

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE CASOS CONFIRMADOS DE LEISHMANIOSES EM HUMANOS NA CIDADE DE AREIA-PB ENTRE 2010 e 2011

MARIA DO SOCORRO ROCHA MELO PEIXOTO^{1, 2}

JOSÉ ANTONIO BELARMINO DE SOUZA²

VALESKA SILVA LUCENA²

ALUÍSIO DE MOURA FERREIRA²

DANIELE IDALINO JANEIRO^{2, 3}

Universidade Estadual da Paraíba¹

Faculdade Maurício de Nassau²

Universidade Federal da Paraíba³

²Socorrorocha.1@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose é uma parasitose causada pelo protozoário do gênero *Leishmania*, sendo transmitido através de insetos flebotomíneos fêmeas (já infectados) no momento de sua alimentação por meio do repasto sanguíneo, sendo considerada uma típica zoonose (SPYRIDES et al., 2010).

A doença é classificada clinicamente no continente Americano em Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e Leishmaniose Visceral Americana (LVA) (COELHO, 2010). O Brasil representa cerca de 90% dos casos de Leishmanioses na América Latina, e segundo Souza (2010) a doença se expande principalmente pelas periferias do país, sendo caracteristicamente endêmica em populações de nível social pobre, em condições de moradia precária, incluindo-a desse modo no círculo das doenças negligenciadas.

O Ministério da Saúde, entre 2001 e 2010 pontuou 35 mil casos de LVA no Brasil, deste total, 55,1% são representados pela região Nordeste. Inserida neste amplo e problemático espectro o qual a saúde pública se encontra, a cidade paraibana Areia, com estimativa de 23.391 habitantes é uma área considerada endêmica e apresenta todos os fatores favoráveis ao surgimento e disseminação da doença, tais como clima, fauna flebotomínica, características geográficas, perfil de vegetação e a tríade da cadeia de transmissão.

Considerando o potencial endêmico de Areia-PB para Leishmanioses, o objetivo deste estudo baseou-se no levantamento dos casos confirmados de Leishmaniose na cidade de Areia-PB entre os anos de 2010 e 2011, para aplicação de questionário qualitativo, com a finalidade de proceder a investigação epidemiológica.

METODOLOGIA

Os casos confirmados foram coletados, através do banco de informações do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e de prontuários e cadernos de notificações cedidos pela secretaria de saúde da cidade em estudo. Inicialmente o projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), com o CAE: 09859112.0.0000.5187.

Após identificação dos 13 portadores de Leishmaniose, os mesmos foram visitados e assinaram o TCLE. Em seguida foi aplicado um questionário qualitativo para averiguação das informações sócias demográficas e epidemiológicas aos quais estavam submetidos à população em estudo, como as condições sociais de moradia, qualidade de vida dos pacientes, perfil ambiental, geográfico, faixa etária e eficácia de tratamento administrados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados após avaliação dos prontuários e livros de notificações, cedidos pela secretária de saúde do município de Areia-PB durante o período de 2010 a 2011 para identificação dos casos positivos de leishmaniose estão representados na Figura 1.

Foram notificados 13 (treze) casos de LTA apenas para a forma cutânea da doença, durante o período analisado, sendo o ano de 2010 o período de maior notificação com uma

representatividade de 10 (dez) casos positivos, e 2011 com 3 (casos confirmados) da patologia.

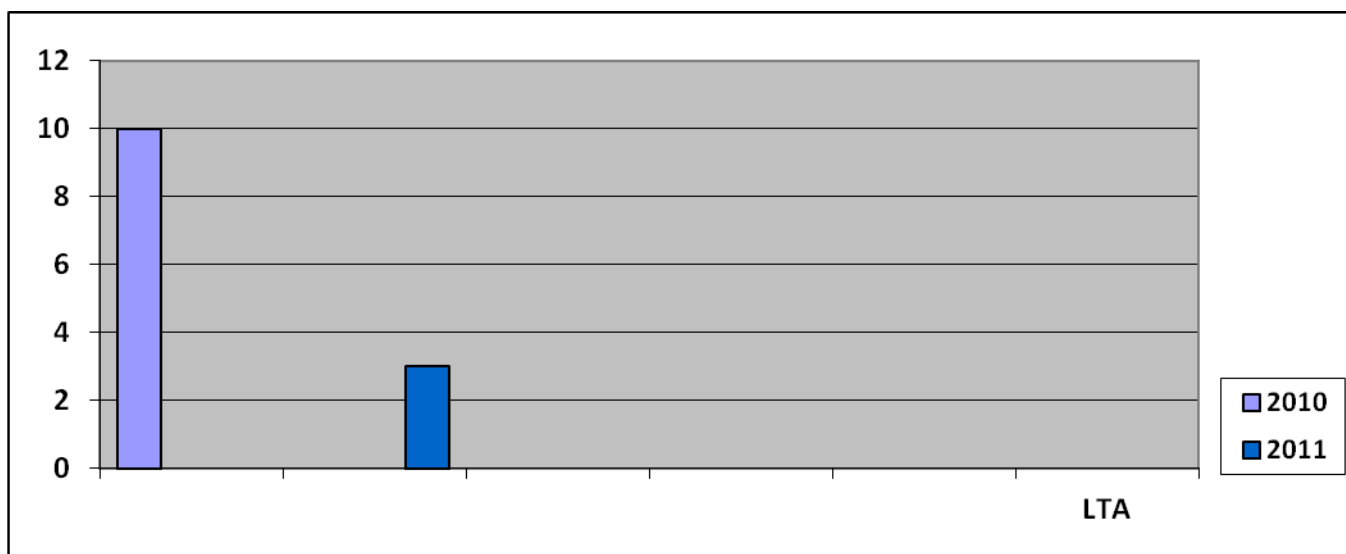


Figura 1. Número de casos (eixo Y) de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) notificados no período de 2010 a 2011 na cidade de Areia, PB.

Observa-se um gradual decaimento dos casos de leishmanioses em torno de 53,84%, no respectivo intervalo entre 2010 e 2011, isto sendo indicativo de ações de controle da doença na comunidade ou uma bem provável característica sazonal da patologia.

Segundo Miranda et al (1996) e Camargo et al (2002) a distribuição do flebotomíneos é bastante influenciada por declividade climática, fonte de alimento, vegetação secundária entre diversos outros fatores; já que não há relatos nem vestígios de programas profiláticos no universo estudado. Segundo os dados apresentados no portal do DATASUS há contínua elevação e redução alternada de casos em períodos anuais anteriores.

Os resultados obtidos após aplicação dos questionários contendo as informações sócias demográficas e epidemiológicas foram representados nas Figuras de 2 a 6.

Na Figura 2, os 13 portadores de Leishmaniose estavam distribuídos em uma proporção de 53,84% para a área urbana e 46,15% para a rural.

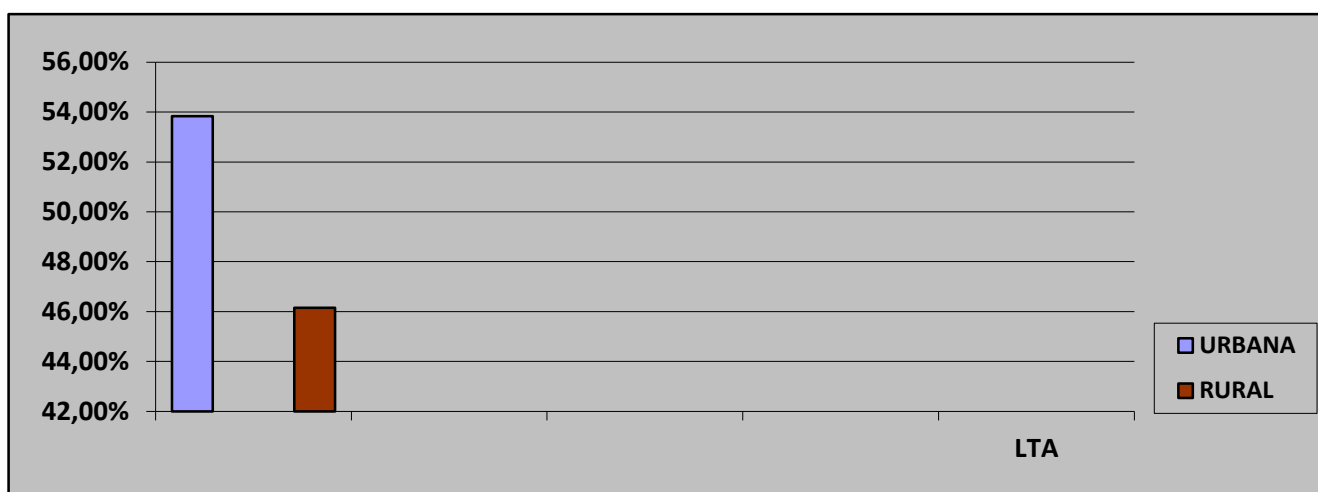


Figura 2. Distribuição por zonas da leishmaniose no município de Areia, PB no período de 2010 a 2011.

No espaço de tempo estudado, a área urbana teve uma representatividade bem destacável com número de notificações bem maior do que a rural, sugerindo um crescimento desordenado do perímetro urbano, com instalações de moradias irregulares com aglomerados urbanos, acentuando o crescimento de regiões periurbanas, ocupando áreas desmatadas de vegetações antes silvestres.

Fica evidente o acentuado alcance de casos da patologia na área urbana e a relação de interface entre sociedade e espaço de uma das formas das leishmanioses (cutânea) com a situação pobre das comunidades acometidas.

Uma considerável amostra de domicílios visitados que se encontrava em estado de moradia duvidoso e todos próximos ou inseridos na mata, com áreas de extenso desmatamento em virtude de ação antrópica para ocupação humana estão representados na Figura 3, onde 8 (61,53%) moravam em casas com reboco, 12 (92,30%) as casas estavam inseridas em áreas desmatadas e todas possuíam a presença de cães domésticos, criados soltos.

Variáveis	N °	%
Casas com reboco	08	61,54
Casas sem reboco	05	38,46
Inseridas em área desmatada	12	92,30
Aglomerados humanos	08	61,53
Presença de cães domésticos	13	100,00

Figura 3. Perfil sócio- espacial das comunidades acometidas pela leishmaniose de 2010 a 2011, obtidas dos 13 casos notificados.

O perfil resultante sugere ser uma das grandes causas para proliferação do vetor e transmissão da doença no espaço domiciliar ou peridomiciliar. As comunidades com registros da doença apresentaram um considerável aglomerado de pessoas somado à existência de cães domésticos (alguns com lesões clínicas suspeitas para leishmaniose) e uma precária condição de saneamento básico.

Segundo Ximenes et al (2007) e Costa (2005) esses fatores possibilitam a adaptação do inseto transmissor ao ambiente urbano, buscando fontes de alimento diversas, inclusive o homem; aumentando a urbanização da doença. A notável relação dos casos registrados com a situação precária de vida e a deficiência do saneamento nas comunidades atingidas são claramente constatadas, esse resultado é concordante com os achados de Vanzeli (2007) que em estudo semelhante encontrou uma distribuição maior de casos da doença, em comunidades com moradia pequenas, precárias e ilegais; em áreas desmatadas e com serviços sanitários escassos.

Na Figura 4 estão distribuídos os portadores de leishmaniose identificados através das planilhas por faixa etária, onde os mais atingidos foram os indivíduos com idade entre 09 (nove) a 88 (oitenta e oito) anos, com características clínicas variadas e um número maior de casos entre homens do que entre mulheres. A população entrevistada possui um grau de instrução escolar baixo com 6 (46,15%) de analfabetos.

Variáveis	Grau de escolaridade	
	N°	%
F. Completo	03	23,07
F. Incompleto	04	30,76
Analfabeto	06	46,15
Sexo		
	N°	%
Masculino	09	69,23
Feminino	04	30,76
Faixa etária		
	N°	%
09 -25	05	38,46
47-67	05	38,46
82-88	03	23,07

Figura 4. Distribuição dos 13 casos registrados pacientes com leishmaniose por faixa etária, sexo e grau de escolaridade.

Ainda em relação à Figura 4, uma quantidade maior de casos entre pacientes do sexo masculino do que o feminino pode refletir uma relação com o tipo de atividade laboral, tornando o corpo mais exposto ao contato com o vetor da doença, como o trabalho no campo. O baixo grau de instrução escolar responde a decadência de educação da comunidade atingida que respondeu não obter conhecimentos sobre os aspectos da doença, como sua relação com o meio ambiente e mecanismos de infecção. Corroborando o acentuado crescimento do número de casos, retardando deste modo o diagnóstico e seu o tratamento.

Observando a Figura 5, a situação pobre das comunidades acometidas impõe a condição de ser a parcela da população que representa o maior número de notificações da doença. Segundo Rodrigues (2012) o problema de leishmaniose entre a população continua de certa forma, negligenciado, se apresentando quase que exclusivamente em comunidades pobres, com nível deficiente de saneamento básico e situação econômica. Ficando registrada a relação existente entre os casos com a situação precária de vida do universo amostral estudado.

De acordo com o questionário aplicado, o perfil sanitário das comunidades estudadas mostra-se de certo modo, insuficiente não satisfazendo a necessidade à demanda populacional, como demonstra a Figura 5.

Variáveis		Esgoto Sanitário	
	N°	%	
Serviço Público	07	53,84	
A céu aberto	04	30,76	
Outros	02	15,38	
Variáveis		Destino do lixo	
	N°	%	
Serviço Público	07	53,84	
Outros	06	46,15	
Variáveis		Abastecimento de água	
	N°	%	
Rede Pública	07	53,84	
Outros	06	46,15	

Figura 5. Perfil do serviço de saneamento básico das comunidades estudadas, extraídos dos 13 casos obtidos.

Entre 2010 e 2011 foram notificados 13 (treze) casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) apenas para a forma cutânea da doença, acometendo membros inferiores e superiores isoladamente, dos quais 2 (15,38) culminaram em óbitos como mostra a Figura 6.

Dados Clínicos	N°	%
MMII	09	69,23
MMSS	04	30,76
Óbitos	02	15,38
Úlceras cutâneas	13	100

Figura 6. Manifestação e consequências clínicas da LTA na população analisada.

MMII: Membros inferiores MMSS: membros superiores

Diante dos resultados apresentados na Figura 6, verifica-se a ocorrência de dois óbitos em pacientes idosos e residentes na periferia da cidade. No que se refere aos óbitos, segundo familiares responsáveis (pois não se teve acesso aos laudos de morte), a causa de tal acontecimento foi em decorrência da fragilidade fisiológica, infecções secundárias, intolerância à terapia, imposta pelo organismo; fadigando o paciente ao ponto de abandonar o tratamento,

tornando-os susceptíveis às complicações. Albuquerque (2010) afirma que a doença, mesmo com seus mecanismos patológicos e controle terapêutico elucidado, ainda pode acarretar óbitos e reincidências, caso haja comprometimento da defesa imunológica do doente e retardo ou irresponsabilidade no diagnóstico e terapia da doença, estando estes a parte dos profissionais de saúde e pacientes.

Os dados apresentados pelos portadores dessa enfermidade (Figura 6) são concordantes com a literatura vigente (RODRIGUES, 2012; WERNECK et al. 2011), pois os fármacos utilizados na terapia da LTA tem poder considerável de toxicidade e reações adversas, podendo estes também terem contribuído para ocorrência desse fato.

Segundo Ximenes et al (2007) e Costa (2005) mesmo esse tipo de consequência, ser parte dos efeitos adversos da terapia ou má conduta do paciente frente ao esquema terapêutico, há a necessidade de outras pesquisas que abordem com detalhes essa temática a região encontra-se no ranque das mais afetadas.

CONCLUSÃO

Os resultados alcançados após aplicação dos questionários aos 13 portadores de leishmaniose (LTA) notificados no município de Areia, PB permitem concluir que é de extrema necessidade a elaboração de políticas públicas de saúde e educação, que estabeleçam meios profiláticos (primordialmente a informação) e curativos que possam visar à melhoria da qualidade de vida do contingente pobre, que representa grande fração da sociedade, ameaçada e atingida pelas consequências do desequilíbrio social e econômico do meio.

REFÊRENCIAS

- ALBUQUERQUE, A. C. L et al. Estudo da prevalência de Leishmaniose Tegumentar Americana com repercussão na cavidade bucal no município de Alagoa Grande (PB). **Revista de ciências médicas e biológicas**. 2010,(p. 108-112).
- CAMARGO NEVES V.L.F et al. Correlação da presença de espécie de flebotomíneo (Diptera: Psychodidae) com registros de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no estado de São Paulo, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2002 (p.299-304).
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS.
- COELHO, L. I. A. R C. **Caracterização de leishmania spp.** Em amostras isoladas de pacientes portadores de leishmaniose tegumentar americana em área endêmica da região norte, Brasil:Leishmanioses: aspectos gerais. Recife, 2010.
- COSTA J.M.L. Epidemiologia das Leishmanioses no Brasil, **Gazeta Médica da Bahia**. 2005, (p. 3-17).
- MIRANDA, C et al. Análise da ocorrência de Leishmaniose Tegumentar Americana através de imagem obtida por sensoriamento remoto orbital em localidade urbana da região sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**.1996 (p.433-437).
- RODRIGUES, Y. K. S.. 2012. **Isolamento e caracterização fenotípica e molecular de parasitos *Leishmania sp.* de pacientes com Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) atendidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba**. Dissertação (Departamento de Biologia Molecular, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB, 2012).
- SOUZA W. **Doenças Negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. Disponível em:<<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>>Acesso em: 30 de março de 2012
- SPYRIDES; M. H. C et al. **A Leishmaniose Visceral no Nordeste: uma análise epidemiológica**. Disponível em:<<http://sic2011.com/sic/arq/82043719565528204371956.pdf>> Acesso em: 12 de abril de 2012.
- VANZELI, A. C et al. Estudos de Fatores Socioambientais Associados à Ocorrência de LTA no município de Ubatuba, SP, Brasil. **Revista Panamericana de Infectologia**, 2007, (p.20-25)
- XIMENES, M F. F. M et al. Flebotomíneos (Diptera: Psychodidae) e Leishmanioses no Rio Grande do Norte, Nordeste. **Neotropical Entomology**, 2007. (p.128-137).

WERNECK, G.L et al. Panorama dos estudos sobre nutrição e doenças negligenciadas no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. 2011, (39- 62).

MARIA DO SOCORRO ROCHA MELO PEIXOTO

Endereço: Manoel Elias de Araújo, 453

Bairro: Jardim Tavares - Campina Grande-PB - CEP: 58402022