



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA-SEAD
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE

ESTUDO DA OCORRÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM
CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE BREJO SANTO-CE.

CICERA CIVÂNDINA NEVES INÁCIO

CAMPINA GRANDE – PB

2012

CICERA CIVÂNDINA NEVES INÁCIO

**ESTUDO DA OCORRÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM
CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE BREJO SANTO-CE.**

Monografia apresentada a Coordenação do Curso de Especialização Gestão em Saúde da Universidade Estadual da Paraíba. Secretária de Educação a Distância – SEAD como requisito para obtenção do título de Especialista Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Ma. CINTHYA MARIA PEREIRA DE SOUZA

CAMPINA GRANDE – PB

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

I35e Inácio, Cícera Civândia Neves.

Estudo da ocorrência de leishmaniose visceral em crianças no município de Brejo Santo-CE. [manuscrito] / Cícera Civândia Neves Inácio. - 2012.

35 p. : il. colorido.

Digitado.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Biológicas e Sociais Aplicadas, 2019.

"Orientação : Profa. Dra. Cinthya Maria Pereira de
Souza, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação
à Distância."

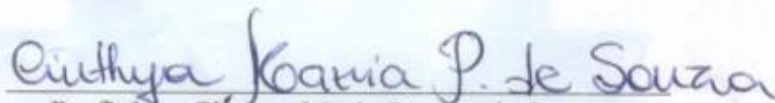
1. Leishmaniose Visceral. 2. Notificações de

CICERA CIVÂNDINA NEVES INÁCIO

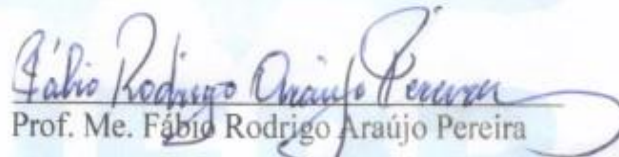
**ESTUDO DA OCORRÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM CRIANÇAS NO
MUNICÍPIO DE BREJO SANTO-CE.**

Monografia de conclusão de curso de especialização Gestão em Saúde aprovado em: 23 de
maio de 2012.

BANCA EXAMINADORA


Prof.ª. Ma. Cinthya Maria Pereira de Souza

Orientadora- EAD/UEPB


Prof. Me. Fábio Rodrigo Araújo Pereira

Departamento de Enfermagem/ Faculdade Maurício de Nassau


Prof. Dr. Asdrúbal Nóbrega Montenegro Neto

Departamento de Biologia/ UEPB

Prof. Dr. Asdrubal Nóbrega Montenegro Neto

Dedico este trabalho a todas as crianças e ao Pai Supremo

AGRADECIMENTOS

A Deus por me surpreender com suas bênçãos na minha vida.

Aos meus pais Joaquim e Erenite por serem meu porto seguro

Ao meu esposo João Miguel e meu filho Júlio Joaquim por dar-me forças e estímulos nos momentos difíceis e há pelo que viver e acreditar.

A minha amiga-irmã Nadilma que apesar da distância quando nos reencontramos a amizade é a mesma e sempre ponto de apoio.

***In memoriam* da minha sobrinha Maria Caroline que uniu nossa família ainda mais no pouco tempo que passou conosco.**

Ao meu irmão Cícero, cunhada Marly e a sobrinha Gabrielly, pelo apoio e companheirismo.

A orientadora Prof^a Ma. Cinthya Maria Pereira de Sousa, por transmitir tranquilidade nos meus momentos de angústia.

Aos membros da Secretaria de Saúde de Brejo Santo por favorecer a realização da busca de dados.

A UEPB e ao curso de especialização por esta oportunidade na pós-graduação.

Aos professores Fábio Rodrigo Araújo Pereira e Astrubal Nobrega Montenegro Neto pela participação nesta banca examinadora.

LISTA DE FIGURAS

- **REVISÃO DE LITERATURA**

Figura 1- Focos e Transmissores da Leishmaniose.....	14
Figura 2 – Situação Epidemiológica da Leishmaniose Visceral no Mundo.....	16
Figura 3 – Mapa de estratificação de LV segundo município de residência e media de casos durante o período de 2006 a 2008.....	17

- **RESULTADOS**

Figura 1 – Distribuição percentual quanto aos números de casos por ano de criança que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral em Brejo Santo – CE.....	21
Figura 2 - Distribuição percentual quanto ao sexo das crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral.....	22
Figura 3 - Distribuição percentual quanto área de residência das crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral.....	23
Figura 4 - Distribuição percentual quanto aos sintomas apresentados pelas crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral.....	24
Figura 5 - Distribuição percentual quanto à medicação de escolha para o tratamento das crianças com Leishmaniose Visceral.....	25
Figura 6 - Distribuição percentual quanto ao teste laboratorial de confirmação das crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral.....	26

Figura 7 - Distribuição percentual quanto evolução de caso de confirmação das crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral.....27

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LV - Leishmaniose Visceral

LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana

LT – Leishmaniose Tegumentar

LC – Leishmaniose Cutânea

LM – Leishmaniose Mucosa

PCR – Reação em Cadeia da Polimerase

DNA – Ácido desoxirribonucleico

AIDS – Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida

Sinan – Sistema Nacional de Notificação

AMAI – Assistência Materno Infantil

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

CRES – Cédula Regional da Saúde

IBGE – Instituto de Geografia e Estatística

HIV – Vírus Imuno Deficiência Adquirida

CE – Ceará

RESUMO

INÁCIO. C. C. N. **Estudo da ocorrência de leishmaniose visceral em crianças no município de Brejo Santo - CE.** Campina Grande – PB, 2002. Trabalho Acadêmico Orientado. Universidade Estadual da Paraíba. Secretária de Educação a Distância – SEAD.

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma infecção crônica, não contagiosa, que atinge principalmente, as crianças menores de 10 anos, podendo ficar encubada por algum tempo e só depois desencadear os sintomas. Quando postergado o diagnóstico ocasiona agravamento da doença, chegando até ocorrer óbito. Neste sentido o presente estudo objetivou averiguar a ocorrência de Leishmaniose visceral em crianças do município de Brejo Santo-CE. Trata-se de um estudo transversal, através de pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de um formulário estruturado para obter dados das fichas de notificações dos casos de LV ocorridos em Brejo Santo-CE, no período de 2007 a 2011. Para análise dos dados será utilizado o software Microsoft® Office Excel 2010. Detectou-se 11 casos de LV em crianças, majoritariamente do gênero masculino. Foi observado que a grande maioria dos casos ocorreu na zona urbana, fato que sinaliza o processo de urbanização da doença. OS sintomas mais frequentes foram aqueles comumente relacionados com a patologia: febre, fraqueza, tosse, diarreia, edema palidez, aumento do baço e do fígado, icterícia, vômitos e dor abdominal. O principal exame para realização do diagnóstico foi o mielograma e o medicamento de primeira escolha para o tratamento da LV foi Antimonial Pentavalente (Glucantime®). Logo é importante a capacitação dos profissionais de saúde, a realização de um programa de educação em saúde sobre a patologia junto à população do município, bem como a implantação de medidas de combate aos vetores.

Palavras chaves: Leishmaniose Visceral, Notificação, Crianças.

ABSTRACT

INÁCIO. C. C. N. **Estudo da ocorrência de leishmaniose visceral em crianças no município de Brejo Santo - CE.** Campina Grande – PB, 2002. Trabalho Acadêmico Orientado. Universidade Estadual da Paraíba. Secretária de Educação a Distância – SEAD.

The Visceral Leishmaniasis (VL) is a chronic, non – contagious infection, which affects mainly children under 10 years and may be incubated for a while and then trigger the symptoms. When postponed the diagnosis leads to worsening of the disease, even death occur. In this sense the present study aimed to investigate the occurrence of Visceral Leishmaniasis in children of Brejo Santo – CE. This was a cross – sectional study through descriptive and exploratory research, quantitative approach. The data were collected by means of structured form to get data sheets notifications of cases of VL. Occurring in Brejo Santo - CE, during the period from 2007 to 2011. For analysis of the data we used the Microsoft® Office Excel 2010 software. It was noted in 2011 there have been more cases, more sex with VL, was the predominant male, in the countryside increased occurrence of the condition, the symptoms were more evident: fever, weakness, diarrhea, cough/pallor increased liver and spleen. The main test for the diagnosis of bone marrow was first choice drug for the treatment of VL. was. Antimonial Pentavalente (Glucantime ®). Given the above, it is worth noting the importance of training health professionals, conducting a program of health education on the disease among the population of the municipality as well as the implementation of measures against vectors.

Keywords: Visceral Leishmaniasis, Notifications, Infection.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	12
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 LEISHMANIOSES.....	13
3.1.1 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR.....	13
3.1.2 LEISHMANIOSE VISCERAL.....	14
3.2 DISSEMINAÇÃO DA LEISHMANIOSE VISCERAL.....	15
3.3 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DE LEISHMANIOSE VISCERAL.....	18
4 METODOLOGIA.....	19
4.1 TIPO DE PESQUISA.	19
4.2 POPULAÇÃO.....	19
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	19
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	20
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	20
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	20
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	20
5 RESULTADOS E DISCURSSÃO.....	21
6 CONCLUSÃO.....	29
7 REFERÊNCIAS.....	30
ANEXO.....	31
ANEXO A – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	32
APÊNDICES.....	33
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
APÊNDICE B- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA SECRETÁRIA DE SAÚDE.....	35

1 INTRODUÇÃO

A leishmaniose é um problema de saúde pública mundial e é considerada pela Organização Mundial da Saúde como uma das cinco doenças infecto - parasitárias endêmicas de maior relevância. As leishmanioses estão amplamente distribuídas nas Américas, estendendo-se desde o sul dos Estados Unidos até o norte da Argentina. (GUERRA et al, 2006).

As leishmanioses são caracterizadas como infecções crônicas, não contagiosas, causadas por diversas espécies de protozoários do gênero *Leishmania* (GUEDES et al 2008). O diagnóstico baseia-se no encontro do parasita em tecido de medula óssea, baço, fígado ou linfonodos. (QUEIROZ et al, 2004).

Os principais tipos de Leishmaniose são a visceral (LV) e a tegumentar (LTA). O agente etiológico da LV ou calazar é o protozoário *Leishmania chagasi* que é transmitido ao homem por meio da picada de flebotomíneos fêmeas da espécie *Lutzomyia longipalpis*. O protozoário provoca uma doença crônica e sistêmica com intenso parasitismo das células do sistema fagocítico mononuclear (WERNECK, 2010).

A LV é historicamente reconhecida como uma endemia rural, contudo, a partir de 1980 observa-se lentamente registros de urbanização da LV. A primeira grande epidemia urbana registrada no país ocorreu em Teresina, seguida de Natal e São Luís, disseminando posteriormente para outras regiões do país. Recentemente casos autóctones foram detectados pela primeira vez no Rio Grande do Sul (WERNECK, 2010).

A LV clássica acomete pessoas de todas as idades, mas na maior parte das áreas endêmicas 80% dos casos registrados ocorrem em crianças com menos de 10 anos de idade. A Região Nordeste concentra mais de 90% das notificações, com registros de casos em todas as suas unidades federadas (GONTIJO; MELO, 2004).

Os relatos clínicos de LV no Ceará são escassos e a maioria deles foi publicada há mais de 30 anos. Contudo, segundo Rey et al. (2005) quatrocentos e cinquenta pacientes com confirmação de LV foram internados no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) em Fortaleza entre janeiro de 1995 e dezembro de 2002. Nesse período, cíclico dos casos de LV no HIAS sugere que a transmissão de *L. chagasi* e a ocorrência da doença estão fora

de controle no estado do Ceará. Além disso, o alto número de pacientes admitidos em um único hospital é preocupante e pode indicar um alto índice de casos não notificados no estado, ou concentração do tratamento de LV em algumas poucas instituições de saúde, principalmente em Fortaleza.

O programa nacional de controle da LV baseia sua estratégia na detecção e tratamento de casos humanos, controle dos reservatórios domésticos e controle de vetores. Entretanto, após anos de investimento, nota-se que estas medidas foram insuficientes para impedir a disseminação da doença. A introdução da LV nas cidades configura uma realidade epidemiológica diversa daquela previamente conhecida, requerendo uma nova racionalidade para os sistemas de vigilância e de controle. (WERNECK, 2010).

Assim, mediante a considerável ocorrência de LV no estado do Ceará, acometendo principalmente a faixa etária infantil e sabendo-se da escassez de estudos sobre a doença no referido estado, esta pesquisa objetiva averiguar a ocorrência de casos de LV em crianças do município de Brejo Santo-CE, visando o direcionamento de políticas públicas por parte dos órgãos responsáveis.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar a ocorrência de leishmaniose visceral em crianças do município de Brejo Santo - CE, no período de 2007 a 2011.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Determinar o ano de maior ocorrência de Leishmaniose visceral em Brejo Santo, dentro do período de estudo;

Investigar qual a área de residência mais frequente, dentre as crianças acometidas com leishmaniose visceral;

Verificar o gênero prevalente dentre as crianças com a doença;

Observar os principais sintomas apresentados pelas crianças; verificar quais os exames foram realizados para concluir o diagnóstico;

Identificar a medicação de primeira escolha utilizada para o tratamento da doença;

Averiguar a ocorrência de óbitos dentre as crianças acometidas por Leishmaniose visceral.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Leishmanioses

As leishmanioses são caracterizadas como infecções crônicas, não contagiosas, causadas por diversas espécies de protozoários do gênero *Leishmania* e transmitidas de animais para o homem por fêmeas de flebotomíneos infectadas. (GUEDES; CARVALHO; MELO, 2008). Estas estão divididas em dois tipos: leishmaniose tegumentar (LT) e visceral (LV)

3.1.1 Leishmaniose tegumentar (LT)

É uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoário do gênero *Leishmania*, infecção zoonótica que afeta animais, o qual o homem pode ser envolvido secundariamente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A incidência mundial de leishmaniose é de dois milhões de casos, sendo 1-1,5 milhão de novos casos de LT, sendo no Brasil um sério problema de saúde, com 388.155 casos notificados nos últimos 15 anos. O espectro clínico da LT em humanos inclui a leishmaniose mucosa (LM), leishmaniose cutânea (LC), leishmaniose cutânea disseminada e leishmaniose cutânea difusa. O período de incubação no homem é em média de 2 meses, podendo apresentar períodos mais curtos (2 semanas) e mais longos (2 anos). As manifestações clínicas da doença são determinadas pelas características do hospedeiro, da espécie de *Leishmania* envolvida e da resposta imune do indivíduo infectado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

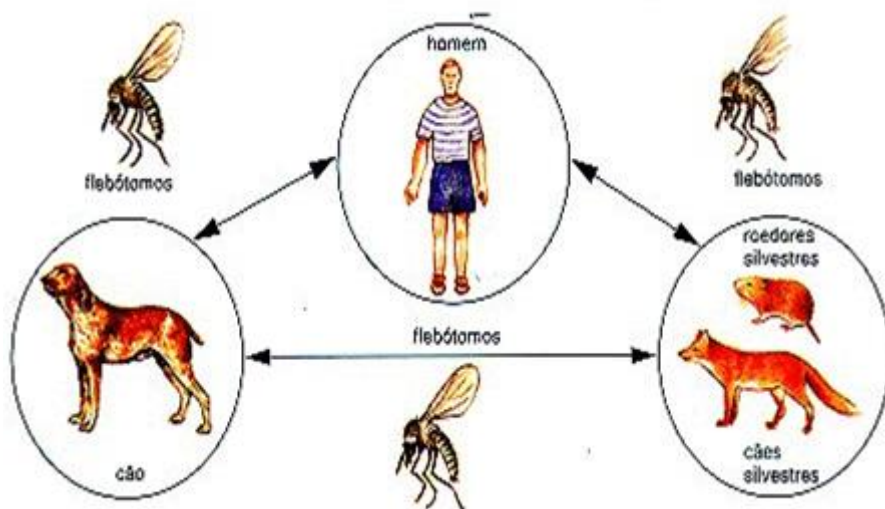
O diagnóstico laboratorial pode ser realizado por meio do esfregaço direto da lesão, cultivo *in vitro* ou *in vivo*, histopatológico, teste de Montenegro, sorologia e PCR para a detecção do DNA do parasito. Com relação ao tratamento, Antimonial Pentavalente continua sendo a droga de escolha para os casos das leishmanioses cutânea e mucosa. Tão importante quanto diagnóstico e tratamento é a notificação da LT. (ALMEIDA; SANTOS, 2011).

3.1.2 Leishmaniose visceral (LV)

A leishmaniose visceral é uma protozoose que se manifesta de forma discreta podendo chegar à forma grave até a óbito. É conhecida popularmente como Calazar (Kala-Azar), esplenomegalia tropical, febre dundun, moléstia de Sahib, entre outras. A LV era considerada doença rural, mas expandiu se nas áreas urbanas tornando-se uma endemia em franca expansão geográfica, os sintomas são: febre de longa duração, perda de peso, anemia, adinamia, astenia, dentre outros (BRASIL, 2003).

A transmissão ocorre através da fêmea de insetos flebotomíneos das espécies *Lutzomyia longipalpis* e *L. cruzi* infectados, não ocorrendo transmissão direta da LV de pessoa a pessoa (Figura 1). O período de incubação é variável, no homem é de 10 dias a 24 meses, com média entre 2 a 6 meses, e no cão, varia de 3 meses a vários anos, com média de 3 a 7 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Figura 1- Focos e Transmissores da Leishmaniose



Fonte: <http://www.fcf.usp.br/ensino/graduacao/disciplinas/linkaula/leishmanioses.pdf>

A doença ocorre em os três períodos da evolução clínica inicial, período de estado e final. O período inicial, também chamado de fase aguda, na maioria das vezes encontra-se febre, com duração inferior de 4 semanas, palidez cutâneo mucosa,

hepatoesplenomegalia, geralmente crianças evoluem de forma discreta com duração de 15 dias e evolui para cura espontânea (oligossintomática). No período de estado, ocorre febre irregular, emagrecimento progressivo, palidez cutâneo - mucosa, aumento da hepatoesplenomegalia. Quadro clínico com mais de 2 meses, e os exames apresenta-se alterados. No período final o estado geral se agrava, evoluindo para desnutrição, edema possivelmente anasarca podendo ocorrer hemorragias, icterícia e ascite. Os exames complementares ficam alterados, chegando ocorrer óbito por infecção e/ou sangramento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

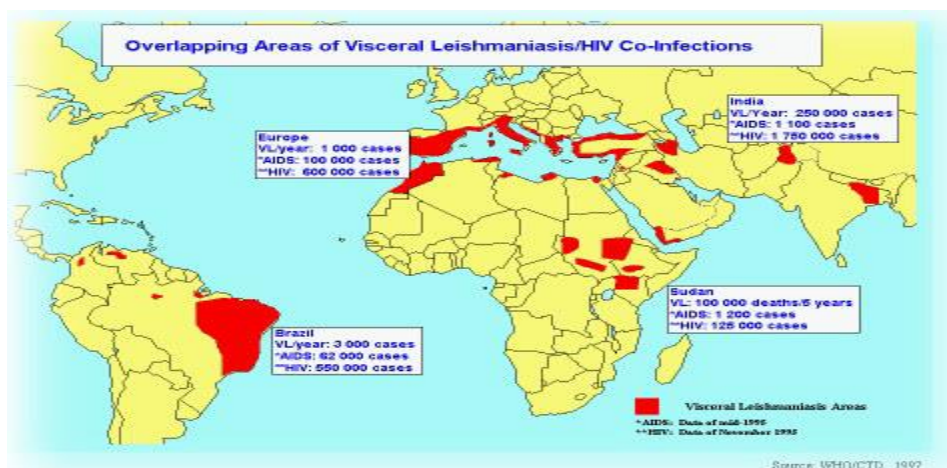
O diagnóstico pode ser clínico-epidemiológico e laboratorial, sendo este imunológico e parasitológico. O tratamento utiliza os Antimoniato Pentavalente e a Anfotericina B. É importante frisar que há condutas caso ocorra abandono de tratamento e tão importante quanto o tratamento é também a notificação dos casos de LV. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No Brasil, a LV inicialmente tinha um caráter eminentemente rural, contudo, mais recentemente, vem se expandindo para as áreas urbanas de médio e grande porte, sendo também conhecida por: Calazar, barriga d'água, entre outras denominações menos conhecidas (BRASIL, 2003).

3.2 Disseminação da leishmaniose visceral

A *Leishmania visceral* encontra-se amplamente distribuída no mundo, principalmente em regiões tropicais e subtropicais da Ásia, Oriente Médio, África e Américas (Figura 2). No continente americano é conhecida como leishmaniose visceral americana (LVA), tendo maior prevalência em crianças na faixa etária de zero a nove anos, correspondendo a 80% dos casos detectados, ocorrendo com frequência em regiões onde a pobreza e desnutrição são comuns. (CALDAS, 2001).

Figura 2- Situação Epidemiológica da Leishmaniose visceral no Mundo



Fonte: <http://www.fcf.usp.br/ensino/graduacao/disciplinas/linkaula/leishmanioses.pdf>

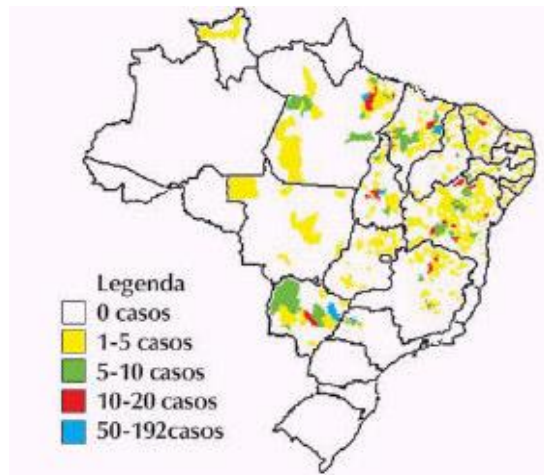
A leishmaniose visceral (LV) atinge cerca de 65 países, com incidência estimada de 500 mil novos casos e 59 mil óbitos anuais. Estima-se que ocorram cerca de 500 mil casos novos da doença a cada ano. Brasil, Bangladesh, Índia e Sudão contribuem com 90% dos casos. (WERNEKC, 2010).

Depois de duas décadas de tentativas de controle da leishmaniose visceral (LV) no Brasil, o número de casos no país aumentou nitidamente e invadiu áreas urbanas, onde encontrou-se com a AIDS. A recente proposta do Ministério da Saúde de reavaliar os programas de controle de endemias, aliada ao reconhecimento da pouca eficiência do programa brasileiro para LV, levou à convocação de um comitê de consultores para analisar o programa atual e propor mudanças para o controle da doença no país. O programa brasileiro, iniciado há mais de 40 anos, é composto pela integração de três medidas de saúde pública: a distribuição gratuita do tratamento específico, o controle de reservatórios domésticos e o controle de vetores. (COSTA; VIEIRA, 2001).

A leishmaniose visceral foi reconhecida no Brasil em razão das pesquisas feitas por Evandro Chagas e equipe na segunda metade da década de 1930 que assinalaram a doença como “Nova entidade mórbida do homem da América do Sul” e por Deane em 1956 que a descreveu como endêmica no Ceará. Até o final do século XX, a doença acometia pessoas de áreas rurais, principalmente do interior do Nordeste que contribuía

com 90% dos casos no Brasil, só que mais recentemente, vem se expandindo para as áreas urbanas de médio e grande porte (Figura 3) (BOTELHO, 2009).

Figura 3- Mapa de estratificação de LV segundo município de residência e média de casos durante o período de 2006 a 2008.



Fonte: <http://www.fcf.usp.br/ensino/graduacao/disciplinas/linkaula/leishmanioses.pdf>

Existem casos autóctones registrados em municípios da região metropolitana do Recife, tais como Itamaracá e Paulista, mas não na cidade do Recife. Não obstante, alguns pacientes residentes em municípios do interior de Pernambuco, migram para capital em busca de tratamento nos hospitais de referência, e acabam por ser, erroneamente, eventualmente notificados como casos de Recife. Arelado a isto, a presença de populações de *Lutzomyia longipalpis* ainda não foi confirmada no Recife. Logo, todos os casos registrados nesta cidade podem ser até hoje, categoricamente classificados como casos alóctones. Até onde sabemos, também não existem casos autóctones na cidade de Salvador, mas sim na região metropolitana. (DANTAS; FILHO, 2005)

No Ceará, os relatos clínicos são escassos e a maioria deles foi publicada há mais de 30 anos. No Hospital Infantil Albert Sabin, a LV acometeu principalmente as crianças menores de cinco anos, um achado relatado desde a década de 80 (REY, 2005).

A razão da maior susceptibilidade das crianças é explicada pelo estado de relativa imaturidade imunológica celular agravado pela desnutrição, tão comum nas áreas endêmicas, além de uma maior exposição ao vetor no peridomicílio (BRASIL, 2003).

3.3 O programa nacional de controle da Leishmaniose visceral

Inicialmente, o Programa Nacional de Controle da Leishmaniose Visceral propôs estratégia na detecção e tratamento de casos humanos, controle dos reservatórios domésticos e controle de vetores. Entretanto, após anos de investimento, nota-se que estas medidas foram insuficientes para impedir a disseminação da doença (WERNECK, 2010).

Na cidade de Campo Grande este programa recomendou a aplicação de inseticidas logo após o período chuvoso, contudo, esta estratégia parece não ser útil para controlar o flebotomíneos, mediante ter ocorrido aumento dos casos. (BOTELHO; NATAL, 2009).

O controle da doença tem sido realizado pela adoção de três medidas básicas: o tratamento dos casos humanos, a eutanásia de cães soropositivos e a redução da população de vetores, através da aplicação de inseticida nos domicílios situados em área endêmica. Borges (2008) acrescenta que a educação como controle cultural para a leishmaniose visceral, é um fator importante por tornar participantes de diversas camadas da população e por democratizar atitudes capazes de beneficiar as práticas de controle.

O êxito das estratégias contra as doenças endêmicas depende basicamente da disponibilidade de recursos econômicos e necessariamente do conhecimento das competências e atitudes da população diante dos problemas mórbidos, relevantes para a aceitação e participação efetivas nas ações profiláticas (BORGES, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, através de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem quantitativa.

4.2 População e Amostra

O estudo foi desenvolvido na cidade de Brejo Santo-CE, a qual possui uma área de abrangência de 661.959 [km²](#) e uma população de 45.193 habitantes, dos quais, 7.083 crianças de 0 a 9 anos e 4.473 com faixa etária de 10 a 14 anos. O município apresenta clima tropical quente semi - árido brando e tropical quente semi - árido, com chuvas de janeiro a abril. Segundo o censo populacional do IBGE de 2010, a população total de Brejo Santo, conta com 45.193 habitantes. Sendo que a população de crianças é 7.083 na faixa etária entre 0 a 9 anos e de 4.473 entre 10 a 14 anos.

Na área de saúde, o município conta com quatro hospitais, sendo dois de clínica geral, um pediátrico e um hospital de olhos. Em nível de atenção básica, Brejo Santo possui treze unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), distribuídas entre as zonas urbana e rural, possui também um Centro de Saúde e um centro de Assistência Materno Infantil (AMAI), hoje conhecido por Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O município é sede da 19^o Célula Regional de Saúde (CRES), instância estadual do Sistema Único de Saúde.

Para realização desta pesquisa, a amostra será constituída por 11 crianças de 0 a 11 anos, atendidas nos hospitais de Brejo Santo e notificadas à Secretaria de Saúde do município, com diagnóstico de leishmaniose visceral, durante o período de janeiro de 2007 a dezembro de 2011.

4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Serão incluídas na pesquisa as fichas de notificação de leishmaniose visceral das crianças com idade de 0 a 11 anos, de ambos os sexos, diagnosticadas no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2011 e residentes no município de Brejo Santo. Serão excluídas as notificações que não atenderam a estes critérios.

4.4 Instrumento de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário elaborado especificamente para a realização deste estudo (APÊNDICE A), constando informações relacionadas aos dados pessoais da criança, sinais e sintomas da doença, tratamento, diagnóstico, evolução da doença, resultados de exames e outros fatores.

4.5 Procedimento de Coleta de Dados

Após autorização da secretaria municipal de saúde (APÊNDICE B) para realização do estudo, os dados sobre a ocorrência de leishmaniose visceral serão coletados das fichas de notificação e registrados em formulário específico elaborado previamente pelos autores da pesquisa.

4.6 Processamento e Análise dos Dados

Ao final da coleta de dados, estes serão submetidos a tratamento estatístico, sendo expostos de maneira descritiva em percentuais simples. Para análise dos dados, obtidos através da técnica da observação direta e intensiva dos formulários, foi utilizado o Microsoft Office Excel 2010, a fim de apresentar os resultados em figuras e tabelas, considerando-se os valores relativos e absolutos.

4.7 Aspectos Éticos

Esta pesquisa de acordo com a resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente assegura a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada como todos os direitos sobre os princípios éticos como: Beneficência, Respeito e Justiça (BRASIL,1996).

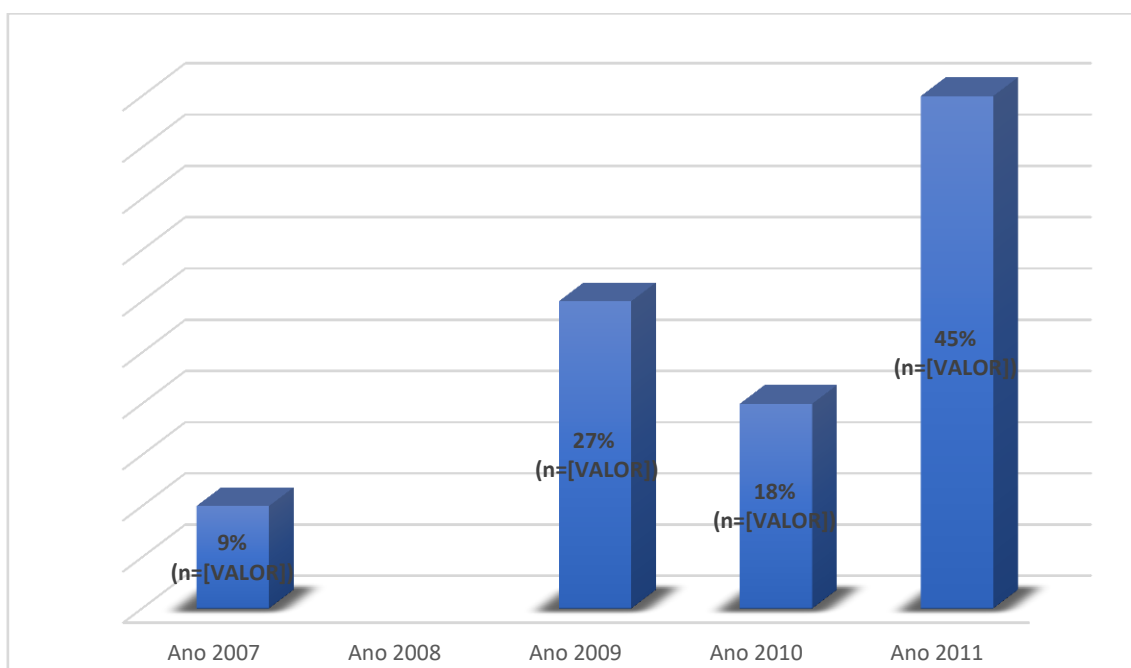
Sendo assim, a parte envolvida na pesquisa - secretaria de saúde do município de Brejo Santo - expedirá concordância documentada de autorização da pesquisa. O estudo preservará a identidade dos sujeitos envolvidos, não haverá nenhum fim lucrativo e os pesquisadores assumirão o compromisso de cumprir as normas da Bioética.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo observou durante os anos de 2007 a 2011, as fichas de notificação, de Leishmaniose visceral acometia em crianças de 0 a 11 anos, residentes no município de Brejo Santo – CE.

Na figura 1 encontra se a distribuição percentual dos casos de Leishmaniose visceral que tiveram diagnóstico confirmado por exames laboratoriais. Durante o período de estudo, observando se um total de 11 casos da doença, sendo a ocorrência maior de notificações nos anos de 2009 sendo 27% (n=3) e 2011, 45% (n=5).

Figura 1 – Distribuição percentual quanto ao número de casos por ano de crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral em Brejo Santo – CE.



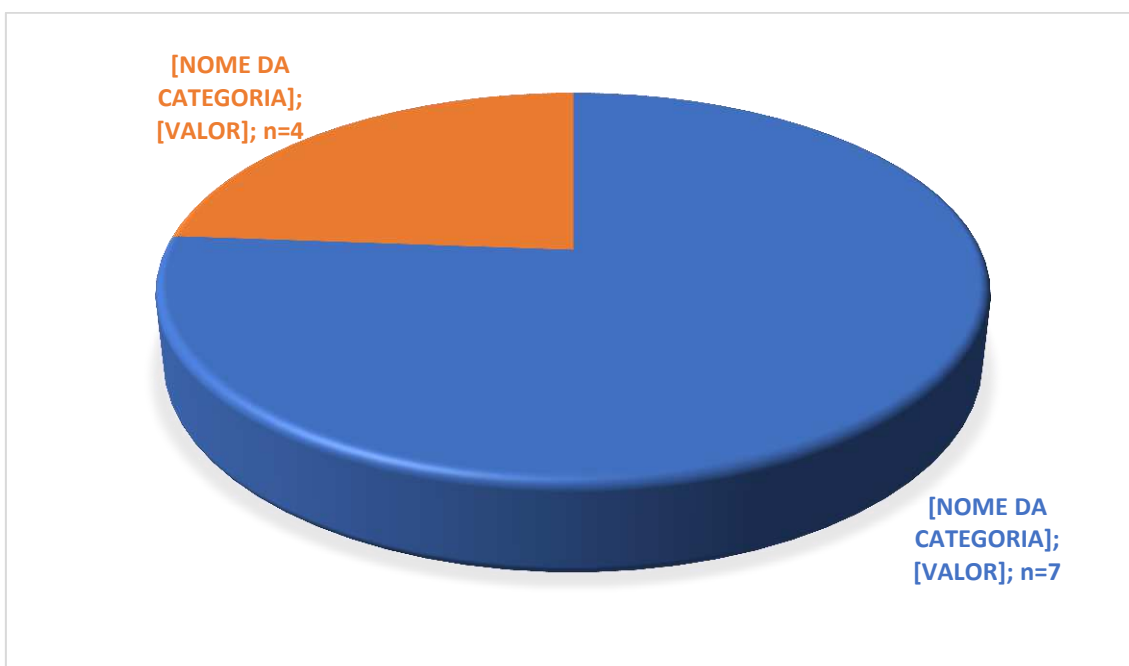
Com a relação ao número de casos por ano de crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral em Brejo Santo – CE, observou - se que houve ocorrência

desta patologia em quase todos os anos analisados, com exceção de 2008, pois os dados representados neste estudo restringiram - se a população infantil.

Na figura 2, conforme visualizado, a maior frequência dos diagnósticos de Leishmaniose Visceral foram 64% (n=7) ocorreu entre meninos.

Figura 2 – Distribuição percentual quanto ao sexo das crianças que tiveram diagnóstico

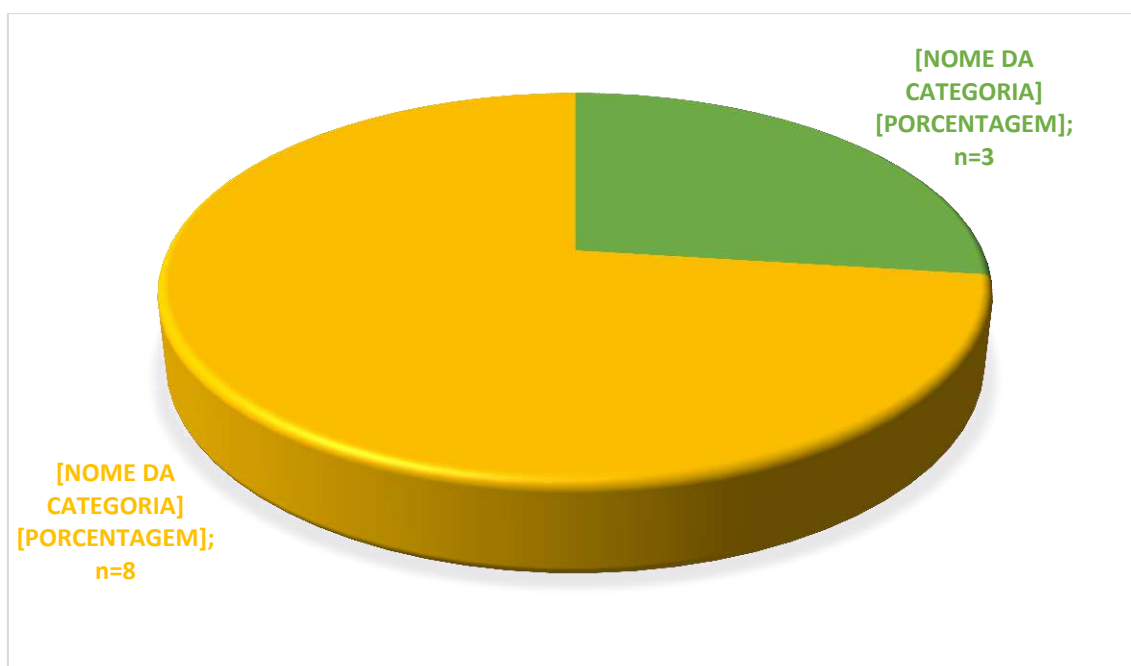
Leishmaniose Visceral



Quanto ao sexo, houve maior frequência de LV entre gênero masculino, assim como encontrado no estudo de Oliveira (2010), uma porcentagem de 74,5% dos casos. Conforme esse autor, o fato pode ser justificado pela predominância do gênero masculino em áreas que oferecem maior risco, por moradia, trabalho ou lazer, porém, sabe - se que a infecção pode ocorrer de forma igual, sem preferência por sexo.

Na figura 3, encontra – se a área de residência das crianças com diagnóstico de LV, mostrando que a zona urbana apresentou 73% (n=8) das notificações da doença.

Figura 3 – Distribuição percentual quanto área de residência das crianças que tiveram diagnóstico Leishmaniose Visceral



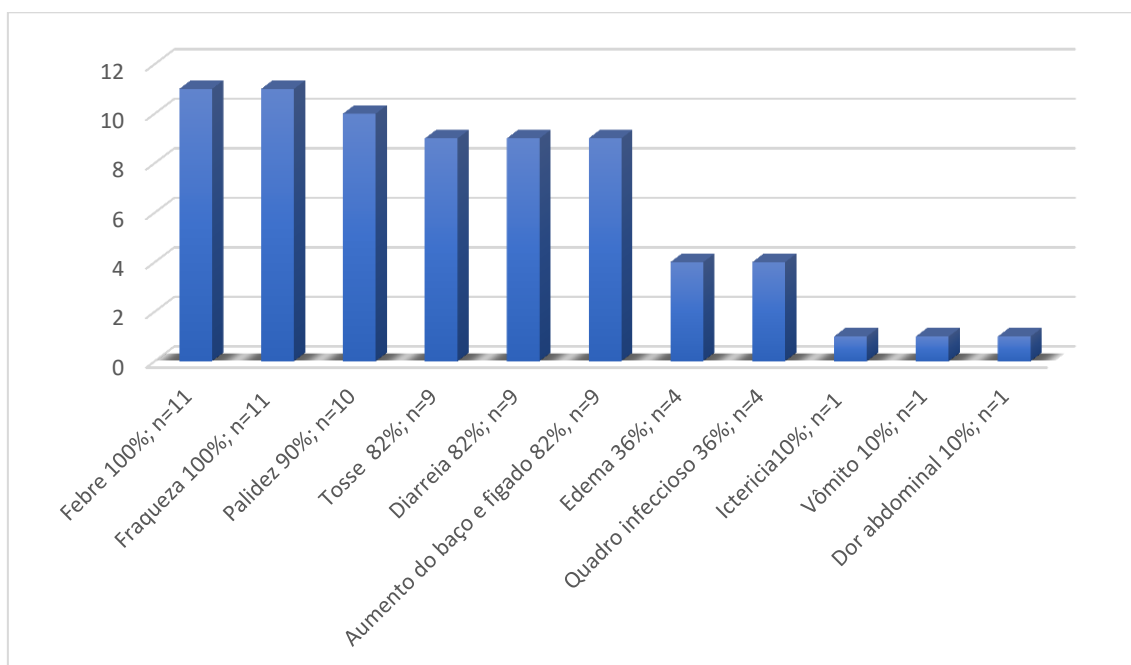
Com relação a área de residência, a zona urbana apresentou maior número de notificações d patologia corroborando com o estudo de Botelho (2009) o qual detectou que a maioria dos doentes de LV (73%) reside em área urbana.

Segundo Caldas (2001) os estudos dos casos humanos têm relevado a ocorrência de um processo de urbanização da LV no Brasil, principalmente em cidades de médio e grande porte do Nordeste, Sudeste e Centro – Oeste. A urbanização da LV, te sido relacionada a modificações ambientais causadas por ações antrópicas, pelo rápido processo migratório, pela interação e pela interação e mobilização de reservatórios silvestres e cães infectados para áreas sem transmissão. (MAIA = ELKHOURY, ET AL 2008).

Conforme Werneck (2000) a introdução da LV nas cidades configura uma realidade epidemiológica diversa daquela previamente conhecida e, portanto, a uma necessidade de requerer uma nova racionalidade os sistemas de vigilância e de controle

Na figura 4, encontra – se listados os sintomas identificados nas fichas de notificação compulsória. Os mais frequentes foram: febre e fraqueza com 100% (n=11), palidez 90% (n=10), tosse e diarreia 82% (n=9), aumento do baço e fígado com 82% (n=9), edema 36% (n=4), quadro infeccioso 36% (n=4), icterícia, vômitos e dores abdominais apresentaram 10% (n=1).

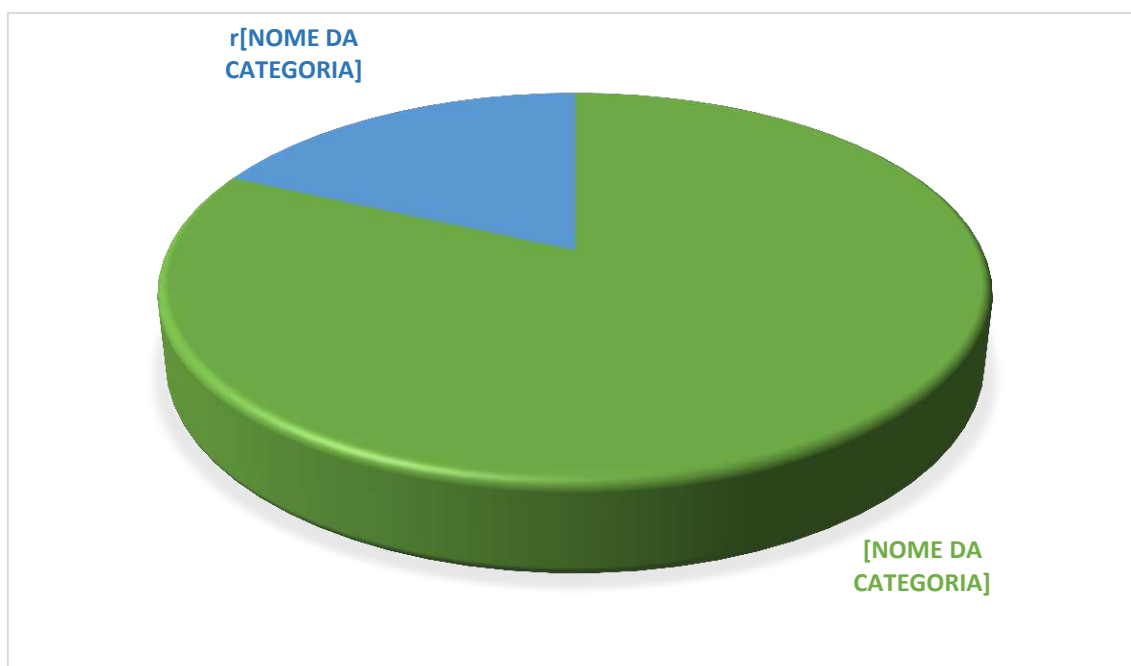
Figura 4 – Distribuição percentual quanto aos sintomas apresentados pelas crianças que tiveram diagnóstico Leishmaniose Visceral



Os sintomas mais frequentes detectados neste estudo foram aqueles comumente associados a doença: febre, fraqueza, palidez, tosse, diarreia, aumento do baço e fígado, edema, quadro infeccioso, icterícia, vômitos e dor abdominal. Para Silva (2008) as manifestações encontradas mostram que, salvo algumas exceções, não há grandes dificuldades técnicas para o prognóstico da LV, pois a clínica traduz – se por febre arrastada, quase sempre acompanhada de palidez, emagrecimento e hepatoesplenomegalia, associadas à pancitopenia à hipergamaglobulinemia.

Na figura 5 observa que para confirmação do diagnóstico de LV foi realizado em 82% (n=9) dos casos o mielograma, utilizando como técnica a punção aspirativa da medula óssea do quadril. Os demais casos notificados 18% (n=2) concluiu o diagnóstico através de coleta de sangue para o exame rk39, método este que tornou – se mais acessível tanto em custo como benefício, a praticidade e acima de tudo menos doloroso para o paciente e os familiares, começando assim ser difundido nos demais casos suspeitos posteriores aos anos subseqüentes a estes apresentados na pesquisa.

Figura 5 – Distribuição percentual quanto teste laboratorial de confirmação das crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral



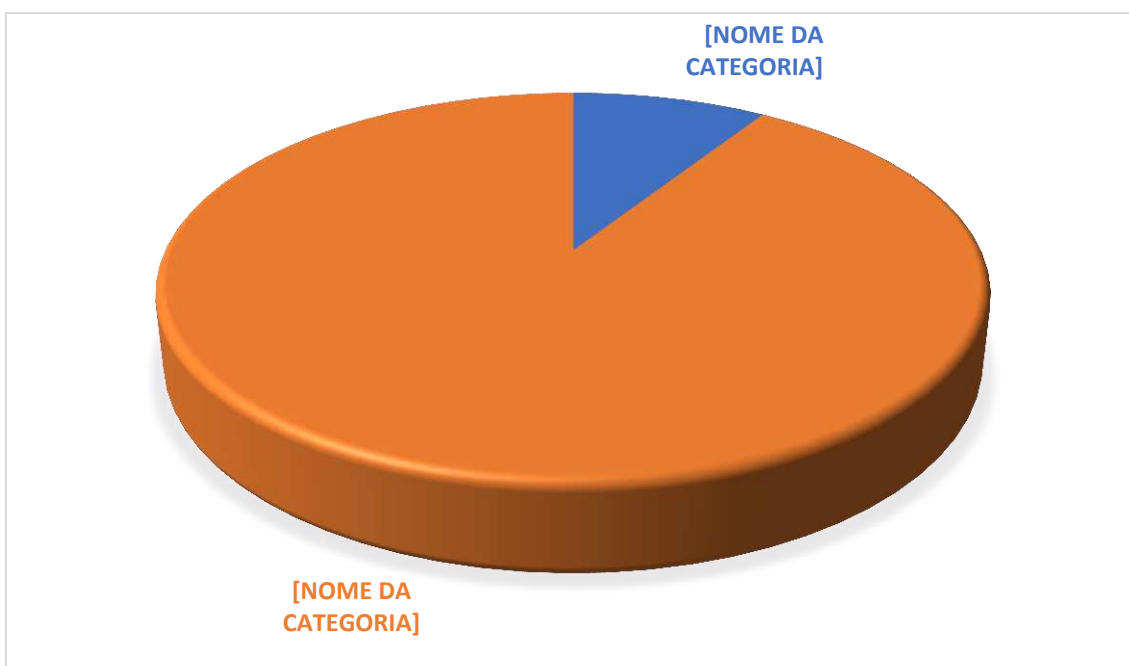
Com relação ao tipo de exame realizado para obtenção final do diagnóstico laboratorial da LV, observamos maior frequência de utilização do mielograma. Esse exame é solicitado e liberado pelo Ministério da Saúde, contudo emprega uma técnica muito dolorosa, visto que é realizado mediante punção óssea a nível do quadril, apêndice xifoide a punção do baço, requerendo assim especialista. O exame rK 39, requer apenas punção venosa, qual não trás transtorno algum para a criança, familiares e

/ou cuidadores, além de ser menos oneroso com relação ao exame anterior. Entretanto este não é disponível na rede pública.

Testes de imunocrotografia de fluxo lateral para ao diagnóstico da LV usando – se o antígeno rK39 tem sido avaliados em vários países, com sensibilidade e especificidade variáveis, Os valores de sensibilidade (93%) e especificidade (97%) verificados para o teste it – leish® aproximam – se de dados obtidos em outros estudos eu ao avaliarem a detecção de anticorpos ante – rK39, observaram valores de sensibilidade variando de 90 a 100% e de especificidade de 93% a 100% (ASSIS, 2008).

Na figura 6 evidencia que a medicação de primeira escolha para o tratamento da LV foi o Antimonial Pentavalente 91% (n=10). Sendo a Anfotericina B utilizada apenas em 9% (n=1) dos casos.

Figura 6 - Distribuição percentual quanto à medicação de escolha para as crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral

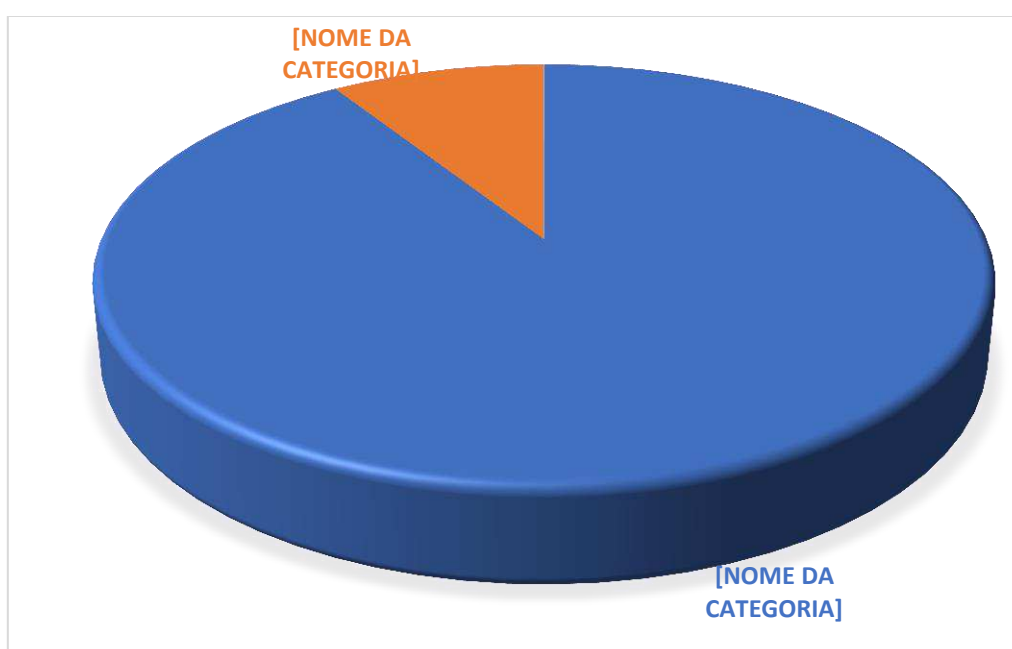


Referindo – se o tipo de medicação percebe – se que na grade maioria dos casos a medicação de primeira escolha foi a Antimonial Pentavalente (Glutamine®), qual é recomendado pelo Ministério da Saúde. A anfotericina B, foi utilizada apenas em um paciente, o qual já tinha feito uso anteriormente do Glutamine®. Os autores Silva et al, (2008) contataram em sua pesquisa que a droga utilizada para tratamento inicial de todos os pacientes (299 casos de LV) foi a N – metil glutamina (Glutamine®) , na dose de 20mg/SbV/Kg/peso/dia, aplicados durante 20 dias, em injeção endovenosa ou intramuscular de acordo com as normas do Ministério da Saúde. A eficácia da medicação neste primeiro curso de tratamento foi de 93, 2%. Houveram 12 pacientes resistentes ao tratamento, sendo cinco co – infectado com HIV. Estes 12 pacientes foram retratados com Anfotericina Be apresentaram boa resposta clínica.

Conforme estudo de Queiroz (2004), o tratamento de escolha para 98% dos pacientes (431 casos de LV) acometidos pela LV foi o Glutamine®. Sendo que sete desses pacientes utilizaram a associação Glutamine® e Alopironol, entretanto, permaneceram sintomáticos após este primeiro esquema utilizado e então foram tratados com Anfotericina B.

Na figura 7, pode – se depreender que 91% (n=11) das crianças com diagnóstico de LV evoluíram para cura, ocorrendo óbito em 9% (n=1).

Figura 7 - Distribuição percentual das crianças que foram à óbito devido a LV.



Com relação a evolução dos casos de LV, durante o período de estudo observou-se um óbito, o qual é de uma criança menor de um ano de idade. Neste caso, a pouca idade é um fator de risco considerável para letalidade, de acordo com a literatura de Queiroz (2004), uma vez que a imunidade duradoura se desenvolve com a idade de 1 ano, é provável que a maior incidência de doença e de óbito no grupo de menor de idade depende da maior suscetibilidade à infecção e da depressão da imunidade observada nesta faixa etária.

Rey (2005) encontrou uma percentagem de letalidade devido a LV de 8,7% (39/450) durante o período de estudo, sendo que a mortalidade em crianças menores de um ano foi de 21,2% e de 7,6%, em crianças maiores de um ano.

A obrigatoriedade do Núcleo Epidemiológico Hospitalar possibilita uma visualização mais efetiva de dados em cada hospital e que certamente promoverá posterior discussão sobre o surgimento e aumento da ocorrência de casos da Leishmaniose Visceral.

6 CONCLUSÃO

Nos períodos de 2007 a 2011, analisados no estudo, segundo as fichas de notificação compulsória de LV, tendo em vista apenas a idade, se observou o ano mais predominante:

- O diagnóstico de LV foi encontrado neste estudo um percentual maior em meninos;
- A zona urbana ocorreu predominância de notificações de LV;
- Febre e fraqueza foram os sintomas que prevaleceram dentre os 11 identificados nas fichas de notificação de LV;
- O mielograma é o exame mais eficaz para diagnóstico.
- O Antimonial Pentavalente (Glutamine®) é o medicamento principal da LV;
- O município deve investir na capacitação de profissionais;
- Criação de um canil mantido, por verbas pública, para cães de rua à espera de adoção;
- Intensificar exames de calazar canina;
- Criação de um hospital veterinário público.

7 REFERÊNCIAS.


- ALMEIDA, O. L. S; SANTOS, J. B. Avanços no tratamento da leishmaniose tegumentar do novo mundo nos últimos dez anos: uma revisão sistemática da literatura. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro RJ, v.86, n.3, p. 497-506, 2011.
- BOTELHO, A. C. A; NATAL, D. Primeira descrição epidemiológica da leishmaniose visceral em Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Minas Gerais, v. 42, n.5, p. 503-508, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196/96: sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- CALDAS, A. J. M. Infecção por *Leishmania (Leishmania) chagasi* em crianças de uma área endêmica de leishmaniose visceral americana na Ilha de São Luís - MA. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Minas Gerais. v.34, n.5, p. 445-451, 2001.
- COSTA, C. H. N.; VIEIRA, J. B. F. Mudanças no controle da leishmaniose visceral no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Minas Gerais, v.34, n.2, p. 223-228, 2001.
- GONTIJO, C.M.F.; MELO, M.N. Leishmaniose Visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. *Revista Brasileira Epidemiologia*. Rio de Janeiro, v. 7, nº 3, 2004.
- GUEDES, A. C. M et al. Leishmaniose tegumentar americana: apresentação pouco comum. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro, v.83 n.5, 2008.
- GUERRA, J. A. de O et al. Epidemiologia da leishmaniose tegumentar na Comunidade São João, Manaus, Amazonas, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.22, n.11, 2006.
- QUEIROZ, M. J. A. Z et al. Leishmaniose visceral: características clínico-epidemiológicas em crianças de área endêmica. *Jornal de Pediatria*. Rio de Janeiro, v. 80, n.2, 2004.
- REY, L. C et al. Leishmaniose visceral americana (calazar) em crianças hospitalizadas de área endêmica. *Jornal de Pediatria*. Rio Janeiro, v.81, n.1, p. 73-78, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/ Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose Tegumentar Americana/Leishmaniose Visceral. Caderno 11. 2010.
- SILVA, A. R da et al. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral, na Ilha de São Luís, Estado do Maranhão. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Minas Gerais, vol.41, n.4, pp. 2008
- WERNEKC, G. L. k. Expansão geográfica da leishmaniose visceral no Brasil. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.26, n.4, 644-645, 2010.

ANEXO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ESTUDO DA INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE BREJO SANTO-CE.		2. CAAE:	
3. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
4. Nome: Cicera Civândina Neves Inácio			
5. CPF: 686.684.903-97		6. Endereço (Rua, n.º): Rua: Tiburtino Inácio 120 São Francisco casa BREJO SANTO CEARA 63260000	
7. Nacionalidade: BRASILEIRA	8. Telefone: (88) 9714-2712	9. Outro Telefone:	10. Email: cici_ce@hotmail.com
11. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 14 / 03 / 2012		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
Não se aplica.			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA-SEAD
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO EM SAÚDE**

Informações sobre as Notificações e sobre as Crianças

1 Idade: _____

2 Sexo: _____

3 Peso: _____

4 Altura: _____

5 Data de notificação: ____/____/____

6 Data das Manifestações Clínicas: ____/____/____

7 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas):

8 Co - infecção HIV: () SIM () NÃO

9 Data do Diagnóstico: ____/____/____

10 Diagnóstico Parasitológico: 1 – Positivo () 2 – Negativo () 3 - Não Realizado ()

11 Diagnóstico Imunológico: 1 – Positivo () 2 – Negativo () 3 - Não Realizado ()

12 Data do Início do Tratamento: ____/____/____

13 Droga Inicial Administrada: _____

14 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb+: _____

15 Duração do tratamento: _____

16 Outra droga utilizada na Falência do Tratamento Inicial: _____

17 Critério de Confirmação:

18 Óbito: () SIM () NÃO Data: ____/____/____

Informações complementares e observações:

APÊNDICE B- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA SECRETÁRIA DE SAÚDE



Estado do Ceará Prefeitura Municipal de Brejo Santo Secretaria da Saúde

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA SECRETÁRIA DE SAÚDE

Solicito sua autorização e colaboração para que a Secretária de Saúde do Município de Brejo Santo – Ce, venha participar do estudo intitulado “ESTUDO DA OCORRÊNCIA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE BREJO SANTO-CE”. Identificar a incidência consiste em um levantamento de problemas a partir dos quais propõem uma intervenção para melhorar a assistência, nesta patologia no que concerne aplicabilidade de medidas saneadoras de prevenção e diagnóstico rápido. Informo que a pesquisa não traz riscos para instituição. A participação é livre e espontânea. Os dados das fichas de notificação serão mantidos em sigilo, mas os resultados gerais serão publicados em revistas científicas e apresentados em eventos da mesma natureza.

Autorização:

Eu, HELOISA MIRANDA LUCENA MARTINS, responsável pelo
instituição, SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE,

depois das orientações recebidas, dou meu consentimento para a busca de dados nos prontuários das crianças que tiveram diagnóstico de Leishmaniose Visceral (LV). Reconheço que a participação da instituição autorizada sob minha livre e espontânea vontade, sendo assegurada à confidência das respostas, assim como o sigilo da identidade da mesma. Relato ter sido informada dos objetivos da pesquisa e que o resultado do estudo irá beneficiar os o município e a própria instituição. Sei ainda que a mesma poderá sair a qualquer momento do estudo sem que isso acarrete danos para o a instituição.

Estou ciente de que os resultados gerais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos da mesma natureza.

Responsável legal: Helôisa Miranda Lucena Martins Helôisa Miranda L. Martins
Secretaria de Saúde de
Brejo Santo, CE

CNPJ da Instituição: 33.352.025/0001-70

Pesquisador: Cícera Civândina Neves Inácio

Data: 01/ junho / 2019

Qualquer dúvida entrar em contato com Cícera Civândina Neves Inácio. Telefone – (088) 97142712

Trabalhando por Dias Melhores
Rua José Matias Sampaio, 365 - Centro
Fone: (88) 3531.1830 / 3531.0068