

PREVALÊNCIA DA ESQUISTOSSOMOSE MANSONI EM MEDINA, VALE DO JEQUITINHONHA (MG)

PREVALENCE OF THE SCHISTOSOMIASIS MANSONI IN MEDINA, VALE DO JEQUITINHONHA (MG)

DORIS PEDROSA DE CARVALHO*

RESUMO

Introdução: Medina, município localizado no Vale do Jequitinhonha, é região de alta prevalência de esquistossomose mansoni.

Objetivo: Por este estudo deseja-se conhecer a prevalência desta parasitose na região atendida pela Equipe do Programa Saúde da Família, Equipe Bonfim, em Medina. **Método:** Foram analisados 2.925 prontuários médicos, em julho de 2004, das pessoas cadas-

*Especialista em Pediatria, Especialista em Saúde da Família, Médica Generalista do Programa Saúde da Família.

Endereço para contato: Doris Pedrosa de Carvalho
Rua Bernardo Guimarães, 1151/502 – Funcionários
Belo Horizonte – Minas Gerais
CEP : 30140-081
Tel: (31)3201-4840
E-mail: dopedrosa@yahoo.com.br

tradas na equipe nesta data, que haviam recebido consulta médica ou de enfermagem até então. **Resultados:** De 2.925 pessoas atendidas, apenas 1.380 haviam realizado exame parasitológico de fezes que, no município, é feito pelo método de Hoffman-Pons-Janer, em apenas uma amostra de fezes, sem soluções conservantes. Destes, foram encontrados 248 exames positivos para esquistossomose mansoni, com prevalência de 17,97%. **Conclusão:** A prevalência da esquistossomose mansoni na região estudada é consideravelmente alta, quando comparada com a média brasileira, de 10,1%.

Palavras-chave: Esquistossomose mansoni/ epidemiologia; Brasil; Programa de Saúde da Família; Registros Médicos.

INTRODUÇÃO

A esquistossomose mansoni, parasitose endêmica nas Américas, originou-se na Antigüidade, nas bacias de dois rios muito importantes até os dias de hoje – o Nilo, na África, e o Yangtze, na Ásia. Desses pontos de origem, espalhou-se pelos demais continentes, à medida que os meios de transporte foram se desenvolvendo e permitindo a ocorrência de grandes fluxos migratórios¹. Surgiu no Brasil provavelmente associada ao tráfico de escravos, sendo encontrada numa faixa contínua que se estende do Rio Grande do Norte até Minas Gerais, em zonas do agreste nordestino, no Rio de Janeiro, em São Paulo, no Paraná, com focos isolados no Pará, Maranhão, Piauí, Goiás, Espírito Santo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Trata-se de uma endemia em franca expansão: aproximadamente doze milhões de brasileiros são portadores da parasitose dos quais pelo menos seis milhões são crianças². É, atualmente, uma das parasitoses mais difundidas, dentre as que acometem o homem³ e, em vista da sua prevalência, e da morbidade que causa, está entre os mais importantes problemas de saúde pública de áreas tropicais e subtropicais^{4,5}, ficando atrás apenas da malária⁶.

A epidemiologia da esquistossomose, em suas linhas gerais, é bem conhecida. Ela não é necessariamente uniforme dentro de um país endêmico e é quase impossível de ser comparada entre países. É tarefa difícil propor parâmetros para avaliar o grau de endemicidade da esquistossomose mansoni, devido a seu caráter focal e sua ampla diversidade.

Hoje, no Brasil, a distribuição da esquistossomose não é muito diferente da constatada há 20 anos. As áreas de média e alta endemicidade constituem uma região contínua, predominando no litoral nordestino, do Ceará até a Bahia, e em Minas Gerais⁷. O primeiro inquérito nacional de prevalência da esquistossomose no país foi realizado pela Divisão de Organização Sanitária e publicado por Pellon e Teixeira, em 1950. Esse levantamento foi realizado em escolares de sete a 14 anos de idade, em 11 estados brasileiros, através do exame parasitológico de fezes pela técnica de sedimentação em água. Foram realizados 440.786 exames, obtendo-se prevalência média de 10,1% no Brasil⁸. Ainda hoje, com as devidas ressalvas, poderíamos considerar regiões de média e alta endemicidade aquelas com prevalência superior a 10%, com mais de 120 ovos por grama de fezes e presença de indivíduos com quadro clí-

nico da esquistossomose; área de baixa endemicidade seria aquela com prevalência inferior a 10%, com a maioria dos infectados assintomáticos e eliminando menos de 96 ovos por grama de fezes (Katz, 1986;WHO, 1985)⁷.

Dentro do país, conhecemos a prevalência de alguns lugares: Minas Gerais, 17,4%⁹, Alagoas, 31,20%¹⁰, Sergipe, 31,7%⁸, Jaboticatubas/MG, 15,43%², Santa Luzia/MG, 11,0%¹¹, Padre Paraíso/MG, 63,1%¹², Sapeaçu/BA, 38,9%³, Planalto/BA, 3,26%¹³.

Além da emigração, as condições ambientais também favorecem a propagação da doença. Comumente, os caramujos são encontrados em pequenas coleções de água doce, naturais (córregos, riachos, lagoas, pântanos etc.) ou artificiais (valetas para irrigação, pequenos açudes etc.), recobertas por abundante vegetação – necessária para o fornecimento da alimentação e indispensável à proteção dos ovos que serão depositados sob as folhagens aquáticas¹⁴.

Medina, localizada no Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, também é considerada endêmica, sendo que o molusco hospedeiro, pertencente à família Planorbidae e gênero Biomphalaria, é facilmente encontrado na maioria das coleções de água doce existentes, sejam artificiais ou naturais. A cidade possui 21.600 habitantes, segundo o último censo IBGE(2000) e distancia-se 660 km de Belo Horizonte¹⁵. Está localizada na Bacia do Rio Jequitinhonha e seus principais rios, Ribeirão São Pedro e Córrego Tomé¹⁵, atravessam a cidade e são reservatórios dos moluscos hospedeiros.

O trabalho foi realizado na unidade de atendimento da equipe do Programa Saúde da Família Bonfim, que atende os bairros Bonfim, Santo Antônio, Beira Rio e Saudade, com cerca de 4.000 pessoas cadastradas.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram utilizados dados secundários, sendo avaliados, em julho de 2004, 2.925 prontuários médicos arquivados na unidade de atendimento. Esses prontuários pertenciam a pacientes que, cadastrados no Programa Saúde da Família, receberam consulta médica ou de enfermagem.

Consideraram-se para a pesquisa os 1.380 prontuários que continham registro de resultados de exames parasitológicos de fezes, sabidamente realizados no município pelo método Hoffman-Pons-Janer, excelente método qualitativo de diagnóstico, que não permite, porém, a quantificação da intensidade da infecção mediante a contagem dos ovos encontrados numa determinada quantidade de fezes.

Os exames foram realizados com aproximadamente 20 horas de sedimentação, utilizando-se apenas uma amostra de fezes, sem uso de soluções conservantes. Calculou-se o coeficiente de prevalência, comparando-se o resultado com outras pesquisas realizadas no Brasil.

RESULTADOS

Dos 2.925 prontuários médicos analisados, em apenas 1.380, havia registro do resultado do exame parasitológico de fezes. Encontraram-se 248 exames positivos para esquistossomose mansoni. Calculou-se o coeficiente de prevalência, considerando números de casos conhecidos – 248 e população – 1.380, o que resultou em um coeficiente de prevalência de 17,97%.

Outros parasitas intestinais encontrados foram: *Ascaris lumbricoides*, em 447 exames (32,39%); *Entamoeba histolytica*, em 717 exames (51,95%); *Giardia lamblia*, em 262 exames (18,98%). Considerando-se a média brasileira de prevalência de esquistossomose de 10,1%⁷ para se fazer a análise, concluiu-se ser alta a prevalência da parasitose no município.

DISCUSSÃO

Apesar da dificuldade de se proporem parâmetros para avaliar a endemicidade da esquistossomose mansoni⁷, comparando-se o resultado obtido com a prevalência média brasileira da parasitose de 10,1%, a prevalência neste estudo mostrou-se alta (17,97%), confirmando que ela é importante problema de saúde pública no município.

Medina, às beiras do Ribeirão São Pedro, Córrego Tomé e seus afluentes, oferece contágio freqüente pela parasitose aos habitantes, uma vez que os caramujos hospedeiros encontram hábitat ideal para sua sobrevivência e proliferação nesses rios. Associa-se a isso a falta de informação da população com relação às formas de contágio e seu baixo nível socioeconômico, o que favorece a utilização das fontes naturais e artificiais de água.

O controle da parasitose é complexo, e deve envolver tratamento do homem contaminado, utilização de fossas ou esgotos sanitários por toda a população, disponibilidade de sistemas de abastecimento de água, uso de moluscicidas para diminuir a densidade planorbídea e educação abrangente da população, colocando-a como co-responsável no combate à endemia.

SUMMARY

Introduction: Medina, a small town located in the Vale do Jequitinhonha, is a region of high prevalence of schistosomiasis mansoni. **Objective:** This study wants to know the prevalence of this parasitosis in a region covered by the Family Health Program, Bonfim team, in Medina. **Method:** was analysed 2,925 medical records from registered people in the Family Health Program in July 2004, who received medical or nurse's care, in a health unit. **Results:** from these 2,925 assisted people, only 1,380 had undergone a feces parasitic examination which, in the city, is accom-

plished by Hoffman-Pons-Janer technique with only one feces sample, without any conservative solutions. From all of them, 248 positives results were found to the schistosomiasis mansoni, which corresponded at a prevalence rate of 17,97%. **Conclusion:** the prevalence of the schistosomiasis mansoni in this region studied is higher when compared with the Brazilian average of 10.1%.

Key-words: Schistosomiasis mansoni/ epidemiology; Brazil. Family Health Program; Medical Records

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. Controle da esquistossomose – diretrizes técnicas. 2a ed. Belo horizonte, 1998.
2. Cury GC et al. Prevalência da esquistossomose mansoni e de parasitoses intestinais em escolas da área rural do Município de Jaboticatubas. 1992-1993, MG.
3. André SB. aspectos socioculturais da esquistossomose mansoni no município de Sapeaçu, Bahia [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1982.
4. Wyngaarden JB et al. Tratado de medicina interna. 19.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1993. v. 2, cap 434, p. 2044-9.
5. Ramzi S et al. Patologia estrutural e funcional. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. Cap.7, p. 350-2.
6. Kaiser, J et al. Polyparasitism with schistosoma mansoni, geohelminths and intestinal protozoa in rural cote d'ivoire. J Parasitol Am Soc Parasitol 2002; 88 (3): 461-6.
7. Dias LCS et al. Epidemiologia da esquistossomose mansônica em áreas de baixa endemicidade. Cad Saúde Pública 1994; 10 (supl 2): 254-60.
8. Katz N, Peixoto SV. Análise crítica da estimativa do número de portadores da Esquistossomose Mansoni. Rev Soc Bras Med Trop 2000 maio./jun.; 33 (3): 303-8.
9. Marques AC. O controle das grandes endemias em 1984. Rev Bras Malariol Doen Trop 1985; 37: 77-92.
10. Virgetti JG, Lima DR. Prevalência da Esquistossomose Mansônica em Alagoas. In: Simpósio alagoano de hipertensão portal e Esquistossomose Mansônica. Alagoas: Universidade Federal de Alagoas; 1987.
11. Schall VT et al. Educação em saúde em escolas públicas de 1º grau da periferia de belo horizonte, mg, brasil. I – avaliação de um programa relativo à esquistossomose. Rev Inst. Méd Trop São Paulo 1993; 35 (6): 353-72.
12. Prata AR et al. Aspectos peculiares da infecção por S. Mansoni. Universidade Federal da Bahia, Centro de Estudos de Doenças Regionais de Salvador. Salvador: Centro Editorial Didático da UFBA; 1984.
13. Silva TMC, Andrade ZA. infecção natural de roedores silvestres pelo Schistosoma Mansoni. Mem Inst Oswaldo Cruz 1989 abr./jun.; 84 (2):227-35.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Esquistossomose Mansoni guia texto. 3a ed. Belo Horizonte; 1999.
15. Souza JC. Medina. Parte de suas histórias, causos e curiosidades. Vespasiano: Farigráfico; 2001.