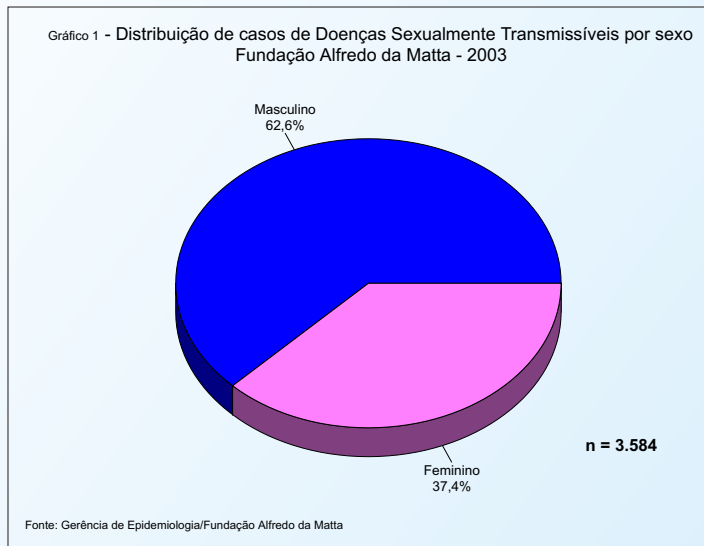
n = 273

Fonte: GECDI/Fundação Alfredo da Matta

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS DST E HANSENÍASE

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DST NA FUAM: SITUAÇÃO EM 2003

No ano de 2003 foram notificados no serviço de DST da Fundação Alfredo da Matta (FUAM) 3584 pessoas, dessas 2242 (62,6%) do sexo masculino e 1342 (37,4%) feminino (gráfico 1).



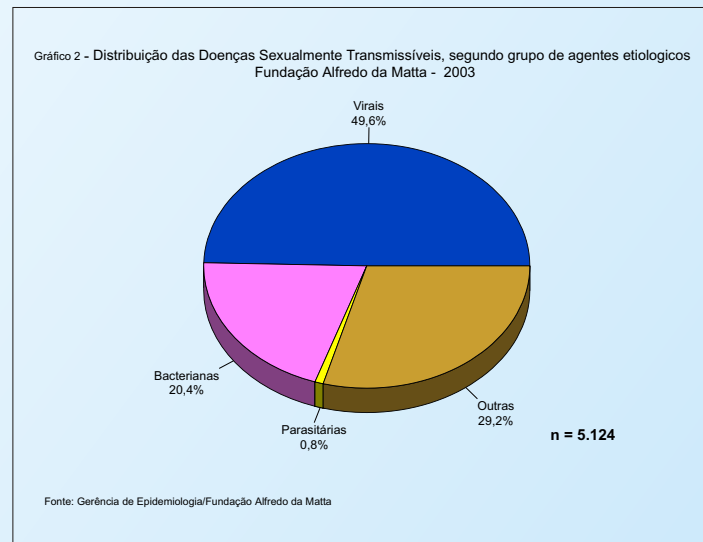
A média da idade entre os casos notificados foi de 24,8 anos (DP= 9,0), e dentre as mulheres notificadas a idade média foi de 23,4 anos (DP=8,9) e para os homens 25,7 anos (DP= 8,9). Esta diferença é estatisticamente significativa $p=0,0000$ (Test de Mann-Whitney para diferença de médias). Os grupos de idade de maior freqüência de notificação foram os tradicionais para as DST, 20 - 24 anos (30,6%); 15 - 19 anos (26,0%) e 25 - 29 anos (17,5%). Entre as mulheres o grupo de maior freqüência de notificação foi entre 15 - 19 anos (33,2%), entretanto para os homens foi de 20 - 24 anos (32,1%).

Do total de mulheres atendidas 29,3% foram encaminhadas por serem parceiras de caso com DST e somente 3,6% dos homens eram contatos encaminhados.

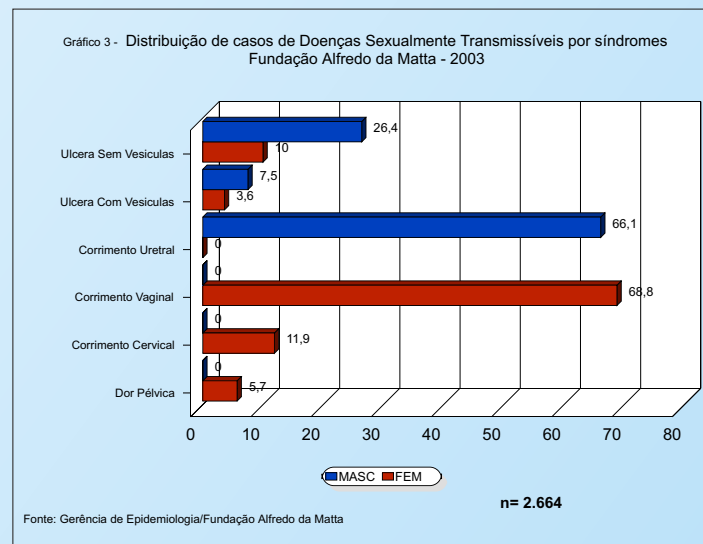
Das mulheres atendidas 21,2% eram assintomáticas e somente 5,0% dos homens não apresentavam sintomas.

Em 74,3% dos casos (2.664) apresentaram ao menos uma síndrome de DST, sendo 92,3% para as mulheres e 63,6% para os homens.

Os casos tiveram diagnósticos etiológicos numa freqüência de 20,3% para as DST bacterianas (sífilis, infecção gonocócica, infecção por clamídia, cancro mole, donovanose e linfogranuloma venéreo), 49,6% para DST virais (condiloma acuminado, herpes genital, infecção por HIV) e 0,9% para parasitárias (tricomoníase vaginal) e 29,2% outros (outras uretrites, outras cervicites, vaginose bacteriana, candidíase e outros) (gráfico 2).

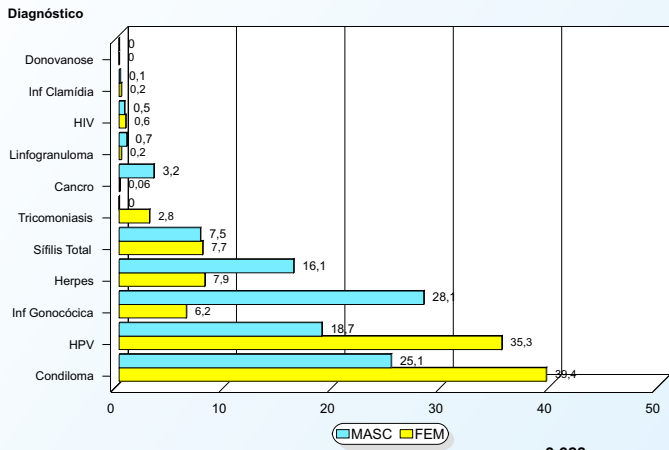


O Gráfico 3 mostra a freqüência das síndromes de DST diagnosticadas. Entre os homens a síndrome de corrimento uretral foi a mais freqüente (66,1%), seguido de úlceras genital sem vesículas (26,4%) e as úlceras genital com vesículas (7,5%) e entre as mulheres a síndrome do corrimento vaginal (68,8%), corrimento cervical (11,9%), úlcera genital sem vesículas (10,0%), dor pélvica (5,7%) e úlcera genital com vesículas (3,6%).



O Gráfico 4 mostra os diagnósticos etiológicos segundo sexo, as maiores freqüências entre os homens correspondem a infecção gonocócica (28,1%), condiloma acuminado (25,1%), HPV (18,7%) e herpes genital (16,1%) e entre as mulheres o condiloma acuminado (39,4%), HPV (35,2%), herpes genital (7,9%) e a sífilis total (7,6%). Observou-se diferença estatisticamente significativa nos de prevalência do condiloma e HPV ($p<0,0001$) a favor das mulheres, infecção gonocócica, cancro mole e herpes genital ($p<0,0001$) para os homens.

Gráfico 4 - Distribuição de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis por diagnóstico etiológico Fundação Alfredo da Matta - 2003



Fonte: Gerência de Epidemiologia/Fundação Alfredo da Matta

Em relação ao preservativo observou-se que 86,6% dos homens e 85,2% dos parceiros das mulheres nunca usam ou utilizam raramente preservativo masculino, e o uso de preservativo feminino é praticamente inexistente nesta população (0,7%).

A análise do score de risco para adquirir infecção gonocócica em mulheres (tabela 1) mostrou que a taxa de prevalência de gonorréia foi de 6,8% nas de score positivo (2+ pontos) no entanto nas de score negativo (menos de 2 pontos) a prevalência foi de 1,6%. A razão de chances foi 7 vezes maior para as mulheres com score positivo (O. R= 7,67; I. C 95% 2,00 2,56).

A frequência de preferência homo e bissexuais entre os homens atendidos no ano foi de 6,9% (Gráfico 6).

Na análise de algumas variáveis da conduta sexual que incrementam o risco de adquirir e ou transmitir uma DST evidencia que os homens de nossa série, ao contrário do que ocorre na população geral, iniciam as relações sexuais em uma idade mais precoce que as mulheres (14,2 vs 15,8 anos) diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$).

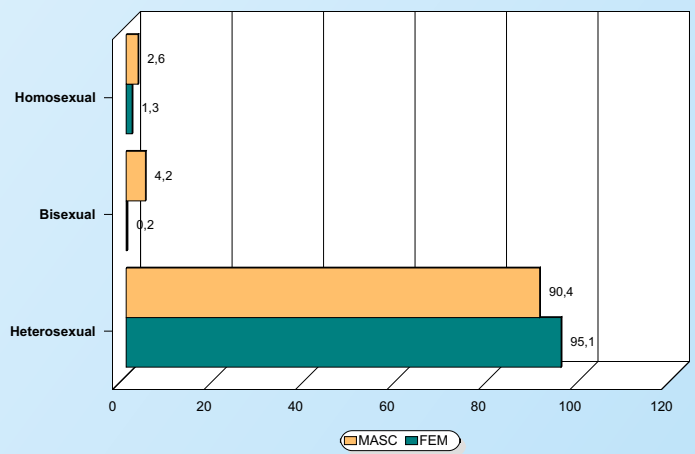
Do total dos casos (17,0%) já haviam tomado algum antibiótico ao chegar na consulta. E 57,4% destes tratamentos não foram indicados por pessoal médico, situação que implica em risco elevado de tratamentos inadequados e incompletos, assim como a ausência de elementos imprescindíveis como, aconselhamento e educação, atividade da atenção integral de um caso de DST.

Quase 31,9% dos casos tinham história anterior de DST, proporção significativamente maior entre os homens do que entre as mulheres (44,7% vs 9,1%; $p < 0,0001$) (Gráfico 5).

TABELA 1 – SCORE DE RISCO

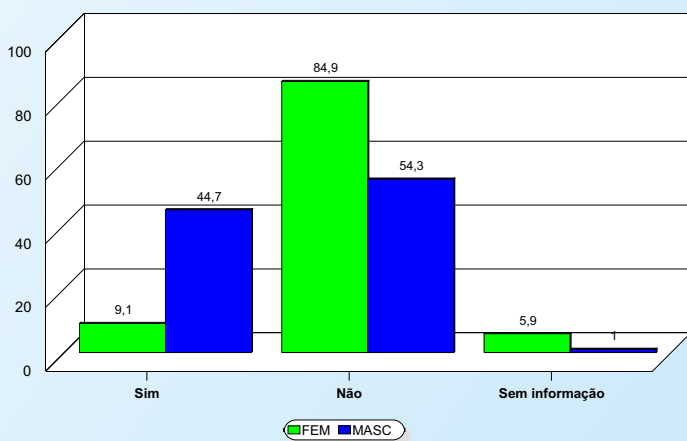
| FATORES DE RISCO | PONTOS |
|-----------------------------------|--------|
| PARCEIRO COM CORRIMENTO URETRAL | 2 |
| MENOR DE 20 ANOS | 1 |
| MAIS DE 1 PARCEIRO ÚLTIMO 3 MESES | 1 |
| NOVO PARCEIRO ÚLTIMOS 3 MESES | 1 |
| SEM PARCEIRO FIXO | 1 |

Gráfico 6 - Distribuição dos casos de DST segundo tipo de relação Fundação Alfredo da Matta - 2003



Fonte: Gerência de Epidemiologia/Fundação Alfredo da Matta

Gráfico 5 - Distribuição de casos que tiveram história anterior de DST Fundação Alfredo da Matta - 2003



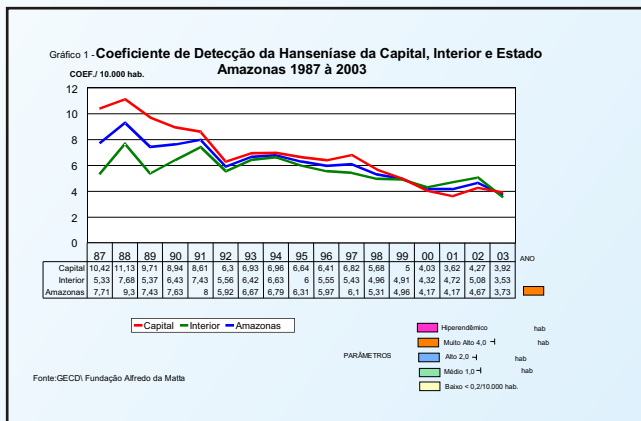
Fonte: Gerência de Epidemiologia/Fundação Alfredo da Matta

Mais da metade dos homens (64,8%) e 21,0% das mulheres ($p < 0,0001$) referiram terem tido novos parceiros no últimos 3 meses prévios ao diagnóstico. E deste grupo, 52,7% dos homens e 31,2% das mulheres tiveram mais de um parceiro novo ($p < 0,0001$).

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIONAL DA HANSENÍASE NO ESTADO DO AMAZONAS - 2003

No Brasil o estado do Amazonas ocupou em 2002 o 11º lugar no coeficiente de prevalência e o 11º lugar no coeficiente de detecção de casos de hanseníase.

O coeficiente de detecção no Estado do Amazonas passou de 7,71/10.000 hab. em 1987 para 3,73/10.000 hab. em 2003, o que representou uma redução de 51,62%. Apresenta tendência decrescente nos últimos anos. Apesar desta redução o estado ainda vinha mantendo-se como hiperendêmico (4,0/10.000 hab.) segundo parâmetro do Ministério da Saúde, até 2002. No entanto no ano 2003 observa-se uma diminuição no coeficiente, (gráfico 1).



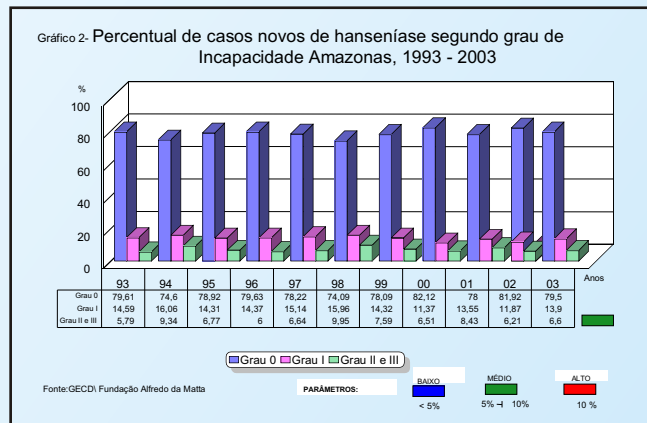
O número de casos detectados no Amazonas em 2003, foi de 1.129 casos novos, distribuídos em 53 municípios, que notificaram, com coeficiente de detecção variando de 0,58 a 15,44/10.000 hab. segundo parâmetros do Ministério da Saúde estas taxas encontram-se entre média (1 --| 0,2 /10.000 hab.) e hiperendêmica (4,0/10.000 hab.). Esta variação ainda é operacional devido a algumas peculiaridades do estado como extensão territorial, rotatividade de recursos humanos e descentralização das atividades.

Dentre as áreas mais endêmicas no estado, destacam-se em 2003, a capital Manaus com um coeficiente de detecção de 3,92/10.000 hab., região do rio Juruá 6,96/10.000 hab., região do rio Madeira 6,53/10.000 hab. e região do rio Purus 5,99/10.000 hab., consideradas hiperendêmicas (4,0/10.000 hab.) segundo parâmetros do Ministério da Saúde.

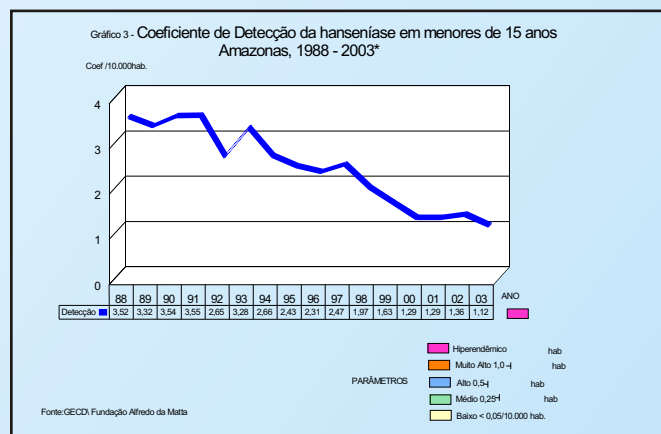
Em Manaus as Zonas Leste e Centro-Oeste apresentaram os mais elevados coeficientes de detecção 5,13 e 3,85/10.000 hab. respectivamente, ambas consideradas hiperendêmicas (4/10.000hab.).

Ainda em relação a Manaus, na distribuição do coeficiente de detecção por bairros observou-se uma variação de 0,58 a 8,34 por 10.000 hab. significando que as áreas atingem parâmetros que vão desde médio (1,0 ---| 0,2/10.000 hab) até hiperendêmicos (4,0/10.000 hab.).

Um dos indicadores que possibilita avaliar o diagnóstico precoce da hanseníase é a porcentagem de casos com deformidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano, e em 2003 dos 1.129 casos novos 92,9% foram avaliados em relação ao grau de incapacidade e destes 6,6% apresentaram grau II de deformidades, e 13,9% grau I. No Estado, o percentual de casos detectados com deformidades nos últimos onze anos vem mantendo-se em níveis considerados médio (10 ---| 5%) segundo parâmetro do Ministério da Saúde. Mas, é importante observar que os percentuais de grau I são altos, o que preocupa, pois significa um diagnóstico tardio. Portanto, ações voltadas para melhoria do diagnóstico necessitam implementação (gráfico 2).

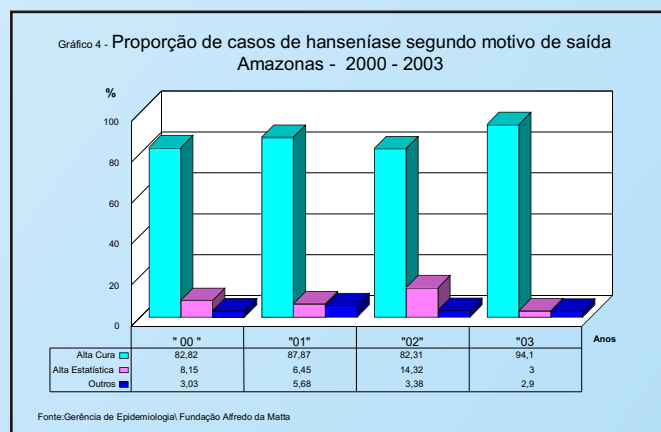


Outro indicador importante, que determina a tendência da doença é o Coeficiente de detecção em menores de 15 anos, que passou de 3,52/10.000 hab. em 1988 para 1,12/10.000 hab. em 2003, com uma redução de 62,2%. Observa-se uma queda gradativa a partir 1993. Apesar dessa redução e da queda gradativa que vem ocorrendo nos últimos dez anos, ainda é considerado um indicador hiperendêmico (1,0/10.000 hab.) (gráfico 3).

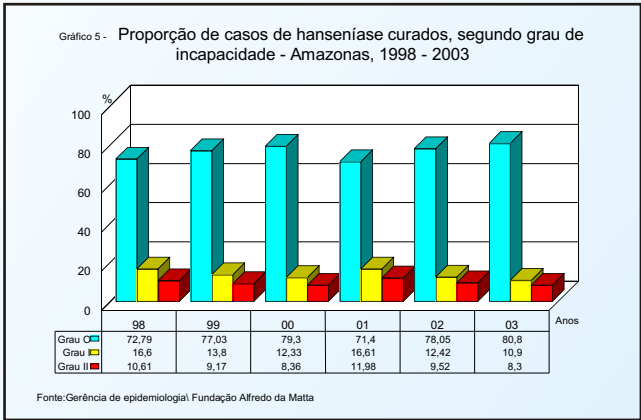


Em 2003 foram detectados 640 casos do sexo masculino o que representa 56,7% do total, semelhante ao que vem ocorrendo ao longo dos anos. Em relação a classificação operacional, sempre predominaram os casos Paucibacilares(PB), contudo, nos últimos anos relação entre Paucibacilares e Multibacilares(MB) vem diminuindo.

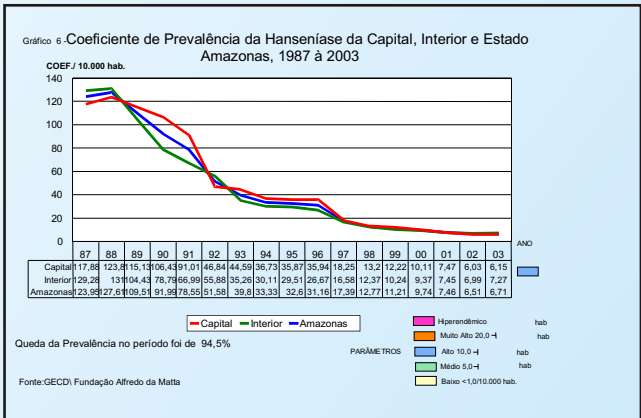
Quanto ao motivo de saída do registro ativo, as altas por cura como é o esperado, foi de 94,1% em 2003 com um aumento de 14,2% em relação a 2002. Este indicador em um programa de controle de endemia, demonstra a efetividade e eficácia do tratamento, no entanto é importante ressaltar que houve uma diminuição no total de saídas do registro ativo (gráfico 4).



Dos 946 casos que receberam alta por cura, 82,45% foram avaliados em relação ao grau de incapacidade no ano 2003. E entre os 780 casos avaliados, 80,8% apresentaram grau 0 de incapacidade, 10,9% grau I e 8,3% apresentaram deformidades (grau II), com uma redução de 12,8% nos casos curados com deformidades em relação ao ano de 2002, no entanto tivemos um aumento no número de casos não avaliados em relação ao grau de incapacidade (gráfico 5).



O coeficiente de prevalência no Estado passou de 123,95/10.000 hab. em 1987 para 6,71/10.000 hab. em 2003. Apesar de encontrar-se distante da meta de eliminação, proposta pela Organização Mundial de Saúde que significa reduzir a sua prevalência para menos de um caso em cada 10.000 hab. até o ano 2005, a redução que ocorreu no referido período foi bastante acentuada (94,6%). Esta redução deve-se principalmente a poliquimioterapia e a aplicação de medidas administrativas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Em Manaus e no interior do Estado, também observa-se queda de maneira semelhante ao que vem ocorrendo no Estado como um todo. No ano de 2003 a prevalência teve um pequeno aumento por problemas no sistema de informação - SINAN que não foi adequadamente atualizado em alguns municípios mas, com algumas medidas tomadas pela coordenação espera-se melhorar este indicador (gráfico 6).



Na estratificação a nível de município, esses coeficientes variaram de 0,80 (baixo < 1,0/10.000 hab.) a 39,05 (hiperendêmico 20,0/10.000 hab.) em 2003, esta variação ainda esta relacionada com questões operacionais.

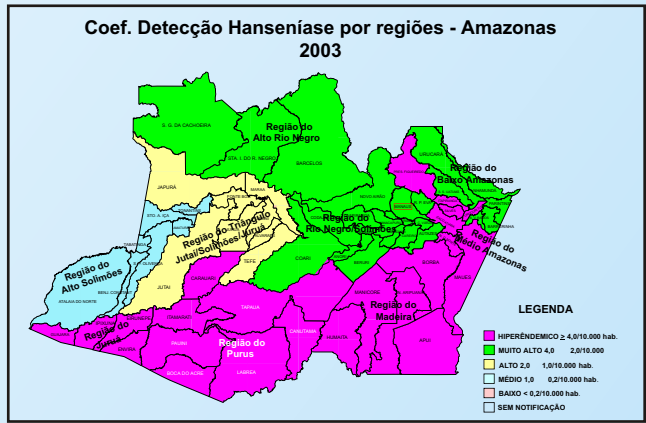
No estado as regiões que apresentaram os mais elevados coeficientes de prevalência foram a capital. Manaus, com 6,15/10.000 hab., rio Purus com 15,23/10.000 hab., rio Madeira com 13,05/10.000 hab. e rio Juruá com 9,03/10.000 hab.

Na capital, as zonas que apresentaram os maiores coeficientes de prevalência foram a zona Leste com 7,85/10.000

hab. e Oeste com 6,32/10.000 hab. De forma semelhante ao que aconteceu com a detecção, estas zonas não se assemelham por suas características, pois uma é área em expansão e com elevado número de invasões desorganizadas, contribuindo com o aumento no número de casos e expansão da endemia e a outra é uma zona mais antiga da cidade de Manaus, onde praticamente foram implantadas as primeiras ações de controle da hanseníase nas unidades básicas de saúde, fatos estes que não explicam o comportamento da mesma em relação a endemia, no entanto, as unidades vêm apresentando nos últimos anos sérios problemas no desenvolvimento das atividades de controle e consequentemente o operacional influencia diretamente para piora do quadro da endemia na referida zona.

No detalhamento por bairros em Manaus observa-se uma variação nos coeficientes de prevalência de 1,66 a 25,17/10.000 hab. ou seja de médio (5,0 --| 1,0/10.000hab.) a hiperendêmico (20,0/10.000hab.).

Outro indicador importante que demonstra a qualidade das ações de um programa de controle de endemia e o monitoramento da mesma é a proporção de abandono que foi de 15,6%, e sem informação de 24,8% em 2003, no estado.



HANSENÍASE: VIGILÂNCIA DOS CONTATOS INTRADOMICILIARES

A partir do diagnóstico de um caso de hanseníase, deve ser feita a investigação epidemiológica desse caso, com o objetivo de romper a cadeia de transmissão da doença, procurando identificar a fonte de infecção do doente, descobrir novos casos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente no mesmo domicílio (contatos intradomiciliares) e prevenir a contaminação de outras pessoas. Essas pessoas que vivem com o doente de hanseníase correm maior risco de serem contaminadas do que a população em geral.

Considera-se como contato intradomiciliares toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente, nos últimos cinco anos.

Ao serem identificados os contatos intradomiciliares do doente de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico para que sejam adotadas as medidas adequadas a cada caso:

- os contatos intradomiciliares com diagnóstico de hanseníase, devem ser encaminhados para o tratamento específico da hanseníase;
- os contatos intradomiciliares sadios, devem ser encaminhados para receber a vacinação BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), que aumenta a resistência do organismo.

Vacinação BCG

Estudos realizados no Brasil e em outros países para verificar o efeito protetor da BCG na hanseníase relataram que o nível de proteção variou de 20 a 80%, e estes estudos também sugeriram uma maior proteção contra as formas multibacilares da doença. E em Malawi (1994-1992), estudos demonstraram que uma dose da vacina BCG reduz em 50% o risco para desenvolver hanseníase enquanto que duas doses reduz em 75%, ou seja, a 2ª dose da vacina aumenta em 25% a proteção.

Recomendações:

- A aplicação de 2 doses da vacina BCG-ID (0,1ml) a todos os contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase independente da forma clínica;
- A aplicação da 1ª dose da vacina esta condicionada na realização do exame dermatoneurológico;
- A aplicação da 2ª dose da vacina deve ser feita a partir de 6 meses da aplicação da 1ª dose, e deverá ser feita próximo ao local da aplicação da 1ª para mais fácil reconhecimento;
- Se já existir a cicatriz por BCG-ID, esta deve ser considerada como a 1ª dose, independente da época em que foi aplicada. Na dúvida deve-se aplicar as duas doses recomendadas;
- Toda a orientação para a utilização da vacina BCG em contatos de pacientes de hanseníase está descrita no manual de Normas e Procedimentos do Programa Nacional de Imunização (PNI);
- Todos os contatos devem receber informações sobre a doença e sobre a necessidade de ficarem atentos ao aparecimento de sinais e sintomas da hanseníase, devendo neste caso procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência.

A **vigilância de contatos**, portanto, compreende a busca sistemática de casos novos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente, a fim de que sejam adotadas medidas de prevenção em relação às mesmas: o diagnóstico e o tratamento precoce.

Fonte: www2.uerj.br

Brasil.M.S.Coordenação Nacional de Dermatologia Sanitária. **Guia de Controle da Hanseníase**. 1ª ed. Brasília: 2002.

Brasil.M.S. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase Atividade de Controle e Manual de Procedimentos**. 2001

COMPORTAMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA EM RELAÇÃO ÀS DST

Pesquisa realizada pelo IBOPE, em janeiro de 2003, envolveu 1.882 pessoas maiores de 14 anos em todo território nacional demonstrou que o uso de preservativo aumentou 24% no Brasil.

A pesquisa mostrou que o uso de preservativo com parceiros eventuais aumentou de 64% em 98 para 79,5%. O uso de preservativo com parceiro fixo ficou em 20%, semelhante ao de 98(21%). O uso consistente do preservativo em todas as relações cai para 11%, o principal motivo apresentado para dispensar o uso da camisinha foi a confiança no parceiro(53%).

Do total dos entrevistados, mais da metade(69,2%) disseram ser sexualmente ativos. Desse percentual, 85% referiram ter somente parceiros fixos, 8% disseram ter apenas parceiros eventuais e 6% tinham parceiro fixo e eventual ao mesmo tempo. As mulheres representaram

52% das pessoas que só possuem parceiro fixo e os homens representam 88% das pessoas que possuem parceiros eventuais e também foram maioria(84%) dos entrevistados que tinham, parceiro fixo e eventual ao mesmo tempo.

O percentual de jovens (14 a 19 anos) que usaram preservativo na 1ª relação sexual foi de 65%, quase igual ao da Inglaterra(68%), e maior que no Canadá(58%), Alemanha(57%), Itália(52%) e Estados Unidos(51%).

O menor uso do preservativo está nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, com uma média de 10% de uso com parceiros fixos e 50% com parceiros eventuais na última relação.

Pesquisa de Opinião Pública sobre DST/Aids IBOPE/2003

[Www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)