

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

MÁRCIA MARIA MOREIRA SARAIVA RIBEIRO

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO MUNICÍPIO DE
EXU – PE.

RECIFE
2011

MÁRCIA MARIA MOREIRA SARAIVA RIBEIRO

**LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO MUNICÍPIO DE
EXU – PE.**

**Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde – Turma Triunfo - do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção
do título de especialista.**

Orientador: Prof. José Ferreira Marinho Júnior

RECIFE

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R4841 RIBEIRO, Márcia Maria Moreira Saraiva.

Leishmaniose Tegumentar Americana no Município de Exu - PE. / Márcia Maria Moreira Saraiva Ribeiro. Recife, 2011.

31 p.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientador: José Ferreira Marinho Júnior.

1. Leishmaniose Tegumentar. 2. Epidemiologia. 3. Identificação. 4. Prevenção. 5. Tratamento e Controle. I. Marinho-Júnior, José Ferreira. II. Título.

CDU 614.39

MÁRCIA MARIA MOREIRA SARAIVA RIBEIRO

**LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO MUNICÍPIO DE
EXU – PE.**

**Monografia apresentada ao Curso de
Especialização em Gestão de Sistemas e
Serviços de Saúde – Turma Triunfo - do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção
do título de especialista.**

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

**Prof. José Ferreira Marinho Júnior
CPqAM/ Fiocruz/PE**

**Prof^a Aletheia Soares Sampaio
CPqAM/ Fiocruz/PE**

AGRADECIMENTOS

Agradeço de modo geral e em especial aos professores, que se dispusera a transmitir conhecimentos valiosos para que eu pudesse aperfeiçoar e conseqüentemente contribuir com a saúde de um modo geral.

Aos nossos colegas pelo relacionamento indispensável na realização deste curso.

A FUNASA, pelas informações prestadas.

Agradeço ao professor Wallacy e o orientador José Ferreira Marinho Júnior, pela atenção que me foi dada no decorrer do trabalho, bem como professor e orientador para que meu objetivo fosse alcançado, a Dr. Zé Adegá, Côca Pinto, Fafa Ulisses, Secretaria Municipal de Saúde, aos pacientes os quais me foram imensamente úteis e amáveis, enfim, a todos que me ajudaram sem os quais o meu trabalho não teria êxito.

RIBEIRO, Márcia Maria Moreira Saraiva. **Leishmaniose Tegumentar Americana no Município de Exu-PE**. 2011. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde – Turma Triunfo) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

As Leishmanioses são doenças que ocorrem quando parasitos (protozoários do gênero *Leishmania*) são introduzidos na pele das pessoas pela picada de um inseto, provocando feridas (Leishmaniose tegumentar) conhecidas como “feridas bravas” ou ulcera de Baurú” ou infecção de órgãos como baço e fígado (leishmaniose visceral), ambas de difícil tratamento. A Leishmaniose Tegumentar (LT) é uma doença infecto-parasitária de relevada importância para a saúde pública, com incidência importante no continente americano, onde denomina-se Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) destacando-se na América do Sul, com casos na Argentina, Peru e em especial no Brasil, estando presente, neste último, em todas as regiões, com concentração de casos no Norte e Nordeste. Em Pernambuco, os casos de LTA predominam na Zona da Mata (60% do total), no entanto há registro de casos nas demais regiões do estado. No município de Exu, localizado no Sertão pernambucano, foram detectados casos de LTA em 2010. Este estudo objetivou identificar a prevalência da LTA no município, bem como as áreas de transmissão, através de visita nas localidades com evidências de casos e, coleta de dados de casos de LTA na unidade da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, na cidade do Crato-CE. Foram detectados 64 casos da doença no município de Exu, sendo 49 na zona rural e 15 na zona urbana. O Sítio Serra das Mangueiras apresentou elevada concentração de casos (22), com acometimento de 31,43% (22/70) de casos de LTA na população.

Palavras chaves: Leishmaniose Tegumentar, epidemiologia, identificação, prevenção, tratamento e controle.

RIBEIRO, Marcia Moreira Maria Saraiva. **Cutaneous Leishmaniasis in the city of Exu-PE.** 2011. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services - Triumph Class) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz, Recife, 2011

ABSTRACT

The Leishmaniasis are diseases that occur when parasites (protozoa of the genus *Leishmania*) are introduced into the skin of the people by the bite of an insect, causing wounds (cutaneous leishmaniasis) known as "angry sores" or ulceration of Baurú "or infection of organs such as spleen and liver (visceral leishmaniasis), both difficult to treat. The Cutaneous Leishmaniasis (LT) is a parasitic infectious disease of increasing importance for public health, with significant impact on the American continent, where it is called Cutaneous Leishmaniasis (ACL) standing out in South America, with cases in Argentina Peru and Brazil in particular, being present in the latter, in all regions, with a concentration of cases in the North and Northeast. In Pernambuco, cases of LTA predominate in the Zona da Mata (60% of total), however no record of cases in other regions of the state. In the city of Exu, located in the backlands of Pernambuco, cases were detected LTA in 2010. This study aimed to identify the prevalence of leishmaniasis in the municipality, as well as areas of transmission, through visiting the localities with anecdotal evidence and data collection in cases of LTA unit of the National Health Foundation - FUNASA in the city of Crato -EC. We detected 64 cases of the disease in the city of Exu, 49 in rural and 15 in urban areas. The site of Serra Hoses showed high concentration of cases (22), with involvement of 31.43% (22/70) of cases of ACL in the population.

Keywords: leishmaniasis, epidemiology, identification, prevention, treatment and control.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1-	Município de Exu-Focos Endêmicos	28
Figura 2 -	Residência próxima a mata	29
Figura 3-	Casa de pau-a-pique.....	29
Figura 4-	Água parada – local de foco	30
Figura 5-	Galinheiro – local de foco	30
Gráfico 1-	Comparativo do percentual de incidência humana – Exu-PE 2010	20
Gráfico 2-	Demonstrativo de Incidência de Leishmaniose urbana e rural em Exu-PE 2010	21
Gráfico 3-	Comparativo do percentual de incidência humano – Sítio Mangueira Exu-PE – 2010	21
Gráfico 4-	Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana - Exu-PE-2010	22
Gráfico 5-	Demonstrativo bimestral de incidência zona urbana x zona rural. Exu-PE 2010	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária Exu-PE - 2010	19
--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Aspectos gerais das leishmanioses	11
1.2	Aspectos epidemiológicos da LTA	13
1.3	Diagnóstico da LTA	13
1.4	Tratamento	14
1.5	Medidas de Controle	14
2	JUSTIFICATIVA	15
3	OBJETIVOS	16
3.1	Objetivo Geral	16
3.2	Objetivos Específicos	16
4	MATERIAIS E MÉTODOS	17
4.1	Área de estudo	17
4.2	Identificação de casos de LTA	18
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
6	CONCLUSÕES	24
	REFERÊNCIAS	25
	ANEXOS	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais das leishmanioses

As leishmanioses tem apresentado nos últimos anos um processo de expansão em todas regiões do Brasil, tanto em áreas notoriamente endêmicas, como incidência em novas áreas, inclusive com focos periurbanos em grandes cidades do país, como Manaus, São Luis, Teresina, Natal e Belo Horizonte, constituindo novos problemas epidemiológicos (GRIMALDI JR; TESH, 1993; BRANDÃO-FILHO; SHAW, 1994). Neste contexto, a leishmaniose tegumentar americana (LTA) apresenta heterogeneidade etiológica, clínica, ecológica e epidemiológica, impondo novas questões acerca de seu ciclo de transmissão gerando estratégias de controle específicas para cada região.

Com diferentes padrões de transmissão regionais, da Amazônia ao Sudeste do Brasil, a LTA associada à *Leishmania (Viannia) braziliensis* apresenta em áreas endêmicas de colonização antiga, aspectos diversos em relação à vetores, possíveis reservatórios e perfil ecoepidemiológico na região correspondente à primitiva área da Mata Atlântica, do Nordeste ao Sudeste do país (MARZOCHI, 1992).

Na região nordeste, a LTA apresenta características ecoepidemiológicas diversas, embora também com alguma similaridade intra-regional. Na Bahia, os estudos realizados na localidade Três Braços, região cacauzeira com resquícios de Mata Atlântica primitiva onde *Lu. whitmani* é o vetor incriminado (VEXENAT et al, 1986), não foi caracterizado o padrão de transmissão, embora bem estudada a população, o parasito, os aspectos clínicos e o tratamento específico (JONES et al, 1987; FRANÇA et al, 1991; MARSDEN, 1994). No Ceará, os estudos realizados na região de Baturité apresentam resultados heterogêneos. O vetor incriminado em transmissão florestal é *Lutzomyia wellcomei* (READY; RIBEIRO, 1983), enquanto *Lu. whitmani* e *Lu. migonei* estão associados à transmissão peridomiciliar (AZEVEDO et al, 1990^a; AZEVEDO et al, 1990b).

Em Pernambuco, a LTA apresenta nos últimos cinco anos incidência acentuada em todas as regiões do Estado, em comparação com a notificação registrada no passado. A predominância dos casos ocorre na região da Zona da Mata, com 64,2 % do total registrado. *L. braziliensis* com perfil isoenzimático de variante foi isolada de pacientes com lesões cutâneas localizadas (BRITO et al, 1993).

Diferentes espécies do gênero *Leishmania*, causam a LTA, que constituem uma das doenças infecto-parasitárias de maior importância, declaradas prioritárias pela Organização

Mundial de Saúde no seu programa especial de pesquisa e de formação em doenças tropicais. Com efeito, aproximadamente 350 milhões de pessoas estão ao risco de infecção e o número estimado de pessoas infectadas é de 12 milhões (DESJEUX, 2001).

Na América do Sul, a LTA incide principalmente no Peru e, em especial, no Brasil desde 1885 (Moreira Siqueira) que a denominou lesões cutâneas, estando presente em todas as regiões, com concentração de casos nas regiões Norte e Nordeste. É conhecida popularmente como úlcera de Bauru ou ferida brava.

Na região Nordeste, a LTA ocorre em áreas com vegetação abundante da Mata Atlântica preservada, onde ocorre um ciclo silvestre entre mamíferos e flebotomíneos, como também, em áreas de plantios diversos, que favorecem a colonização dos vetores e hospedeiros reservatórios onde ocorrem ciclos com transmissão peridomiciliar (MARZOCHI, 1992).

O agente etiológico e os insetos vetores da LTA apresentam associação mútua que de acordo com Veronesi (1985) a transmissão ocorre quando fêmeas de insetos da família Phlebotominae, infectadas por *Leishmania braziliensis* (VIANNA, 1911) e por algumas outras espécies e subespécies de *Leishmania*, através do repasto sanguíneo, transmitem o parasito.

Os insetos vetores são hematófagos de vôo curto, hábitos noturnos e crepuscular, conhecido popularmente por cangalhinha, palha ou birigui e que, ao picar o homem ou animal doente infecta-se tornando-se agente transmissor. É causada por várias espécies de protozoários pertencentes ao gênero *Leishmania* spp (VIANNA 1911).

As leishmanias encontradas nos insetos vetores apresentam-se de formas diferentes nos tecidos da derme de alguns animais, como ressalta Amato e Baldy (1978), o parasita apresenta-se sob forma aflagelada (amastigota) nos tecidos parasitados do homem e dos animais receptivos, ou sob forma flagelada (promastigota) no tubo digestivo do inseto transmissor e nas culturas.

1.2 Aspectos epidemiológicos da LTA

Considerada uma doença em expansão no Brasil, a LTA representa importante causa de morbidade para a população residente em áreas endêmicas. *Leishmania (Viannia) braziliensis* é o agente etiológico de maior prevalência, com distribuição geográfica em todas as regiões do país, cujas características eco-epidemiológicas e o modo de transmissão se expressam de acordo com as particularidades de cada região (LAINSON; SHAW, 1998).

A LTA ocorre em todas as faixas etárias, acometendo homens e mulheres. O padrão de transmissão predominante é o peridomiciliar, e verifica-se que vem ocorrendo um processo gradual de domesticação da doença, principalmente em áreas com história de colonização antiga, onde há poucos remanescentes de floresta primária e houve a adaptação dos flebotomíneos vetores ao ambiente peridoméstico e doméstico e provavelmente a presença de hospedeiros reservatórios secundários, o que facilita a transmissão (DESJEUX, 2001).

Em Pernambuco, a LTA apresenta incidência importante, tendo notificado no ano de 2010, um total de 437 casos (SINAN). A LTA incide em todas as regiões do Estado, com predominância na Zona da Mata, que concentra mais de 60% do total de casos notificados (BRANDÃO-FILHO et al., 2003). Segundo dados obtidos do SINAN, no município de Exu, localizado no Sertão pernambucano, desde 2007 não há registro de casos de LTA.

1.3 Diagnóstico da LTA

O diagnóstico da leishmaniose pode ser feito através de manifestações clínicas compatíveis associadas à procedência de uma área endêmica; resposta terapêutica específica; detecção do parasita em material de biópsia, de observação histológica de formas amastigotas ou através de cultura de amostras clínicas para a detecção de promastigotas; detecção do DNA do parasita (particularmente DNA de região conservada do cinetoplasto); imunodiagnóstico, através de detecção de anticorpos específicos, detecção de antígenos parasitários e detecção de imunidade mediada por células (BRITO, 2000).

Dentre os principais métodos de diagnóstico parasitológico da LTA podemos destacar: Pesquisa direta por esfregaço sanguíneo e imprint; a Punção aspirativa; a Biópsia; o Cultivo *in vivo* e, o Cultivo *in vitro*; e, o Método Molecular através da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) que tem-se demonstrado como método altamente específico e sensível. O diagnóstico imunológico constitui outra ferramenta para identificar a infecção por *Leishmania* spp. através do Teste de Montenegro; da Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI); do Teste de Aglutinação Direta (DAT); por Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA); por PCR-ELISA; por Western blotting (W. BLOT); por Citometria de fluxo; e, por, Imunohistoquímica. Como método complementar pode ser diagnosticada por exame Histopatológico. (BRITO, 2009)

1.4 Tratamento

A droga de primeira escolha é o antimonial pentavalente: N-metilglucamina e o stibogluconato de sódio, sendo que este último não é distribuído pelo programa de controle da LTA no Brasil. São indicados para o tratamento de todas as formas de leishmaniose tegumentar, sendo necessário maior cuidado nos casos de leishmaniose mucosa e mucocutânea devido a respostas mais lentas e maior possibilidade de recidivas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que a dose seja calculada em mg/SbV/Kg/dia. Atualmente utiliza-se a seguinte dosagem: casos de lesão cutânea têm tratamento via parenteral, dose de 10 a 20 mg/Kg/dia durante 20 dias seguidos. Em lesões de mucosa a dose recomendada é de 20 mg/Kg/dia por 30 dias seguidos e em até três séries consecutivas de tratamento. Se não houver regressão após três meses do término do tratamento, deve-se repetir o esquema (BRASIL, 2007).

As drogas de segunda escolha, nos casos em que não houve resposta satisfatória ao tratamento com antimoniais pentavalentes, são Anfotericina B (Fungizon ®) por via endovenosa, gota-a-gota, com dose diária de 0,2mg/Kg até 50 mg/Kg, dissolvido em soro glicosado a 5% e com infusão de 3 a 4 horas; Pentamidina em doses de 4mg/Kg/dia via intramuscular de dois em dois dias.

O critério de cura da LTA é clínico e recomenda-se que seja feito o acompanhamento mensal do paciente por 03 meses consecutivos, e após a cura clínica, acompanhar o paciente até completar 12 meses após o término do tratamento (BRASIL, 2007)

1.5 Medidas de Controle

O Manual de Controle da LTA, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), recomenda para um melhor controle desta doença que deve-se buscar o diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos e redução do contato homem-vetor, realizar investigações epidemiológicas; orientação quanto às medidas de proteção individual, como o uso de roupas apropriadas, repelentes, mosquiteiros; controle de reservatórios (masurpiais, roedores, preguiça, tamanduá, cão e equinos) e vetores através do uso de inseticidas em áreas peridomiciliares e domiciliares, além de medidas educativas que atinjam tanto as equipes de saúde quanto a população.

2 JUSTIFICATIVA

O objetivo do presente trabalho é fazer um levantamento geral da prevalência da doença em nosso município, já que durante o ano de 2010 foi descoberto um foco em determinada região. Assim sendo e, tentando levar uma parcela da nossa colaboração como estudante do III curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, preferi enfocar um assunto condizente com a nossa realidade, o que seria também um sinal de alerta às autoridades em saúde pública local, para um estudo conjunto da causas da epidemia, e, assim, a descoberta de um meio eficaz de combate ao agente transmissor e prevenção da doença.

Com o objetivo de se conhecer a prevalência do número de casos ocorridos por Leishmaniose tegumentar, caracterização da população atingida em área de transmissão recente em Exu, procedeu-se um estudo no período de janeiro à dezembro de 2010 no município, visando detectar casos de LTA autóctones do município.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar casos de LTA não notificados de pacientes de Exu-PE caracterizando a população atingida em área de transmissão.

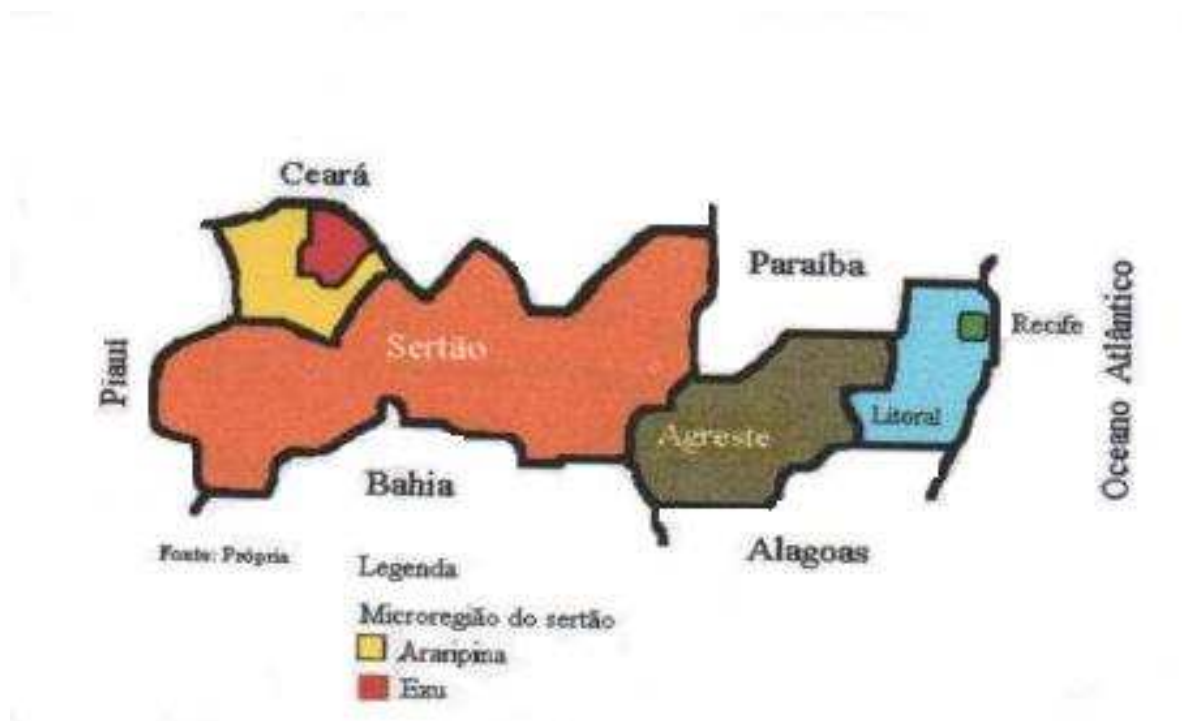
3.2 Objetivos Específicos

- Realizar busca de casos de LTA na localidade de Sítio das Mangueiras, Exu-PE.
- Realizar busca de dados de casos de LTA, na FUNASA-CE, localizada no Crato-CE, de pacientes oriundos de Exu-PE.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Área de estudo

O município de Exu está situado na região fisiográfica do Sertão Pernambucano, ao sopé da Chapada do Araripe, pertencente a micro região de Araripina, com sede localizada a 7° 30' 40" LS e 39° 43' 18" LW, ocupando uma extensão de 1.251Km² com uma população de 31.636 habitantes (CENSO 2010). Sua economia está ligada basicamente à agricultura, destacando-se também a pecuária. No setor agrícola cultiva-se arroz, feijão, milho, mamona, etc. Apenas no período das chuvas de janeiro a junho (mapa 01)

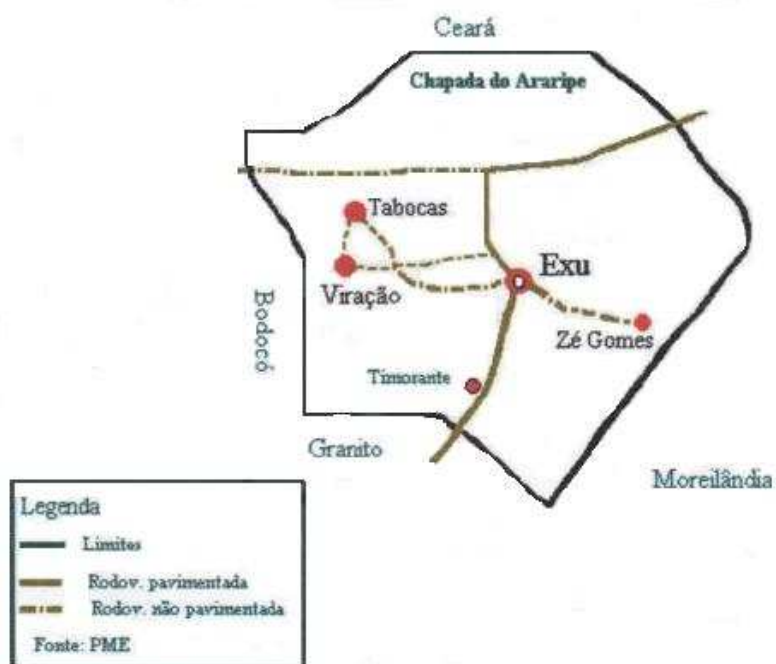


Mapa 01 Estado de Pernambuco – Limites e Regiões
Fonte: Prefeitura Municipal de Exu, 2010

A sede mede 48km², ficando a uma distância de 680 km da capital do estado, Recife. A ela interligando-se pelas Rodovias Federais: BR-122, BR-232 e BR-316. Apresenta altitude de 490m em relação ao nível do mar.

A zona rural conta com 04 distritos: Tabocas, Timorante, Viração e Zé Gomes, além de vários povoados: Araripe, São Bento, Pedro Mateus e outros.

Limita-se ao Norte com o Estado do Ceará, ao Sul com os municípios de Granito e Bodocó, ao Leste com o Município de Moreilândia e a Oeste com o município de Bodocó. (mapa 02)



Mapa 02 Limites do município de Exu
 Fonte: Prefeitura Municipal de Exu, 2010

4.2 Identificação de casos de LTA

Foram realizadas pesquisas de pacientes acometidos por LTA nas localidades com evidências de casos e, realizada busca de casos na unidade da FUNASA-CE, localizada na cidade do Crato-CE, distante 60 km de Exu-PE. Para efeito dessa pesquisa, foram considerados casos de LTA, aqueles em que o paciente apresentou residência no município de Exu-PE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de identificar casos de LTA na Zona rural de Exu, bem como, apontar área de transmissão recente em Exu, procedeu-se ao estudo no período de janeiro à dezembro de 2010 numa população com 31.636, onde foram detectados 64 casos, cujo registros encontram-se na cidade do Crato-CE, que é município que faz fronteira com Exu, no qual ocorrem a maioria das notificações de casos de LTA oriundos do município de Exu-PE. Analisando as fichas de notificação da unidade da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) do Crato-CE, foi constatado que a maioria dos casos de LTA oriundos de Exu-PE surgiu, em grande escala, durante o ano de 2010 em várias localidades da zona rural, atingindo 49 pessoas relacionadas com áreas de floretas e plantações. Na região periurbana foram detectados 15 casos de LTA.

No que se refere a distribuição dos casos de LTA na população, considerando o critério idade, foi verificado que grande parte da população atingida corresponde a pacientes com idade superior a 40 anos (Tabela 1).

Tabela 01 Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana por faixa etária Exu-PE -2010

Faixa etária	De 0 a 7	De 8 a 14	De 15 a 21	De 22 a 40	Acima de 40	Total
2010	06	14	07	09	28	64

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Exu-PE, 2010.

As localidades onde foram detectados casos da doença, caracterizam-se pela proximidade com abrigo de animais (Galinheiros, Currais, Estábulo), proximidade com reservatórios de água (açudes), ocorrendo assim, inúmeros casos acometendo crianças e adultos de ambos os sexos.

Considerando as dificuldades relatadas pela SMS/Exu-PE, em relação à detecção dos casos da LTA, vale ressaltar que nos serviços de saúde municipais de Exu, não há busca ativa dos casos e não ocorre notificação de casos, em virtude, muitas vezes, da incipiência e/ou da ineficiência das equipes de saúde, o que, gera, naturalmente, dificuldades de se estimar dados fidedignos da endemia. Devido a essas dificuldades, muitos dos casos de LTA, oriundos /autócnes de Exu-PE, acabam sendo notificados na unidade da FUSANA na cidade do Crato-CE, cidade vizinha, que fica a 60 km.

O recente processo de urbanização da LTA, tem sido associado, principalmente, as ações antrópicas voltadas ao desmatamento, construção de estradas, ocupação de encostas onde, ocorrem o contato do homem com hospedeiros reservatórios e insetos vetores, que acabam por se adaptar e se estabelecer nesses ambientes modificados.

De acordo com as pesquisas realizadas e dados fornecidos pela FUNASA-CE e FUNASA-PE, foi constatado que a LTA se proliferou com maior ênfase em 2010 na forma cutânea, com identificação de vários casos de pacientes apresentando ulcerações simples. Esses casos são oriundos de várias localidades do município cuja população é de 31.636 habitantes 2010. Foram detectados 64 casos de LTA, atingindo paciente de ambos os sexos, o que corresponde a um percentual de 0,20%; dos quais 15 correspondem a pacientes pertencentes a região periurbana da cidade equivalente a 0,05% e 49 casos na zona rural, correspondente a 0,15%; percebe-se nos hábitats desses pacientes, ambientes estritamente rurais, onde grande parte da população desempenha funções de trabalho diretamente da agricultura (gráfico 01-02).

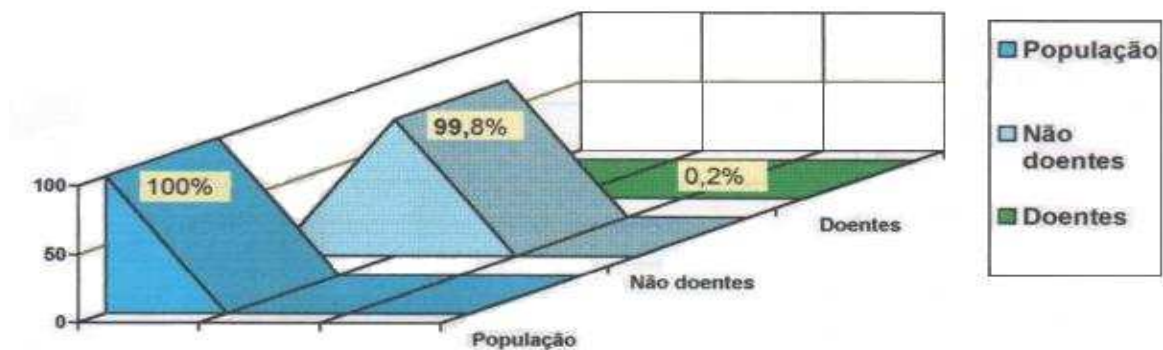


Gráfico 01 Comparativo do percentual de incidência humana – Exu-PE 2010
Fonte: FUNASA, 2010

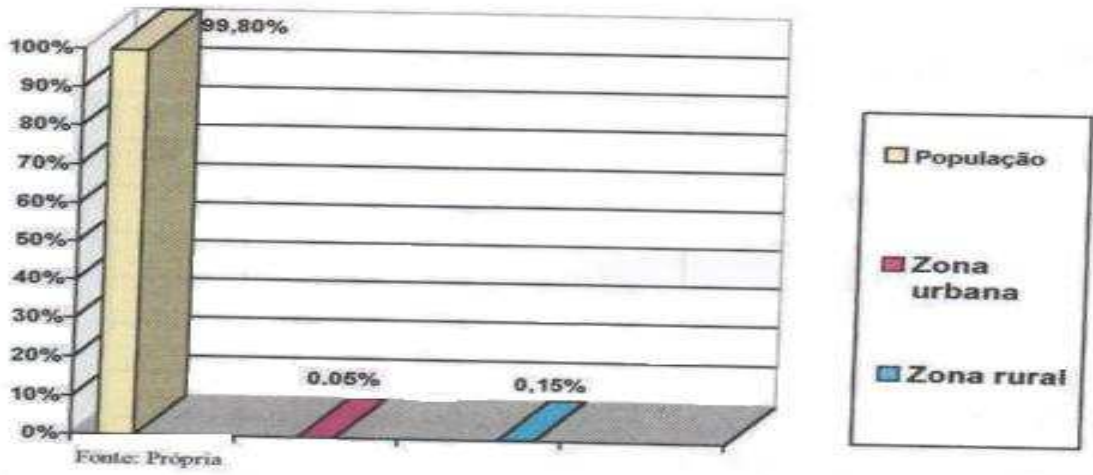


GRÁFICO 02- Demonstrativo de Incidência de Leishmaniose urbana e rural em Exu-PE 2010
 Fonte: FUNASA, 2010

Na localidade sítio Mangueiras e adjacência, cuja população é de aproximadamente 70 habitantes (2010) ocorreram 22 casos entre crianças e adultos de ambos os sexos, de baixa renda, o que corresponde a um percentual de 31,43%, tornando-se área uma epidemia quando comparada com município (gráfico 03).

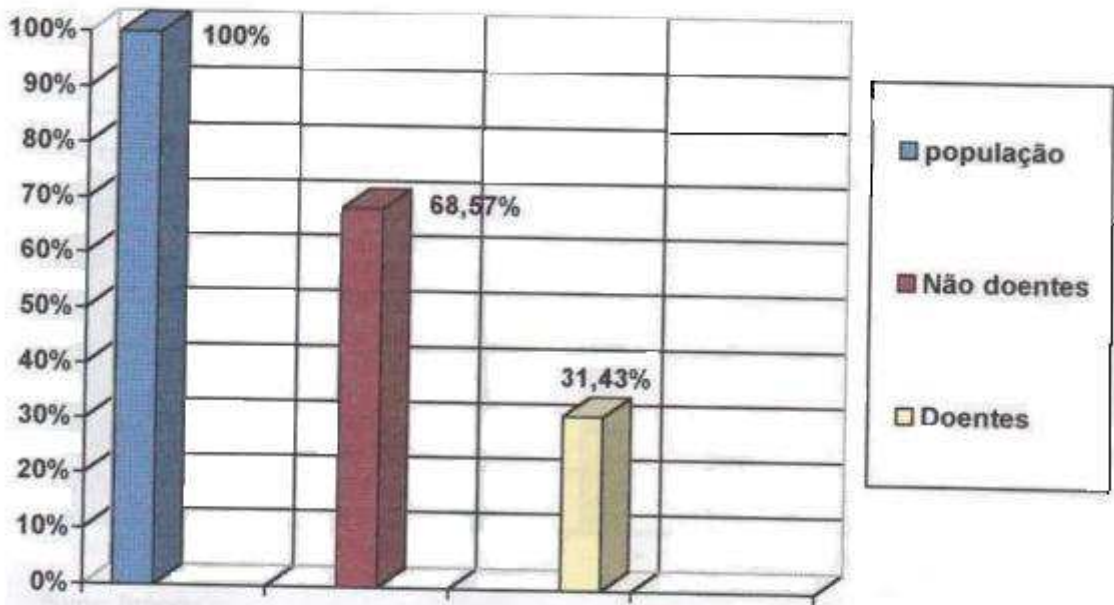


GRÁFICO 03 - Comparativo do percentual de incidência humano – Sítio Mangueira Exu-PE– 2010
 Fonte: Autora, 2010.

Com base na análise dos dados, observamos que a doença se manifestou em todos os meses, de janeiro a dezembro de 2010, com elevado índice no segundo bimestre como consequência da colheita dos produtos agrícolas (gráfico 04).

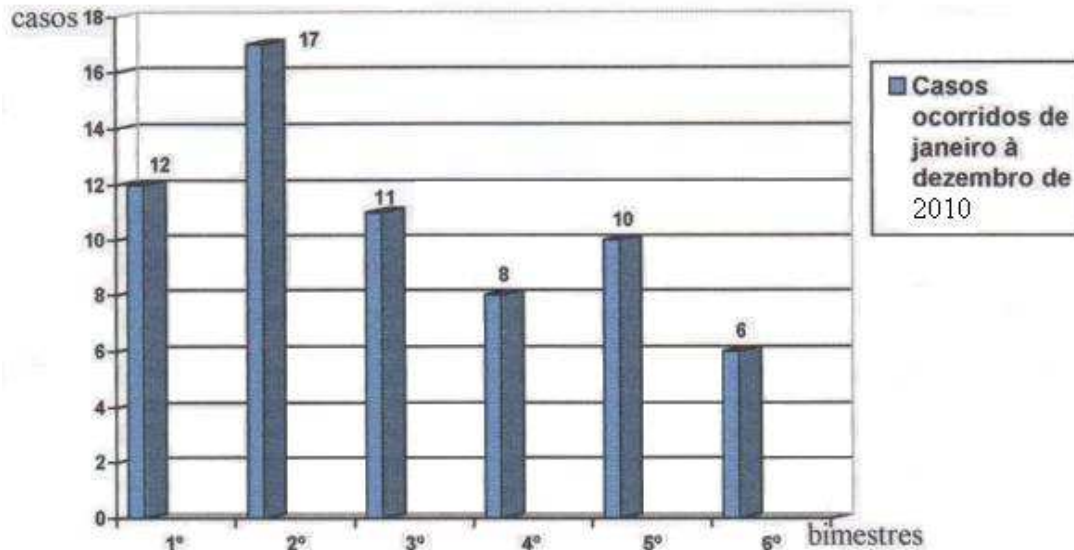


GRÁFICO 04 – Casos de Leishmaniose Tegumentar Americana - Exu-PE-2010
Fonte: FUNASA, 2010

Esses dados apontam a necessidade de constante conscientização da população, sobre o potencial de proliferação da LTA, associada a fatores como residir em áreas de ocupação próximas a resquícios de floresta primitiva, áreas de desmatamento, etc. Faz-se necessário ação direta por parte dos órgãos competentes, descentralizando a vigilância epidemiológica, passando a atuar no próprio município, o que, provavelmente, auxiliará no controle da LTA, implicando na melhoria da saúde da população.

As condições habitacionais, sanitárias e econômicas estabelecem diferenças entre os ciclos de transmissão da LTA. Na zona urbana, pela facilidade de acesso aos meios de comunicação, à escola, aos serviços públicos de saúde e a meios de comunicação sobre a prevenção e tratamento de doenças, o controle epidemiológico se evidencia de forma mais rápida e eficiente; na zona rural a situação assume outra face, devido principalmente, à dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde, o que cria, de forma explícita, uma disparidade em relação à incidência de doenças, focos transmissores e propagação de forma mais célere das doenças infecciosas, devido aos poucos recursos sanitários e preventivos de que dispõem essa população, somando-se à falta de esclarecimento das pessoas que vivem nas

comunidades rurais. É o que foi constatado durante a pesquisa, onde observamos que a incidência de leishmaniose ocorreu, em maior escala, na zona rural em relação à zona urbana. Essa discrepância de resultados é conseqüentemente de todas as condições já citadas anteriormente, visto que as mesmas são aperfeiçoadas e implantadas na zona urbana do que na zona rural. Outro fator que agrava e intensifica a ação do inseto vetor é o processo predatório, pois à medida que o elemento humano invade a natureza, cria espaço para si, porém desaloja os animais silvestres e insetos de seu habitat natural, gerando assim possibilidades de disseminação de doenças que, até então, eram estritamente de animais silvestres. Quando ocorre esse processo de destruição natural, essa conseqüência se reflete de maneira evidente na população humana (gráfico 05).

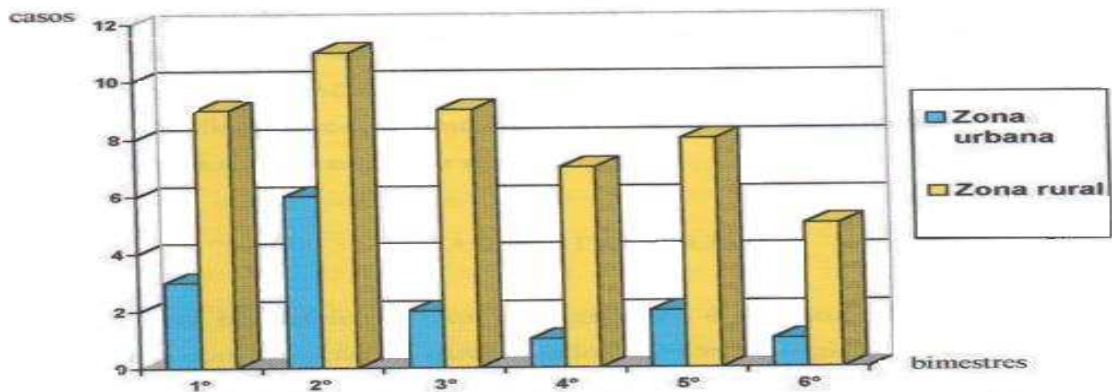


GRAFICO 05 - Demonstrativo bimestral de incidência zona urbana x zona rural. Exu-PE 2010
Fonte: FUNASA, 2010

6 CONCLUSÕES

Nas áreas de ocorrência de casos de LTA, a presença de animais domésticos, como os cães, indicam uma provável participação destes animais no ciclo de transmissão doméstico do parasito.

A localidade do Sítio Serra da Mangueira, se mostrou altamente endêmica, 31,43% dos moradores acometidos pela enfermidade e requer atenção especial, por parte dos serviços de saúde municipais de Exu, com ações pontuais, principalmente, da vigilância epidemiológica / vigilância em saúde.

Conclui-se que os indivíduos foram acometidos por LTA independentemente do sexo e idade.

Os resultados da pesquisa com a identificação de casos reforçam a importância de estudos na localidade que visem investigar e identificar os diversos fatores envolvidos na transmissão, no intuito de viabilizar e subsidiar medidas de controle efetivas para controle da endemia em Exu-PE.

REFERÊNCIAS

AMATO NETO, Vicente; SILVEIRA BALDY, J. Luis da. **Doenças Transmissíveis**. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 1978.

AMATO NETO. Vicente. **Imunopatologia Tropical**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1969.

ANDERSON, W. A.D. **Et alli, Patologia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara. Koogan, 1982.

ANDRADE. Paulo Paes de. Leishmaniose. **Folheto informativo da UFPE**. Recife, 1996.

BRANDÃO-FILHO S.P. et al. American cutaneous leishmaniasis in Pernambuco, Brazil: Eco-epidemiological aspects in 'Zona da Mata' region. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 89, p. 445-449, 1994.

BRANDÃO-FILHO, S.P. et al. Wild and synanthropic hosts of *Leishmania* (*Viannia*) *braziliensis* in the endemic cutaneous leishmaniasis locality of Amaraji, Pernambuco State, Brasil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 97, p. 291-296, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana**. 2ª ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRITO, M.E.F. et al. Human cutaneous leishmaniasis due to a new enzymatic variant of *Leishmania* (*Viannia*) *braziliensis* occurring in Pernambuco, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 88, p. 633-634, 1993.

BRITO, M.E.F. et al. Identification of potentially diagnostic *Leishmania braziliensis* antigens in human cutaneous leishmaniasis by immunoblot analysis. **Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology**, Washington, DC, v.7, n.2, p.318-321, 2000.

BRITO, M. E. F. et al. Species diversity of Leishmania (Viannia) parasites circulating in an endemic area for cutaneous leishmaniasis located in the Atlantic rainforest region of northeastern Brazil. **Tropical Medicine and International Health**, Nijmegen, v. 14, p. 1278-1286, 2009.

BROW, Harold W. **Microbiologia Oral e Doenças Infecciosas**. 4ª ed, Rio de Janeiro: Guanabara, 1976.

DESJEUX, P. The increase in risk factors for leishmaniasis world-wide. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, London, v. 95, n. 3, p. 239-243, 2001.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Folheto Informativo da Fundação Nacional de Saúde**. Recife – PE, 2010.

GRIMALDI-JR, G; TESH, R.B. Leishmaniasis of the New World: Current concepts and implications for future research. **Clinical Microbiology Reviews**, Washington, DC, v. 6, p. 230-250, 1993.

JERONIMO S. M. B; QUEIROZ-SOUSA A; PEARSON R. D, 2007. Leishmaniasis. In: GOLDMAN L; AUSIELLO D, ed. Cecil Medicine. 23rd ed. Philadelphia- Pará: **Saunders Elsevier**, 2007: chap 369. Disponível em: <<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001386.htm>>. Acesso em: ago, 2010

LAINSON, R.; SHAW, J. J. New World leishmaniasis. The neotropical Leishmania species. In: COLLIER, L., BALOWS, A., SUSSMAN, M. (Eds.). Topley & Wilson's Microbiology and Microbial Infectious Diseases. 9ª ed. London. **Arnold**, 1998. v. 5, p. 241-266.

MARZOCHI, M. C. A. Leishmanioses no Brasil: As leishmanioses tegumentares. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 63, p. 82-104, 1992.

MILLER, Otto. **Laboratório para clínico**. 7ª ed. São Paulo: Atheneu, 1993.

MORANDI, Clézio. **Zoologia**. 7ª ed. São Paulo. Nobel, 1981.

PESSÔA, Samuel Barnesley; MARTINS, Alimicar Viana. **Parasitologia Médica**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1974, p 117.

VERONESI, Ricardo. **Doenças infecciosas e Parasitárias**. 7^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara, Koogan, 1985.

ANEXOS

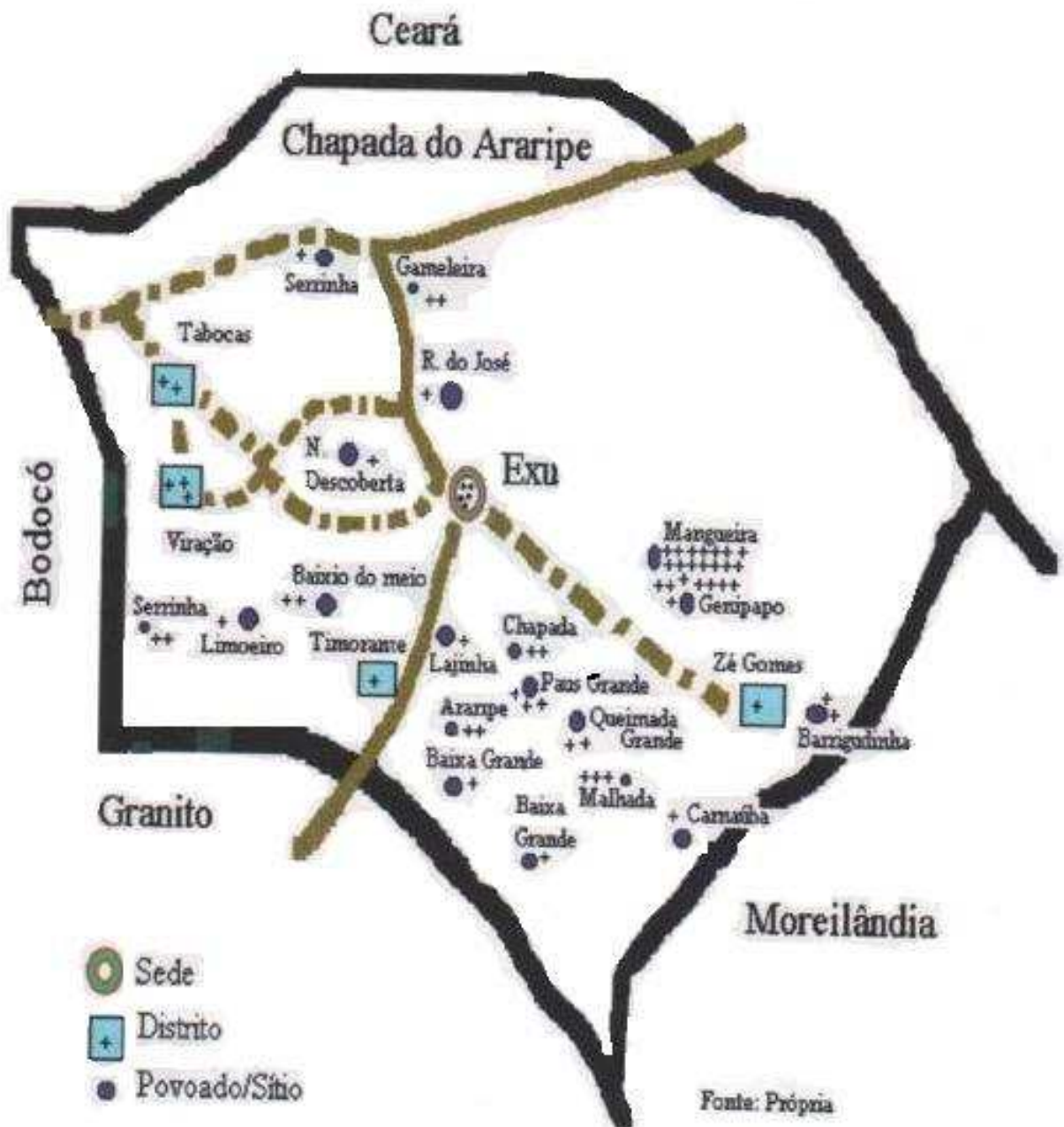


Figura 1 - Município de Exu-Focos Endêmicos
 Fonte: Secretaria de Saúde de Exu, 2010



Figura 2 – Residência.
Fonte Secretaria de Saúde de Exu, 2010



Figura 3 – Casa de Pau-a-pique
Fonte: Secretaria de Saúde de Exu, 2010



Água parada - local de focos

Figura 4 – Água parada
Fonte Secretaria de Saúde de Exu, 2010



Galinheiro - local de focos

Figura 5 – Galinheiro
Fonte Secretaria de Saúde de Exu, 2010