

Revista Saúde.Com

ISSN 1809-0761

<https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc>

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ESQUISTOSSOMOSE MANSÔNICA NA I GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO (I GERES), NO PERÍODO DE 2018 A 2022

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF SCHISTOSSOMOSIS MANSONE IN THE I REGIONAL HEALTH MANAGEMENT OF PERNAMBUCO (I GERES), FROM 2018 TO 2022

Raphaela Carvalho Torres¹, Glenda Rebeca Carvalho Torres², Ricássio de Sousa Barberino³Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira¹, Agência Municipal de Vigilância Sanitária de Petrolina², Faculdade Estácio/IDOMED³**Abstract**

Schistosomiasis mansoni (SM) is a waterborne disease caused by Schistosoma mansoni and persists as a public health problem in Brazil. This study analyzed the epidemiological profile of SM in the 1st Regional Health Management of Pernambuco, from 2018 to 2022. The research is descriptive, retrospective and has a quantitative approach. The results showed that Recife and Chã de Alegria had the highest number of reported cases, with greater frequency in the age group of 20 to 59 years. There was an increase in cure rates and a consequent reduction in deaths from SM in 2021, indicating the effectiveness of treatments. Disease control depends on preventive actions, basic sanitation and health education, which are fundamental to controlling the disease. This study emphasizes the importance of improving data quality and establishing efficient monitoring of SM in Pernambuco.

Keywords: schistosomiasis mansoni, epidemiology, notification.

Resumo

A esquistossomose mansônica (EM) é uma doença transmitida pela água causada pelo Schistosoma mansoni e persiste como um problema de saúde pública no Brasil. Este estudo analisou o perfil epidemiológico da EM na I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, de 2018 a 2022. A pesquisa é descritiva, retrospectiva e de abordagem quantitativa. Os resultados mostraram que Recife e Chã de Alegria apresentaram o maior número de casos notificados, com maior frequência na faixa etária de 20 a 59 anos. Houve um aumento nas taxas de cura e consequente redução de óbitos por EM no ano de 2021, indicando a eficácia dos tratamentos. O controle da doença depende de ações preventivas, saneamento básico e educação em saúde, fundamentais para controlar a doença. Este estudo enfatiza a importância de melhorar a qualidade dos dados e estabelecer um monitoramento eficiente da EM em Pernambuco.

Palavras-chave: esquistossomose mansônica, epidemiologia, notificação.

Introdução

A esquistossomose mansônica (EM), também chamada de xistose, barriga-d'água ou doença dos caramujos, é uma doença de disseminação hídrica, causada pelo helminto *Schistosoma mansoni*, pertencente à classe Trematoda. Caracterizada como uma doença de evolução crônica, cuja alta prevalência, gravidade das formas clínicas e a progressão a tornam como um relevante problema de saúde pública no Brasil¹. Os caramujos de água doce do gênero *Biomphalaria* atuam como hospedeiros intermediários desse parasita².

Originária na bacia do rio Nilo, na África, a esquistossomose foi introduzida no Brasil durante o período da escravidão, especialmente, pelos portos de Recife (PE) e Salvador (BA)², deparando-se com todas as circunstâncias propícias para se estabelecer: temperaturas elevadas, infraestrutura sanitária precária, presença de uma população vulnerável, grande quantidade de caramujos hospedeiros e uma extensa rede de córregos, lagoas, represas e canais de irrigação. Atualmente, configura-se como uma doença endêmica que abrange uma ampla extensão do território brasileiro, sendo ainda considerada um sério desafio para a saúde pública, afetando milhões de pessoas resultando em um considerável número de casos graves e óbitos³.

A transmissão ocorre através dos ovos do parasita *S. mansoni* que são excretados nas fezes do hospedeiro infectado, o homem. Na água, esses ovos eclodem, liberando uma larva com cílios conhecida como miracídio, que infecta o caramujo. Após um período de 4 a 6 semanas, as larvas sob a forma de cercárias abandonam o caramujo e tornam-se livres⁴. No período do dia em que a luz solar e o calor são mais intensos (entre 10:00 e 16:00 h), as cercárias são liberadas em maior quantidade pelos moluscos. Esta situação coincide com o período em que as pessoas estão mais expostas à água³, sendo esta a forma pela qual o ser humano (hospedeiro definitivo) contrai a esquistossomose⁴.

O período de incubação da esquistossomose, que é o tempo decorrido entre a infecção e o surgimento dos primeiros sintomas, varia de duas a seis semanas⁵. A EM apresenta manifestações clínicas que variam de acordo com o estágio de desenvolvimento do parasita no hospedeiro. A maioria das pessoas infectadas pode não apresentar sintomas, dependendo da intensidade da infecção. A doença pode ser classificada em fases temporais

(inicial e tardia) e apresentar diferentes formas clínicas¹.

Na fase inicial, as cercárias penetram na pele, causando lesões e manifestações alérgicas. A maioria dos portadores não apresentam sintomas (forma assintomática), mas pode ser diagnosticada por exames laboratoriais que detectam eosinofilia e ovos do parasita nas fezes. Na forma aguda sintomática, ocorrem sintomas pruriginosos na pele, febre de Katayama (reação inflamatória que ocorre de 3 a 8 semanas após a infecção) e manifestações gerais como linfadenopatia e dor abdominal. Hepatoesplenomegalia e eosinofilia elevada são sinais importantes. A fase tardia ocorre após seis meses da infecção e pode durar anos, com sinais de progressão da doença em vários órgãos. A neuroesquistossomose é uma forma grave que causa paralisia, especialmente nos membros inferiores, mesmo em estágios iniciais da infecção¹.

Além da avaliação clínica e epidemiológica, o diagnóstico da esquistossomose envolve a realização de exame parasitológico de fezes utilizando o método de Kato-Katz (teste padrão para diagnóstico de esquistossomose). Embora não seja recomendada rotineiramente, a biópsia retal ou hepática pode ser utilizada em casos específicos para auxiliar no diagnóstico. No diagnóstico diferencial, é importante distinguir a forma intestinal da esquistossomose de outras condições como amebíase e diarreia causada por outros parasitas. Na forma grave, é necessário diferenciar de doenças como leishmaniose visceral, febre tifoide, linfoma e hepatoma⁴.

A capacidade de atingir vários objetivos é o que torna o tratamento importante. Estes incluem a cura da doença, a redução ou eliminação da carga parasitária no hospedeiro, a prevenção da progressão da doença para formas mais graves e a minimização da produção e eliminação dos ovos do helminto, que são os principais meios de prevenir a transmissão da doença⁶.

O estado de Pernambuco apresenta uma alta endemicidade para a EM, com várias áreas de transmissão ativa. Entre os anos de 2013 e 2022, o estado apresentou a ocorrência de 101 municípios endêmicos, 49 municípios focais e 35 municípios vulneráveis à esquistossomose. *Apresenta distribuição variável, com diferentes níveis de incidência e prevalência em diversas regiões do estado. Normalmente, a doença é mais evidente em áreas rurais e de baixo desenvolvimento socioeconômico, onde as condições sanitárias e o acesso à água potável*

*são mais precárias*⁷. Nos últimos anos, foram detectados casos de mielorradiculopatia esquistossomótica no estado, evidenciando a persistência de formas graves da doença⁸.

Desta forma, o objetivo desse trabalho é analisar o perfil epidemiológico da esquistossomose nos municípios pertencentes a I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco, durante o período de 2018 a 2022.

Metodologia

Este estudo é uma pesquisa descritiva, retrospectiva e de abordagem quantitativa, para analisar o perfil epidemiológico da esquistossomose mansônica (EM; CID 10: B65.1) nos municípios pertencentes a I Gerência Regional de Saúde de Pernambuco (I GERES), considerando o período de 2018 a 2022.

Localizada na capital de Pernambuco, Recife, a I GERES é a maior do estado, abrangendo a Região Metropolitana do Recife e seus 19 municípios (Abreu e Lima, Araçoiaba, Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Chã Grande, Chã de Alegria, Glória de Goitá, Igarassu, Ipojuca, Itamaracá, Itapissuma, Jaboatão dos Guararapes, Moreno, Olinda, Paulista, Pombos, Recife, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão) mais o distrito de Fernando de Noronha. A I GERES dá apoio aos municípios em diferentes áreas, considerando suas particularidades, monitora as principais incidências de doenças, como esquistossomose e dengue, para nortear o planejamento de saúde em cada localidade.

Todas as informações para a realização deste trabalho foram obtidas por meio de levantamento das notificações disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que está à disposição para consulta no banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Durante a análise do período (2018 a 2022), foram escolhidas as seguintes variáveis a partir dos dados disponíveis: casos confirmados por ano do 1º sintoma segundo município de notificação, casos confirmados por faixa etária e ano do 1º sintoma, casos confirmados por ano do 1º sintoma segundo evolução (ignorado/branco, cura, não cura, óbito por esquistossomose, óbito por outras causas). Posteriormente, esses dados foram organizados em tabelas criadas no Excel 2016 a fim de elaborar tabelas e gráficos para a análise dos resultados.

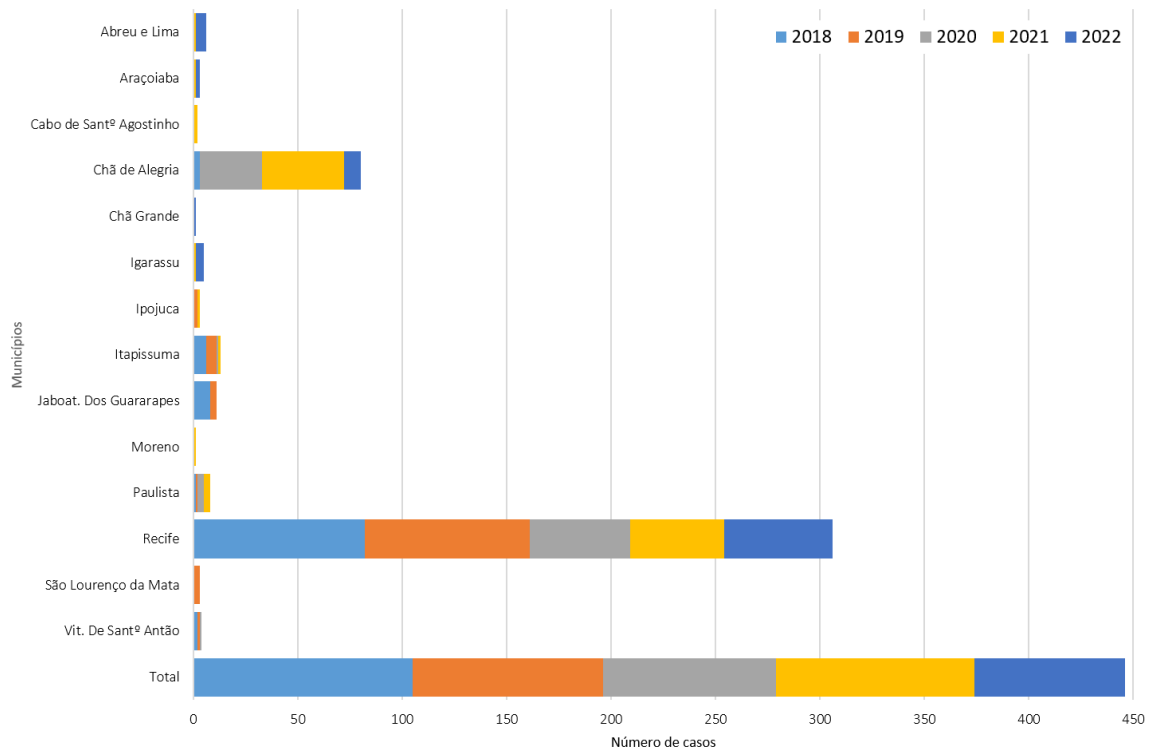
Como este estudo foi baseado na análise de dados secundários e de domínio público, publicados pelo Ministério da Saúde por meio da

plataforma DATASUS, não houve necessidade de submetê-lo para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

O gráfico 1 apresenta o número de casos confirmados de EM nos municípios da I GERES, no estado de Pernambuco, com base nos números de casos confirmados no ano do primeiro sintoma, no período de 2018 a 2022. Observou-se que os municípios com os maiores números de notificações foram Recife, nos anos de 2018 (82 casos) e 2019 (79 casos), e Chã de Alegria, nos anos de 2020 (30 casos) e 2021 (39 casos). Além disso, os municípios de Itamaracá, Olinda, Camaragibe, Glória do Goitá e Pombos, incluindo o distrito estadual de Fernando de Noronha não possuíam dados de notificação no sistema de informação.

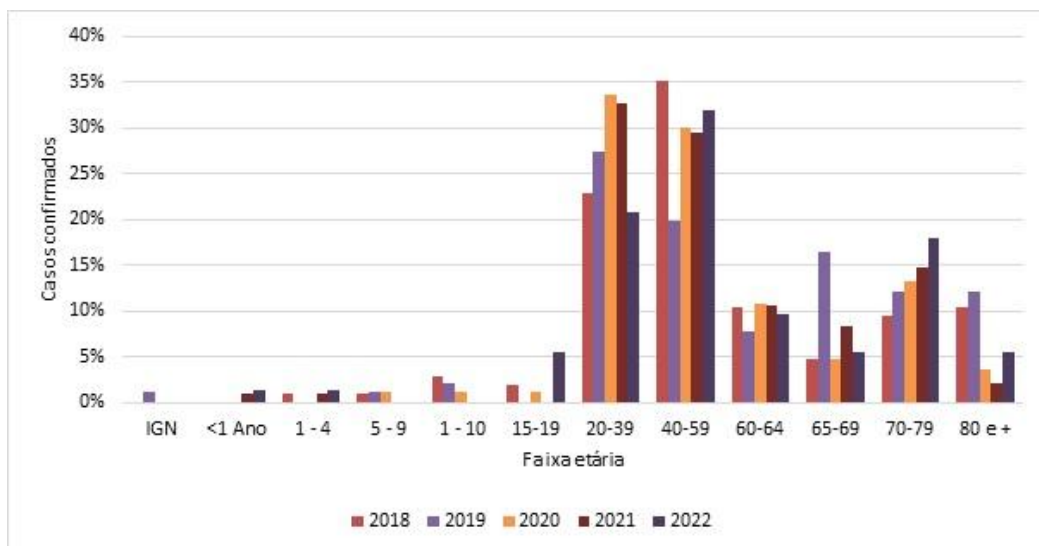
Gráfico 1 - Número de casos confirmados de esquistossomose mansônica por município de notificação e ano dos 1º(s) sintoma(s) da I GERES de Pernambuco, no período de 2018 a 2022.



Fonte: Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Segundo as informações provenientes das notificações de casos de EM, referentes à I GERES de Pernambuco, nos anos de 2018 a 2022, os quais foram categorizados de acordo com a faixa etária dos pacientes e o número de casos registrados (gráfico 2), pode-se observar que as faixas etárias com as maiores percentagens de notificações compreendem aqueles indivíduos com idades entre 20 e 59 anos, enquanto as faixas etárias com as menores percentagens de notificações englobam indivíduos com menos de 1 ano até aqueles com 19 anos.

Gráfico 1 - Casos confirmados de esquistossomose mansônica por faixa etária e ano dos 1^o(s) sintoma(s) da I GERES de Pernambuco, no período de 2018 a 2022.



Fonte: Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net IGN: ignorado.

Com base nos dados obtidos a partir das notificações de casos confirmados de EM por ano de notificação do primeiro sintoma e classificados de acordo com a evolução da doença (ignorado/branco, cura, não cura, óbito por esquistossomose, óbito por outras causas), observou-se que em 2021 os registros de cura para EM foram maiores em 2021 (56%), as categorias "não cura" e "óbitos por esquistossomose" predominaram em 2019, com 9 % e 24% respectivamente, enquanto que o ano de 2018 foi marcado por uma maior percentagem de óbitos por outras causas (13%). Em 2019, notou-se que 27% dos casos foram classificados como "ignorado/branco", ou seja, são dados que não foram enquadrados nas outras categorias (gráfico 3).

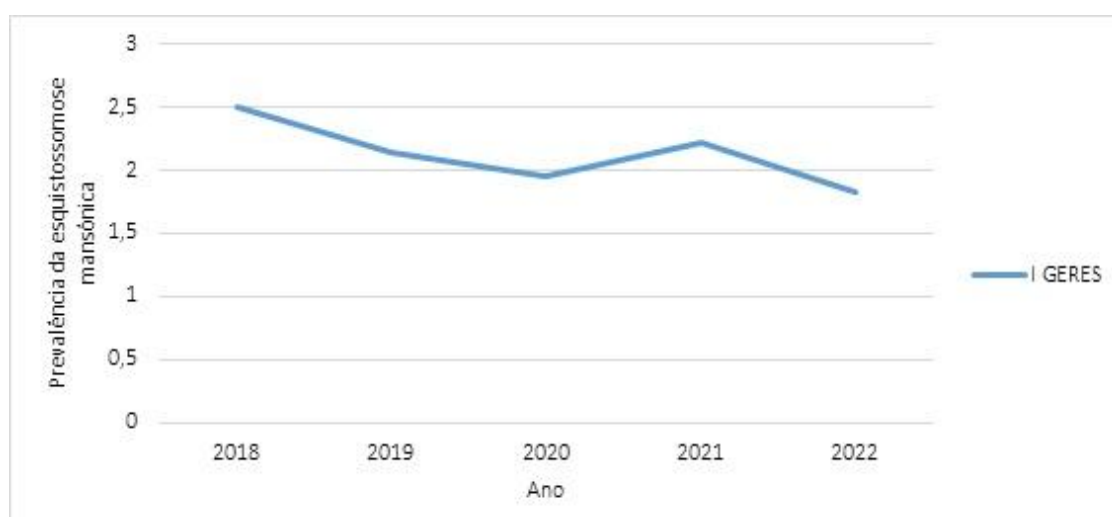
Gráfico 3 - Número de casos confirmados de esquistossomose mansônica por evolução e ano dos 1º(s) sintoma(s) da I GERES de Pernambuco, no período de 2018 a 2022.



Fonte: Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net
IGN: ignorado.

A prevalência da EM na I GERES, do estado de Pernambuco, obtida a partir de números de casos no ano dos primeiros sintomas, no período de 2018 a 2022 (gráfico 4), apresenta poucas alterações nos anos de 2018, 2019 e 2021. Entretanto, nos anos de 2020 e 2022, verificou-se uma ligeira diminuição na prevalência de EM.

Gráfico 4 - Prevalência da esquistossomose mansônica no ano do 1º sintoma nos municípios da I GERES de Pernambuco, no período de 2018 a 2022.



Fonte: Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Discussão

A esquistossomose é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a segunda doença de maior importância entre as parasitárias e infecciosas. No Brasil, Pernambuco está entre os estados mais endêmicos para EM, onde a distribuição geográfica da parasitose é diversificada, com focos de maior incidência e prevalência em regiões específicas do estado. Normalmente, essa doença é mais predominante em áreas rurais e em regiões com baixo nível de desenvolvimento socioeconômico, onde as condições de saneamento e o acesso a água potável são menos favoráveis⁷.

No período de 2018 a 2022, os municípios que mais obtiveram notificações de casos positivos para EM foram Recife, nos anos de 2018 e 2019, e Chã de Alegria, em 2020 e 2021. Essa variação pode ser influenciada por fatores como atividades de vigilância, acesso a cuidados de saúde, campanhas de conscientização e migração da doença em áreas específicas. O que é mais preocupante é notar que seis localidades não possuem dados de notificação no sistema de informação. Isso pode indicar falta de vigilância adequada nesses locais ou subnotificação, o que é problemático para o controle da doença. Nesse contexto, é de extrema importância implementar programas de prevenção e controle da EM. Esses programas devem informar a necessidade de controlar o hospedeiro intermediário, reduzir a contaminação e minimizar o contato com as coleções hídricas, melhorar as condições de vida das populações expostas e promover a educação em saúde⁸.

A análise das faixas etárias mostra que o grupo mais afetado pela EM é composto por pessoas entre 20 e 59 anos, o que sugere que os adultos têm uma prevalência maior da doença em relação às crianças e idosos. Resultados semelhantes foram obtidos após análise do perfil epidemiológico da EM nos estados da região sudeste, em 2017: indivíduos entre 20 e 59 anos foram responsáveis por 69,29% dos casos confirmados⁹. Esses resultados podem estar relacionados ao local de trabalho e fatores comportamentais, como exposição frequente a ambientes aquáticos contaminados, e por ser a faixa etária mais produtiva e ativa financeiramente. A prevenção da EM está intrinsecamente ligada aos hábitos, práticas e atitudes das pessoas, tornando a participação ativa da comunidade essencial para o seu controle³.

Os resultados do presente estudo demonstraram um notável aumento nas taxas de cura (34% em 2019 para 54% em 2022) e, conseqüentemente, uma redução nos casos de óbitos (24% em 2019 para 10% em 2022) por EM, indicando que as intervenções podem estar sendo eficazes no tratamento da parasitose. O Praziquantel, um medicamento de baixa toxicidade, é usado para tratar EM. Os pacientes que têm ovos parasitados nas fezes recebem tratamento por prescrição médica. Este medicamento é fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde aos estados e aos municípios¹. Os objetivos do tratamento são alcançar a cura, reduzir a carga parasitária no hospedeiro, prevenir a progressão da doença para sintomas clínicos graves, reduzir a transmissão e eliminar os ovos do helminto como estratégia de prevenção primária da transmissão¹⁰.

O fato de que a evolução de 27% dos casos em 2019 foram classificados como "ignorado/branco" levanta preocupações sobre a qualidade dos dados e enfatiza a importância de melhorar o registro e a categorização dos casos para uma análise mais precisa da situação da doença.

No presente estudo, foi possível observar uma redução da prevalência de EM de 2018 para 2022. Esta redução pode estar relacionada a intervenções e tratamento nas localidades hiperendêmicas^{11, 12}. Estudos têm demonstrado que os fatores ambientais e o comportamento humano são muito importantes na capacidade de transmissão da EM devido à natureza do ciclo evolutivo^{13, 14}. Apesar dessa redução na prevalência de EM, a falta de tratamento adequado da água, a deficiência de educação em saúde, a disseminação dos hospedeiros intermediários e a persistência da doença ao longo do tempo colaboram para que a EM continue sendo uma das doenças parasitárias mais relevantes em termos de saúde pública no Brasil³.

Assim, o desenvolvimento de pesquisas mais aprofundadas na área e de estratégias de promoção da saúde devem ser desenvolvidas com o objetivo de reduzir e até mesmo eliminar os focos de transmissão da EM.

Considerações finais

A análise dos casos de EM nos municípios da I GERES de Pernambuco, notificados nos anos de 2018 a 2022, revelou que os municípios de Recife e Chã de Alegria apresentavam o maior número de casos, com a maioria das notificações pertencentes à faixa etária de 20 a 59 anos. A esquistossomose é historicamente endêmica em todo o estado. Deste modo, fica claro o quão importante é tomar medidas preventivas, identificar os grupos que correm maior risco de contrair a doença e melhorar as condições de vida da população. Além disso, é imprescindível fomentar ações de educação em saúde para que o cidadão seja sujeito ativo de transformação da realidade em que está inserido.

Referências

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Vigilância da Esquistossomose Mansoni: diretrizes técnicas. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Educação em saúde para o controle da esquistossomose. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
- 4 Funasa. Doenças infecciosas e parasitária: aspectos clínicos, de vigilância epidemiológica e de controle - guia de bolso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde; 1998.
- 5 Gov.br (BR). Ministério da Saúde [página na Internet]. [Brasília]: Ministério da Saúde (BR); [acesso em 10 jun. 2023]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/e/esquistossomose>
- 6 Brasil. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Coordenadoria do Controle de Doenças. Vigilância Epidemiológica e Controle da Esquistossomose: Normas e Instruções Controle da Esquistossomose do Estado de São Paulo/PCE-SP; 2007.
- 7 Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. Vigilância do Programa de Controle da Esquistossomose No Estado de Pernambuco: Boletim Técnico. Junho. 2023; [acesso em 26 jul 2023]. Disponível em: https://www.cievspe.com/_files/ugd/3293a8_bc7099dc94c34ffa8802f165a85a57ed.pdf
- 8 Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretoria Geral de Doenças e Agravos. Guia de apoio operacional ao Sistema de Informação do Programa de Controle da Esquistossomose para os municípios do estado de Pernambuco. Pernambuco: SES-PE. 2012. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/esquistossomose_-_guia_sispce_.pdf
- 9 Costa JVB, Silva Filho JM. Esquistossomose mansônica: uma análise do perfil epidemiológico na região sudeste. Rev Saúde.Com. 2021; set;17(3):2226-2234.
- 10 Vitorino RR, Souza FPC, Costa AP, Faria Júnior FC, Santana LA, Gomes AP. Esquistossomose mansônica: diagnóstico, tratamento, epidemiologia, profilaxia e controle. Rev Soc Bras Clin Med. 2012 jan-fev;10(1):39-45.
- 11 Gomes ACL, Galindo JM, Lima NN de, Silva ÉVG da. Prevalência e carga parasitária da esquistossomose mansônica antes e depois do tratamento coletivo em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2016 abr;25(2):243–50. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200003>
- 12 Saucha CVV, Silva JAM da, Amorim LB. Condições de saneamento básico em áreas hiperendêmicas para esquistossomose no estado de Pernambuco em 2012. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2015 Jul;24(3):497–506. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300015>
- 13 Souza MAA, Barbosa VS, Albuquerque JO, Bocanegra S, Souza-Santos R, Paredes H, et al.. Aspectos ecológicos e levantamento malacológico para identificação de áreas de risco para transmissão da esquistossomose mansoni no litoral norte de Pernambuco, Brasil. Iheringia, Sér Zool [Internet]. 2010Mar;100(1):19–24. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0073-47212010000100003>
- 14 Rollemberg CVV, Santos CMB, Silva MMBL, Souza AMB, Silva ÂM da, Almeida JAP de, et al.. Aspectos epidemiológicos e distribuição geográfica da esquistossomose e geo-helminthos, no Estado de Sergipe, de acordo com os dados do Programa de Controle da Esquistossomose. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2011Jan;44(1):91–

6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822011000100020>

Endereço para Correspondência

Raphaela Carvalho Torres

E-mail: raphaelaa.torres@gmail.com

Recebido em 15/02/2024

Aprovado em 12/09/2024

Publicado em 19/09/2024