

FOCO AUTÓCTONE DE ESQUISTOSSOMOSE EM FORTALEZA (*)

* Iracema Luiza de Paiva Gomes
** Maria Zélia Rouqueyrd
** Fátima Maria Fernandes Veras
*** Edvaldo Eloy Guedes

A partir da notificação de um caso de S. Mansoni em criança internada no Hospital São José e procedente do Parque Santo Amaro (Bom Jardim — Fortaleza), a SUCAM, alertada pela equipe de pesquisa do NAMI — CCS, e com a colaboração desta, realizou naquele bairro, inquérito epidemiológico, que possibilitou a detecção de um foco autoctone de esquistossomose.

São discutidos aspectos diversos sobre as precárias condições de saneamento do bairro. Migração e pobreza, em geral, foram fatores decisivos na implantação de um foco com tão elevada proporção de casos autoctones.

A diseased from Parque Santo Amaro — Fortaleza, diagnosed S. mansoni by stool examination in Hospital São José, was the index case of a schistosomiasis autochthonous focus in that area.

SUCAM, together with the research team of NAMI — CCS, carried out a survey in 5072 people of Parque St. Amaro. It was found 314(6%,3%) persons with stool examination positive for Schistosoma mansoni and among them 71 children under 9 years of age(22,6%) who were born and still live in Fortaleza.

Poverty, migration and bad sanitary conditions are pointed as the most important causes for the origin.

INTRODUÇÃO

No Município de Fortaleza até então não fora registrado nenhum caso autóctone de esquistossomose. Devido à especulação imobiliária e industrialização, que provocou uma supervalorização dos terrenos em Fortaleza, as camadas mais carentes da população foram obrigadas a procurar a periferia da cidade, quase sempre sem urbanização e sem saneamento básico. A migração foi outro fator importante como componente essencial no povoamento desordenado da periferia da cidade. Estes fatores, aliados à miséria, desinformação, falta de instrução das camadas populacionais desprivilegiadas, desemprego, habitação inadequada e falta de saneamento básico, fizeram com que se criassem condições estruturais (agente, hospedeiro, ambiente) para a instalação da esquistossomose autóctone na periferia de Fortaleza.

Em maio de 1985, a partir de um caso de esquistossomose em criança internada no Hospital São José, foi efetuada pela equipe de pesquisa do CCS - UNIFOR, investigação epidemiológica no Parque Santo Amaro (Bom Jardim). Desta investigação inicial resultou um inquérito epidemiológico, realizado pela SUCAM e pela referida equipe, naquele bairro, com os seguintes objetivos:

- detectar presença de *Biomphalaria straminea*;
- determinar a prevalência de *Schistosoma mansoni*;
- esclarecer a população sobre aspectos do ciclo de transmissão da esquistossomose;
- tratar os doentes e efetuar medidas de controle através da SUCAM, com ajuda comunitária.

METODOLOGIA

O Parque Santo Amaro tem uma população aproximada de 5.744 habitantes e 1521 residências. É uma área situada na orla do rio Siqueira e cortada pelos riachos Urucutuba e Tatumendé. Por ocasião da enchente iniciada em 1984, por falta de drenagem e de saneamento, criaram-se condições ideais para a instalação, ali, de numerosas coleções dulciaquícolas e conseqüente proliferação de planorbídeos, especialmente da espécie *Biomphalaria straminea*. Esta constatação foi feita em visita preliminar ao local. Juntamente com a SUCAM foram efetuadas coletas sistemáticas de caramujos em todos os córregos e águas empoçadas naquele bairro. Além disto foram efetuadas visitas domiciliares, casa a casa, para entrevista e coleta de fezes de todas as pessoas das residências visitadas. O inquérito epidemiológico foi feito por censo e a cada pessoa correspondia uma ficha epidemiológica tipo PECE (Programa Especial de Controle da Esquistossomose - SUCAM).

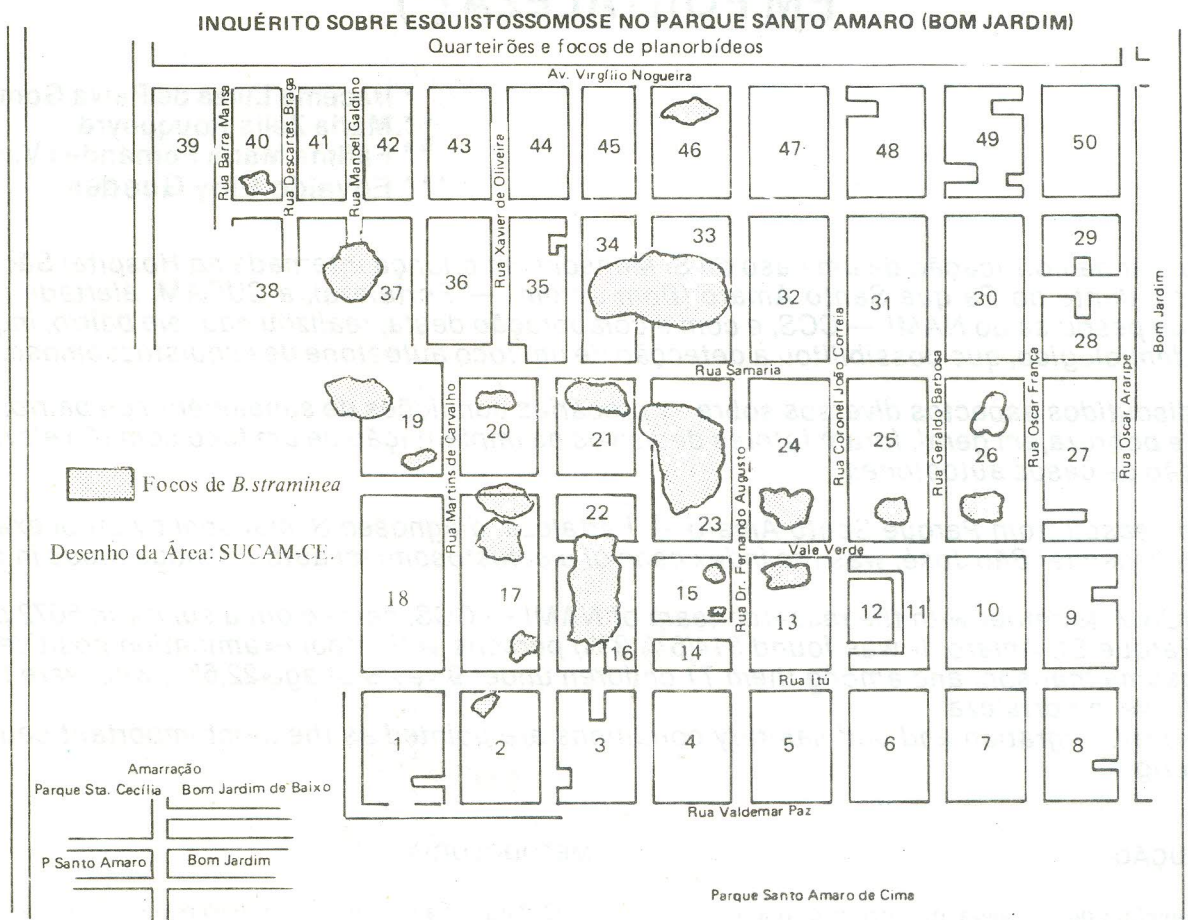
Das 5.744 pessoas foram examinadas 5072. Os restantes 672 indivíduos não foram avaliados: os ausentes, os menores de 1 ano, e os que não quiseram participar. As lâminas, preparadas pelo método de Kato, foram examinadas em grande parte na SUCAM e algumas no Núcleo de Pesquisas do NAMI-CCS-UNIFOR. Os planorbídeos, todos *B. straminea*, num total de 1188, foram identificados pela equipe de pesquisa do NAMI-CCS, segundo coleta realizada pela SUCAM, através de amostragem, nos riachos 1 e 10 e nos lagos 2, 3, 4, 6 e 8 daquela área (Mapa 1).

* Trabalho realizado com o apoio da SUCAM e do CNPq.

** Docentes do CCS - UNIFOR.

***Médico Sanitarista da SUCAM.

MAPA 1



RESULTADOS

Das 5072 pessoas examinadas 314(6,2%) apresentaram coproscopias positivas para *Schistosoma mansoni* (Tabela 1). Nesta tabela verifica-se que os portadores de esquistossomose são, na maior parte, do sexo masculino e na faixa de idade de 10 a 19 anos; devido ao maior contato destes com as águas contaminadas por cercárias expelidas por caramujos *Biomphalaria straminea*, hospedeiro intermediário intercalado de *S. mansoni*. Além do mecanismo usual de transmissão pelo banho em águas contaminadas — por necessidade e lazer — outras atividades propiciaram a infecção: pesca, lavagem de roupa, plantio de hortaliças etc.

Na tabela 2 estão distribuídos os casos de outras helmintos: *Ascaris lumbricoides* — 63,9%; *T. trichiurus* — 50,8%; *Ancilostomidae* — 16,9%.

Na tabela 3 verifica-se que apenas 32,8% das residências visitadas dispõem de água do serviço público, sendo comum, portanto, o uso de água de poços rasos e água de superfície (riachos e poças peridomiciliares). 52,8% dispõem de privada sem esgoto, com fossa negra e 47,2% usam a superfície do solo para disposição de fezes.

Na tabela 4 estão relacionados os principais focos de esquistossomose do Ceará, no período de 1934 a 1977, na qual verifica-se que os maiores índices são encontrados nas zonas rurais de Redenção, Pacoti, Pentecoste, Aracoiaba, Guaramiranga, Aratuba, Baturité, Quixadá e Palmácia.

TABELA 1

Percentual de *S. Mansoni* em 5072 coproscopias realizadas em inquérito epidemiológico do Parque Santo Amaro, Fortaleza - 1985.

F. Etária	TOTAL		MASCULINO		FEMININO	
	Pop.	S. mansoni n° %	Pop.	S. mansoni n° %	Pop.	S. mansoni n° %
0 - 4	762	08 1,0	390	03 0,8	372	05 1,3
5 - 9	843	63 7,5	449	42 9,3	394	21 5,3
10 - 14	774	134 17,3	394	100 25,3	380	34 8,9
15 - 19	441	42 7,2	215	36 16,7	226	06 2,6
20 - 24	428	19 4,4	187	12 6,4	241	07 2,9
25 - 29	385	20 5,1	175	15 8,5	210	05 2,3
30 - 34	376	09 2,3	193	07 3,6	183	02 1,0
35 - 39	268	08 2,9	121	06 4,9	147	02 1,3
40 - 44	199	04 2,0	96	03 3,1	103	01 0,9
45 - 49	186	03 1,6	80	02 2,5	106	01 0,9
50 - 54	121	02 1,6	61	01 1,6	60	01 1,0
55 - 59	89	00 0,0	41	00 0,0	48	00 0,0
60 - 64	80	00 0,0	36	00 0,0	44	00 0,0
65 - 69	42	01 2,3	20	00 0,0	22	01 4,5
70 e +	78	01 1,2	37	01 2,7	41	00 0,0
TOTAL	5072	314 6,2	2495	228 8,7	2577	86 3,3

TABELA 2

Percentual de helmintos em 5072 coproscopias realizadas na população do Parque Santo Amaro, Fortaleza - 1985.

PARASITO	Nº	%
<i>A. lumbricoides</i>	3245	63,9
<i>T. trichiurus</i>	2579	50,8
<i>Ancilostomidae</i>	858	16,9
<i>S. mansoni</i>	314	6,3
<i>H. nana</i>	43	0,84
<i>E. vermicularis</i>	22	0,43
<i>Taenia sp</i>	17	0,33

TABELA 3

Saneamento básico nas residências do Parque Santo Amaro 1985 (*)

Condições de saneamento	Nº	%
Com tanque	152	10,0
Ligada à rede d'água	499	32,8
Com privada	804	52,8
Com banheiro	1.111	73,0
TOTAL	1.521	-

(*) Dados da SUCAM - CE.

TABELA 4

Focos de esquistossomose mais importantes no Ceará, 1934 - 1977

MUNICÍPIOS OU ÁREA	PRINCIPAIS ÍNDICES DE INFECÇÃO						
	1	2	3	4	5	6	7
Aracoiaba			0,6				32,1
Baturité (Vale de Candeia)					8,7		
Aratuba							21,7
Acarape			2,2				
Baturité	2,25		0,2				47,4
Brejo Santo	3,00						
Guaramiranga					0,7		20,4
Juazeiro do Norte	5,21		4,2				
Maranguape						3,1	3,3
Mulunga						2,3	
Pacatuba			1,0				43,9
Pacoti	11,7		31,4				33,1
Pentecoste						4,4	
Palmácia						13,8	
Quixadá			7,7	14,5			8,4
Redenção	12,2		62,2				6,0

1. Davis, 1934 e Pará, 1946
2. Alencar, 1940 e 1947
3. Pellon e Teixeira, 1947
4. Holanda, 1964
5. Rouquayrol e Figueiredo, 1968
6. DNERu e SUCAM até 1977
7. Mendes (in Conceição, M. S., 1976)

DISCUSSÃO

A esquistossomose mansônica, endêmica na região do Nordeste do Brasil, é doença debilitante, com manifestações intestinais, fibrose hepática e hipertensão portal. É importante reconhecer o impacto econômico produzido por esta doença crônica e insidiosa que, se não tratada, leva o indivíduo à morte precoce. Suas principais vítimas são crianças que, no lazer, infectam-se e que na fase adulta serão um peso morto para a comunidade.

Além disto, na zona rural é comum o mecanismo de transmissão através de atividades laborativas no cultivo da cana de açúcar, arrozais, e outras atividades agrícolas, especialmente nas culturas irrigadas e nos focos peridomiciliares.

ROUQUAYROL⁽⁵⁾ em 1964 demonstra que o incremento da irrigação, aliado às migrações internas e externas, tem maximizado o problema da esquistossomose no Ceará, a níveis preocupantes.

Em 1978, ALENCAR e colaboradores⁽²⁾ descrevem os movimentos migratórios e os índices de esquistossomose em vários municípios do Ceará, constatando-se ser aquela verminose uma endemia predominantemente rural.

Outros trabalhos desenvolvidos no passado e atualmente^(1 3 4 5 6 7) apresentam suporte significativo sobre a crescente importância que a esquistossomose vem representando como problema de saúde pública no Ceará.

Em Fortaleza nunca fora mencionada, anteriormente, a esquistossomose como problema de saúde coletiva. O que está ocorrendo, atualmente, é o empobrecimento progressivo que faz com que a periferia das grandes cidades sirva de suporte à instalação das endemias ditas rurais, como por exemplo, a esquistossomose e a leptospirose, além de outras doenças infecciosas já existentes.

Encontramos, no Parque Santo Amaro (Bom Jardim) 71 crianças menores de 9 anos (inclusive 8 menores de quatro anos) com esquistossomose. Este fato, corroborando os dados de procedência das pessoas, significa a *existência de foco autóctone em Fortaleza, isto é, originado no próprio município em pessoas que nunca estiveram anteriormente em área endêmica*. Este é um problema que necessita ajuda do governo, com apoio comunitário, a fim de que medidas de controle sejam efetivadas: água, esgoto, drenagem dos terrenos, habitação, enfim, condições dignas de vida.

Nesta primeira abordagem foram efetuadas, junto à comunidade, algumas medidas imediatas: reuniões, instrução às crianças escolares sobre o ciclo de transmissão (Figura 1) tratamento com oxaminiquine (mansil) das pessoas doentes, efetuado pela SUCAM, além de reuniões com a FSESP para explanação técnica sobre fossas, poços e drenagem.

Com o objetivo de dar continuidade ao projeto de controle da esquistossomose urbana, em outros bairros de Fortaleza, foram incluídos — sob a coordenação da SUCAM — outros órgãos, num esquema de integração interinstitucional (Secretaria Municipal e Estadual de Saúde, FSESP, INAMPS, CAGECE, Funcisce, UNIFOR, UECE, UFC).

