

Leishmaniose Visceral Americana no Hospital Materno Infantil de Brasília – DF

Jaqueline de Deus Costa¹
Marco Túlio A. García-Zapata²

RESUMO - Através de ficha padronizada, uma amostra representativa dos prontuários existentes no Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) foi avaliada. A população alvo foi crianças de 0-9 anos, que apresentaram diagnóstico de Leishmaniose Visceral Americana (LVA). No final da pesquisa foram analisados 23 pacientes: Nos quais 56,52% eram do sexo masculino e 82,6% eram menores de cinco anos de idade. Nasceram em GO: 26,1% (6), BA: 26,1%, MA: 13,1% (3), MG: 4,3% (1), PI: 4,3%; e procederam de GO: 39,1% (9), DF: 21,7% (5), MG: 13,1% (3), BA: 13,1% (3), MA: 8,7% (2), AL 4,3% (1). O diagnóstico teve confirmação parasitológica (mielograma) em 65,25% (15) dos casos e sorológica em 8,7% (2). A alta hospitalar foi concedida em função da melhora do paciente em 56,6% (13), por cura clínica em 21,7% (5) e por transferência em 4,3% (1). Uma criança foi para óbito (4,3%). Estes dados reforçam a necessidade do conhecimento da dinâmica desta doença, numa área considerada até agora como não endêmica, pelos prováveis riscos de urbanização, devido à migração simultânea (constatada) de pessoas e seus reservatórios canídeos, como à potencial dispersão geográfica da *Lutzomyia longipalpis* e/ou de outras espécies vetoras suspeitas.

Palavras-chave: calazar infantil, leishmaniose visceral, Brasília.

Ciências
Biológicas

¹ Ex-aluna de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), atual estagiária da pós-graduação do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Monografia final de curso.

² Médico Tropicalista, PhD, Professor Titular & Pesquisador Principal do IPTSP/UFG.
zapata@iptsp.ufg.br/mctulian1@hotmail.com

American Visceral Leishmaniasis in the Brasilia Maternal Infantile Hospital (HMIB), Federal District

ABSTRACT - They were revised through standardized record, a representative sample of the existent promptuary in the Book of Registration of the Service of Infected-Parasitic disease of HMIB. The population objective was 0-9 year-old children that presented diagnosis of LVA, in the period from 01/09/98 to 01/09/00, except the month of January that no interned child was registered. In the end of the research 23 were analyzed patient: 56,52% (13) of the masculine sex, 82,6% are smaller of 5 years of age. They were born in GO: 26,1% (6), BA: 26,1%, MA: 13,1% (3), MG: 4,3% (1), PI: 4,3%; and they came from GO: 39,1% (9), DF: 21,7% (5), MG: 13,1% (3), BA: 13,1% (3), MA: 8,7% (2), AL 4,3% (1). THE diagnosis had confirmation parasitology in 65,25% (15) of the cases and serology in 8,7% (2). The high hospital was granted in function of the patient's improvement in 56,6% (13), for clinical cure in 21,7% (5), transfer in 4,3% (1) and a child went to death. These data reinforce the need of the knowledge of the dynamics of this disease, in an area considered up to now I not eat endemic, for the probable urbanization risks, due to the simultaneous migration (verified) of people and its reservoirs canine, both infected, as to potential geographical dispersion of *Lutzomyia longipalpis* and/or of another species vectorial suspicion.

Key works: infatile kalazar, american visceral leishmaniasis, Brasília.

A Leishmaniose Visceral Americana (LVA), também conhecida como Calazar é uma doença infecto-parasitária, causada por um protozoário denominado *Leishmania (Leishmania) chagasi* e é transmitido ao homem e a outros vertebrados, através da picada de um mosquito denominado *Lutzomyia longipalpis*. O reservatório mais importante é o cão doméstico (Rodrigues, 1958).

No Brasil ocorre predominantemente em crianças na faixa de 0 a 9 anos, e 60% dos casos são registrados em menores de quatro anos. A doença primariamente uma enzootia, ocorrendo entre raposas e gambás, transformou-se em uma zoonose devido ao contato das pessoas residentes em áreas rurais, com animais infectados (Brasil, 1996).

A distribuição da doença ocorre principalmente na região Nordeste, seguida pela região, Norte, Sudeste e Centro-Oeste. Na região Sul não há registro de casos. Atualmente está ocorrendo um fenômeno denominado urbanização do Calazar, ocasionado por entre outros fatores, pelas migrações, passando então sua ocorrência na periferia das grandes cidades do nordeste (Monteiro e cols., 1994).

A LVA é comumente conhecida como doença própria da área de clima seco com precipitação pluviométrica inferior a 800 mm, e de ambiente fisiográfico composto por vales e montanhas onde encontram-se os chamados “boqueirões” e “pés-de-serra”. Contudo há focos conhecidos na região amazônica, em áreas de terra firme e em faixas litorâneas do nordeste (Brasil, 1996). O ambiente propício à ocorrência do Calazar é aquele de baixo nível sócio-econômico, pobreza, promiscuidade, prevalente em grande medida no meio rural e na periferia das grandes cidades. A doença está intimamente ligada às condições de vida da população, onde o baixo nível de qualidade de vida prevalece (Brasil, 1996).

No ciclo biológico da *L. longipalpis*, conforme estudos de laboratório, ocorre uma fase larvária terrestre. O flebotomíneo desenvolve os ovários, após o repasto sangüíneo, e a oviposição se verifica em um período de cerca de oito dias (Brasil, 1996).

A infecção ocorre pela ingestão durante o repasto sangüíneo, de formas amastigotas de *Leishmania* existentes no citoplasma de células do sistema fagocítico mononuclear (macrófagos) presente na derme do hospedeiro infectado (Brasil, 1996).

No intestino médio do flebótomo as formas amastigotas se transformam em promastigotas, que se aderem ao epitélio do tubo digestivo, iniciando então processo de multiplicação, com migração para o intestino anterior e diferenciação para formas promastigotas infectantes e invasão da faringe do inseto. As fêmeas se tornam infectantes 3 a 4 dias após o repasto contaminante (Brasil, 1996).

Durante novo repasto, ocorre deposição de formas promastigotas infectantes juntamente com a saliva do flebótomo, no interior da derme de outro hospedeiro, e conseqüente invasão de macrófagos. Estas formas infectantes invadem novos macrófagos, transforma-se em amastigotas no interior do vacúolo parasitóforo e se multiplicam até o rompimento dos mesmos, com a invasão de novos macrófagos. Ocorre então a disseminação hematogênica para o sistema rico em células do sistema fagocitário monocítico (SFM), como linfonodos, fígado, baço e medula óssea (Brasil, 1996).

O diagnóstico desta doença dependerá da forma clínica e do nível de facilidade e complexidade operacionais definidos pelo Sistema Único de Saúde. Dentre eles: diagnóstico epidemiológico (se o paciente provém de área endêmica),

diagnóstico, clínico, imunológico (Imunofluorescência Indireta e ELISA), parasitológico, exame direto (de material aspirado do baço ou medula óssea), isolamento em meio de cultura (*in vitro*) e isolamento em animais suscetíveis (*in vivo*).

Dentre os sinais e sintomas mais comuns das diversas formas clínicas podemos citar a hepatoesplenomegalia, tosse, diarreia e febre, com exceção das infecções inaparentes que são sempre assintomáticas (Brasil, 1996).

O tratamento é feito a base de antimoniais pentavalentes (Pentostam® ou Glucantime®), com injeções intramusculares ou endovenosas (Brasil, 1996).

O Distrito Federal é considerado uma área não endêmica para esta doença, no entanto, dada a localização geográfica, Brasília recebe um grande aporte de migrantes, muitos destes, trazendo consigo a doença, simultaneamente seus reservatórios canídeos, ambos infectados, com potencial de dispersão geográfica do *L. longipalpis*.

Outros buscam recurso médico em nossa capital, com isso frequentemente são registrados casos de doentes vindo de outros estados para aqui serem tratados. Atualmente não é trabalhada a informação existente de quantas pessoas são internadas na rede hospitalar local com este diagnóstico, visto isto, tornou-se importante investigar a presença migratória da Leishmaniose Visceral Americana.

No estudo da prevalência de internação, é importante destacar que um período prolongado de permanência no hospital poderia trazer várias conseqüências, de interesse para o sistema, sanitárias, epidemiológicas e financeiras: 1.- No próprio paciente poderá ocorrer distúrbios emocionais devido ao afastamento dos familiares, dos amigos e da escola; no adulto, além do distanciamento de sua família, existe ainda a questão financeira como a diminuição de renda devido ao afastamento do trabalho e das responsabilidades de sua vida cotidiana; 2.- Risco de adquirir algum tipo de infecção hospitalar, considerando o período prolongado de internação, durante o qual o paciente poderá ficaria susceptível a adquirir esse tipo de infecções, devido a baixa imunidade, ocasionada pela própria doença ou mesmo pelo descuido da própria equipe em relação aos procedimentos; 3.- Caberia a possibilidade da criança infectada com LVA, ser um foco de dispersão da doença nesta região considerada não endêmica, se por ventura tivesse contato com o vetor responsável, o que não é remoto; e finalmente, 4.- Incremento nos custos adicionais do Sistema Único de Saúde (SUS), devido ao período de internação prolongado, que poderia prejudicar sua dinâmica e funcionamento devido á quase constante carência de recursos financeiros no setor, dificultando assim a adequada e esperada prestação da assistência à saúde da população.

Ou seja, diante destes fatores, se tivéssemos um Sistema de Saúde com uma

estrutura capaz de fornecer aos seus pacientes uma continuação do tratamento a nível ambulatorial, poderia ocorrer uma minimização de todos estes efeitos, decorrentes desta internação, destacados acima.

Segundo informações do Setor de Estatística do Hospital Materno Infantil de Brasília: 31.938 pacientes foram internados no hospital no período de 01 de julho de 1998 a 01 de julho de 2000; 4.969 destes pacientes foram admitidos nas alas A/B e na DIP, sendo este último, a área onde pacientes com diagnóstico de Leishmaniose Visceral Americana são internados.

A implementação deste estudo torna-se importante para o conhecimento da dinâmica desta doença em um hospital de referência no atendimento de crianças no Distrito Federal. Visto que, este estado é considerado uma área não endêmica para a LVA, poderá analisar a necessidade do planejamento de medidas profiláticas a fim de evitar o aparecimento de casos autóctones na região.

Material e Métodos

Estudo transversal, através de fonte secundária, coleta de dados, em prontuários de pacientes com diagnóstico de LVA no período de 01 de setembro de 1998 a 01 de setembro de 2000 no Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB). Os dados foram coletados pelo pesquisador, utilizando-se como instrumento, ficha de registro elaborado para esta finalidade. A amostragem foi a seguinte: 23 crianças compreendidas na faixa etária de 0 a 9 anos com diagnóstico de LVA.

Resultados e Discussão

A frequência de internação por sexo e faixa etária seguiu os padrões de ocorrência conhecidos, sendo 82,6% (19) das crianças menores de 5 anos; 56,52% (13) do sexo masculino e 43,48% (10) do sexo feminino de um total de 23 pacientes.

Nenhum dos pacientes detectados com a LVA era natural ou procedente do Distrito Federal, todos vieram de regiões consideradas endêmicas (Monteiro e cols., 1994), tais como Bahia, Maranhão, Minas Gerais, Piauí e principalmente do estado de Goiás (Figura 1 e Figura 2).

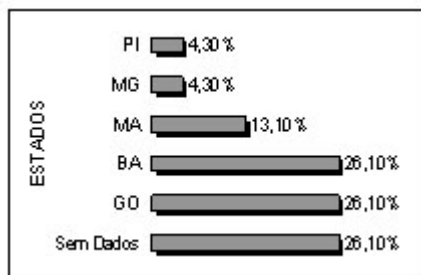


Figura 1 - Naturalidade dos pacientes que apresentaram diagnóstico de LVA.

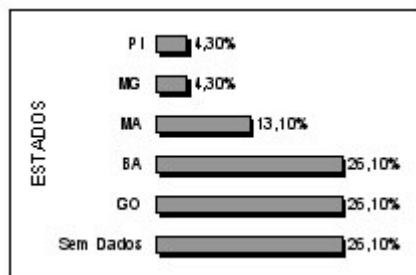


Figura 2 - Procedência dos pacientes que apresentam diagnóstico de LVA.

O tempo de internação, verificado em sua maioria 87% (20) das crianças, ultrapassa o período recomendado pelo Ministério da Saúde, de vinte dias. Provavelmente este alongamento deva-se a condições clínicas dos pacientes, ou mesmo pelo despreparo dos profissionais em relação a um diagnóstico rápido da doença.

Por serem crianças, os primeiros sintomas são relatados pela mãe, sua preocupação com relação ao estado de saúde de seu filho, leva-a a procurar uma assistência de saúde. A febre não aferida aparece como queixa mais freqüente 82,6 (19). No hospital durante o exame clínico, a hepatoesplenomegalia (82,6%) direciona o diagnóstico para doenças que causam alterações nesta região, sendo a LVA, uma delas. Outros sinais e sintomas são pesquisados, como: diarreia (26,1%), palidez cutâneo-mucosa (39,1) e tosse (26,1%).

O exame parasitológico (mielograma) e a imunofluorescência indireta são os métodos mais precisos no diagnóstico da LVA, porém os menos realizados, os de maior freqüência foram o diagnóstico clínico, o hemograma completo e a ecografia abdominal (Tabela 1).

Tabela 1. Exames realizados nos pacientes que apresentaram diagnóstico de LVA.

Diagnóstico Clínico	100%	(23)
Hemograma Completo	100%	(23)
Parasitológico	65,2%	(15)
Ecografia Abdominal	39,5%	(9)
Outros	13,1%	(3)
Imunofluorescência indireta	8,7	(2)

Utilizando-se medicamentos específicos e no tempo determinado pelo Ministério da Saúde são suficientes para obter a “cura” que é essencialmente clínica (Tabela 2). O desaparecimento da febre e precoce e acontece por volta do 5º dia de medicação. A redução das visceromegalias ocorre logo nas primeiras semanas. No final do tratamento o baço geralmente apresenta redução de 50% ou mais (Brasil, 1996).

Tabela 2. Alta hospitalar dos pacientes que apresentaram diagnóstico de LVA, no período de 01/09/98 a 01/09/00.

Melhorado	56,6%	(13)
Cura clínica	21,7%	(5)
Óbito	4,3%	(1)
Transferência	4,3%	(1)
Sem dados	13,1%	(3)

O tratamento, salvo em casos de complicações, pode ser feito a nível ambulatorial ou mesmo a nível residencial, se os mesmos forem orientados adequadamente em relação ao uso das medicações. Estas medidas poderiam reduzir os gastos com hospitalizações e possivelmente diminuiriam também os riscos de infecções hospitalares.

Comentário final

Estes dados reforçam a necessidade do conhecimento da dinâmica desta doença, numa área considerada até agora como não endêmica, pelos prováveis riscos de urbanização, devido à migração, simultânea (constatada) de migrantes e seus reservatórios canídeos, ambos infectados, como à potencial dispersão geográfica da *Lu. Longipalpis* e/ou de outras espécies vetoras suspeitas (VEXENAT, 2000). Assim sendo, considera-se prioritária a implantação de programas regionais de capacitação profissional visando o diagnóstico e tratamento, precoce e adequado, que sem dúvida determinarão uma diminuição no tempo de permanência hospitalar e conseqüentemente num melhor custo-eficiência para o sistema.

Agradecimentos: Ao Dr. Pedro Sadi Monteiro, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem / Faculdade de Ciências da Saúde / UnB e Ex- Gerente do Controle da Leishmaniose Visceral CENEPI / FUNASA / MS, Brasília – DF, pela colaboração na avaliação crítica dos dados.

Referências

- ALENCAR, J.E. 1961. Profilaxia no Ceará, Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 3(4): 175-180.
- ALENCAR, J.E. 1977/1978. Leishmaniose Visceral no Brasil in *Revista Médica da Universidade Federal do Ceará* (17/18): 129-148.
- BRASIL, Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). 1994. Controle, Diagnóstico e Tratamento da Leishmaniose Visceral (Calazar): Normas Técnicas. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 103 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). 1996. Controle, Diagnóstico e Tratamento da Leishmaniose Visceral (Calazar): Normas Técnicas. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 86 p.
- CAMACHO S. 1978. The distribution of Kala-azar in Colombia, South América. *Transactions of The Royal Society of Medicine and Hygiene*, 72(5): 203-208.
- COSTA, J.M. 1995. Leishmaniose Visceral no Estado do Maranhão, Brasil. A Evolução de uma Epidemia. *Cadernos de Saúde Pública - Rio de Janeiro*, 11(2): 321-324.
- LAINSON, R. 1985. Our Present Knowledge of The Ecology and Control of Leishmaniasis in The Amazon Region of Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 18(1) 47-56.
- MONTEIRO, P. S.; LACERDA M. M.; ÁRIAS J. R. 1994. O Controle da Leishmaniose Visceral no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 27 (Suplemento III): 67-72.
- RODRIGUES, S. J. Leishmaniose Visceral (Calazar). São Paulo: USP, 1958. 51p. Dissertação de Mestrado.
- TEIXEIRA, M. J. & EVANS, T. G. 1992. Epidemiology of Visceral Leishmaniasis in Northeast Brazil. *The Journal of Infectious Diseases* (166): 1124-32.
- VEXENAT J.A. 2000. Alerta Brasília e cidades do Entorno!. Alvo latente para a implantação de grandes endemias rurais transmitidas por artrópodes. *Universitas Biociências*. 1(1): 85-92.
- VIEIRA, J. B. & COELHO, G. E. 1998. Leishmaniose visceral ou calazar: aspectos epidemiológicos e de controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 31(Suplemento II), 28.