



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO ALFREDO DA MATTA



NESTA EDIÇÃO

1 Editorial ÉTICA E EPIDEMIOLOGIA

2 Resumo estatístico das doenças notificadas

Casos de Hanseníase
nos Municípios do
Amazonas

Doenças Sexualmente
Transmissíveis
Notificadas na FUAM

3 Outras Dermatoses de Interesse Sanitário

Casos de Leishmaniose

4 Análise epidemiológica das DST e Hanseníase

Situação da Hanseníase
em Crianças no Estado do
Amazonas 2004

6 Vigilância Epidemiológica das DST na FUAM

Situação das DST na
população de adolescentes
em 2004

7 Critérios para a nova definição de caso de Sífilis Congênita no Brasil

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO

ANO VI - NÚMERO 012

Jan/Dez 2004

ÉTICA E EPIDEMIOLOGIA

Se houve um tempo em que muitos pesquisadores acreditavam que sua determinação em fazer o bem, sua integridade de caráter e seu rigor científico eram suficientes para assegurar a eticidade de suas pesquisas, hoje esta concepção já não é mais objeto de consenso. O grande desenvolvimento e incorporação de novas tecnologias nos campos de cuidados a saúde, maior difusão do conhecimento científico, principalmente através da Internet e também a ampliação dos movimentos sociais em defesa dos direitos individuais e coletivos, fizeram com que na discussão sobre ética aplicada a saúde tivesse como interlocutores filósofos, teólogos, juristas, sociólogos e os cidadãos, seja enquanto usuários do sistema de saúde ou como sujeitos, objetos de pesquisas científicas.

Ao lado das questões relativas à entidade da pesquisa envolvendo seres humanos, que extrapolam os limites da competência dos especialistas quando atingem o grande público através da mídia, e aos dilemas éticos implicados pela incorporação de tecnologias no campo da saúde, quando esta tem conseqüências importantes sobre as modalidades de acesso e qualidade dos cuidados, existe o fato de que a ciência e Medicina tem se transformado, cada vez mais em meios para intervir nos processos do nascer, do morrer e do cuidar/curar dos homens e das mulheres. Não deve-se estranhar se os problemas éticos implicados por este tipo de intervenção tenham se tornado de domínio público, visto que nascer, adoecer e morrer dizem respeito a todos e a qualquer cidadão.

Qual o caráter científico de uma pesquisa com o ético? Será que toda pesquisa científica, é necessariamente ética? Por outro lado, será que o fato da pesquisa ser "ética" necessariamente a tornará científica?

Sem entrar no mérito de discussões epistemológicas sobre a incerteza e a complexidade do saber científico, pode-se dizer que: cientificidade de uma pesquisa está relacionada a utilização de métodos e técnicas que possibilitem a reprodução dos experimentos e sua análise, capazes de gerar formulações generalizáveis e fidedignas acerca de estados do mundo ou de estados de percepção do real. Já a eticidade dependerá do respeito a uma série de deveres ou princípios morais, vigentes numa determinada cultura e sociedade bem ordenada, deveres que o cientista terá enquanto pessoa moral que participar como membro desta sociedade, que lhe permite dirimir conflitos de interesses e valores de forma racional e imparcial.

Em pesquisa envolvendo seres humanos, condições necessárias de eticidade são: respeito da autonomia do sujeito, objeto da pesquisa; a análise ponderada das repercussões provocadas pela utilização destes métodos e técnicas nos sujeitos da pesquisa e mesmo nas comunidades; da relevância da pesquisa em termos de que os benefícios e o ônus da pesquisa sejam repartidos de forma equânime; garantia de que as populações vulneráveis serão protegidas.

É preciso considerar argumentos do tipo: um exame ético deve assegurar que o estudo represente a "boa ciência já que é inaceitável qualquer risco se não se ganha um conhecimento novo e importante". Primeiramente, é importante ressaltar que só se admite um projeto de pesquisa se ele vai contribuir para diminuir algumas incertezas sobre o tema proposto, seja ele ensaio clínico ou qualquer outro tipo de pesquisa.

Fosse o científico o único fator a justificar, do ponto de vista ético uma pesquisa, estariam justificados por exemplo: os estudos realizados em Dachau, na Alemanha nazista, como aqueles que determinavam o tratamento eficaz da hipotermia extrema (o experimento consistia em mergulhar os prisioneiros em tanque de gelo, com todas as condições sob controle (temperatura da água, temperatura do corpo, tempo de exposição etc...) e inclusive com estudos pré-clínicos em animais, com testes de tratamento) Sem dúvida muitos conhecimentos novos e importantes foram adquiridos em Dachau. Assim, sendo, a cientificidade de uma pesquisa é condição necessária mas não suficiente de sua eticidade, ou seja, a eticidade de uma pesquisa envolvendo seres humanos não se refere exclusivamente aos benefícios auferidos pela humanidade com o avanço do conhecimento científico.

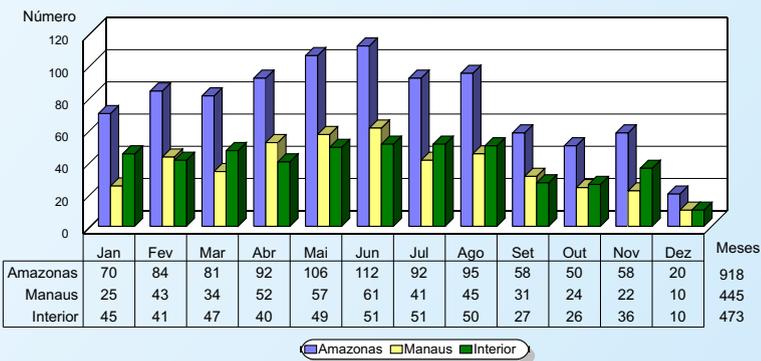
RESUMO ESTATÍSTICO DAS DOENÇAS NOTIFICADAS

CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS NO ESTADO

DO AMAZONAS - 2004

MUNICÍPIOS	2004												TOTAL	
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ		
ALVAREAS	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3
AMATURA	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	2
ANAMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
ANORI	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2
APIUI	1	-	1	-	-	-	-	3	2	-	-	-	-	7
ATALAIA DO NORTE	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	5
AUTAZES	-	2	2	1	-	1	-	2	-	-	1	-	-	9
BARCELLOS	-	-	1	-	3	-	-	1	-	-	-	-	-	6
BARREIRINHA	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
BENJAMIN CONSTANT	-	-	1	2	-	-	-	-	-	1	1	-	-	6
BERURI	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	4
BOA VISTA DO RAMOS	2	1	1	1	2	1	2	1	-	-	2	-	-	13
BOCA DO ACRE	1	1	2	-	2	2	2	3	-	-	2	-	-	15
BORBA	2	2	2	-	-	3	4	2	-	1	-	-	-	16
CAAPIRANGA	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2
CANUTAMA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
CARAUARI	5	1	2	1	2	2	1	1	1	1	-	2	-	19
CASTANHO	-	2	1	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	7
CAREIRO DA VARZEA	1	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	4
COARI	1	4	1	4	4	1	1	3	1	2	1	-	-	23
CODAJAS	1	3	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	7
EIRUNEPÉ	2	2	6	3	1	14	7	2	2	3	6	5	-	53
ENVIRA	2	-	2	2	3	2	5	1	-	1	2	-	-	20
FONTE BOA	-	1	3	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	7
GUAJARA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
HUMAITA	-	1	3	1	4	1	2	2	1	-	2	2	-	19
IPIXUNA	1	-	-	2	1	-	-	1	-	-	-	-	-	5
IRANDUBA	1	1	-	1	2	-	-	2	1	3	2	1	-	14
ITACOATIARA	2	1	2	4	4	3	17	1	2	1	2	-	-	39
ITAMARATI	1	1	-	1	1	-	1	1	2	-	1	-	-	9
ITAPIRANGA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
JAPURA	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	3
JURUA	-	1	-	-	-	-	-	1	-	4	1	-	-	7
JUTAI	-	-	2	-	-	1	-	-	2	1	1	-	-	7
LABREA	2	3	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	7
MANACAPURU	4	2	1	1	2	3	2	6	-	1	4	4	-	30
MANAQUIRI	-	-	2	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	5
MANAUS	25	44	35	52	57	61	41	44	35	24	25	28	51	471
MANICORÉ	-	-	1	-	4	1	-	1	1	1	1	1	-	11
MARAA	1	1	1	1	1	-	-	-	-	1	-	1	-	7
MAUES	2	-	2	1	2	3	-	2	-	3	2	2	-	19
NHAMUNDA	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
NOVA OLÍNDIA DO NORTE	1	1	-	-	2	-	1	-	1	-	1	-	-	6
NOVO AÍRAO	1	-	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	5
NOVO ARIPIUANA	1	-	2	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	7
PARINTINS	1	1	2	1	1	1	2	3	5	6	1	-	-	24
PAUINI	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
PRESIDENTE FIGUEIREDO	1	-	-	2	1	1	-	-	1	1	2	-	-	9
RIO PRETO DA EVA	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	-	1	1	3	-	-	-	-	1	-	1	-	-	7
SANTO ANTONIO DO ICA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
SÃO GABRIEL DA CACHEOIRA	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
SÃO PAULO DE OLIVENÇA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
SÃO SEBASTIAO DO UATUMA	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
SILVES	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
TABATINGA	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	3
TAPALUA	-	2	-	-	2	1	1	-	-	1	2	-	-	9
TEFE	3	4	2	2	1	2	3	3	1	-	1	2	-	24
TONANTINS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
UARINI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
URUCARA	-	-	-	-	2	2	1	-	-	-	-	-	-	5
URUCURITUBA	-	-	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	-	4
TOTAL	71	86	84	95	108	115	98	96	63	63	72	51	51	1.002

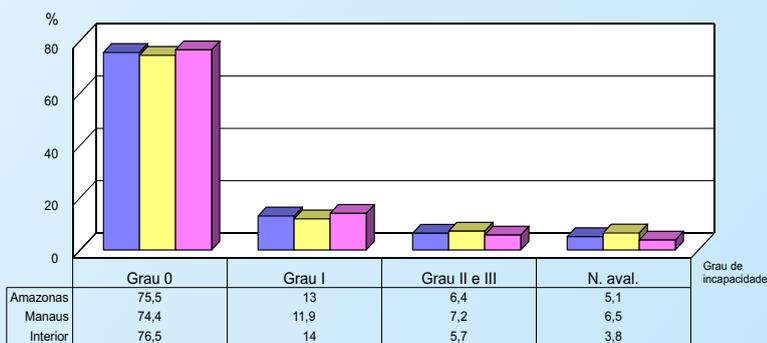
Casos de Hanseníase por mes de notificação em Manaus ,Interior e Amazonas, no período de Janeiro a Dezembro de 2004



Fonte: GECD / Fundação Alfredo da Matta
* Dados parciais

n = 918

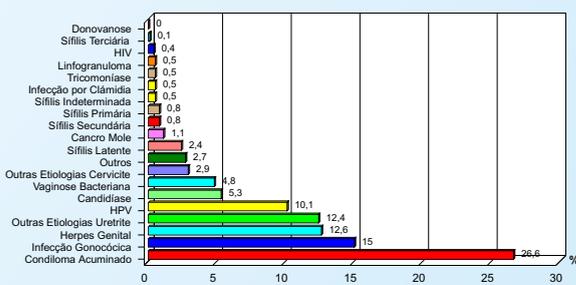
Casos detectados de Hanseníase segundo avaliação do grau de incapacidade em Manaus, Interior e Amazonas, no período de Janeiro a Dezembro de 2004



Fonte: GECD / Fundação Alfredo da Matta
* Dados parciais

n = 918

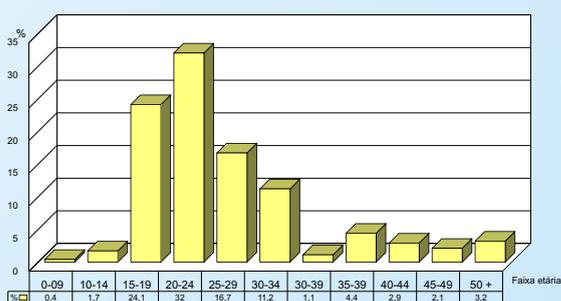
Percentual dos casos de DST por diagnóstico Fundação Alfredo da Matta - 2004



Fonte: Gerência de Epidemiologia / Fundação Alfredo da Matta

n = 2.620

Distribuição dos casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis segundo faixa etária Fundação Alfredo da Matta - Janeiro a Dezembro de 2004



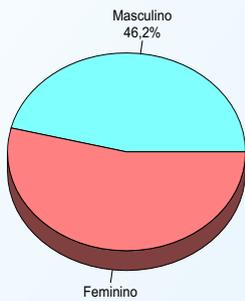
Fonte: GECD/Fundação Alfredo da Matta

n = 2.066

CASOS DE DST NOTIFICADOS NA FUAM JANEIRO A DEZEMBRO - 2004

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	2004												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
CANCRO MOLE	1	3	5	3	1	4	4	2	-	3	2	1	29
CANDIDÍASE	10	4	17	27	15	17	6	14	10	9	2	9	140
CONDILOMA ACUMINADO	41	38	81	74	92	77	80	59	45	41	37	33	698
DONOVANOSE	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
HERPES GENITAL	11	17	37	35	54	35	46	29	15	23	13	15	330
HIV	1	-	1	2	-	1	-	1	1	2	1	-	10
HPV	28	28	26	13	33	35	41	8	33	3	-	16	264
INFECÇÃO CLAMÍDIA	1	-	1	1	5	-	1	1	-	1	2	-	13
INFECÇÃO GONOCÓCICA	14	24	49	39	67	38	46	47	12	21	21	15	393
LINFOGRANULOMA	-	1	2	3	2	2	1	-	1	-	-	-	12
OUTRAS ETIOLOGIAS CERVICITE	-	2	2	4	7	9	19	7	6	4	4	11	75
OUTRAS ETIOLOGIAS URETRITE	9	19	45	29	44	44	40	29	12	18	20	16	325
OUTROS	23	6	6	19	6	6	1	3	-	-	-	-	71
SÍFILIS INDETERMINADA	-	1	1	-	10	-	-	1	-	-	-	-	13
SÍFILIS LATENTE	5	2	4	9	9	8	4	9	3	2	4	4	63
SÍFILIS PRIMÁRIA	-	2	2	4	3	6	-	-	-	1	2	1	21
SÍFILIS SECUNDÁRIA	1	1	1	2	1	3	6	1	-	1	3	-	20
SÍFILIS TERCIÁRIA	-	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	3
TRICOMONÍASE	1	-	-	2	-	1	-	2	5	2	1	-	14
VAGINOSE BACTERIANA	10	1	5	4	15	23	17	9	9	8	10	14	125
TOTAL	156	150	287	270	365	309	312	222	152	139	122	136	2.620

Distribuição dos casos de primeira vez de dermatoses prioritárias por sexo atendidas no período de Janeiro a Junho de 2004

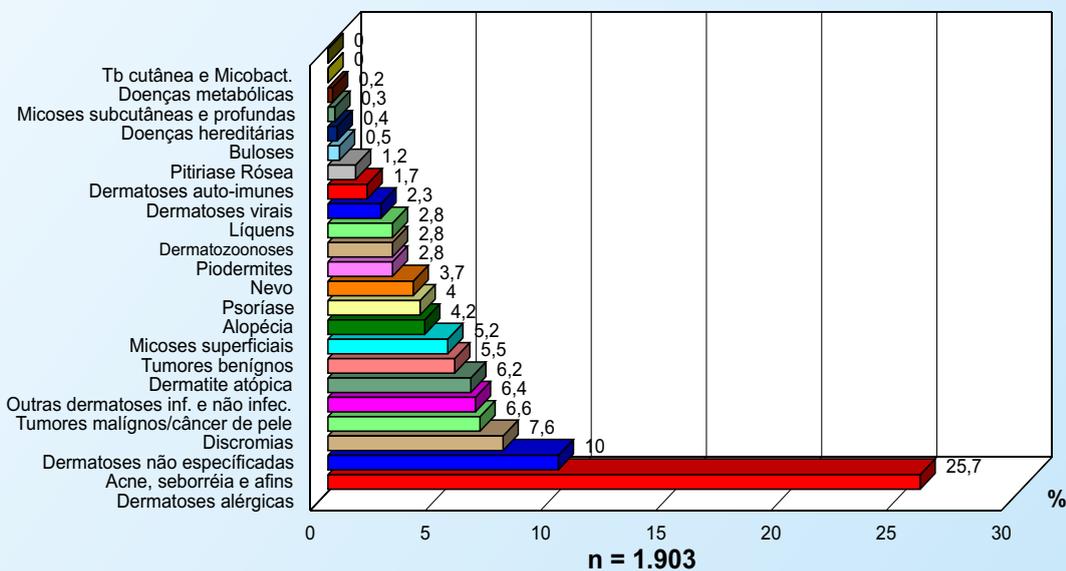


n = 2.010

Fonte: GECD/Fundação Alfredo da Matta

OUTRAS DERMATOSES	2004												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
ACNE, SEBORRÉIA E AFINS	23	37	29	32	42	28	45	30	30	46	28	20	390
ALOPÉCIA	12	12	15	7	11	13	9	21	8	13	6	1	128
BULOSES	2	1	-	-	1	2	-	2	3	-	1	3	15
DERMATITE ATÓPICA	18	13	21	18	25	23	33	30	25	36	20	11	273
DERMATOSES ALÉRGICAS	82	56	101	67	104	79	120	96	97	132	103	71	1.108
DERMATOSES AUTO-IMUNES	4	2	3	5	4	4	8	7	4	5	6	5	57
DERMATOSES NÃO ESPECIFICADA	40	14	25	31	17	17	30	23	18	30	22	22	289
DERMATOSES VIRAIS	10	7	7	4	16	9	15	13	18	22	21	11	153
DERMATOZOONOSES	5	1	8	6	6	6	6	15	6	7	9	2	77
DISCROMIAS	25	21	22	6	18	12	45	41	31	21	29	22	293
DOENÇAS HEREDITÁRIAS	-	-	-	-	-	3	1	2	-	-	-	-	7
DOENÇAS METABÓLICAS	1	-	2	2	2	-	5	5	-	2	7	1	27
LÍQUENS	5	6	9	8	9	7	21	9	11	10	5	5	105
MICOSES SUBCUTÂNEAS E PROFUNDAS	-	-	-	-	-	-	3	3	2	-	-	2	10
MICOSES SUPERFICIAIS	17	10	13	11	17	8	19	16	17	16	25	16	185
NEVO	1	4	14	11	10	14	10	9	11	7	10	5	106
OUTRAS DERMATOSES INF. E NÃO INF.	23	15	14	6	22	19	30	32	27	23	22	14	247
PIODERMITES	4	5	15	10	15	4	18	14	17	15	10	16	143
PITIRIASE RÓSEA	2	2	1	2	1	2	6	4	5	5	2	1	33
PSORIASE	9	9	18	12	19	13	27	16	19	23	21	19	205
TB CUTÂNEA E MICOBACT.	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
TUMORES BENÍGNOS	23	14	24	23	21	21	22	17	13	30	36	14	258
TUMORES MALIGNOS/CÂNCER DE PELE	14	12	30	20	30	16	18	30	30	23	31	40	294
TOTAL	283	215	317	2.242	339	263	451	389	349	413	347	248	4.404

Distribuição dos casos de primeira vez de dermatoses prioritárias por grupo mais frequentes atendidas no período de Janeiro a Junho de 2004 na Fundação Alfredo da Matta

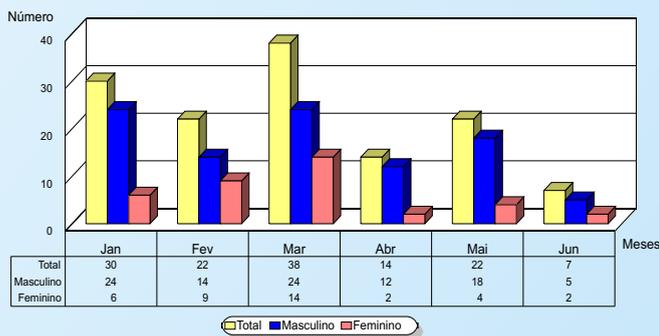


CASOS DE LTA NOTIFICADOS NA FUAM

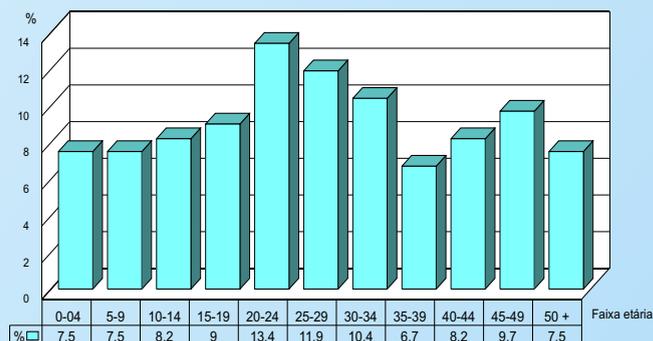
2004

SEXO	2004												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
MASC.	24	14	24	12	18	5	4	2	5	7	3	12	130
FEM.	6	9	14	2	4	2	1	2	5	3	3	2	53
TOTAL	30	22	38	14	22	7	5	4	10	10	6	14	183

Distribuição dos casos de Leishmaniose segundo sexo e mês de atendimento Fundação Alfredo da Matta - Janeiro a Junho de 2004



Distribuição dos casos de Leishmaniose segundo faixa etária Fundação Alfredo da Matta - Janeiro a Junho de 2004



ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS DST E HANSENÍASE

SITUAÇÃO DA HANSENÍASE EM CRIANÇAS NO ESTADO DO AMAZONAS 2004

A hanseníase ainda representa um problema de saúde pública no Amazonas. Neste contexto a presença da hanseníase em menores de quinze anos é utilizada habitualmente como um indicador do nível de transmissão da doença. E também existe uma relação entre a proporção de casos em menores de quinze e a gravidade da endemia. Ouseja, quando a transmissão é intensa, aumenta a probabilidade do surgimento da doença na população mais jovem, devido à exposição ao bacilo de Hansen nos primeiros anos de vida.

No Amazonas em 2004 foram detectados 106 casos novos de hanseníase em crianças (menores de 15 anos). O que representou 10,6% do total dos casos do estado. O modo de diagnóstico mais freqüente dos casos foi a forma espontânea 55(51,9%), seguida dos encaminhados por outros serviços 28(26,4%), do exame de coletividade 14(13,2%) e dos contatos 9(8,5%).

Dos 106 casos novos detectados, 39(36,8%) eram residentes de Manaus e o restante distribuídos em 33 municípios, que notificaram casos.

O Coeficiente de detecção em menores de 15 anos, é um indicador importante, que determina a tendência da doença. No estado do Amazonas este indicador passou de 5,37/10.000 hab. em 1988 para 0,88/10.000 hab. em 2004, com uma redução de 83,6%. Observa-se uma queda gradativa a partir de 1993. Apesar dessa redução e da queda gradativa que vem ocorrendo nos últimos dez anos, ainda é considerado um indicador com parâmetro de muito alto (1,0 --| 0,5/10.000 hab.) segundo o Ministério da Saúde. Na capital e no interior o comportamento foi semelhante, mesmo tendo a capital os mais altos coeficientes (gráfico 1).

diagnóstico precoce da hanseníase é o de percentagem de casos com deformidades físicas entre os casos novos detectados e avaliados no ano, e em 2004 dos 106 casos novos detectados em crianças, 99 (93,4%) foram avaliados em relação ao grau de incapacidade e destes 3 (3,03%) apresentaram grau II de deformidades. É importante ressaltar que 4 (4,04%) apresentaram grau I. Este indicador apresenta um parâmetro considerado bom, mas apesar disto é importante melhorar o diagnóstico precoce evitando que crianças sejam diagnosticadas com alguma deformidade.

Na série histórica (1997 a 2004) que avalia o grau de incapacidade observa-se que o percentual de casos detectados com deformidades nos últimos oito anos vem mantendo-se em níveis considerados baixos (5%) segundo parâmetro do Ministério da Saúde. Mas é importante observar que os percentuais de grau I apesar de não serem altos vêm se mantendo ao longo dos anos, o que merece atenção para que se busque o diagnóstico precoce em crianças. (gráfico 2a e 2b).

Gráfico 2a Percentual de casos novos detectados de hanseníase em menores de 15 anos avaliados em relação ao grau de incapacidade Amazonas - 1997 - 2004

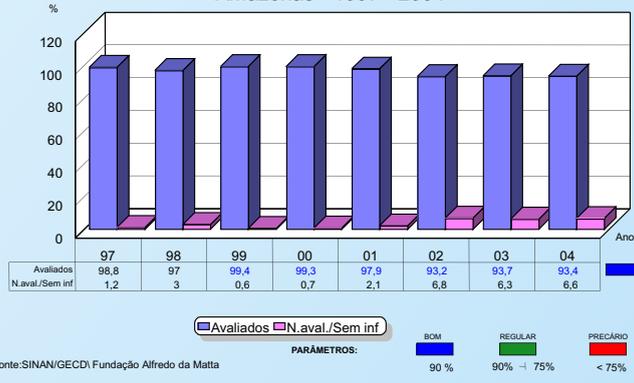
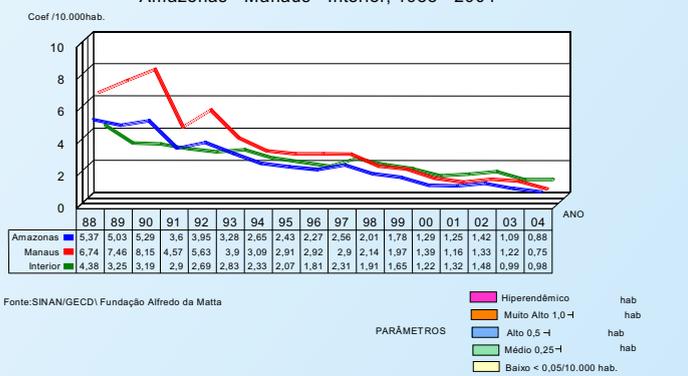


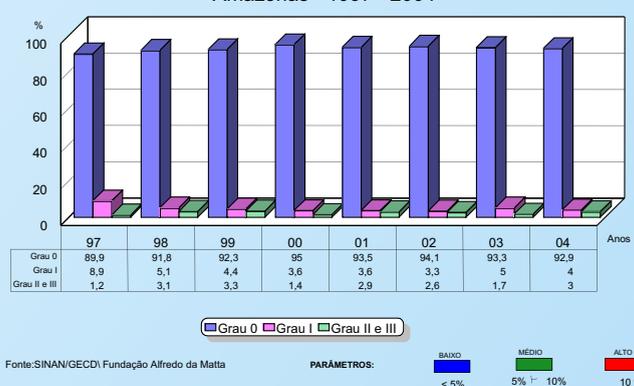
Gráfico 1 Coeficiente de Detecção da hanseníase em menores de 15 anos Amazonas - Manaus - Interior, 1988 - 2004



Na distribuição dos coeficientes entre os municípios observa-se que variam de 0,51 a 6,82/10.000 hab. que segundo parâmetros do Ministério da Saúde estas taxas encontram-se entre hiperendêmico (1/10.000 hab.) e muito alto (1,0 0,5/10.000 hab.).

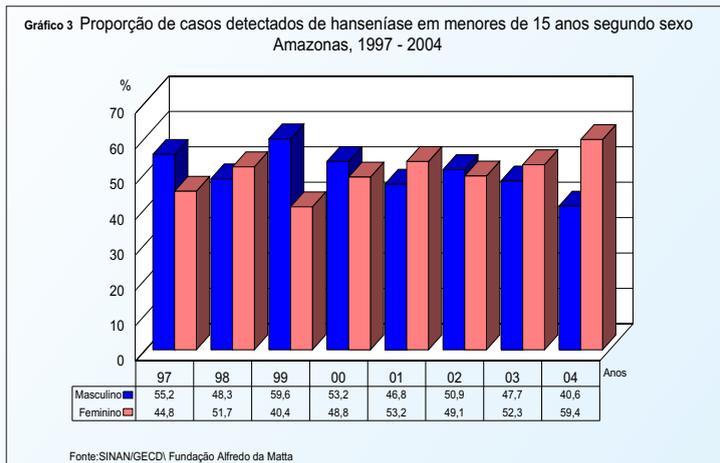
Outro indicador que possibilita avaliar o

Gráfico 2b Percentual de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos segundo grau de incapacidade Amazonas - 1997 - 2004

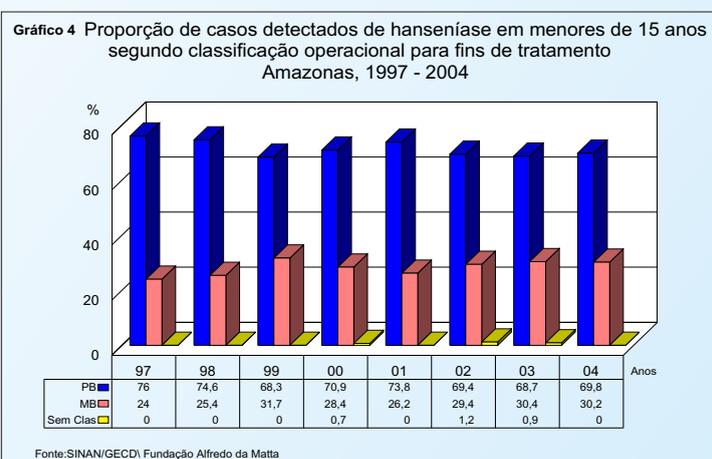


Na proporção de casos em relação ao sexo sempre houve predominância do masculino mas nos últimos 2 anos observa-se uma mudança neste comportamento passando a predominar o sexo feminino.

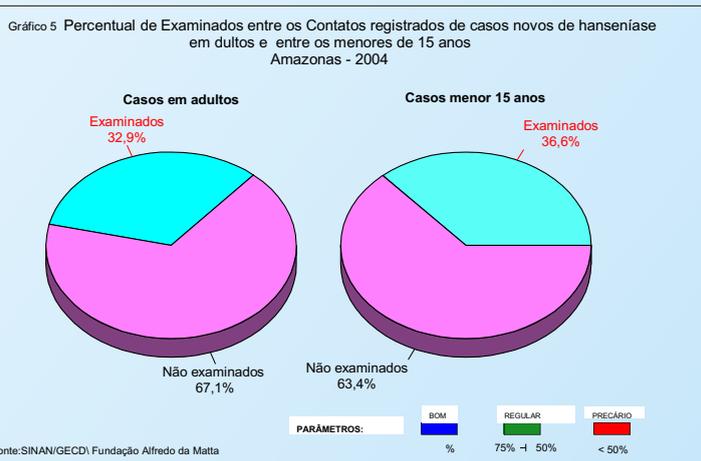
Este comportamento diferencia-se dos adultos que continuam com maior percentual de masculino (gráfico 3).



Na classificação operacional para fins de tratamento, sempre houve predomínio das formas paucibacilares e este comportamento mantém-se até o presente momento. (gráfico 4).



Outro indicador de extrema importância para hanseníase é o de percentual de contatos de casos novos registrados e examinados em 2004. Ao grupo de menores de 15 anos foram examinados 36,6% dos contatos registrados e quando comparamos ao grupo de adultos observa-se uma pequena diferença. Este indicador é considerado precário. Como é sabido este grupo representa o de maior risco em adquirir a doença, havendo necessidade urgente de implementação desta atividade (gráfico 5).



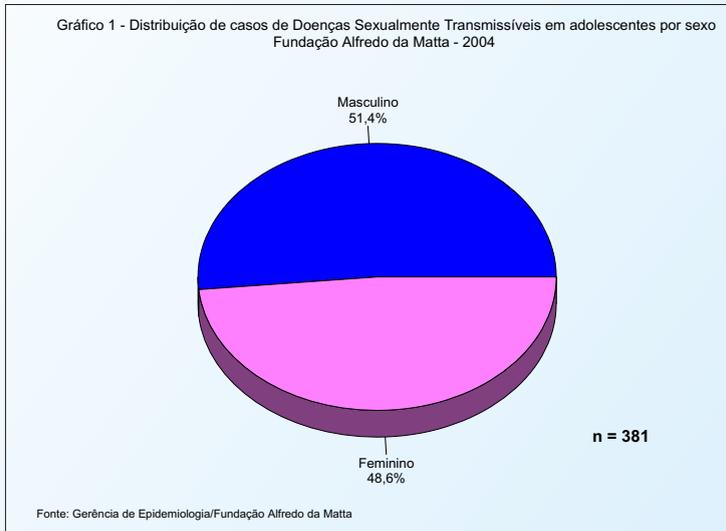
COEFICIENTE DE DETECÇÃO DA HANSENÍASE EM MENORES DE 15 ANOS SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - AMAZONAS 2004

REGIÕES	POPULAÇÃO 2004 *	CASOS NOVOS	
		Nº	INCIDENCIA /10.000
ALVARAES	6.693	1	1,49
FONTE BOA	17.568	1	0,57
JAPURA	4.412	2	4,53
JURUA	3.424	1	2,92
JUTAI	13.468	1	0,74
MARAA	9.039	1	1,11
TEFE	30.113	2	0,66
UARINI	5.944	0	0,00
TRIÂNGULO JUTAI/SOLIMÕES/JURUÁ	90.661	9	0,99
AMATURA	3.814	0	0,00
ATALAIA DO NORTE	5.216	2	3,83
BENJAMIN CONSTANT	11.105	0	0,00
SANTO ANTONIO DO ICA	16.304	0	0,00
SAO PAULO DE OLIVENCA	12.954	0	0,00
TABATINGA	18.136	0	0,00
TONANTINS	8.685	0	0,00
ALTO SOLIMÕES	76.214	2	0,26
BOCA DO ACRE	11.489	2	1,74
CANUTAMA	4.372	0	0,00
LABREA	12.089	0	0,00
PAUINI	7.796	0	0,00
TAPAUA	9.413	2	2,12
PURUS	45.159	4	0,89
CARAUARI	11.865	2	1,69
EIRUNEPE	13.193	9	6,82
ENVIRA	9.655	4	4,14
GUAJARA	6.976	0	0,00
IPIXUNA	8.621	1	1,16
ITAMARATI	4.140	2	4,83
JURUÁ	54.450	18	3,31
APUI	6.980	1	1,43
BORBA	15.720	0	0,00
HUMAITA	13.123	2	1,52
MANICORE	16.802	0	0,00
NOVO ARIPUANA	8.873	2	2,25
MADEIRA	61.498	5	0,81
BARCELOS	12.848	0	0,00
SANTA ISABEL DO RIO NEGRO	3.744	0	0,00
SAO GABRIEL DA CACHOEIRA	13.167	0	0,00
ALTO RIO NEGRO	29.759	0	0,00
ITACOATIARA	31.392	3	0,96
ITAPIRANGA	3.478	0	0,00
MAUES	19.657	1	0,51
NOVA OLINDA DO NORTE	12.718	3	2,36
PRESIDENTE FIGUEIREDO	8.232	0	0,00
SILVES	3.879	0	0,00
URUCURITUBA	4.600	0	0,00
MÉDIO AMAZONAS	83.956	7	0,83
ANAMA	3.046	0	0,00
ANORI	5.329	0	0,00
AUTAZES	12.092	0	0,00
BERURI	5.976	1	1,67
CAAPIRANGA	4.249	1	2,35
CASTANHO	10.376	1	0,96
CAREIRO DA VARZEA	6.463	0	0,00
COARI	35.369	3	0,85
CODAJAS	8.629	1	1,16
IRANDUBA	14.960	2	1,34
MANACAPURU	33.754	6	1,78
MANAQUIRI	5.490	1	1,82
MANAUS	522.288	39	0,75
NOVO AIRAO	3.384	1	2,96
RIO PRETO DA EVA	8.789	0	0,00
RIO NEGRO / SOLIMÕES	680.194	56	0,82
BARREIRINHA	11.779	0	0,00
BOA VISTA DO RAMOS	5.412	2	3,70
NHAMUNDA	7.253	0	0,00
PARINTINS	43.807	0	0,00
SAO SEBASTIAO DO UATUMA	3.773	1	2,65
URUCARA	9.474	2	2,11
BAIXO AMAZONAS	81.498	5	0,61
TOTAL DO ESTADO	1.203.389	106	0,88

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DST NA FUAM

SITUAÇÃO DAS DST NA POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES EM 2004

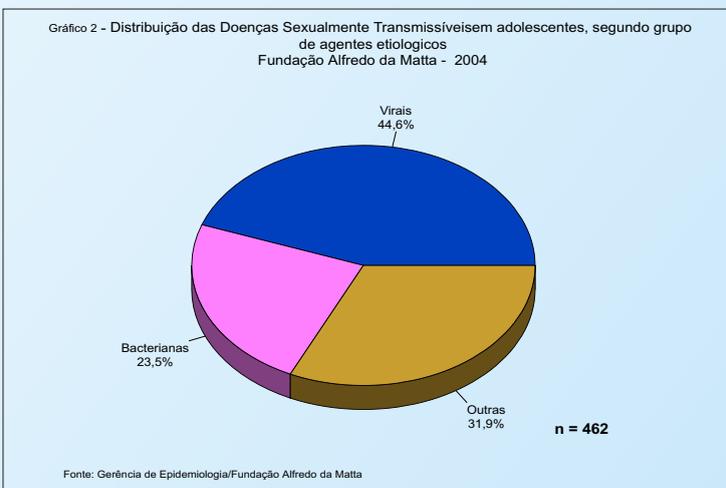
No ano de 2004 foram notificados no serviço de DST da Fundação Alfredo da Matta (FUAM) 381 casos na faixa etária de 0-18 anos, desse total 196 (51,4%) eram do sexo masculino e 185 (48,6%) feminino (gráfico 1).



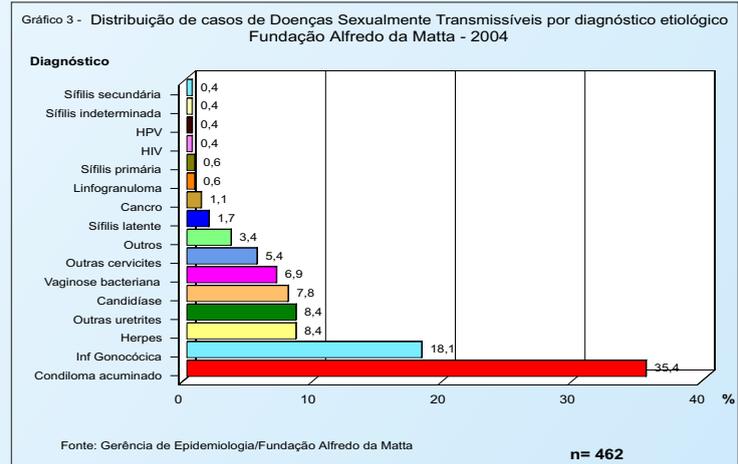
A média da idade entre os casos notificados foi de 16,3 anos (DP= 2,3). Quando detalhado por sexo observou-se comportamento semelhante com idade média de 16,6 (DP=1,8) para os homens e de 15,9 (DP=2,7) para as mulheres. A faixa etária de maior concentração de casos foi entre 16 a 18 anos com 75,8% do total.

Em relação a escolaridade a proporção maior foi entre 5ª a 8ª séries (49,9%).

Os casos nesta faixa etária tiveram diagnósticos etiológicos numa freqüência de 23,5% para as DST bacterianas (sífilis, infecção gonocócica, infecção por clamídia, cancro mole, donovanose e linfogranuloma venéreo), 44,6% para DST virais (condiloma acuminado, herpes genital, infecção por HIV), e 31,9% outros (outras uretrites, outras cervicites, vaginose bacteriana, candidíase e outros) (gráfico 2).



Os diagnósticos etiológicos mais freqüentes foram o condiloma acuminado (35,4%), infecção gonocócica (18,1%), herpes genital (8,4%) e outras uretrites (8,4%).



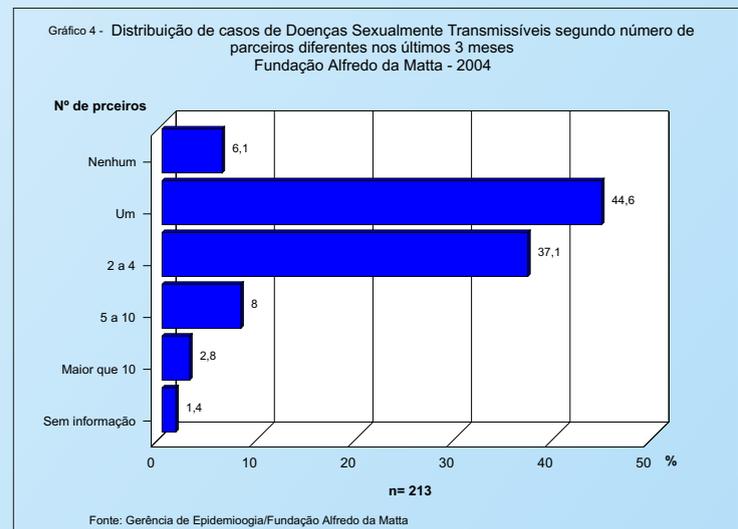
Na análise de algumas variáveis da conduta sexual que incrementam o risco de adquirir e ou transmitir uma DST ficou evidenciado que a média de idade da primeira relação sexual para este grupo foi de 13 anos (DP=1,7), sendo que os homens tiveram o início numa idade mais precoce que as mulheres (13,3 vs 14,4).

Do total dos casos (18,1%) já haviam tomado algum antibiótico ao chegar na consulta. E 47,8% 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 que formam parte inseparável da atenção integral de um caso de DST.

Neste grupo 12,9% dos casos relataram história anterior de DST, com proporção significativamente maior entre os homens do que entre as mulheres (20,9% vs 4,3%).

Quase metade dos casos disseram possuir parceiro fixo, com uma proporção maior entre as mulheres (61,6% vs 36,7%)

Mais da metade dos casos (55,9%) referiram terem tido novos parceiros nos últimos 3 meses prévios ao diagnóstico. Sendo que entre os homens mais da metade (81,1%) relataram terem tido um novo parceiro e entre as mulheres apenas 29,1%. E deste grupo que tiveram novo parceiro, 47,9% tiveram mais de um parceiro novo. E dos que tiveram mais de um parceiro 78,4% eram homens (gráfico 4).

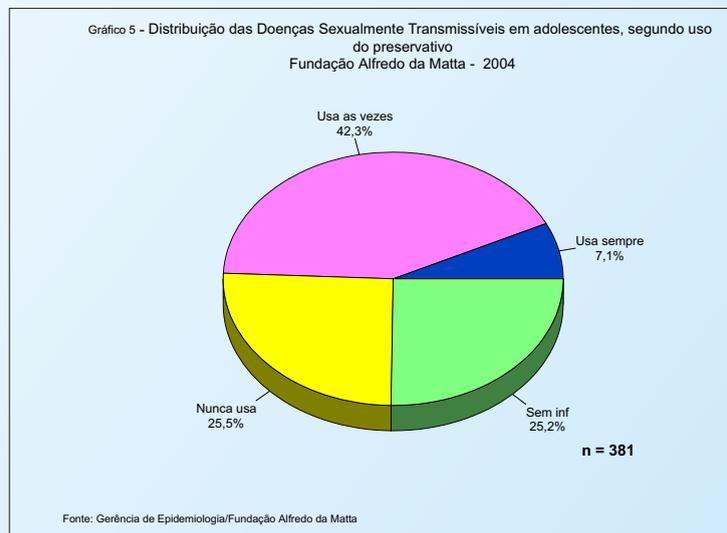


Em relação ao preservativo observou-se que 42,3% só utilizam as vezes e 25,5% nunca utilizam (gráfico 5).

Do total que disseram usarem as vezes o preservativo, 52,8% eram homens, e dos que relataram que nunca fazem uso do preservativo 66,0% eram mulheres.

Em relação a preferencia sexual 2,9% disseram terem relações sexuais com ambos os sexos e destes 91% eram homens.

A incidência das DST vem aumentando e sabe-se que uma DST aumenta a chance de contaminação pelo HIV. Na população de adolescentes não se tem muita informação sobre a prevalência das DST, e também o que se notifica esta sempre abaixo das estimativas. No entanto é uma população importante pois fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes as DST



CRITÉRIOS PARA A NOVA DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

Todo caso de sífilis congênita, segundo os critérios definidos pelo Ministério da Saúde, deve ser notificado à vigilância Epidemiológica. E a investigação de sífilis congênita deve ser necessariamente desencadeada nas seguintes situações:

- Todas as crianças nascidas de mãe com sífilis (evidência clínica e/ou laboratorial), diagnosticadas durante a gestação, parto ou puerpério;
- Todo indivíduo com menos de 13 anos com suspeita clínica e/ou Epidemiológica de sífilis congênita.

Crítérios:

Na presente definição, quatro critério compõem a definição de caso de sífilis congênita.

1º critério - toda criança, aborto, ou natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ ou com sorologia não treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizada no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

Considera-se como tratamento inadequado para gestante:

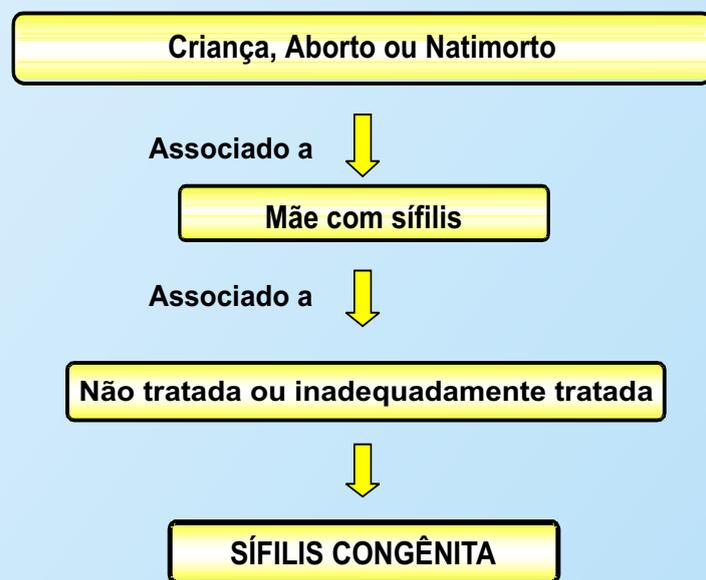
- Todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina;
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina;
- Tratamento não adequado para fase clínica da doença ;
- Instituição do tratamento com menos de 30 dias antes do parto
- Elevação dos títulos após o tratamento, no seguimento.

Em relação ao(s) parceiro(s) inclui-se como tratamento inadequado para gestante:

- Aquele(s) que não foi(ram) tratado(s) ou foi(ram) tratado(s) inadequadamente segundo as diretrizes de tratamento vigentes;

- Quando não se tem essa a informação disponível ou ausência de documentação do tratamento ou da queda dos títulos após tratamento.

Fluxograma 1 - Critério 1

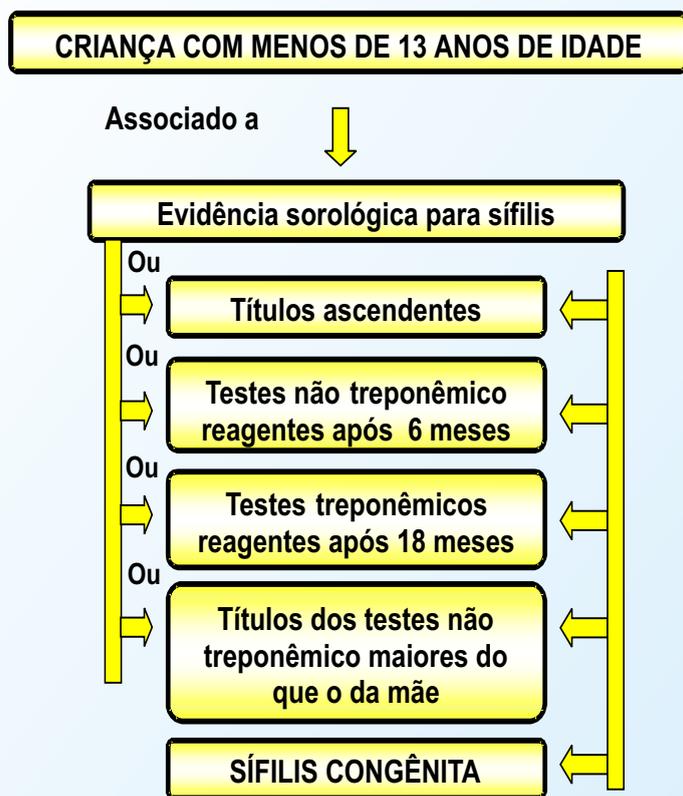


2º critério todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas

- Titulações ascendentes (testes não treponêmicos); e/ou testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não treponêmicos maiores do que os da mãe.

*Deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

Fluxograma 2 - Critério 2



Fluxograma 3 - Critério 3



3º critério - todo indivíduo com menos de 13 anos, com teste não treponêmico reagente e: evidência clínica ou líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

A presença de leucocitose (acima de 25 leucócitos/mm³) e o elevado conteúdo protéico (acima de 150mg/dl) no líquido cefalorraquidiano (LCR) de um recém-nascido suspeito de ser portador de sífilis congênita devem ser considerados como evidências adicionais para o diagnóstico. Uma criança com VDRL positivo no LCR deve ser diagnosticada como portadora de neurosífilis, independente de haver alterações na celularidade e/ou no conteúdo protéico no líquido. A ocorrência de alterações no LCR é muito mais freqüente nas crianças com outras evidências clínicas de sífilis congênitas, do que nas crianças assintomáticas, apesar de infectadas. Se a criança for identificada após o período neonatal (após 28 dias de vida), as alterações líquóricas incluem: VDRL positivo, leucocitose de mais de 05 leucócitos/mm³ e/ou nível de proteína maior do que 40mg/dl. O teste RPR não é útil para avaliação do LCR; para este material deve-se utilizar apenas o VDRL.

O envolvimento de metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero), expressado por osteocondrite, osteíte e periostite, representa um achado comum na sífilis congênita sintomática, pois em 70% a 90% destes casos as radiografias de ossos longos revelam alterações sugestivas da infecção. A sensibilidade das alterações radiológicas para diagnóstico de sífilis congênita em criança assintomáticas é desconhecida. Em aproximadamente 04% a 20% dos recém-nascidos assintomáticos infectados, a única alteração é o achado radiográfico, o que justifica a realização deste exame nos casos suspeitos de sífilis congênita.

4º critério - toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras da lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exame microbiológicos.

Considerações finais

A medida de controle da sífilis congênita mais efetiva consiste em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada:

Captação precoce da gestante para início do pré-natal;

Realização de no mínimo seis consultas com atenção integral qualificada;

Realização do VDRL no primeiro trimestre de gestação, idealmente na primeira consulta, e de um segundo teste em torno da 28ª semana com ações direcionadas para busca ativa a partir dos testes reagentes (recém-diagnosticadas ou em seguimentos);

Instituição do tratamento e seguimento adequado da gestante e do(s) seu(s) parceiro(s), abordando os casos de forma clínico-epidemiológica;

Documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na carteira da gestante;

Notificação dos casos de sífilis congênita.

Fonte: Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
PNDST e Aids

Sífilis Congênita: Diretrizes para o controle