

NESTA EDIÇÃO

1

Editorial

Indicadores Básicos de Saúde:
Conceitos e Aplicações

2

Situação Epidemiológica da
Hanseníase no Amazonas

4

Situação Epidemiológica da
Hanseníase na FUAM

6

Situação das Dermatoses
Notificadas na FUAM

Leishmaniose Tegumentar
Americana - LTA

7

Situação das DST na FUAM

8

Resumo das Doenças
Notificadas na FUAM - 2006

Indicadores Básicos para Saúde: Conceitos e Aplicações

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação de saúde, bem como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação das ações de saúde. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas.

Em termos gerais, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer.

A qualidade de um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação (frequência de casos, tamanho da população em risco) e da precisão dos sistemas de informação empregados (registro, coleta, transmissão dos dados). O grau de excelência de um indicador deve ser definido por sua *validade* (capacidade de medir o que se pretende) e *confiabilidade* (reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares). Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua *sensibilidade* (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e *especificidade* (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: *mensurabilidade* (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), *relevância* (responder a prioridades de saúde) e *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). Espera-se que os indicadores possam ser analisados e interpretados com facilidade, e que sejam compreensíveis pelos usuários da informação, especialmente gerentes, gestores e os que atuam no controle social do sistema de saúde.

Para um conjunto de indicadores, são atributos de qualidade importantes a *integridade* ou *completude* (dados completos) e a *consistência interna* (valores coerentes e não contraditórios). A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde dependem da aplicação sistemática de definições operacionais e de procedimentos padronizados de medição e cálculo. A seleção do conjunto básico de indicadores – e de seus níveis de desagregação – deve ajustar-se à disponibilidade de sistemas de informação, fontes de dados, recursos, prioridades e necessidades específicas em cada região. A manutenção deste conjunto de indicadores deve depender de instrumentos e métodos simples, para facilitar a sua extração regular dos sistemas de informação. Para assegurar a confiança dos usuários na informação produzida, é preciso monitorar a qualidade dos indicadores, revisar periodicamente a consistência da série histórica de dados, e disseminar a informação com oportunidade e regularidade.

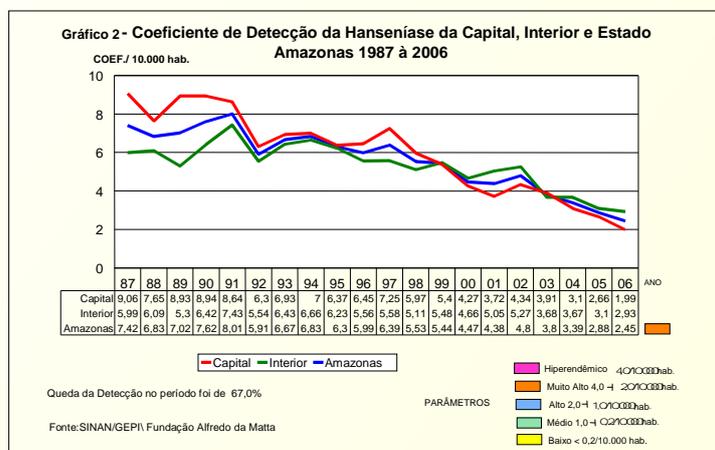
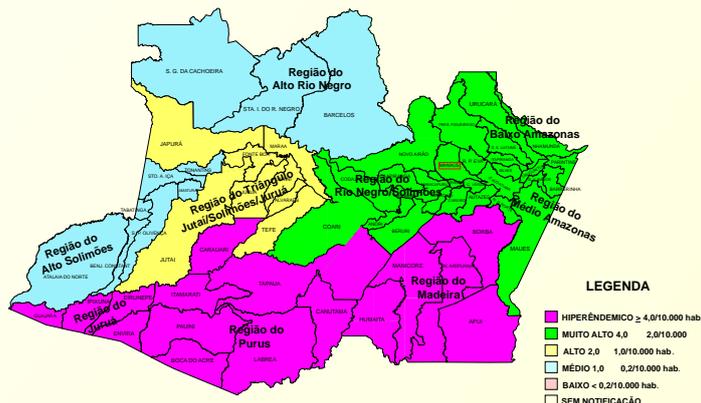
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIONAL DA HANSENÍASE NO ESTADO DO AMAZONAS - 2006

No ano 2006 as ações de controle e eliminação da hanseníase estavam implantadas nos 62 municípios, no estado do Amazonas.

Do total de 701 serviços ambulatoriais, (excluindo-se os ambulatórios de pronto socorro, serviços de diagnose e terapia, unidades móvel e de atenção psicossocial e outros no mesmo nível) no estado do Amazonas, 270 (38,1%) possuíam ações de controle da hanseníase, sendo 132 (48,9%) na capital e 138 (51,1%) no interior.

O coeficiente de detecção no Estado do Amazonas passou de 7,42/10.000 hab. em 1987 para 2,45/10.000 hab. em 2006, o que representou uma redução de 67,0%. 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 a partir do ano 2003 observa-se uma diminuição no coeficiente, passando para muito alto (gráfico 2).

Figura 1 - Detecção Hanseníase por Regiões Amazonas - 2006



Um dos indicadores que possibilita avaliar o diagnóstico precoce da hanseníase é o de percentagem de casos com deformidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano.

No Estado, o percentual de casos detectados e avaliados em relação ao grau de incapacidade sempre foram superior a 90% nos últimos 10 anos, considerado bom segundo parâmetro do Ministério da Saúde. Os casos avaliados que apresentaram deformidades vem mantendo-se em níveis considerados médio (10 ---| 5%) segundo parâmetro do Ministério da Saúde, com redução em suas taxas nos últimos anos. Mas, é importante observar que os percentuais de grau I ainda são altos, o que preocupa, pois pode significar um diagnóstico tardio.

No ano de 2006 foram notificados no estado 923 casos de hanseníase, sendo 813(88,1%) novos, 60(6,5%) recidivas, 11(1,2%) transferências e 36(3,9%) outros reingressos. O modo de diagnóstico mais freqüente dos casos novos foi a forma espontânea (62,0%), seguida dos encaminhados por outros serviços (27,2%) e dos contatos (6,8%).

Dos 813 casos novos detectados, 337(41,4%) eram residentes de Manaus e o restante residentes em outros 57 municípios. Os coeficiente de detecção variaram de 0,33 a 17,49/10.000 hab. segundo parâmetros do Ministério da Saúde estas taxas encontram-se entre média (1 a 0,2 /10.000 hab.) e hiperendêmica (4,0/10.000 hab.). Esta variação provavelmente 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, destacaram-se em 2006, a a região do rio Purus com 7,11/10.000 hab, região do rio Juruá com um coeficiente de detecção de 5,64/10.000 hab., região do rio madeira com 4,65 /10.000 hab., e a região do Médio Amazonas com 3,74/10.000 hab. e Manaus a capital do estado apresentou um coeficiente de 2,00/10.000 hab consideradas hiperendêmicas (4,0/10.000 hab.) e muito alta (4,0 --| 2,0/10.000 hab.) segundo parâmetros do Ministério da Saúde. (figura 1)

Em 2006 dos 813 casos novos detectados 787 (96,8%) foram avaliados em relação ao grau de incapacidade e destes 8 (7,4%) apresentaram grau II de deformidades, o grau I apresenta um percentual alto de casos. Portanto, ações voltadas para melhoria do diagnóstico necessitam serem implementadas (gráfico 4a e 4b).

Gráfico 4b - Percentual de casos novos de hanseníase segundo grau de incapacidade Amazonas, 1997 - 2006

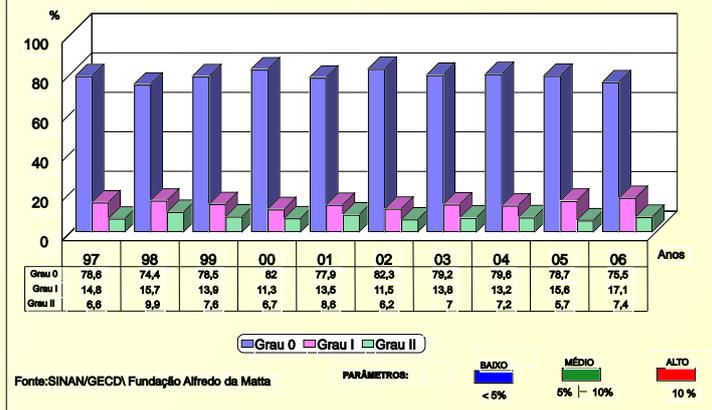
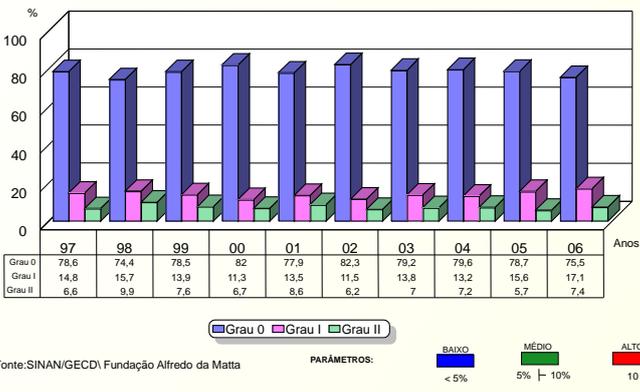
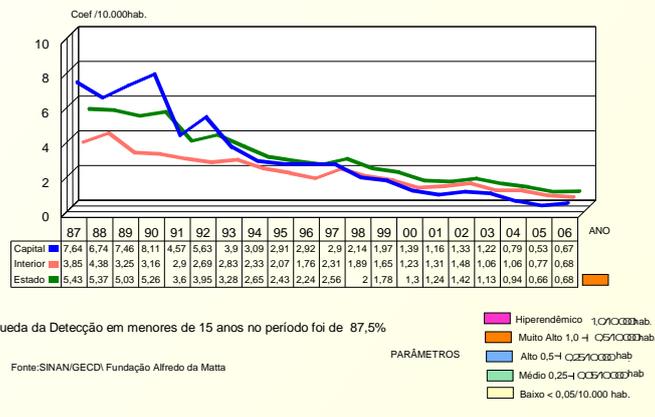


Gráfico 4b - Percentual de casos novos de hanseníase segundo grau de incapacidade Amazonas, 1997 - 2006



Um indicador importante, que determina a tendência da doença é o Coeficiente de detecção em menores de 15 anos, que apresenta tendência decrescente ao longo do período, passando de 5,43/10.000 hab. em 1987 para 0,68/10.000 hab. em 2006, com uma redução de 87,5%. Apesar dessa redução e da queda que vem ocorrendo nos últimos anos, ainda é considerado um indicador com parâmetro de muito alto (1,0 --| 0,5/10.000 hab.) (gráfico 5).

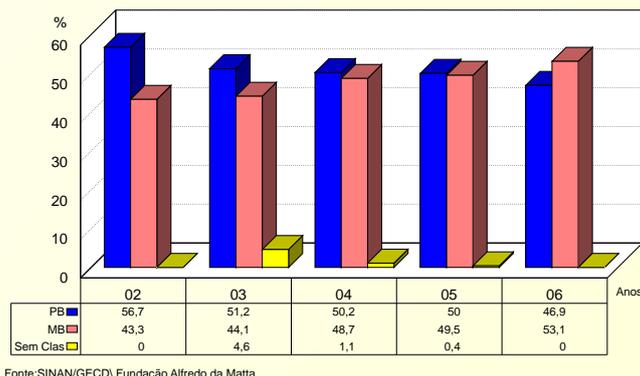
Gráfico 5 - Coeficiente de Detecção da hanseníase em menores de 15 anos Amazonas, 1987 - 2006



Na detecção de casos novos em relação ao gênero sempre houve predomínio dos homens. A proporção de casos novos em mulheres para o período de 2002 a 2006 apresentou uma média anual em torno de 41%. A razão M/F foi de 1,5.

Em relação a classificação operacional dos casos sempre houve predomínio das formas Paucibacilares (PB). Nos últimos anos a diferença existente entre os Paucibacilares e os Multibacilares (MB) vinha diminuindo e em 2006 houve predomínio dos casos MB. A razão MB/PB foi de 1,1 (gráfico 6).

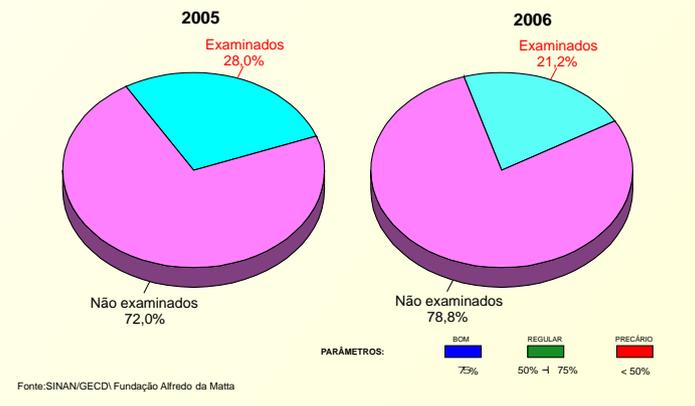
Gráfico 6 - Proporção de casos detectados de hanseníase segundo classificação operacional para fins de tratamento - Amazonas, 2002 à 2006



Em Manaus capital do estado, o tempo médio entre o aparecimento dos 1º sintomas e o diagnóstico, indicador que também mede as atividades de detecção, foi de 12,8 meses (DP=15,6) com um tempo mediano de 4,9 meses, com valor mínimo de 0,0 e máximo de 48 meses (LEM Capital, 2005).

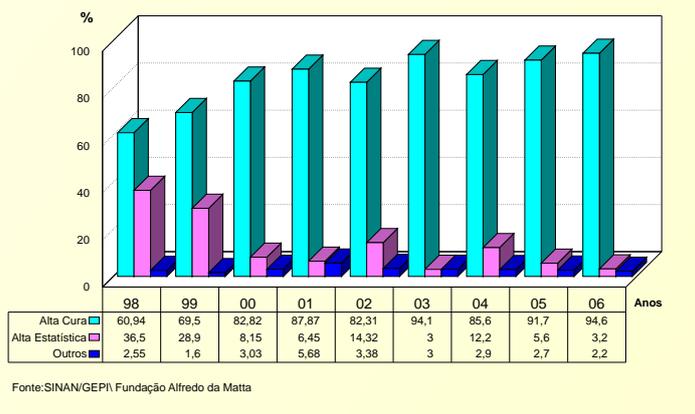
No indicador que avalia a execução das atividades de vigilância, a proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos foi de 21,2%, resultado precário e com redução em relação ao ano anterior. Sendo necessárias a implementação de medidas apropriadas para a reversão deste quadro, visto ser este o grupo de maior risco em adquirir a doença (gráfico 7).

Gráfico 7 - Percentual de Examinados entre os Contatos registrados de casos novos de hanseníase Amazonas - 2005 - 2006



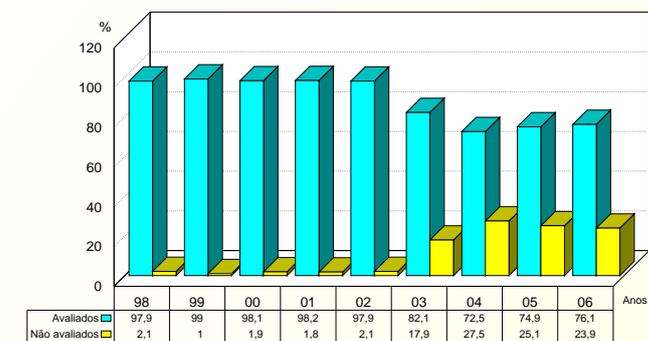
Em relação ao indicador de qualidade dos serviços, observa-se que nos 848 casos saídos do registro ativo, as altas por cura como é o esperado, foi o motivo de saída mais freqüente com 94,6% em 2006, apesar da proporção de saídas por cura, observa-se uma diminuição no número de casos que estão saindo do registro ativo, o que implica em manutenção dos casos por mais tempo do que o recomendado. Este indicador em um programa de controle de endemia, demonstra a efetividade e eficácia do tratamento. (gráfico 8).

Gráfico 8 - Proporção de casos de hanseníase segundo motivo de saída Amazonas - 1998 - 2006



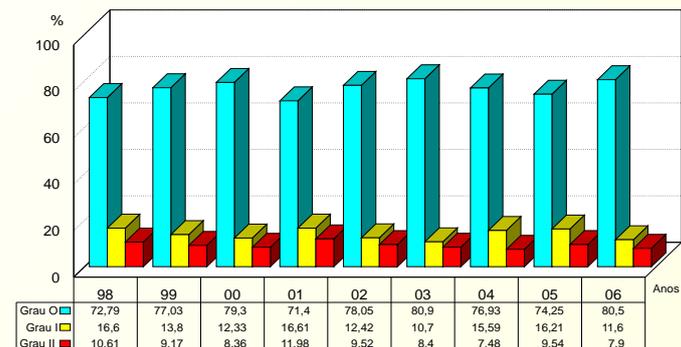
Dos 802 casos que receberam alta por cura, 76,1% foram avaliados em relação ao grau de incapacidade no ano 2006, este resultado pode ser reflexo da falta de atualização dos dados no sistema ou que os casos não estão sendo avaliados na cura. (gráfico 9a). Dos casos avaliados 80,5% apresentaram grau 0 e 7,9% apresentaram deformidades (grau II) com parâmetro considerado médio (10% -| 5%) segundo Ministério da Saúde (gráfico 9b).

Gráfico 9a - Percentual de casos de hanseníase curados, avaliados em relação ao grau de incapacidade - Amazonas, 1998 - 2006



Fonte: SINAN/GECDI Fundação Alfredo da Matta

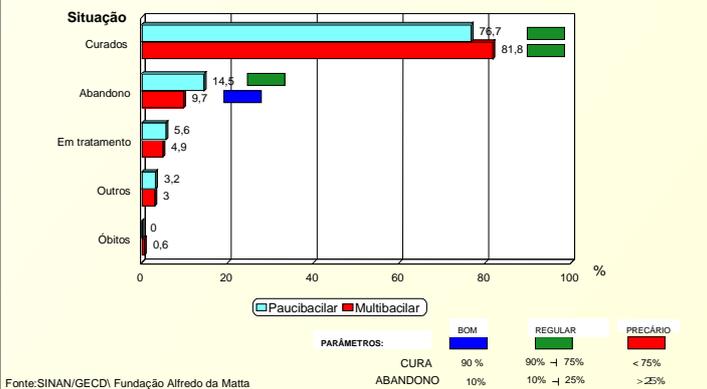
Gráfico 8b - Percentual de casos de hanseníase curados, segundo grau de incapacidade - Amazonas, 1998 - 2006



Fonte: SINAN/GECDI Fundação Alfredo da Matta

Em relação ao indicador qualidade dos serviços e efetividade do tratamento mensurados pelas coortes de casos, a taxa de cura entre os casos MB foi de 81,8% e entre os casos PB foi de 76,7%, ambos considerados médio. A proporção de pacientes em abandono foi de 9,7% para os MB e de 14,5% para os PB. Há necessidade de melhorar a adesão dos casos que abandonam o tratamento antes de concluí-lo. (gráfico 10).

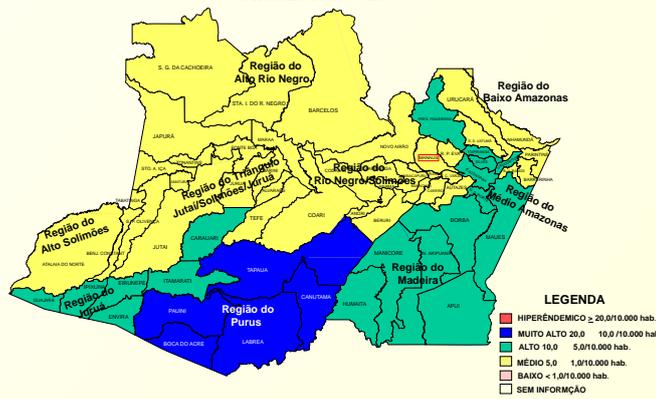
Gráfico 10 - Coorte de casos Paucibacilares detectados em 2005 e Multibacilares detectados em 2004 e avaliados em 2006 Amazonas



Fonte: SINAN/GECDI Fundação Alfredo da Matta

Os dados de prevalência no Estado para o período de 1987 a 2006 mostram uma tendência descendente, com uma redução de 96,3% (passou de 123,95/10.000 hab. para 4,52/10.000 hab.). A queda mais acentuada ocorreu a partir de 1996, com certa estabilidade ao final do período. Apresentando um nível de endemicidade considerado médio. A razão P/D em 2006 foi de 1,8 demonstrando que ainda existe uma disparidade grande entre o volume de casos diagnosticados que entram no sistema e os que saem da prevalência de alta por cura. (gráfico 11).

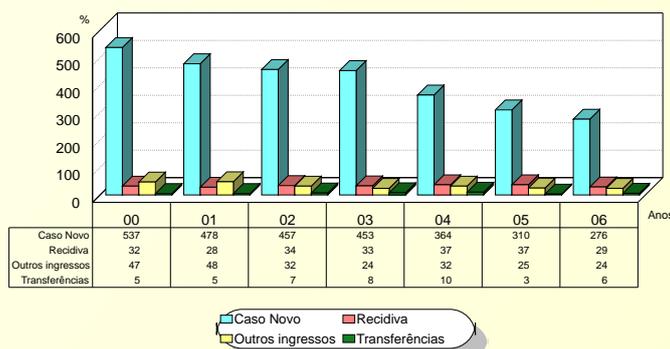
Figura 2 - Prevalência Hanseníase por Regiões Amazonas - 2006



SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIONAL DA HANSENÍASE FUNDAÇÃO ALFREDO DA MATTA - 2006

No ano 2006, foram notificados na Fundação Alfredo da Matta (FUAM) 335 casos de hanseníase. Destes 276 (82,4%) foram casos novos, 29 (8,6%) recidivas, 24 (7,2%) outros reingressos e 6 (1,8%) transferências de outros estados. (gráfico 1).

Gráfico 1 - Número de casos de hanseníase segundo modo de entrada Fundação Alfredo da Matta, 2000 - 2006

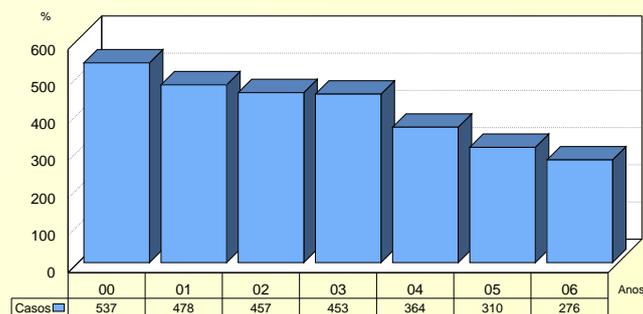


Fonte: SINAN/WGEPI Fundação Alfredo da Matta

Em série histórica de casos novos detectados observa-se uma tendência descendente no número de casos nos últimos anos (gráfico 2).

Os 276 casos novos detectados em 2006 pela FUAM, equivalem a 34,1% dos casos notificados no estado e 70,6% dos casos notificados em Manaus. Este quadro reflete que há necessidade de implementação cada vez mais efetiva do processo de descentralização das atividades em Manaus.

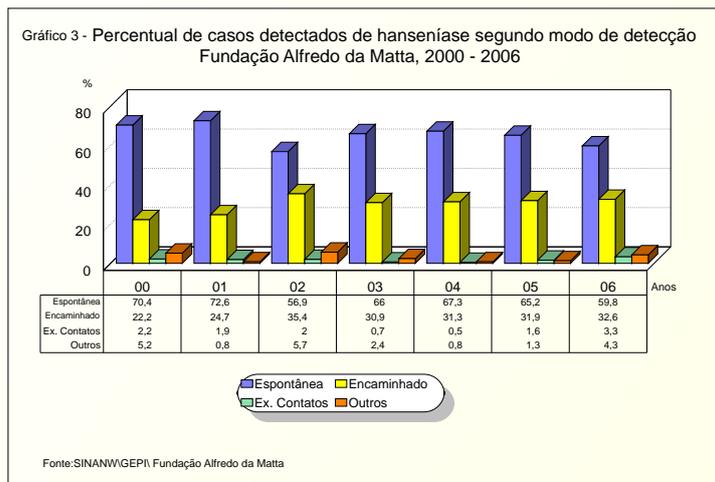
Gráfico 2 - Número de casos novos detectados de hanseníase Fundação Alfredo da Matta, 2000 - 2006



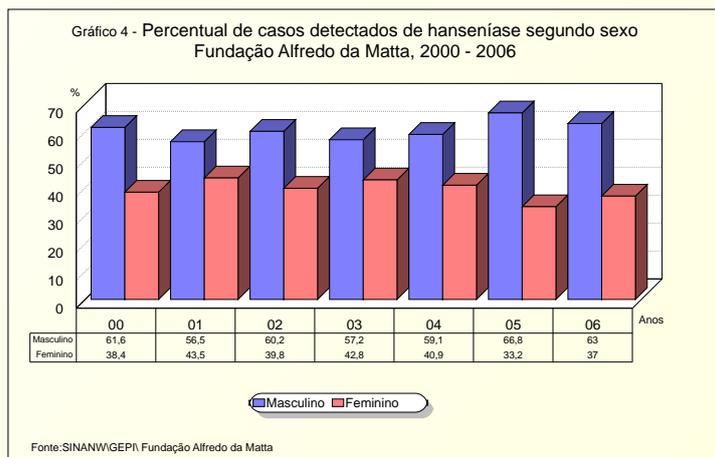
Fonte: SINAN/WGEPI Fundação Alfredo da Matta

No ano de 2006 do total de casos novos 165 (59,8%) foram por demanda espontânea, 90 (32,6%) por encaminhamentos e 9 (3,3%) por exame de contatos.

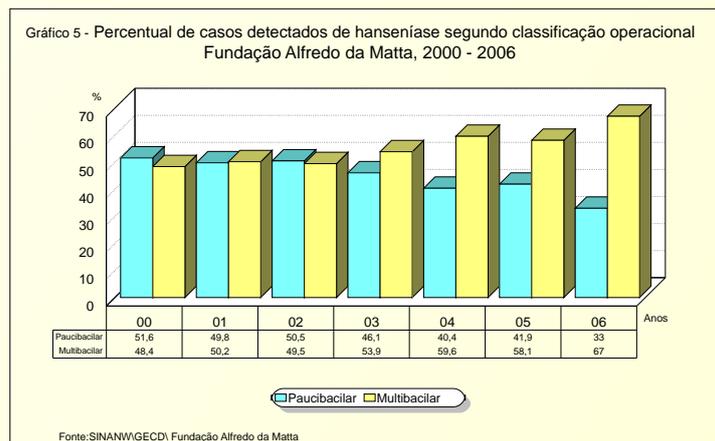
Em série histórica observa-se comportamento crescente dos casos encaminhados e aumento de contatos quando comparados ao ano anterior (gráfico 3).



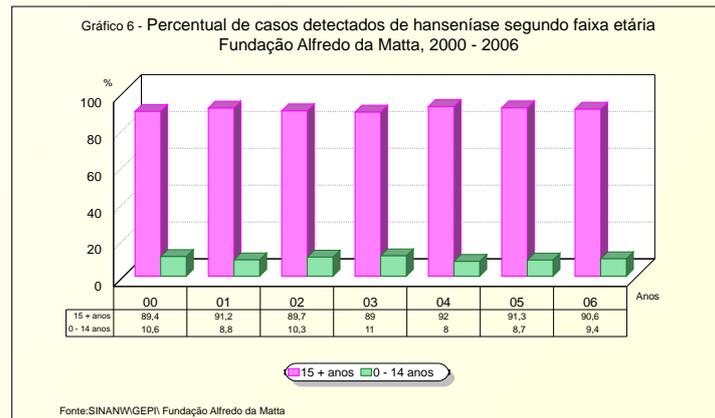
Na detecção de casos novos em relação ao gênero sempre houve predomínio dos homens. A proporção de casos novos em mulheres para o período de 2000 a 2006 apresentou uma média anual em torno de 39%. A razão M/F foi de 1,7. (gráfico 4).



Os dados mostram que a proporção de casos multibacilares (MB) entre os casos novos, apresentam comportamento ascendente no período de 2000 a 2006, predominando nos últimos anos. A razão MB/PB foi de 2,0 (gráfico 5).



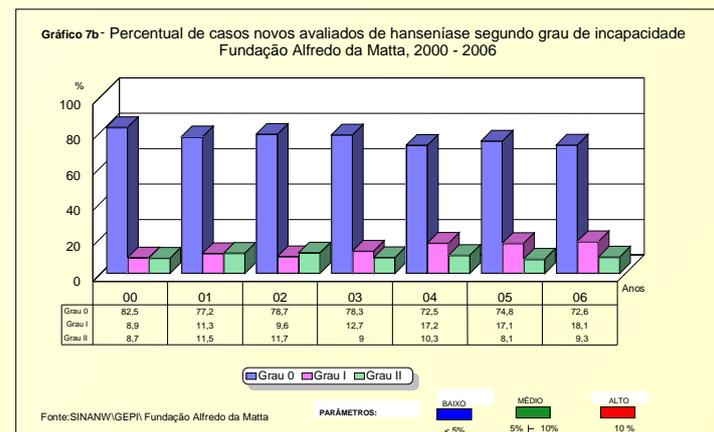
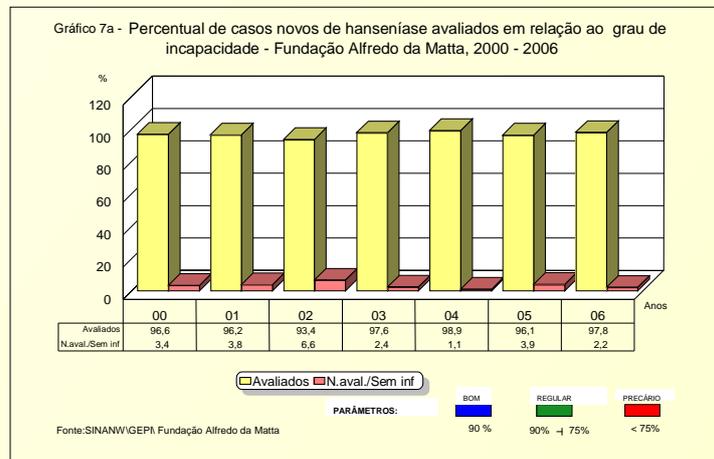
Em relação aos menores de 15 anos observa-se em série histórica de casos, que vem se mantendo estável com um percentual médio de 9,5% nos últimos 7 anos. Este é outro indicador importante pois determina a tendência da doença (gráfico 6).



A proporção de casos novos avaliados em relação ao grau de incapacidade para o período de 2000 a 2006 sempre foram acima de 90%, considerado bom segundo parâmetro nacional (gráfico 7a).

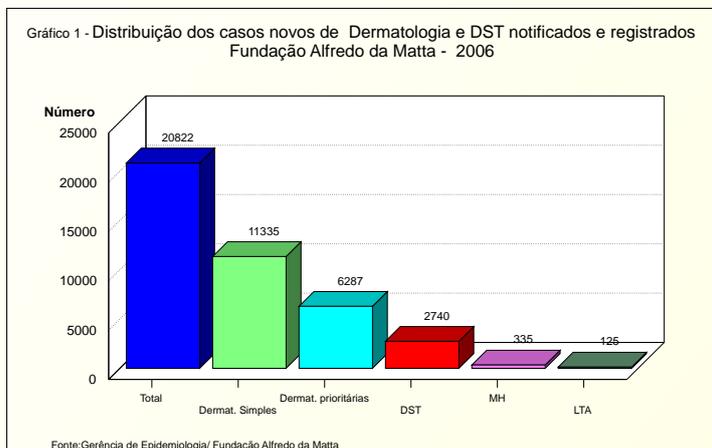
Dos 276 casos novos detectados em 2006, 270 (97,8%) foram avaliados em relação ao grau de incapacidade. Dos casos avaliados 25 (9,3%) apresentaram deformidades, considerado médio (5 |-10) segundo parâmetro do Ministério da Saúde.

Em série histórica dos casos observa-se aumento no percentual de casos com deformidade grau II e é importante a proporção de casos com grau I de incapacidade, isto preocupa, pois este indicador demonstra a precocidade com que os casos foram diagnosticados, podendo estar ocorrendo um diagnóstico tardio (gráfico 7b).

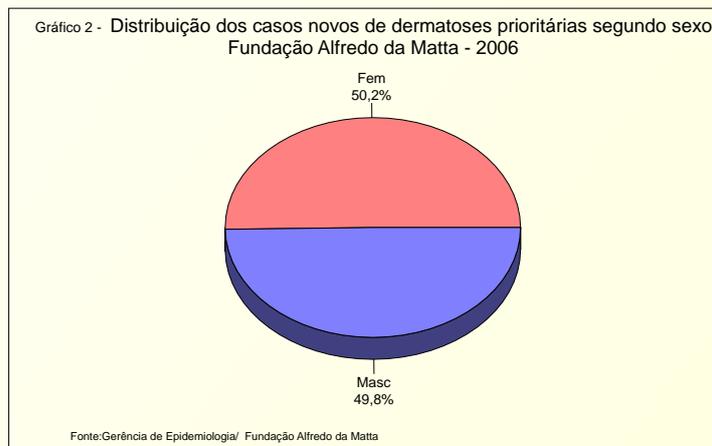


SITUAÇÃO DAS DERMATOSES NOTIFICADAS NA FUNDAÇÃO ALFREDO DA MATTA - 2006

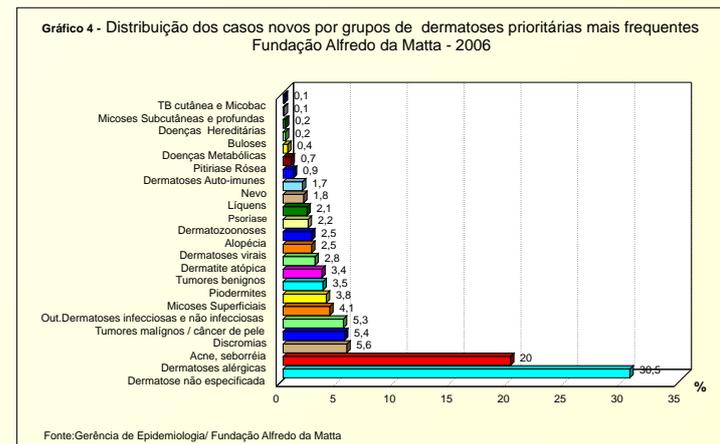
Ao final do ano de 2006, foram atendidos e notificados como casos de primeira vez na FUAM 20.822 casos de Dermatoses prioritárias, Hanseníase(MH), Leishmaniose(LTA), Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST) e Dermatoses simples. Sendo 11.335 casos de dermatoses simples realizado na triagem, 6.287 dermatoses prioritárias, 2.740 casos de doenças sexualmente transmissíveis, 335 casos de hanseníase e 125 casos de leishmaniose (gráfico 1).



Quando analisamos a distribuição dos 6.287 casos de dermatoses prioritárias segundo sexo, observa-se predominância do sexo feminino com 50,2% dos casos e no masculino 49,8% dos casos (gráfico 2).



Dentre os grupos de dermatoses prioritárias os mais frequentes foram: dermatoses não especificadas (30,5%), dermatoses alérgicas (20,0%), acne e seborréia (5,6%), discromias (5,4%), tumores malignos/câncer de pele (5,3%), outras dermatoses infecciosas e não infecciosas (4,1%), micoses superficiais (3,8%), (gráfico 4).



LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA LTA

A Leishmaniose é considerada endêmica em 88 países no mundo, dos quais 72 são países em desenvolvimento, 90% dos casos de leishmaniose cutânea ocorrem no Afeganistão, Nepal, Brasil, Irã, Peru, Arábia Saudita e Síria.

A LTA considerada pela Organização Mundial de Saúde(OMS) como uma das seis mais importantes doenças infecciosas, pela sua alta incidência e potencial capacidade de produzir deformações.

As ações para controle da LTA devem visar: investigação e controle de focos com o objetivo de diminuir o número de casos; diagnóstico e tratamento precoce dos doentes para evitar deformidades.

No Brasil, essa doença apresenta crescimento em magnitude e expansão geográfica.

Nas últimas décadas, as análises de estudos epidemiológicos de LTA têm sugerido mudanças no comportamento epidemiológico da doença.

Inicialmente considerada zoonose de animais silvestres que acometia ocasionalmente pessoas em contato com florestas, a LTA começa a ocorrer em zonas rurais já praticamente desmatadas e em regiões periurbanas.

Observa-se a coexistência de um duplo perfil epidemiológico, expresso pela manutenção de casos oriundos dos focos antigos ou de áreas próximas a eles, e pelo aparecimento de surtos epidêmicos associados a fatores decorrentes do surgimento de atividades econômicas como garimpos, expansão de fronteiras agrícolas e extrativismo, em condições ambientais altamente favoráveis a transmissão da doença.

No período de 1980 a 2004, a LTA no Brasil apresentou coeficientes de detecção que oscilam entre 3,8 a 22,9 por 100.000 habitantes. Ao longo desse período observou-se uma tendência ao crescimento, registrando os coeficientes mais elevados nos anos de 1994/1995, quando atingiram níveis de 22,83 e 22,94 por 100.000 habitantes, respectivamente. Vale ressaltar que o ano de 1998 apresentou uma queda significativa neste coeficiente (13,47/100.000 habitantes), fato que pode estar relacionado a problemas operacionais naquele ano.

Ao analisar a evolução da LTA no Brasil, observa-se uma expansão geográfica sendo que no início da década de 80 foram registrados casos em 20 unidades federadas e nos últimos anos todas as unidades federadas registraram casos autóctones da doença. No ano de 1994 houve um registro de casos autóctones em 1.861 municípios, o que representa 36,9% dos municípios do país; em 2002 houve uma expansão da doença para 2.302municípios (41,1%).

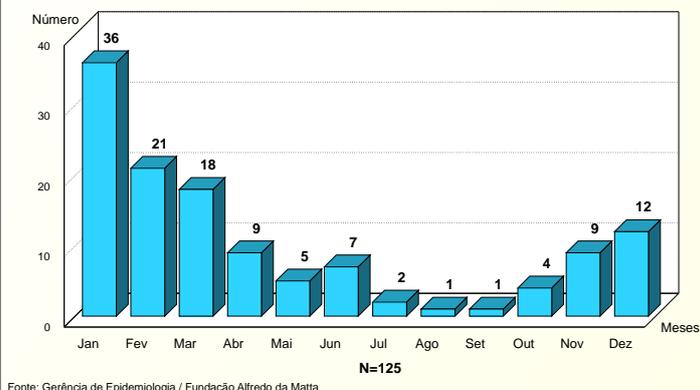
As regiões Nordeste e Norte vêm contribuindo com o maior número de casos registrados no período (cerca de 36,9% e 36,2% respectivamente), e a região Norte com os coeficientes mais elevados (99,85/100.000 habitantes), seguida das regiões Centro-Oeste (41,85/100.000 habitantes e Nordeste (26,50/100.000 habitantes).

A LTA por ser uma doença que apresenta grande diversidade e constantes mudanças nos padrões epidemiológicos de transmissão, em virtude das diferentes espécies de vetores, reservatórios e agentes etiológicos, associados à ação do homem sobre o meio ambiente, dificultam as ações de controle da mesma. As estratégias para o controle da LTA devem ser específicas, conforme a situação epidemiológica de cada local e região, destacando que é fundamental o conhecimento do maior número de casos suspeitos; diagnóstico e tratamento precoce dos casos confirmados; identificação do agente etiológico circulante na área; conhecimento das áreas de transmissão e redução do contato homem vetor por meio de medidas específicas.

SITUAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA) NOTIFICADOS NA FUAM NO ANO 2006

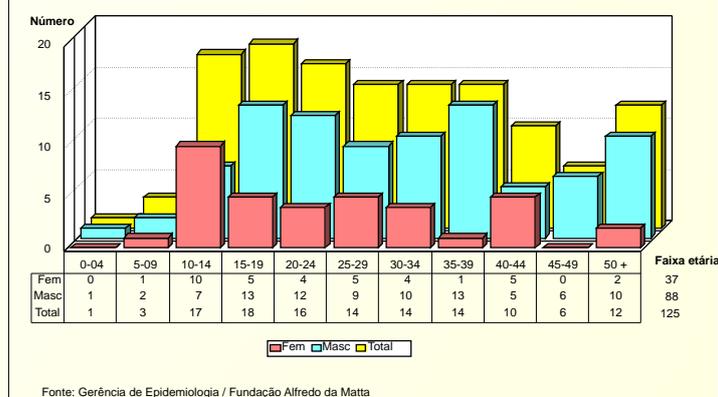
No ano 2006 foram notificados 125 casos de LTA, com 67,2% dos diagnósticos concentrados no 1º. Quadrimestre (gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos casos de LTA segundo mês de diagnóstico Fundação Alfredo da Matta - 2006



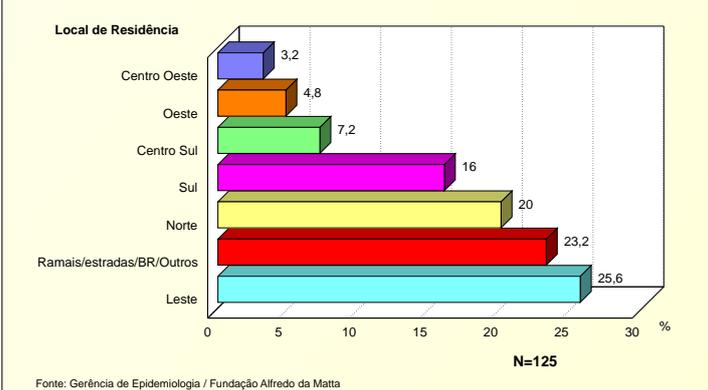
No ano de 2006, o maior número de casos ocorridos foi na faixa etária de 15-19 anos, com 14,4% dos casos. Na análise desta distribuição por sexo, o comportamento foi semelhante no masculino e diferente no feminino onde predominou a faixa de 10 - 14 anos. (gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos casos de LTA, segundo sexo e faixa etária Fundação Alfredo da Matta - 2006



No detalhamento por local de residência, chama atenção a Zona Leste com 25,6%, a Zona rural/ramais/estradas com 23,2% dos casos, a Zona Norte com 20,0% e a Zona Sul com 16,0% como podemos observar os casos concentram-se principalmente em áreas que estão em processo de expansão (gráfico 6).

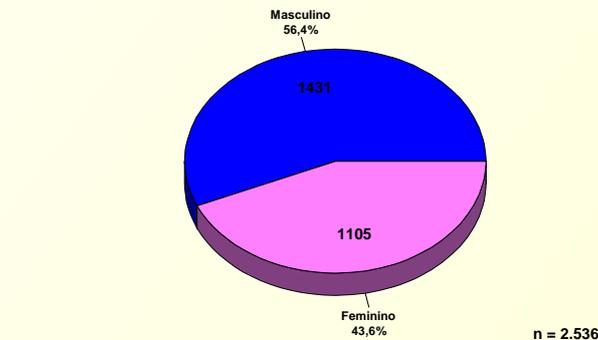
Gráfico 6 - Distribuição dos casos notificados de LTA, segundo área de residência Fundação Alfredo da Matta - Ano 2006



DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - DST NOTIFICADAS NA FUAM EM 2006

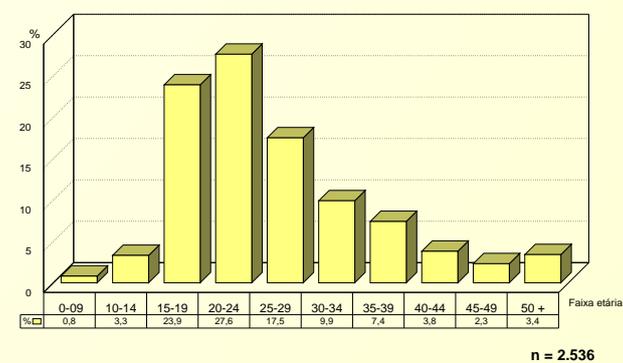
No ano de 2006 foram notificados no serviço de DST da Fundação Alfredo da Matta (FUAM) 2.536 casos de DST, dessas 1.431 (56,4%) do sexo masculino e 1.105 (43,6%) feminino (gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis por sexo Fundação Alfredo da Matta - 2006



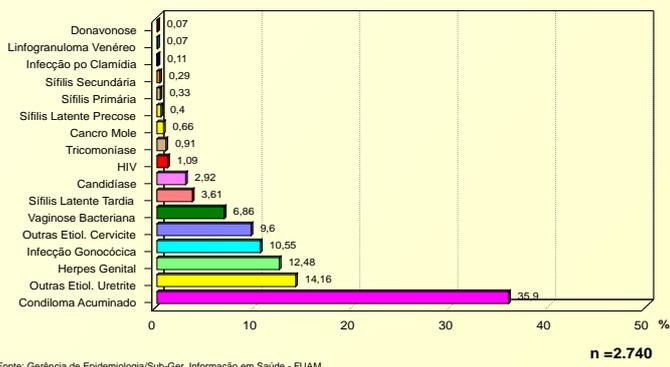
A média da idade entre os casos notificados foi de 25,8 anos (DP= 9,0), e dentre as mulheres notificadas a idade média foi de 24,6 anos (DP=10,2) e para os homens 26,8 anos (DP= 9,9). Os grupos de idade de maior frequência de notificação foram os tradicionais para as DST, 20 - 24 anos (27,6%); 15 - 19 anos (20,9%) e 25 - 29 anos (17,5%) gráfico 2.

Gráfico 2 - Distribuição dos casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis segundo faixa etária Fundação Alfredo da Matta - 2006



Na distribuição dos casos segundo diagnóstico etiológico o mais freqüente foi o condiloma acuminado com 35,9% dos casos, seguido de outras uretrite gonocócica com 14,1% (gráfico 5).

Gráfico 3 - Percentual dos casos de DST por diagnóstico Fundação Alfredo da Matta - 2006



SITUAÇÃO DAS DOENÇAS NOTIFICADAS NA FUAM

CASOS DE OUTRAS DERMATOSES NOTIFICADOS NA FUAM - 2006

OUTRAS DERMATOSES	2006												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
ACNE, SEBORRÉIA E AFINS	20	45	48	27	35	28	26	34	21	26	25	19	354
ALOPÉCIA	16	16	17	11	17	12	13	14	13	12	10	5	156
BULOSES	2	2	-	-	-	1	-	3	-	1	1	-	10
DERMATITE ATÓPICA	22	21	12	7	14	10	14	13	29	5	21	8	176
DERMATOSES ALÉRGICAS	156	137	123	134	129	95	111	117	64	76	68	49	1.259
DERMATOSES AUTO-IMUNES	2	7	4	1	6	2	10	7	9	2	3	4	57
DERMATOSES NÃO ESPECIFICADA	142	204	215	134	174	94	167	193	142	144	206	104	1.919
DERMATOSES VIRAIS	14	15	16	16	21	10	12	12	9	17	9	9	160
DERMATOZOONOSES	21	16	22	15	15	7	10	11	6	4	7	6	140
DISCROMIAS	14	36	42	26	38	25	35	40	23	17	28	18	342
DOENÇAS HEREDITÁRIAS	-	2	1	-	-	-	2	2	-	2	2	-	11
DOENÇAS METABÓLICAS	2	1	2	6	1	1	4	3	2	5	1	-	28
LÍQUENS	14	17	8	9	10	6	10	8	7	8	8	7	112
MICOSES SUBCUTÂNEAS E PROFUNDAS	-	-	2	3	-	-	-	-	-	-	2	1	8
MICOSES SUPERFICIAIS	24	25	34	23	18	26	14	28	14	8	15	9	238
NEVO	13	14	15	6	7	6	6	11	10	2	9	10	109
OUTRAS DERMATOSES INF. E NÃO INF.	42	23	22	29	34	17	13	13	14	16	23	11	257
PIODERMITES	26	27	30	26	12	12	16	10	9	22	18	10	218
PITIRÍASE RÓSEA	6	3	3	4	2	2	3	13	4	4	3	-	47
PSORÍASE	18	12	8	6	14	14	14	18	6	10	11	3	134
TB CUTÂNEA E MICOBACT.	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	3	1	7
TUMORES BENÍGNOS	23	16	25	26	27	17	22	14	12	11	12	6	211
TUMORES MALÍGNOS/CÂNCER DE PELE	27	35	32	24	26	15	34	31	31	22	33	24	334
TOTAL	605	674	681	533	600	400	536	595	427	414	518	304	6.287

CASOS DE DST NOTIFICADOS NA FUAM - 2006

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	2006												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
CANCRO MOLE	3	1	2	1	1	1	2	2	2	1	-	2	18
CANDIDÍASE	17	11	7	4	8	2	7	10	-	6	5	3	80
CONDILOMA ACUMINADO	101	77	87	77	106	78	96	82	63	85	77	54	983
DONOVANOSE	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	2
HERPES GENITAL	30	28	25	32	47	23	36	37	17	26	24	17	342
HIV	4	3	4	4	3	2	2	1	2	1	4	-	30
INFECÇÃO GONOCÓCICA	40	19	30	18	22	14	28	34	15	26	19	24	289
INFECÇÃO POR CLAMÍDIA	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	-	3
LINFÓGRANULOMA VENÉREO	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
OUTRAS ETIOL. CERVICITE	12	21	22	43	31	24	28	17	11	21	19	14	263
OUTRAS ETIOL. URETRITE	27	32	36	29	50	20	31	37	37	33	33	23	388
SÍFILIS LATENTE PRECOSE	-	1	-	1	1	-	2	4	1	-	-	1	11
SÍFILIS LATENTE TARDIA	10	7	11	12	12	9	6	7	6	10	5	4	99
SÍFILIS PRIMÁRIA	-	1	1	-	2	1	1	-	2	-	-	1	9
SÍFILIS SECUNDÁRIA	-	-	2	1	3	-	1	-	-	-	-	1	8
TRICOMONÍASE	6	1	2	2	6	1	3	2	1	1	-	-	25
VAGINOSE BACTERIANA	22	27	20	15	20	7	22	11	10	20	10	4	188
TOTAL	273	229	250	240	312	182	265	246	168	230	197	148	2.740

CASOS DE LTA NOTIFICADOS NA FUAM - 2006

SEXO	2006												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
MASC.	25	14	16	5	4	7	2	-	-	4	7	4	88
FEM.	11	5	5	4	1	-	-	1	1	-	2	7	37
TOTAL	-	22	21	9	5	7	2	1	1	4	9	11	125