
Avaliação dos casos autóctones de esquistossomose notificados ao Grupo de Vigilância Epidemiológica de Taubaté (GVE XXXIII), entre 2006 a 2010

Sabrina Gomes QUEIROZ*, Maria Cristina Andraus GARCIA¹, Maria Ângela B. D. Villela SANTOS¹, Carmen Luiza M. P. GUIARD¹, Divani Maria CAPUANO²

*Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), Núcleo de Ciências Biomédicas, Centro de Laboratório Regional de Taubaté, Instituto Adolfo Lutz

¹Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE XXXIII) de Taubaté

³Núcleo de Ciências Biomédicas, Centro de Laboratório Regional de Taubaté, Instituto Adolfo Lutz

A esquistossomose mansônica (EM) ainda representa um grave problema de saúde pública no Brasil. No Estado de São Paulo, a EM é uma doença de notificação compulsória, com maior número de casos notificados nas regiões da Grande São Paulo, Campinas, Vale do Ribeira, litoral sul, litoral norte e Vale do Paraíba¹.

O Vale do Paraíba caracteriza-se como uma área antiga de transmissão de EM, onde provavelmente a doença foi introduzida no século XIX, com a vinda de escravos para trabalhar na cultura cafeeira e, posteriormente, na década de 1950 pela migração nordestina para a construção da rodovia Presidente Dutra². Os primeiros focos foram descritos em 1956, em Pindamonhangaba. Posteriormente, houve a descoberta sucessiva de novos focos na região, com a confirmação da capacidade transmissora de *Biomphalaria tenagophila*, espécie encontrada principalmente nas áreas de plantações de arroz nas várzeas do rio Paraíba do Sul³. Nas últimas décadas, à semelhança de outras regiões do Estado de São Paulo, o padrão epidemiológico da EM no Vale

do Paraíba vem sofrendo modificações, com a urbanização da doença¹. Estudos recentes conduzidos em diferentes municípios do Vale do Paraíba, com história de EM no passado, sugerem que a doença esteja sob controle, com evidente queda nos casos notificados^{4,5}.

O objetivo deste estudo foi avaliar os casos autóctones de EM notificados ao Grupo de Vigilância Epidemiológica de Taubaté (GVE XXXIII), entre 2006 e 2010, contribuindo para o direcionamento de ações de prevenção e controle. Os dados foram coletados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do GVE XXXIII e das Fichas de Investigação de Esquistossomose. Considera-se caso autóctone quando o indivíduo adquiriu a doença na região de sua residência. A ocorrência de pelo menos um caso autóctone de EM deve desencadear ações de investigação epidemiológica e ambientais pelos órgãos de vigilância e Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN).

No período de estudo, dos 27 municípios que compõe o GVE XXXIII, 12 (44%) notificaram 85 casos de EM, sendo 33 (39%) autóctones, 42 (49%)

importados, 3 (4%) indeterminados e 7 (8%) sem informação quanto a classificação epidemiológica. A Tabela 1 demonstra a distribuição dos casos de EM por município, segundo o ano de notificação e a classificação epidemiológica. O município com maior autoctonia foi Pindamonhangaba, com 46% dos casos, seguido por: Taubaté, com 15%; Tremembé, com 12%; Piquete e Roseira, ambos com 9%; Bananal, com 6%; e Aparecida, com 3%. Nos dois últimos anos do período de estudo, apesar do declínio de casos notificados, houve uma elevação na autoctonia, atingindo um percentual de 50% em 2010.

Quanto ao local de residência dos indivíduos, 88% residiam na zona urbana e 12%, na rural. Em 97% dos casos, o local provável de infecção (LPI) foi no município de residência do indivíduo e, em apenas 3%, em outro município da região. Entre os LPI identificados com maior frequência, estão a fazenda Mombaça (em 9% dos casos) e os bairros da água Preta e do Bonsucesso (ambos em 6% dos casos), localizados em Pindamonhangaba, margeando os rios Piracuama e Paraíba do Sul. Ainda em Tremembé, está a fazenda Kanegae, que faz limite com o rio Paraíba do Sul, com 6% dos casos.

A forma de transmissão, ou seja, de contato com a coleção hídrica relatada pelos pacientes, esteve relacionada principalmente ao lazer (pesca e recreação), em 67% dos casos, e a atividades ocupacionais como a rizicultura e a limpeza de várzeas de rios, em 24% dos casos. Em 9% dos casos, não havia registro dessa informação na ficha de investigação.

Na Figura 1, visualiza-se a distribuição dos casos autóctones de EM segundo o sexo e a faixa etária. Indivíduos do sexo masculino foram os mais acometidos, com 21 (64%) casos, e a faixa etária mais atingida foi a de 30 a 39 anos (42%). Ressalta-se a ocorrência de EM em crianças com até 14 anos de idade, com uma frequência de 15%. Esses casos, representados por duas crianças do sexo feminino e três do masculino, foram registrados em todos os

anos do período de estudo, nos municípios de Piquete, Bananal, Aparecida, Taubaté e Tremembé.

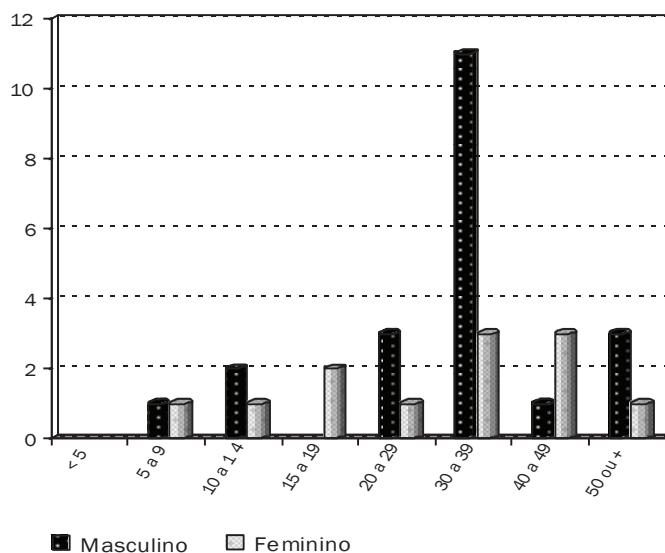


Figura 1. Distribuição de casos autóctones de EM de acordo com o sexo e a faixa etária. GVE XXXIII, 2006 a 2010

Entre as formas clínicas apresentadas pelos pacientes (Figura 2), além da intestinal (em 79% dos casos), observa-se a ocorrência de um caso de neuroesquistossomose, diagnosticado em 2010, em uma criança do sexo feminino com oito anos de idade, residente em Taubaté. Os casos não informados (18%) podem estar relacionados a casos assintomáticos, cujo campo para preenchimento não é disponível na ficha de investigação do SINAN.

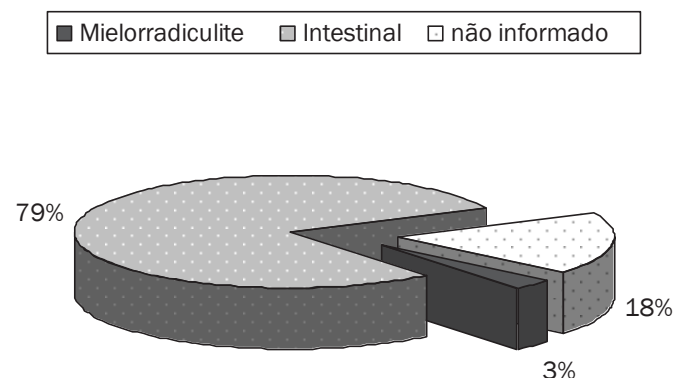


Figura 2. Distribuição de casos autóctones de EM segundo a forma clínica identificada. GVE XXXIII, 2006 a 2010

Embora 88% dos pacientes tenham recebido tratamento quimioterápico, o resultado da análise de verificação de cura constava em apenas 52% das fichas epidemiológicas. Dos quatro (8%) indivíduos não tratados, um foi por recusa e três por contraindicação. Todos os casos diagnosticados de EM devem receber tratamento terapêutico, exceto os que apresentarem contraindicações específicas, e o exame de verificação de cura deve ser realizado somente no quarto mês após o tratamento¹. Tanto o tratamento dos casos quanto a verificação de cura são informações importantes que devem ser preenchidas na ficha de investigação, pois representam ações efetivas para a interrupção da cadeia de transmissão da EM. Quanto à evolução clínica do paciente, 19 (58%) deles atingiram a cura, mas, no restante dos casos, esse dado encontrava-se em branco ou ignorado nas fichas de investigação.

A epidemiologia da EM é dinâmica e depende da interação de vários fatores, que contribuem para a ocorrência da mesma em uma localidade. Nesse sentido, a realização de estudos epidemiológicos periódicos são úteis para identificar fatores de risco, estabelecer a dinâmica de transmissão e o planejamento de ações concretas que possam propiciar a eliminação de autoctonia. Portanto, é necessária maior sensibilização e capacitação das equipes municipais de vigilância do GVE XXXIII, visando sanar as deficiências no preenchimento das fichas de investigação epidemiológica, bem como melhorar

o acompanhamento do tratamento e da observação da cura dos pacientes. A ocorrência recente de EM entre crianças necessita uma investigação criteriosa, pois pode indicar a existência de focos ativos de transmissão de EM e a necessidade de ações dirigidas à população infantil desses municípios. As equipes médicas devem estar atentas para identificar casos de neuroesquistossomose (mielorradiculopatia esquistossomótica), pois o diagnóstico e a terapêutica precoces previnem a evolução para quadros incapacitantes e óbitos.

REFERÊNCIAS

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE). Divisão de Doenças de Transmissão Hídrica e Alimentar. Manual de Vigilância e Controle da Esquistossomose. Normas e Instruções. São Paulo; 2007.
2. Corrêa RR, Coda D, Oliveira VA. Um foco autóctone de esquistossomose no Vale do Paraíba. *Fol Clín Biol.* 1956;26:85-90.
3. Ramos AS, Piza JT, Pinto GH, Tion T, Fleury GC, Morais LV, et al. Focos ativos de esquistossomose mansoni no Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Públ, São Paulo.* 1969,3:59-65.
4. Roque RMB. Contribuição ao estudo de indicadores sócio-ambientais para o controle da esquistossomose nos municípios de Aparecida e Roseira, SP, Brasil. [dissertação de mestrado em ciências ambientais]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2006
5. Capuano DM, Silva ABA, César MGS, Marson FG, Kanamura HY. Aspectos soropidemiológicos da esquistossomose no município de Pindamonhangaba, SP, Brasil. In: VIII Encontro do Instituto Adolfo Lutz. São Paulo, 2009. CD-ROM.

Tabela 1. Distribuição dos casos de EM por município, segundo o ano de notificação e a classificação epidemiológica. GVE XXXIII, 2006 a 2010

Casos Notificados	2006 n=18		2007 n=23			2008 n=21				2009 n=15			2010 n=08			Total
	A	IP	A	IP	NI	A	IP	ID	NI	A	IP	NI	A	IP	ID	
Município	A	IP	A	IP	NI	A	IP	ID	NI	A	IP	NI	A	IP	ID	
Aparecida	-	-	-	01	-	-	-	-	-	01	-	01	-	-	01	04
Bananal	-	-	01	-	-	01	-	01	-	-	-	01	-	-	-	04
Cachoeira Paulista	-	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
Campos do Jordão	-	-	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01	-	03
Guaratinguetá	-	-	-	-	01	-	01	-	-	-	-	-	-	-	-	02
Lorena	-	01	-	02	-	-	-	-	01	-	02	-	-	-	-	06
Pindamonhangaba	06	05	04	03	-	01	01	-	-	03	01	-	01	-	-	25
Piquete	-	-	01	-	-	02	-	01	01	-	-	-	-	-	-	05
Potim	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01	-	-	01	-	02
Roseira	-	-	-	-	-	01	-	-	-	02	-	-	-	01	-	04
Taubaté	-	05	-	05	-	02	06	-	-	-	01	-	03	-	-	22
Tremembé	01	-	02	-	01	01	01	-	-	-	01	-	-	-	-	07
Total	07	11	08	12	03	08	09	02	02	06	07	02	04	03	01	85

A: autóctone; IP: importado; ID: indeterminado; NI: não informado.