

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI (BA) NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS (2000-2002)¹

Lidiane Carmo Alves²

1. INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral é uma zoonose típica de áreas tropicais, uma doença que, por muito tempo, foi confundida com outras enfermidades tropicais devido à febre que ela causa. Esta doença (LV) acomete as células do Sistema Fagocítico Mononuclear (SFM), ocasionando alterações em órgãos como baço, fígado, medula óssea – podendo comprometer o estado geral do indivíduo e até levá-lo a óbito, caso não seja tratado.

É uma doença silvestre, que atinge os mamíferos como o cão, a raposa, e, também, o homem. Pode-se encontrar em outros animais, mas vai depender da região; no Sudão, por exemplo, tem-se o esquilo como reservatório.

A Leishmaniose Visceral é causada por um protozoário, a *Leishmania donovani*, transmitida pela picada do inseto vetor, também hospedeiro intermediário do parasito, a fêmea do gênero *Lutzomyia*.

Segundo estimativa da OMS (1998), a prevalência da Leishmaniose Visceral no mundo, em 1997, era da ordem de 2,5 milhões de casos, com uma incidência de 500 mil casos e com 80 mil óbitos naquele ano (REY, 2001).

É uma doença típica de zonas rurais, que ocorre em regiões de clima tropical e subtropical do mundo, sendo observada na Ásia, América, África e Europa.

No Brasil, a LV predomina nos estados costeiros (Pará ao Paraná), e, também, em estados centrais (Minas Gerais, Goiás, e Mato Grosso do Sul); apesar de ser tipicamente rural, ela está avançando para os centros urbanos, tendo sido encontrada em Santarém (PA), São Luis (MA), Natal (RN), Aracajú (SE), Belo Horizonte (MG) e Corumbá (MS). Este avanço é devido ao desmatamento que vem ocorrendo, alterando o ecossistema dessas cidades. O Nordeste (Maranhão-Bahia) é a principal área endêmica, liderando a estatística com 92% dos casos, seguido do Sudeste, com 4%, Norte, com 3%, e Centro-Oeste, com 1%. O Maranhão é o primeiro estado com maior incidência de LV, com 199 casos notificados no primeiro semestre do ano de 2002 (segundo dados do jornal *A Tarde*); já a Bahia, ocupa o segundo lugar. Em 1995, a Bahia liderava as estatísticas com 1.638 casos, representando 30% dos casos no Brasil; em 1998 foram 594 casos; em 1999, 576; em 2000, 879 e em 2001, 610. A doença já chegou a Salvador; está mais concentrada, porém, em Irecê, Feira de Santana, Jacobina, Jequié e Região Metropolitana de Salvador, com destaque para Camaçari, onde está avançando para regiões como Monte Gordo, Jauá, Barra do Pojuca, Arembepe, Abrantes e Barra de Jacuípe. Até o dia 06 de novembro de 2002, foram notificados seis casos novos em Salvador e 623 casos novos no Estado (dados fornecidos pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB no ano de 2002).

Em nosso meio, as crianças de até 4 anos de idade são as mais atingidas, sendo que a incidência é maior no sexo masculino (PESSOA, 1982).

O calazar predomina em áreas rurais, mas também ocorre nas cidades, em bairros periféricos que guardam algumas características de zona rural. O contato do vetor com o homem e o reservatório é favorecido com a existência de habitações péssimas, situadas próximas às matas e /ou plantações, e que abrigam animais domésticos ou de criação em seus quintais. Pode ser encontrado nas faixas de planícies litorâneas e nos vales e sopés das serras do sertão semi-árido (REY, 2001).

¹ Trabalho de conclusão do Curso de Enfermagem, realizado sob a orientação da Professora Ogvalda Devay de Sousa Tôres.

² Enfermeira, egressa da Universidade Católica do Salvador – UCSal. ludy@bol.com.br

O calazar é uma doença que compromete o SFM e, ao infectar o indivíduo, provoca febre irregular, hepatoesplenomegalia, anemia, linfadenopatia, hipergamaglobulinemia. O doente pode vir a apresentar complicações como broncopneumonia, septicemia, manifestações hemorrágicas, caquexia, chegando ao óbito.

2. OBJETIVO

Este trabalho teve como objeto de estudo levantar o perfil clínico epidemiológico da Leishmaniose Visceral no município de Camaçari, nos últimos três anos (2001 a 2002). Foi definido como objetivo geral, a identificação do perfil clínico epidemiológico de pacientes com diagnóstico confirmado de Leishmaniose Visceral no município de Camaçari, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002. E, como objetivos específicos: identificar a procedência dos pacientes diagnosticados com LV; observar a distribuição, por sexo e idade, destes pacientes; observar os sinais e sintomas mais frequentes, verificar a evolução destes pacientes, especialmente quanto à cura e ao óbito.

3. METODOLOGIA

Este trabalho consistiu em uma pesquisa quantitativa, método que permitiu uma análise segura dos resultados. Caracteriza-se pela quantificação nas modalidades de coleta de informação e o tratamento dessa (POLITT, 1995). Teve, como proposta, a abordagem do perfil clínico epidemiológico de casos confirmados em pacientes com Leishmaniose Visceral, no município de Camaçari, nos últimos três anos.

Foram considerados, como população-alvo, pacientes que tiveram o diagnóstico de calazar confirmado, no município de Camaçari, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002.

O campo de estudo foi Camaçari, o maior município da Região Metropolitana de Salvador – tem uma área de 718 Km² e está a 41 Km de Salvador; faz divisa com Dias D'Ávila, Lauro de Freitas, Mata de São João, Simões Filho e o Oceano Atlântico e abrange áreas como Parafuso, Camaçari, Abrantes, Jauá, Arembepe, Monte Gordo, Guarajuba, Barra do Pojuca, Barra de Jacuipe, Mangabeira.

A coleta de dados foi baseada na consulta de fichas de investigação da vigilância epidemiológica da Secretaria de Saúde no município (SESAU), de pacientes com suspeita de calazar no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002.

Na ficha, foram observadas as seguintes variáveis: procedência, sexo, idade, grau de instrução, condições de moradia, sinais e sintomas, infecção intercorrente, droga administrada, critério de diagnóstico e evolução.

Após a coleta dos dados, estes foram computados manualmente e interpretados a partir das variáveis identificadas e representadas na forma de gráficos e tabelas.

4. RESULTADOS/ CONCLUSÕES

Foram verificadas 117 fichas epidemiológicas de investigação de pacientes com suspeita de Leishmaniose Visceral que ficam guardadas na vigilância epidemiológica, localizada na Secretaria de Saúde (SESAU), em Camaçari. Das 117 ficha observadas, 83 foram descartadas devido ao fato de o exame anti-leishmania ter dado negativo, sendo que, ainda destes, 9 não pertenciam ao município de Camaçari. Foram detectados 34 pacientes com o diagnóstico de calazar, e foi a partir destes, que o estudo foi traçado.

Dos 34 casos confirmados com a Leishmaniose Visceral, o local onde mais ocorreu a manifestação da doença foi em Barra do Pojuca, com 7 casos (20,58%), seguido de Jauá e Monte

Gordo, cada um com 4 (11,76%). Foi observado que houve um decréscimo da doença nos anos trabalhados; no ano de 2000 foram 17 casos, em 2001, foram 13, e em 2002, 4 casos, um decréscimo bastante significativo.

Ainda nestes 34 casos confirmados, 71% (24 casos) ocorreram no sexo masculino, enquanto 29% (10 casos), em mulheres. Logo se observa que há um predomínio do sexo masculino em geral.

Foi observado que, nos últimos três anos, a doença acometeu mais pessoas que estavam com idade superior ou igual a 21 anos: 41,17% (14 casos), seguido das crianças que estiveram na faixa etária de 1 a 4 anos: 35,29% (12 casos).

No ano de 2000, a faixa etária em que mais prevaleceu foi na de crianças com idade compreendida entre 1 e 4 anos, com 7 casos. Com o passar dos anos, a infecção foi diminuindo, gradativamente, nas crianças que estiveram nessa faixa etária. Em relação à faixa que compreende a de idade superior ou igual a 21 anos, no ano de 2000, foram encontrados 6 casos, mantendo a mesma situação no ano de 2001, sendo que, em 2002, houve um decréscimo bem significativo.

De acordo com a FUNASA, a LV atinge todas as idades, mas sua incidência é maior em crianças. Neste estudo foi colhida a informação sobre o grau de instrução dos pacientes com o diagnóstico confirmado de calazar, e foi observado que 35% (12 casos) dos pacientes estavam cursando ou deixaram de cursar o 1º grau no período da infecção, e em outros 35%, não se aplica a informação, por se tratar, na maioria, de crianças que estão na faixa etária de 1- 4 anos, não tendo alcançado, ainda, a idade escolar. Em seguida, com 15% (5 casos), os analfabetos.

Da maioria dos pacientes diagnosticados com Leishmaniose Visceral, cerca de 82% moram perto da mata e plantações, e 18% só moram perto de plantações. Dos que residem perto de plantações, a maioria mora perto de bananeiras.

Os sintomas mais referidos e observados na ficha de investigação, durante os três anos, foram a febre (40,27%) e a hepatoesplenomegalia (36,11%), sintomatologias mais comuns e característica do calazar. Também foram verificadas outras alterações, mas em menor quantidade de casos: esplenomegalia, hepatoesplenomegalia, fraqueza, emagrecimento e sangramento.

Outros sintomas que caracterizam o calazar, como a linfadenopatia, anemia com leucopenia, hipergamaglobulinemia, edema, não foi possível identificá-los, pois não estiveram assinalados na ficha.

Cerca de 79% dos pacientes diagnosticados com calazar tiveram alta, 18% foram a óbito e, de 3%, não foi possível identificar este dado na ficha.

Dos 34 pacientes diagnosticados com calazar nenhum apresentou infecção intercorrente, como a AIDS ou qualquer outra, e todos estes foram casos novos. A droga administrada para tratar todos estes pacientes foi o antimonial pentavalente, no caso, o Glucantime, tida como medicação padrão.

Quanto ao critério de diagnóstico, baseia-se no critério epidemiológico e em exames laboratoriais. No critério epidemiológico, faz-se uma investigação na área em que o paciente mora e, provavelmente, contraiu a doença. Nesta investigação, vai ocorrer uma caracterização da área, observando se há presença do flebótomo, de casos de sorologia positiva de leishmania para os cães e humanos. Junto com esse critério diagnóstico, faz-se o teste laboratorial – ELISA para confirmar se o paciente está ou não com o diagnóstico de calazar.

Verificamos que o maior número de casos ocorreu no povoado de Barra da Pojuca, região de belíssima praia, onde muitos veranistas constroem residências, e para onde o fluxo de turistas é grande, aumentando o risco de exposição. Julgamos recomendável desenvolver um trabalho de educação para a saúde, como medida profilática, procurando informar como ocorre a infecção, na LV, ajudando-lhes na identificação dos sinais e sintomas no ser humano, enfatizando a necessidade de procurar uma Unidade de Saúde para o diagnóstico de caso suspeito e tratamento dos casos confirmados. Ainda, mostrando a importância de identificar os sinais do calazar canino, e aconselhando a evitar o contato humano com o vetor, usando inseticida nas casas, ou outro qualquer procedimento profilático.

O desmatamento favorece o surgimento do vetor em ambientes humanos. Neste trabalho, julga-se necessário um trabalho conjunto entre as Secretarias do Município para possuírem um

controle do constante desmatamento, já que o município de Camaçari vem crescendo de maneira tão rápida, devido à instalação de indústrias e ao deslocamento da população da capital para esta região.

Pelo fato de muitos dados sobre o portador de calazar não constarem, normalmente, na ficha epidemiológica utilizada, como a condição de moradia, evolução do quadro clínico, condição sócio-econômica e evolução do tratamento, sugere-se que sejam complementadas, passando a incluir as referidas informações.

5. REFERÊNCIAS

COLOMBRINI, M. R. C; MUCKE, A. G; FIGUEIREDO, R. M. **Enfermagem em Infectologia**. Cuidado com o paciente internado. São Paulo; Rio de Janeiro; Belo Horizonte: Atheneu, 2001. pp. 70-71.

FUNDAÇÃO Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br>. Acesso em: 06. nov. 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do trabalho científico**. 4. ed. rev e ampl. São Paulo: Atlas, 1992. pp. 99-135.

LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 91.

MARCONDES, Eduardo. **Pediatra Básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. v.2, pp. 1065 a 1068.

MINAYO, M. C. S. (org.) et al. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 19. ed. Rio de Janeiro; Petrópolis: Vozes, 1994.

NEVES, David Pereira; MELO, Alan Lane de; GENARO, Odair; LINARDI, Pedro Marcos. **Parasitologia Humana**. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 10.

OLIVEIRA, Laura Cristina Pinho. Soroprevalência da Leishmaniose visceral no Município de Dias D'Ávila. (Dissertação de Mestrado) Medicina Veterinária Tropical; Salvador, 2003.

PESSOA, Samuel B.; MARTINS, Almicar Viana. **Parasitologia Médica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1982. cap. 11.

POLIT, D. S.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre; Artes Médicas, 1995. p.85.

REY, Luis. **Parasitologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. cap. 19.

SOUZA, Márcia de. **Assistência de Enfermagem em Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 23.

TONELLI, Edward. **Doenças Infecciosas na Infância**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1987. v.2, cap. 65.

VERONESI, Ricardo; FOCCACIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. v.2, cap. 97.

BAHIA ocupa o 2º lugar. Jornal A Tarde, BA, 15 de setembro de 2002. Disponível em: < <http://www.atarde.com.br>.> Acessado em: 09.nov. 2002; dez. 2003.