

1 Editorial
Estratégia Global para aliviar a carga da Hanseníase

2 Situação Epidemiológica da Hanseníase no Amazonas

4 Situação Epidemiológica da Hanseníase na FUAM

7 Situação das Dermatoses Notificadas na FUAM

Leishmaniose Tegumentar Americana - LTA

9 Situação das DST na FUAM

10 Resumo das Doenças Notificadas na FUAM - 2005

11 Vigilância Epidemiológica

Estratégia Global para aliviar a Carga da Hanseníase e manter as atividades de Controle da Hanseníase - (Período do Plano: 2006-2010)

O Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase 2000-2005 da OMS incentivava os países endêmicos a assumir o compromisso de tratar dos desafios lançados pela doença.

O componente mais importante da estratégia era assegurar que as atividades de controle da hanseníase estariam disponíveis e acessíveis a todo indivíduo no serviço de saúde mais próximo. (As atividades de controle da hanseníase incluem diagnóstico, tratamento poliquimioterápico (PQT), aconselhamento ao paciente e sua família, educação comunitária, prevenção de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento nas complicações.) A implementação em grande escala do Plano Estratégico aumentou a cobertura das atividades de controle da hanseníase e levou muitos casos não detectados aos serviços de saúde para o tratamento.

A meta do Plano Estratégico 2000-2005 era a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, definida como a redução da prevalência a menos de um caso em cada 10.000 habitantes, em nível nacional. A Estratégia Global para Maior Redução da Carga da Hanseníase e a Sustentação das Atividades de Controle da Hanseníase 2006-2010 resulta da evolução natural do Plano Estratégico, projetado para tratar dos desafios remanescentes e diminuir ainda mais a carga sanitária decorrente da doença.

Meta

A meta da Estratégia Global é alcançar uma maior redução da carga de hanseníase e prover acesso a serviços de controle da hanseníase de qualidade para todas as comunidades afetadas, seguindo os princípios de equidade e justiça social.

Principais objetivos

- Prover serviços de qualidade a todas as pessoas com hanseníase.
- Melhorar o coeficiente de custo-eficácia mediante a integração e/ou descentralização das atuais atividades de controle da hanseníase à infra-estrutura local de saúde, incluindo os serviços de encaminhamento e os componentes de monitoramento.
- Manter o compromisso político e aumentar as atividades colaborativas com os parceiros nos níveis global, nacional e regional.
- Intensificar os esforços de advocacia, a fim de reduzir o estigma e a discriminação contra as pessoas e famílias afetadas pela hanseníase.
- Fortalecer os componentes de monitoramento e supervisão do sistema de vigilância.
- Desenvolver a capacidade dos profissionais de saúde nos serviços integrados.

O enfoque continuará sendo a provisão de atenção de qualidade aos pacientes, atenção que deve ser equitativamente distribuída, financeiramente exequível e facilmente acessível. Não há, por enquanto, ferramentas técnicas ou informações novas que justifiquem qualquer mudança drástica na estratégia de controle da hanseníase.

Faz-se premente, entretanto, implementar mudanças decisivas na organização do controle da hanseníase, na atitude dos profissionais e beneficiários de atenção à saúde e em acordo entre os parceiros.

Os principais elementos da estratégia são os seguintes:

- Sustentar as atividades de controle da hanseníase em todos os países endêmicos;
- Usar a detecção de casos como principal indicador para monitorar o progresso;
- Assegurar diagnóstico de qualidade, gestão de casos, registro e notificação em todas as comunidades endêmicas;
- Fortalecer os serviços rotineiros e de encaminhamento;
- Descontinuar a abordagem baseada em campanhas;
- Desenvolver ferramentas e procedimentos baseados na atenção domiciliar/comunitária, integrados e localmente apropriados para a prevenção de incapacidades/deficiências e para a provisão de serviços de reabilitação;
- Promover pesquisa operacional a fim de melhorar a implementação de uma estratégia sustentável;
- Incentivar o apoio mútuo dos parceiros, em todos os níveis.

Essa estratégia exigirá o aval e o compromisso de todos os que trabalham em prol da meta comum de controle da hanseníase, a fim de assegurar que a carga física e social da doença continue a declinar no mundo inteiro.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIONAL DA HANSENÍASE NO ESTADO DO AMAZONAS - 2005

No ano 2005 as ações de controle e eliminação da hanseníase estavam implantadas nos 62 municípios, no estado do Amazonas.

Do total de 569 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, 299 (52,5%) possuíam ações de controle da hanseníase, sendo 216 (72,2%) na capital e 83 (27,8%) no interior. Houve um aumento de 28,1% em relação ao ano anterior.

O coeficiente de detecção no Estado do Amazonas passou de 7,42/10.000 hab. em 1987 para 2,88/10.000 hab. em 2005, o que representou uma redução de 61,2%. 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 - 2005

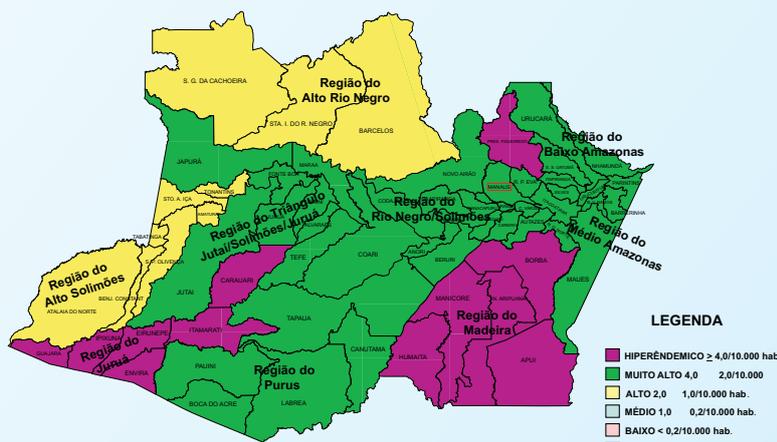
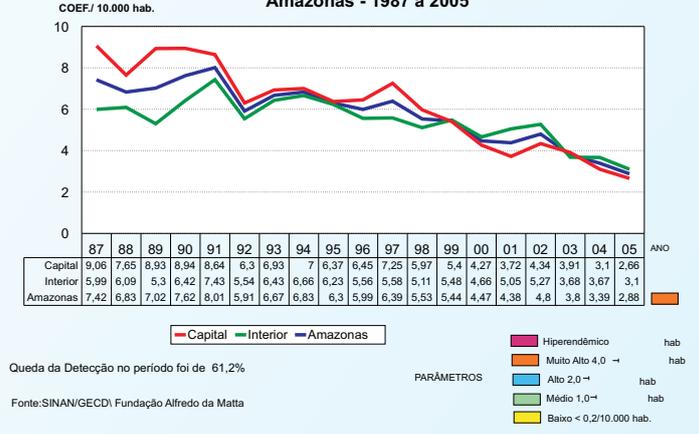


Gráfico 2 - Coeficiente de Detecção da Hanseníase da Capital, Interior e Estado Amazonas - 1987 à 2005



Em Manaus as Zonas Oeste e Leste apresentaram os mais elevados coeficientes de detecção 3,56 e 3,19/10.000 hab., consideradas muito alta (4,0 --| 2,0/10.000 hab.).

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 13 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 nos em suas taxas nos últimos anos. Mas, é importante observar que os percentuais de grau I ainda são altos, o que preocupa, pois significa um diagnóstico tardio.

Em 2005 dos 930 casos novos detectados 880 (94,6%) foram avaliados em relação ao grau de incapacidade e destes 50 (5,7%) apresentaram grau II de deformidades, é o grau I que ainda apresenta um percentual alto de casos. Portanto, ações voltadas para melhoria do diagnóstico necessitam serem implementadas (gráfico 3a e 3b).

No ano de 2005 foram notificados no estado 1.047 casos de hanseníase, sendo 930(88,8%) novos, 58(5,5%) recidivas, 14(1,3%) transferências e 45(4,3%) outros reingressos. O modo de diagnóstico mais freqüente dos casos novos foi a forma espontânea (66,5%), seguida dos encaminhados por outros serviços (22,2%) e dos contatos (5,3%).

Dos 930 casos novos detectados, 438(47,1%) eram residentes de Manaus e o restante residentes em outros 57 municípios. Os coeficiente de detecção variaram de 0,29 a 12,55/10.000 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, destacaram-se em 2005, a região do rio Juruá com um coeficiente de detecção de 5,83/10.000 hab., região do rio madeira com 4,36 /10.000 hab., a região do rio Purus com 3,52/10.000 hab e a região do Médio Amazonas com 3,10/10.000 hab. e também Manaus a capital do estado com 2,66/10.000 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)

Gráfico 3a - Percentual de casos novos detectados de hanseníase avaliados em relação ao grau de incapacidade - Amazonas, 1993 - 2005

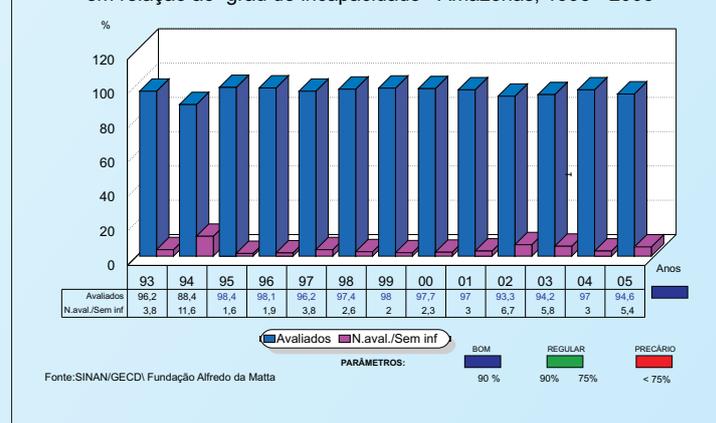
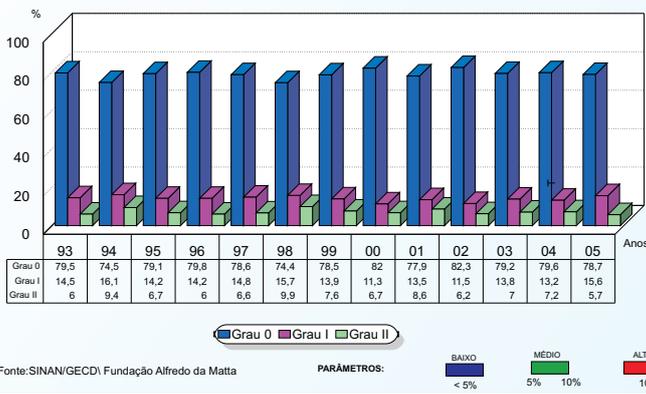
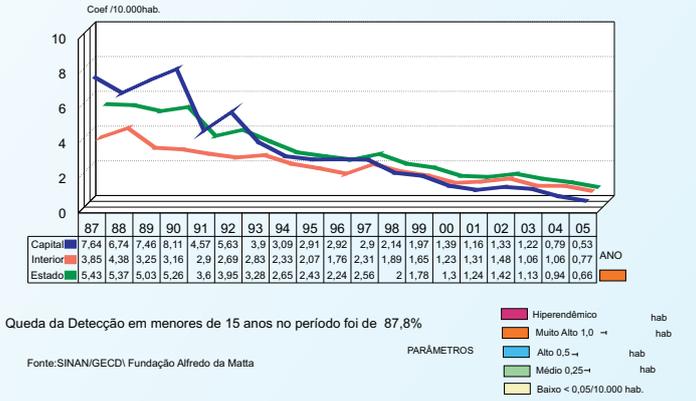


Gráfico 3b - Percentual de casos novos de hanseníase segundo grau de incapacidade Amazonas, 1993 - 2005



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 0,66/10.000 hab. em 2005, com uma redução de 87,8%. 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 4).

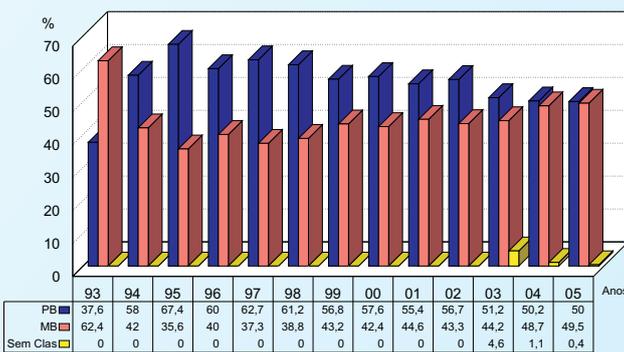
Gráfico 4- Coeficiente de Detecção da hanseníase em menores de 15 anos Amazonas, 1987 - 2005



O resultado da detecção por gênero, apresenta predomínio de homens, com um percentual 65,6% (610) em 2005, apesar deste resultado ser semelhante ao que vem ocorrendo ao longo dos anos, houve um aumento na proporção de homens neste ano quando comparado a anos anteriores.

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) vem diminuindo. (gráfico 5).

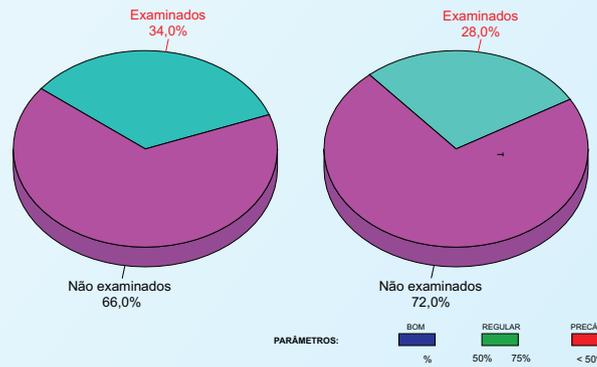
Gráfico 5 - Proporção de casos detectados de hanseníase segundo classificação operacional para fins de tratamento - Amazonas, 1993 à 2005



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).

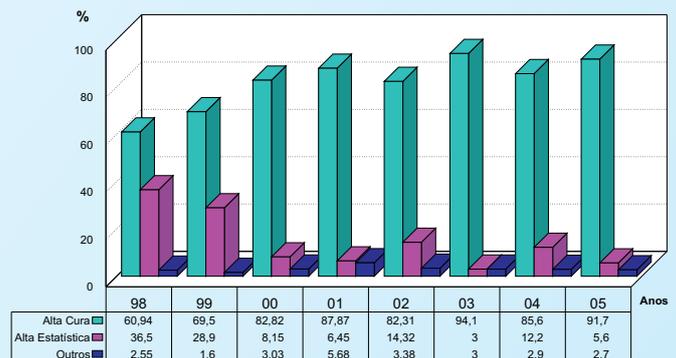
No indicador que avalia a execução das atividades de vigilância, a proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos foi de 28,0%, resultado precário e com redução em relação ao ano anterior. Sendo necessárias a implementação de medidas apropriadas para a reversão deste quadro, visto ser este o grupo de maior risco em adquirir a doença (gráfico 6).

Gráfico 6 - Percentual de Examinados entre os Contatos registrados de casos novos de hanseníase Amazonas - 2004 - 2005



Em relação ao indicador de qualidade dos serviços, observa-se que nos 1.021 casos saídos do registro ativo, as altas por cura como é o esperado, foi o motivo de saída mais freqüente com 91,7% em 2005, apesar da proporção alta 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 7).

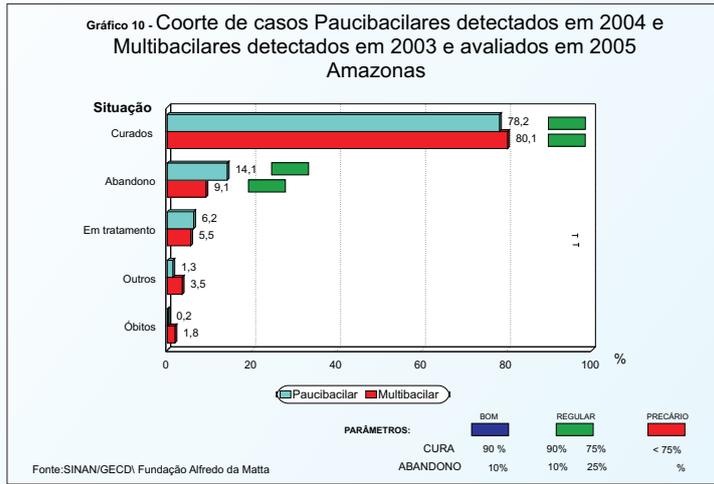
Gráfico 7 - Proporção de casos de hanseníase segundo motivo de saída Amazonas - 1998 - 2005



Dos 936 casos que receberam alta por cura, 74,9% foram avaliados em relação ao grau de incapacidade no ano 2005, por este motivo não será possível calcular o indicador de deformidade, este resultado pode ser reflexo da falta de atualização dos dados no sistema ou que os casos não estão sendo avaliados na cura.

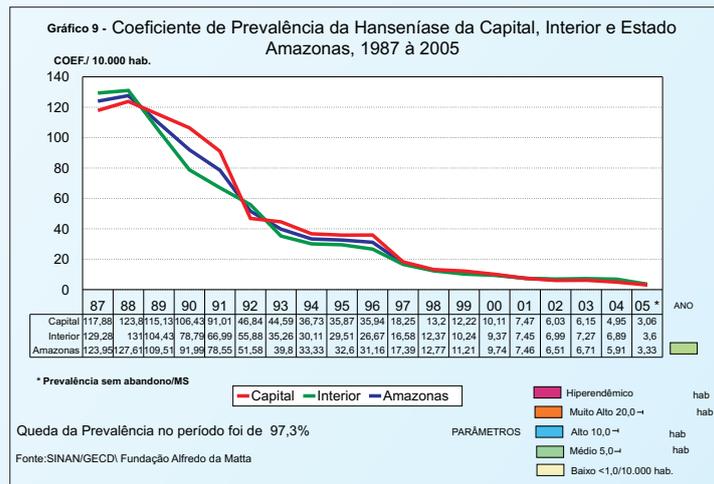
Em relação ao indicador qualidade dos serviços e efetividade do tratamento mensurados pelas coortes de casos, a taxa de cura entre os casos MB foi de 80,1% e entre os casos PB foi de 78,2%, ambos considerados médio. A proporção

De pacientes em abandono foi de 9,1% para os MB e de 14,1% para os PB. Há necessidade de melhorar a adesão dos casos que abandonam o tratamento antes de concluí-lo. (gráfico 8).



Os dados de prevalência no Estado para o período de 1987 a 2005 mostram uma tendência descendente, com uma redução de 97,3% (passou de 123,95/10.000 hab. para 3,33/10.000 hab.). A queda mais acentuada ocorreu a partir de 1996, com certa estabilidade ao final do período. Foi utilizado no cálculo da prevalência recomendado pelo Ministério da Saúde ou seja casos em tratamento, com parâmetro de endemicidade considerado médio. A razão P/D em 2005 foi de 1,2 demonstrando que ainda existe uma disparidade entre o volume de casos diagnosticados que entram no sistema e os que saem da prevalência de alta por cura.

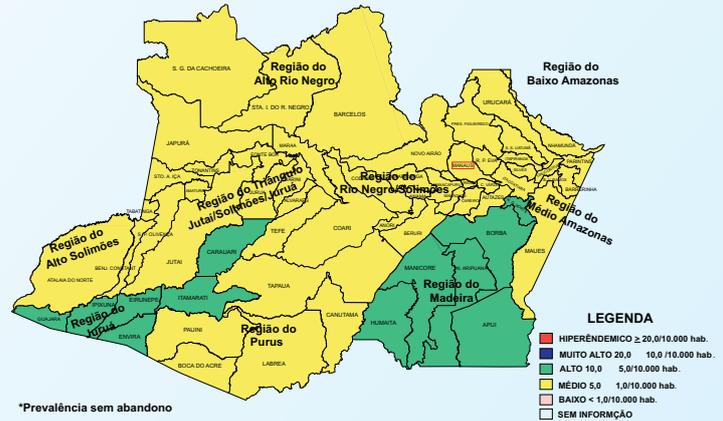
Em Manaus e no interior do Estado, também observa-se queda de maneira semelhante ao que vem ocorrendo no Estado como um todo. No ano de 2003 a prevalência teve um pequeno aumento por problemas no sistema de informação (SINAN) que não foi adequadamente atualizado em alguns municípios mas, com algumas medidas tomadas pela coordenação espera-se melhorar este indicador (gráfico 9).



Na estratificação a nível de município, esses coeficientes variaram de 0,29 (baixo 1,0/10.000 hab.) a 11,26 (muito alto 20,0 10/10.000 hab.) em 2005.

No estado as regiões que apresentaram os mais elevados coeficientes de prevalência foram as do rio Madeira com 5,42/10.000 hab., do rio Juruá com 5,18/10.000 hab. e rio Purus com 4,63/10.000 hab.(figura 2).

Figura 2 - Prevalência da Hanseníase por Regiões Amazonas - 2005*



Na capital as zonas que apresentaram os maiores coeficientes de prevalência foram a zona Leste com 5,45/10.000 hab., Sul com 4,38/10.000 hab. e Oeste com 4,16/10.000 hab.

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 junto com os casos sem informação ficou em 30,8% no ano de 2005 no estado.

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIONAL DA HANSENÍASE FUNDAÇÃO ALFREDO DA MATTA -

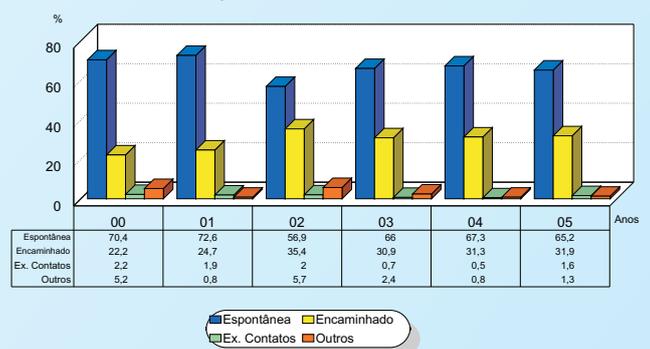
No ano 2005, foram notificados na Fundação Alfredo da Matta (FUAM) 375 casos de hanseníase. Destes 310 (82,7%) foram casos novos, 37 (9,9%) recidivas, 25 (6,7%) outros reingressos e 3 (0,8%) transferências de outros estados.

Os 310 casos novos detectados em 2005 pela FUAM, equivalem a 33,2% dos casos notificados no estado e 62,5% 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.

No ano de 2005 do total de casos novos 202 (65,2%) foram por demanda espontânea, 99 (31,9%) por encaminhamentos e apenas 5 (1,6%) por exame de contatos.

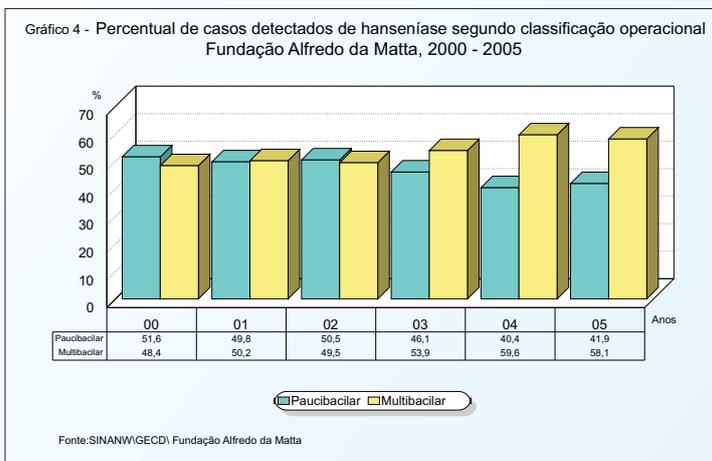
Numa pequena série histórica observa-se comportamento crescente dos casos encaminhados e aumento de contatos quando comparados ao ano anterior (gráfico 1).

Gráfico 1 - Percentual de casos detectados de hanseníase segundo modo de detecção Fundação Alfredo da Matta, 2000 - 2005

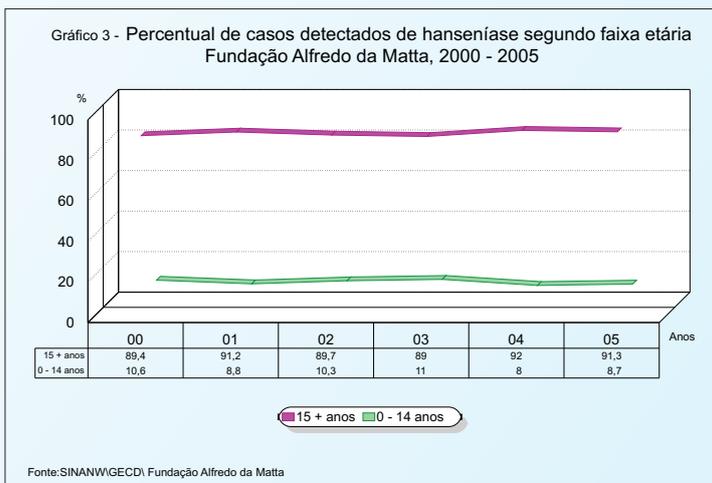


Na detecção de casos novos em relação ao gênero sempre houve predomínio dos homens. A proporção de casos novos em mulheres para o período de 2000 a 2005 apresentou uma média anual em torno de 39%. A razão M/F foi de 2,0.

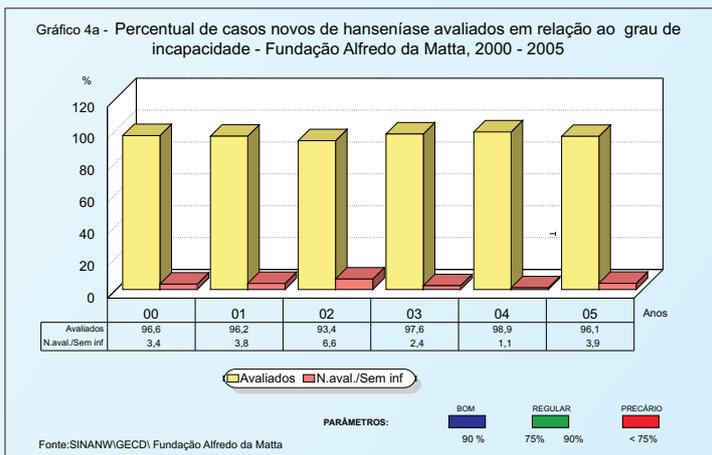
Os dados mostram que a proporção de casos multibacilares (MB) entre os casos novos, apresentam comportamento ascendente no período de 2000 a 2005, predominando nos últimos anos. A razão MB/PB foi de 1,4 (gráfico 2).



Em relação aos menores de 15 anos observa-se em série histórica de casos, que vem se mantendo estável com um percentual médio de 9,6% nos últimos 6 anos. Este é outro indicador importante pois determina a tendência da doença (gráfico 3).



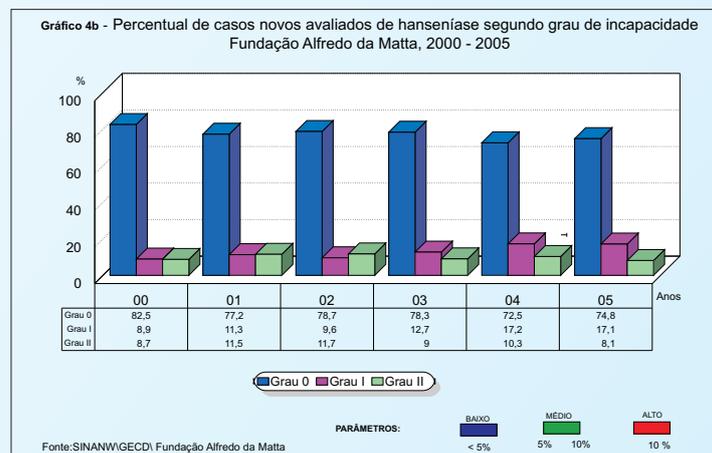
A proporção de casos novos avaliados em relação ao grau de incapacidade para o período de 2000 a 2005 sempre foram acima de 90%, considerado bom segundo parâmetro. No entanto observou-se um aumento dos casos não avaliados em relação a 2004 (gráfico 4a).



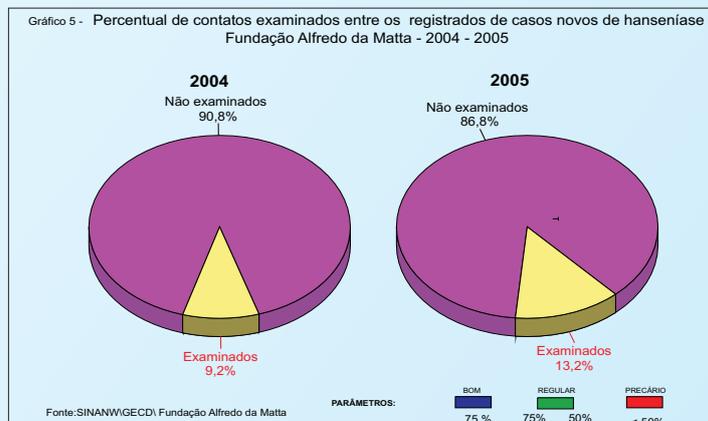
Dos casos avaliados a proporção de casos com incapacidades (grau II) apesar do comportamento estável sempre foi abaixo de 10%, considerado regular segundo parâmetro nacional.

Dos 310 casos novos detectados, 336 (95,1%) foram avaliados em relação ao grau de incapacidade. Dos casos avaliados 10,4% apresentaram deformidades, considerado alto (10) segundo parâmetro do Ministério da Saúde.

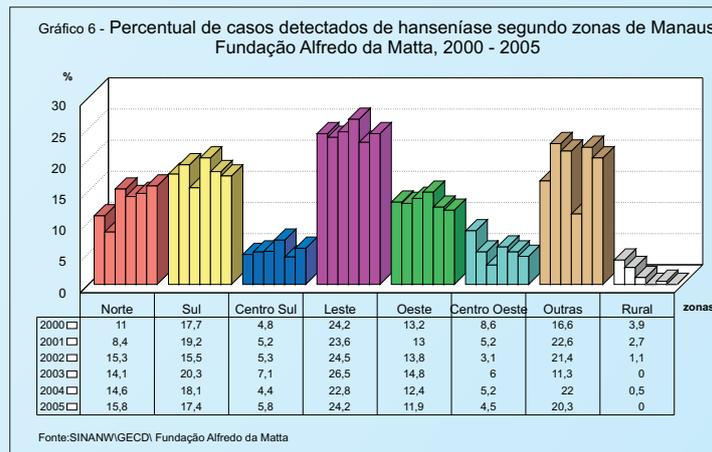
Em série histórica dos casos observa-se aumento no percentual de casos com deformidade grau II e é importante a proporção de casos com grau I de incapacidade, isto preocupa, pois este indicador demonstra a precocidade com que os casos foram diagnosticados, podendo estar ocorrendo um diagnóstico tardio (gráfico 4b).



No indicador que avalia a execução das atividades de vigilância, a proporção de contatos examinados entre os contatos registrados dos casos novos foi de 13,2%, resultado precário. Sendo necessário a implementação de medidas apropriadas para a reversão deste quadro, visto ser este o grupo de maior risco em adquirir a doença (gráfico 5).

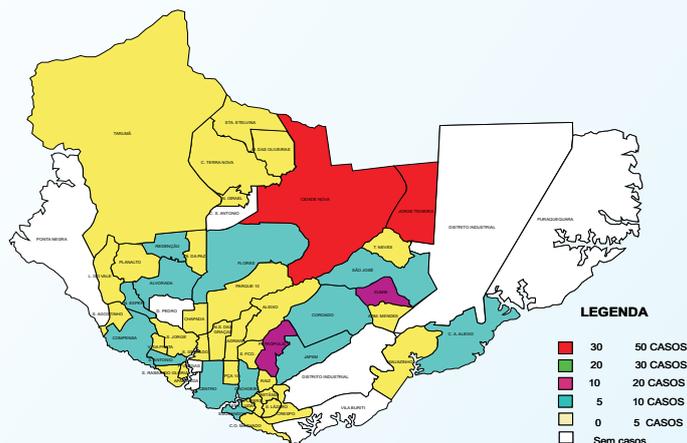


Na avaliação da situação dos casos novos em relação a sua distribuição em Manaus, observa-se que a zona com maior proporção de casos é a zona Leste (24,2%), seguida da zona Sul (17,4%) e Norte (15,8%). (gráfico 6).



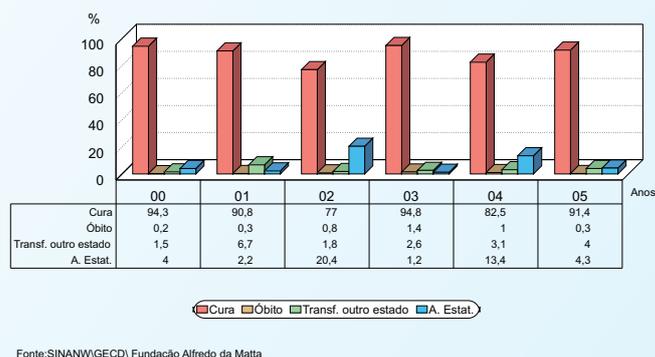
A distribuição dos casos novos em relação aos bairros de Manaus apresentou uma maior concentração nos bairros Cidade Nova (12,3%), Jorge Teixeira (12,3%), Petrópolis (3,5%), Zumbi (3,2%), Compensa e São José ambos com o mesmo valor (2,9%) figura 1.

Distribuição dos casos novos de Hanseníase por bairro de Manaus Fundação Alfredo da Matta - 2005



Do total dos 347 casos de hanseníase que saíram do registro ativo, 317 (91,4%) foram de altas por cura e 15 (4,3%) altas estatística. (gráfico 7).

Gráfico 7 - Percentual de casos de hanseníase segundo tipo de saída do registro ativo Fundação Alfredo da Matta, 2000 - 2005



Dos 317 casos que receberam alta por cura 286 (90,2%) foram avaliados em relação ao grau de incapacidade, considerado bom (>90%) segundo parâmetro do Ministério da Saúde. Observou-se uma redução no percentual de casos não avaliados (gráfico 8a). Entre os casos avaliados 16,4% apresentaram grau II de incapacidade, considerado alto (10%) segundo parâmetro do Ministério da Saúde. Este percentual alto de incapacidade grau II junto ao percentual também alto de grau I, vem mantendo-se alto ao longo dos anos necessitando de ações mais efetivas no serviço de prevenção de incapacidades para acompanhamento destes casos (gráfico 8b).

Gráfico 8a - Percentual de casos de hanseníase curados, segundo situação de avaliação em relação ao grau de incapacidade Fundação Alfredo da Matta, 2000 - 2005

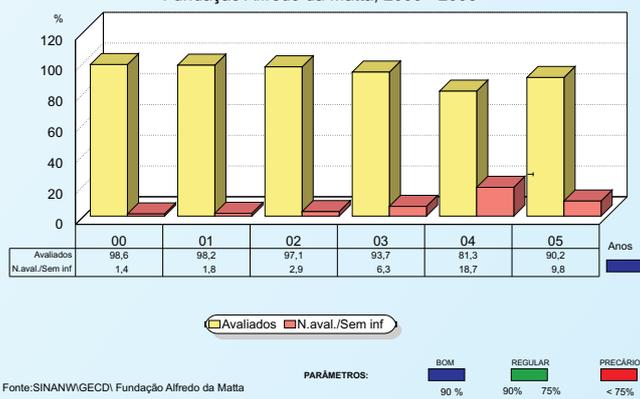
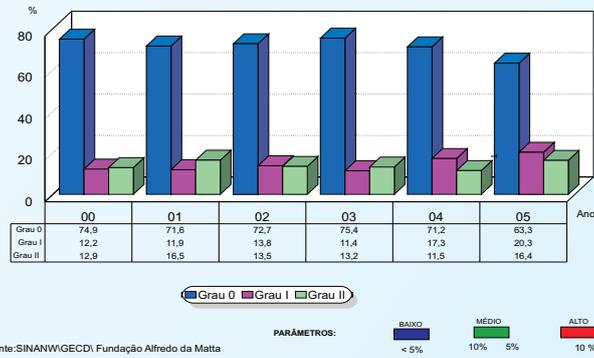


Gráfico 8b - Percentual de casos de hanseníase curados e avaliados, segundo grau de incapacidade Fundação Alfredo da Matta, 2000 - 2005



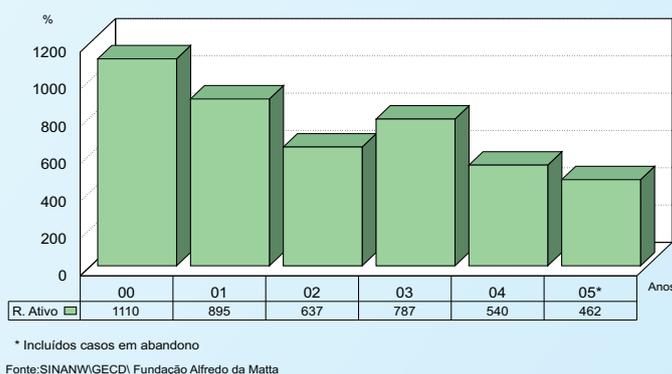
O indicador de prevalência é utilizado para medir a evolução do processo de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.

Os dados de tendência da prevalência para o período de 2000 a 2005 mostram uma tendência descendente, com uma redução de 58,4% no período. Quando aplicado o critério de remoção da prevalência dos paciente que não compareceram ao serviço para receber tratamento por mais de 12 meses para o ano de 2005 observase uma diferença e a redução foi de 68,4%.

A razão P/D em 2005 foi de 1,5, demonstrando que há uma disparidade entre o volume de casos diagnosticados que entram no sistema e os que saem da prevalência por cura.

O número de casos em registro ativo ao final de 2005 era de 462 casos, incluídos todos os casos, ao excluirmos os casos em abandono ele passa para 351 casos (gráfico 9).

Gráfico 9a - Número de casos de hanseníase em registro ativo Fundação Alfredo da Matta, 2000 - 2005

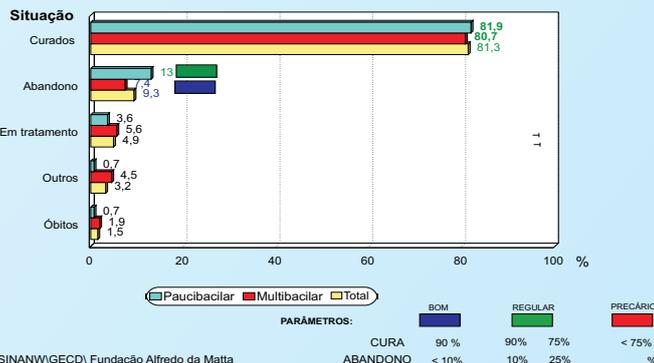


O indicador de Coorte foi utilizado com o objetivo de medir os resultados das atividades de adesão ao tratamento.

Na coorte dos casos a taxa de cura entre os multibacilares foi 80,7%, ainda considerada regular e entre os Paucibacilares foi de 81,9% também regular. A proporção de pacientes em abandono foi de 7,4% para os MB e de 13,0% para os PB. E a proporção de casos MB que ainda continuavam em tratamento era de 5,6% e de PB era de 3,6%.

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 2004 e Multibacilares detectados em 2003 e avaliados em 2005 Fundação Alfredo da Matta

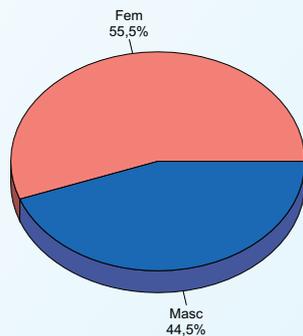


SITUAÇÃO DAS DERMATOSES NOTIFICADAS NA FUNDAÇÃO ALFREDO DA MATTA - 2005

Ao final do ano de 2005, foram atendidos e notificados como casos de primeira vez na FUAM 21.779 casos de Dermatose prioritárias, Hanseníase(MH), Leishmaniose(LTA), Doenças Sexualmente Transmissíveis(DST) e Dermatose simples. Sendo 12.517 casos de dermatose simples realizado na triagem, 6.642 dermatose prioritárias, 2.197 casos de doenças sexualmente transmissíveis, 310 casos de hanseníase e 113 casos de leishmaniose.

Quando analisamos a distribuição dos 6.642 casos de dermatose prioritárias segundo sexo, observa-se predominância do sexo feminino com 55,5% dos casos e no masculino 44,5% dos casos (gráfico 1).

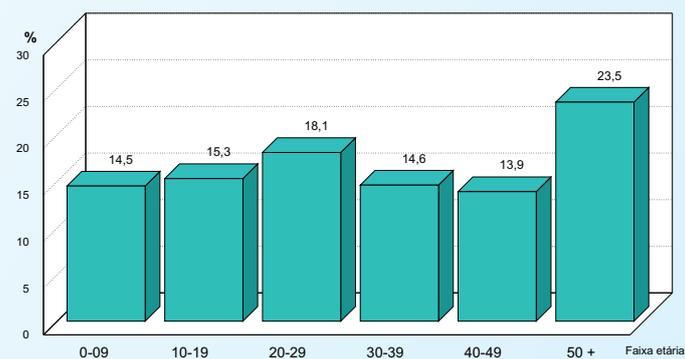
Gráfico 1 - Distribuição dos casos novos de dermatose prioritárias segundo sexo Fundação Alfredo da Matta - 2005



Fonte:Gerência de Epidemiologia/ Fundação Alfredo da Matta

Quando analisamos os casos de dermatose prioritárias segundo faixa etária observamos que o percentual maior foi na faixa 50 anos e mais com 23,5% e de 20 a 29 anos com 18,1% dos casos. (gráfico 2).

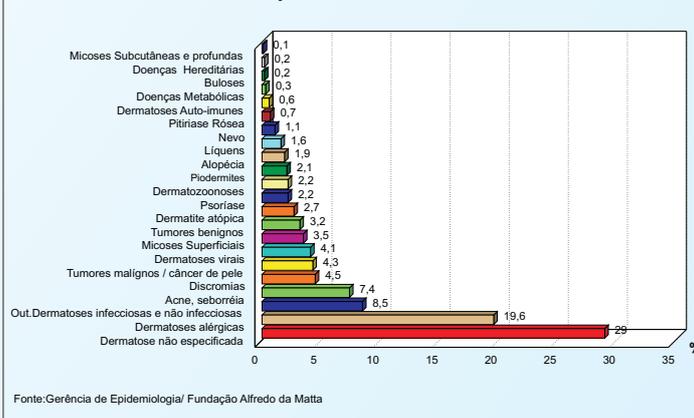
Gráfico 2 - Distribuição dos casos novos de dermatose prioritárias segundo faixa etária Fundação Alfredo da Matta - 2005



Fonte:Gerência de Epidemiologia/ Fundação Alfredo da Matta

Dentre os grupos de dermatose prioritárias os mais frequentes foram: dermatose não especificadas (29,0%), dermatose alérgicas (19,6%), outras dermatose infecciosas e não infecciosas (8,5%), acne e seborréia (7,4%), discromias (4,6%), tumores malignos/câncer de pele (4,3%), dermatose virais (4,1%), micose superficiais (3,5%), tumores benignos e dermatite atópica (3,2%), psoríase (2,7%) e dermatozoonoses (2,2%) (GRÁFICO 4).

Gráfico 3 - Distribuição dos casos novos por grupos de dermatose prioritárias mais frequentes Fundação Alfredo da Matta - 2005



Fonte:Gerência de Epidemiologia/ Fundação Alfredo da Matta

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%).

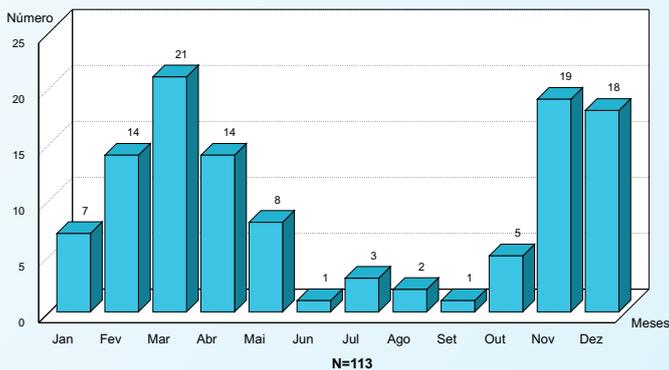
As regiões Nordeste e Norte vêm contribuindo com o maior número de casos registrados no período (cerca de 36,9% e 36,2% respectivamente), e a região Norte com os coeficientes mais elevados (99,85/100.000 habitantes), seguida das regiões Centro-Oeste (41,85/100.000 habitantes e Nordeste (26,50/100.000 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 2005

No ano 2005 foram notificados 115 casos de LTA, com 48,8% dos diagnósticos concentrados no 1º. Quadrimestre (gráfico 1).

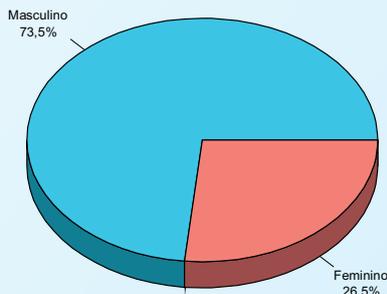
Gráfico 1 - Distribuição dos casos de LTA segundo mês de notificação Fundação Alfredo da Matta - 2005



Fonte: Gerência de Epidemiologia / Fundação Alfredo da Matta

Em 2005 do total dos casos notificados 83 (72,2%) foram do sexo masculino e 32 (27,8%) do sexo feminino, comportamento semelhante aos anos anteriores (gráfico 2).

Gráfico 2 - Percentual de casos de LTA segundo sexo Fundação Alfredo da Matta - 2005

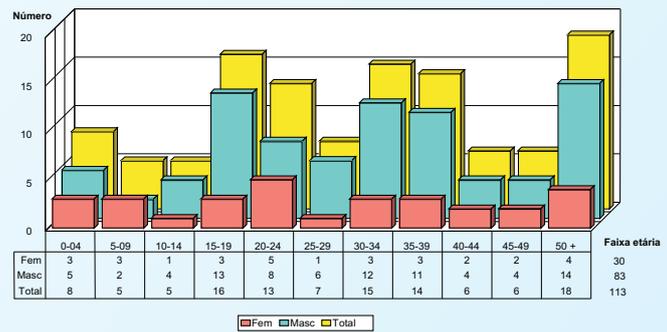


Fonte: Gerência de Epidemiologia / Fundação Alfredo da Matta

No ano de 2005, o maior número de casos ocorridos foi na faixa etária de 50 anos e mais, com 15,6% dos casos. Na

análise desta distribuição por sexo, o comportamento foi semelhante no masculino e diferente no feminino onde predominou a faixa de 20 - 24 anos. (gráfico 3).

Gráfico 3 - Distribuição dos casos de LTA, segundo sexo e faixa etária Fundação Alfredo da Matta - 2005

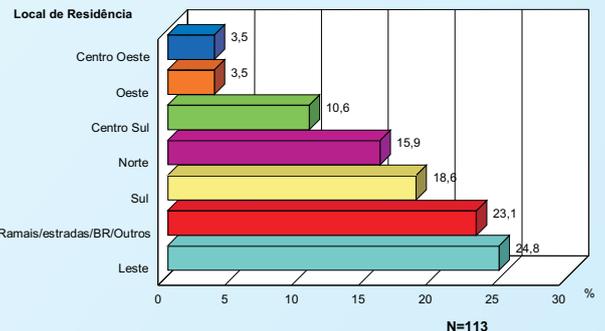


Fonte: Gerência de Epidemiologia / Fundação Alfredo da Matta

Em relação a escolaridade observou-se que 26,1% dos casos tinham entre 4 - 7 anos de estudo, 21,7% tinham entre 8 - 11 anos de estudo e 7,0% possuíam mais 12 anos de estudo, tivemos um percentual de 9,6% de crianças na faixa não escolar

No detalhamento por local de residência, chama atenção a Zona Leste com 24,3%, a Zona rural/ramais/estradas com 22,6% dos casos, a Zona Sul com 18,2% e a Zona Norte com 16,5%, como podemos observar os casos concentram-se principalmente em áreas que estão em processo de expansão (gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição dos casos notificados de LTA, segundo área de residência Fundação Alfredo da Matta - Ano 2005



Fonte: Gerência de Epidemiologia / Fundação Alfredo da Matta

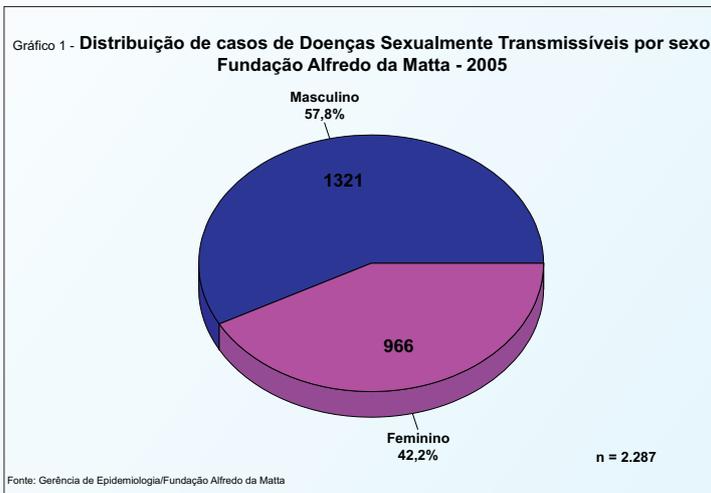
A distribuição dos casos por bairros de Manaus teve uma variação entre 1 a 12 na Zona urbana de Manaus, e os que apresentaram o maior percentual foram os bairros da Cidade Nova com 11,3%, Petrópolis com 8,7%, Jorge Teixeira e São José ambos com 6,1%, e Coroadó, Japiim e Tancredo Neves ambos com 4,3%.

Distribuição dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) notificados na Fundação Alfredo da Matta - 2005



SITUAÇÃO DAS DST NA FUAM EM 2005

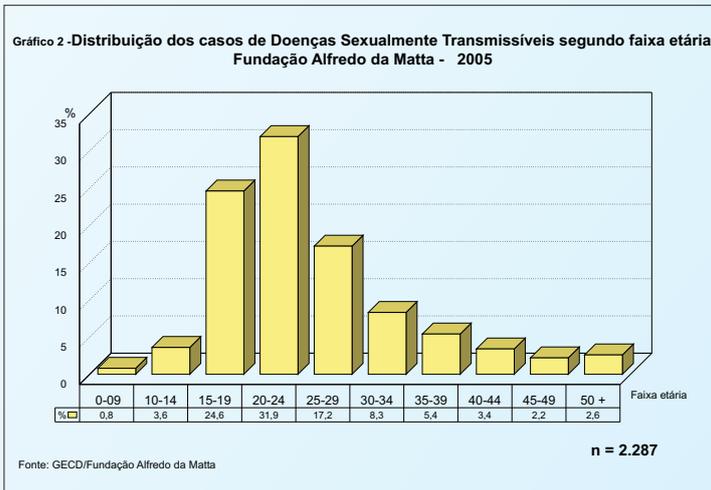
No ano de 2005 foram notificados no serviço de DST da Fundação Alfredo da Matta (FUAM) 3.779 pessoas, dessas 2.287 com DST e 1.492 procuraram o serviço para realizar o teste para HIV. Dos casos que apresentaram DST, 1.321 (58,7%) eram masculino e 966 (42,2%) feminino (gráfico 1).



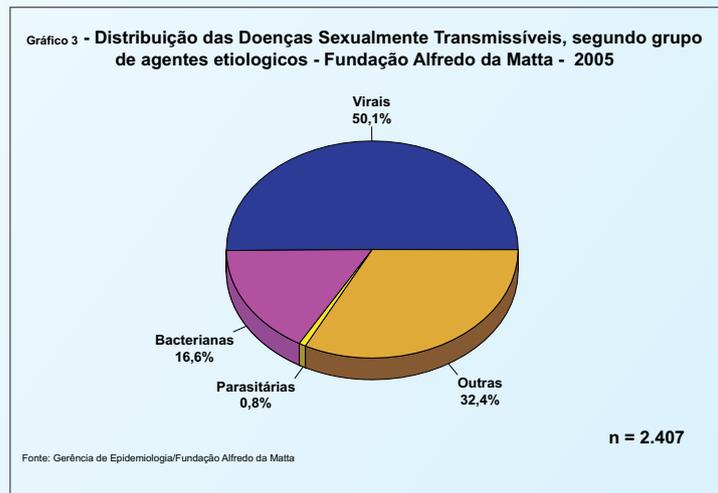
A média da idade entre os casos de DST notificados foi de 24,8 anos (DP= 9,3), e dentre as mulheres notificadas a idade média foi de 22,9 anos (DP=9,0) e para os homens 26,3 anos (DP= 9,4).

Os grupos de idade de maior frequência de notificação foram os tradicionais para as DST, 20 - 24 anos (31,9%); 15 - 19 anos (24,6%) e 25 - 29 anos (17,2%).

Do total de mulheres atendidas **12,4%** foram encaminhadas por serem parceiras de caso com DST e somente **0,05%** dos homens eram contatos encaminhados. (Gráfico 2)



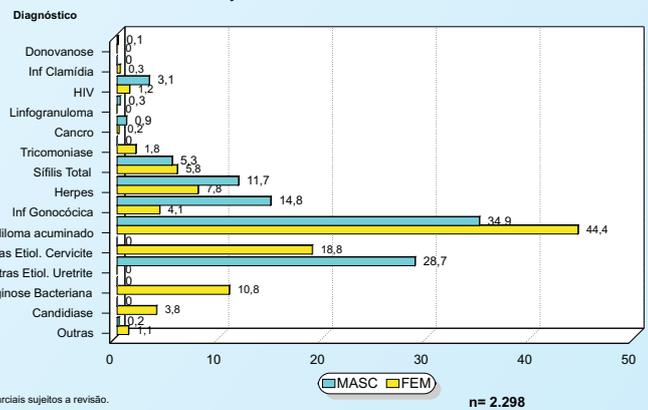
Os casos tiveram diagnósticos etiológicos numa frequência de 16,6% para as DST bacterianas (sífilis, infecção gonocócica, infecção por clamídia, cancro mole, donovanose e linfogranuloma venéreo), 50,1% para DST virais (condiloma acuminado, herpes genital, infecção por HIV) e 0,8% para parasitárias (tricomoniase vaginal) e 32,4% outros (outras uretrites, outras cervicites, vaginose bacteriana, candidíase e outros) (gráfico 3).



Dos diagnósticos por síndromes de DST entre os homens o corrimento uretral foi a mais freqüente (66,4%), seguido de úlceras genital com vesículas (21,1%) e as úlceras genital sem vesículas (12,2%) e entre as mulheres a síndrome do corrimento vaginal (62,2%), corrimento cervical (8,7%), úlcera genital com vesículas (8,7%).

O Gráfico 4 mostra os diagnósticos etiológicos segundo sexo, as maiores frequências entre os homens correspondem a condiloma acuminado (34,2%), infecção gonocócica (14,5%), e herpes genital (11,5%) e entre as mulheres o condiloma acuminado (42,7%), herpes genital (7,3%) e a sífilis total (5,5%).

Distribuição de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis por diagnóstico Fundação Alfredo da Matta - 2005



Em análise de algumas variáveis da conduta sexual que incrementam o risco de adquirir e ou transmitir uma DST evidência que os homens, iniciam as relações sexuais em uma idade mais precoce que as mulheres (14,2 vs 15,8 anos).

Do total dos casos (25,9%) já haviam tomado algum antibiótico ao chegar na consulta, 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.

Mais da metade dos homens (68,1%) e 38,0% das mulheres referiram terem tido parceiros eventuais.

Em relação ao preservativo observou-se que 73,4% dos homens e 78,2% dos parceiros das mulheres nunca usam ou só utilizam as vezes preservativo.

A frequência em relação a orientação sexual de homo e bissexuais entre os homens atendidos no ano foi de 5,9% e entre as mulheres de 1,1%.

SITUAÇÃO DAS DOENÇAS NOTIFICADAS NA FUAM

CASOS DE OUTRAS DERMATOSES NOTIFICADOS NA FUAM - 2005

OUTRAS DERMATOSES	2005												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
ACNE, SEBORRÉIA E AFINS	37	30	72	57	53	38	43	44	27	11	39	36	487
ALOPÉCIA	27	2	1	1	14	20	8	17	13	8	9	5	125
BULOSES	-	1	-	6	-	2	-	-	1	-	1	3	14
DERMATITE ATÓPICA	21	8	11	21	20	17	16	17	16	6	10	20	183
DERMATOSES ALÉRGICAS	122	49	70	113	186	167	90	160	87	35	86	138	1.303
DERMATOSES AUTO-IMUNES	5	1	4	1	6	3	4	3	4	1	8	1	41
DERMATOSES NÃO ESPECIFICADA	14	11	343	46	176	215	263	342	107	76	204	128	1.925
DERMATOSES VIRAIS	30	15	21	41	27	42	22	22	14	1	13	24	272
DERMATOZOONOSES	12	3	6	6	25	25	15	17	13	2	9	14	147
DISCROMIAS	35	11	20	30	32	33	28	26	29	15	19	21	299
DOENÇAS HEREDITÁRIAS	1	-	-	1	1	-	-	4	-	-	1	1	9
DOENÇAS METABÓLICAS	3	-	-	1	3	3	-	5	3	-	4	1	23
LÍQUENS	5	6	7	14	17	14	6	13	10	3	10	5	110
MICOSES SUBCUTÂNEAS E PROFUNDAS	-	2	-	1	-	1	-	3	-	-	-	-	7
MICOSES SUPERFICIAIS	38	10	9	14	24	35	21	27	21	8	8	16	231
NEVO	7	1	-	2	7	9	10	8	10	2	6	14	76
OUTRAS DERMATOSES INF. E NÃO INF.	29	12	14	303	77	52	15	20	12	4	7	20	565
PIODERMITES	11	8	3	4	16	22	11	17	11	2	17	17	139
PITIRÍASE RÓSEA	9	2	3	3	9	9	2	3	5	1	2	2	50
PSORÍASE	31	8	11	8	18	22	12	9	5	3	5	8	140
TB CUTÂNEA E MICOBACT.	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2
TUMORES BENÍGNOS	29	14	16	12	19	21	27	16	20	4	14	18	210
TUMORES MALÍGNOS/CÂNCER DE PELE	23	19	27	26	25	18	30	37	25	9	18	27	284
TOTAL	2.442	180	595	673	711	731	566	757	388	178	458	474	6.642

CASOS DE DST NOTIFICADOS NA FUAM - 2005

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	2005												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
CANCRO MOLE	2	4	6	5	1	1	-	1	-	-	2	1	23
CANDIDÍASE	8	6	5	6	7	6	4	7	2	2	2	5	60
CONDILOMA ACUMINADO	56	79	86	69	100	101	87	99	41	26	67	74	885
DONOVANOSE	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
HERPES GENITAL	19	21	42	18	31	22	20	31	13	12	23	15	267
HIV	6	3	2	8	4	3	4	4	4	2	9	6	55
INFECÇÃO GONOCÓCICA	13	21	24	12	19	28	18	28	15	13	18	26	235
INFECÇÃO POR CLAMÍDIA	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	3
LINFOGRANULOMA VENÉREO	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-	1	-	5
OUTRAS ETIOL. CERVICITE	15	26	38	12	18	31	15	19	12	8	13	11	218
OUTRAS ETIOL. URETRITE	12	32	39	49	34	41	19	44	22	12	29	35	368
OUTROS	1	2	-	2	1	-	-	2	3	-	-	-	11
SÍFILIS INDETERMINADA	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
SÍFILIS LATENTE	6	9	11	10	14	8	7	12	9	4	14	2	106
SÍFILIS PRIMÁRIA	1	-	1	1	1	3	-	-	1	1	1	1	11
SÍFILIS SECUNDÁRIA	-	-	1	3	-	4	2	1	-	-	2	2	15
TRICOMONÍASE	1	1	-	3	2	2	5	3	-	-	1	1	19
VAGINOSE BACTERIANA	11	9	5	11	11	14	11	13	10	5	11	13	124
TOTAL	151	213	260	211	244	268	193	264	132	86	193	192	2.407

CASOS DE LTA NOTIFICADOS NA FUAM - 2005

SEXO	2005												TOTAL
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	
MASC.	3	10	14	11	7	1	3	2	1	5	15	11	83
FEM.	4	4	7	3	1	-	-	-	-	-	5	8	32
TOTAL	-	22	21	14	8	1	3	2	1	5	20	19	115

Recomendações sanitárias em situações de epidemia remontam aos tempos de Maomé, quando as pessoas eram aconselhadas a não se locomover para onde a epidemia estivesse e aquelas que lá estavam não deveriam sair. Entretanto, a coleta e o acompanhamento sistemático de dados vitais orientados para o controle de doenças e proteção da saúde são procedimentos que remontam ao séc. XVII. Da tábuca de John Graunt (1620-1674) à polícia médica de Johann Peter Frank (1748-1821) passando pela aritmética política de William Farr (1807- 1883). No final do séc. XIX, com a necessidade do controle das pestes, são implementados serviços de saúde pública em muitos países, inclusive no Brasil.

Na primeira metade do séc. XX chega-se, à consolidação de um sistema de coleta, análise e divulgação de estatística vitais. Em 1965, Karel Raska adjetiva a Vigilância como Epidemiológica e a conceitua como "o estudo epidemiológicos de uma enfermidade como processo dinâmico que compreende a ecologia do agente infeccioso, do hospedeiro, reservatório, vetores, e do meio-ambiente, assim como do mecanismo complexo que intervêm na propagação da infecção e a medida que esta se propaga" A partir deste fato a Organização Mundial da Saúde cria uma Unidade de Vigilância Epidemiológica na Divisão de Doenças Transmissíveis.

A expressão Vigilância epidemiológica passou a ser aplicada ao controle das doenças transmissíveis na década de 1950, para designar uma série de atividades subsequentes à etapa de ataque da Campanha de Erradicação da Málaria. Originalmente, essa expressão significava "a observação sistemática e ativa de casos suspeitos ou confirmados das doenças transmissíveis e de seus contatos". Tratava-se, portanto, da vigilância de pessoas, com base em medidas de isolamento ou de quarentena, aplicadas individualmente, e não de forma coletiva.

Na metade da década de 60 consolidou-se, internacionalmente, uma conceituacão mais abrangente de vigilância epidemiológica, e que foi adotado no Brasil, em que eram explicitados seus propósitos, funções, atividades, sistemas e modalidades operacionais. Ficando, então, definida como " o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem com detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças" (Lei 8.080 SUS/90)

No Brasil, a Campanha de Erradicação da Varíola CEV (1966-73) é reconhecida como o marco da institucionalização das ações de vigilância epidemiológica no país.

O objetivo geral da vigilância epidemiológica é gerar a informação pertinente e promover o seu uso com o propósito de tomar medidas para melhorar a saúde da população.

No intuito de alcançar os seus objetivos, o sistema de vigilância epidemiológica é planejado e mantido com determinadas características, para que possa realizar as funções que lhe são próprias como: coleta, processamento dos dados coletados, análise e interpretação dos dados processados, recomendação ou aplicação de medidas de controle, promoção das ações de controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação das informações para conhecimento dos profissionais de saúde e do público em geral.

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de informação que sirvam para subsidiar o desencadeamento de ações... informações para a ação. A qualidade da informação, por sua vez, depende da adequada coleta de dados, que são gerados no local onde ocorre o evento sanitário. Este princípio deve reger as relações entre os responsáveis pela vigilância e as diversas fontes que podem ser utilizadas para fornecimento de dados. A principal é a notificação compulsória que é a base do sistema de vigilância. Trata-se de uma comunicação oficial da ocorrência de um agravo à saúde, feita à autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes. A partir da qual, na maioria das vezes, se desencadeia o processo informação-decisão-ação.

A listagem das doenças de notificação nacional é estabelecida pelo Ministério da Saúde entre as consideradas de maior relevância sanitária para o país.

Lista de Doenças de Notificação Compulsória (Portaria n.º 5 MS-SVS, fevereiro de 2006)

- | | |
|--|---|
| I. Botulismo | XXI. Leishmaniose Tegumentar Americana |
| II. Carbúnculo ou Antraz | XXII. Leishmaniose Visceral |
| III. Cólera | XXIII. Leptospirose |
| IV. Coqueluche | XXIV. Málaria |
| V. Dengue | XXV. Meningite por Haemophilus influenzae |
| VI. Difteria | XXVI. Peste |
| VII. Doença de Creutzfeldt Jacob | XXVII. Poliomielite |
| VIII. Doença de chagas (casos agudos) | XXVIII. Paralisia Flácida Aguda |
| IX. Doença Meningocócica e outras Meningites | XXIX. Raiva Humana |
| X. Esquitossomose (em área não endêmica) | XXX. Rubéola |
| XI. Evento Adversos Pós-Vacinação | XXXI. Síndrome da Rubéola Congênita |
| XII. Febre Amarela | XXXII. Sarampo |
| XIII. Febre do Nilo Ocidental | XXXIII. Sífilis Congênita |
| XIV. Febre Maculosa | XXXIV. Sífilis em gestante |
| XV. Febre Tifóide | XXXV. Síndrome Imunodeficiência Adquirida-AIDS |
| XVI. Hanseníase | XXXVI. Síndrome Febril Íctero-hemorrágica Aguda |
| XVII. Hantavirose | XXXVII. Síndrome Respiratória Aguda Grave |
| XVIII. Hepatites Virais | XXXVIII. Tétano |
| XIX. Infecção pelo vírus da imunodeficiência Humana HIV em gestante e crianças | XXXIX. Tularemia |
| Expostas ao risco de transmissão vertical | XL. Tuberculose |
| | XLI. Varíola |

Fonte: MEDRONHO, A. R. et al. Epidemiologia. ed. Atheneu. São Paulo-SP, 2003.

PEREIRA, G. M. Epidemiologia teoria e prática. 5º ed. Guanabara Koogan. 2001