



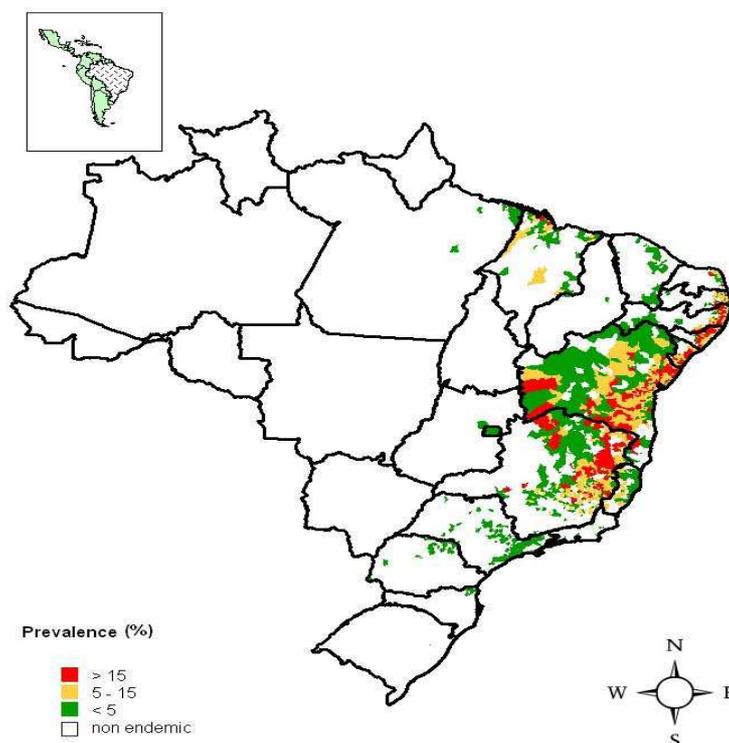
Esquistossomose

A esquistossomose é uma doença infecciosa parasitária, de veiculação hídrica, provocada por vermes do gênero *Shistosoma*, cuja transmissão ocorre quando o indivíduo suscetível entra em contato com águas superficiais onde existam caramujos, hospedeiros intermediários, liberando cercarias. A doença inicialmente é assintomática, podendo evoluir para formas clínicas extremamente graves.

É endêmica em 19 Estados do Brasil e de transmissão focal nos Estados do Pará, Piauí, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Goiás, Rio de Janeiro e Distrito Federal.

Os Estados de Roraima, Amapá, Rondônia, Acre, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Tocantins são indenes para a transmissão da doença (Figura 1).

Figura 1. Distribuição da esquistossomose, de acordo com a faixa de prevalência, por município. Brasil, 2008.



Em Santa Catarina casos autóctones foram detectados pela primeira vez em 1980, em duas áreas no município de São Francisco do Sul, nas localidades de Rocio Pequeno e Acarai consideradas atualmente de transmissão focal; em 1990 na localidade Vila Lalau no

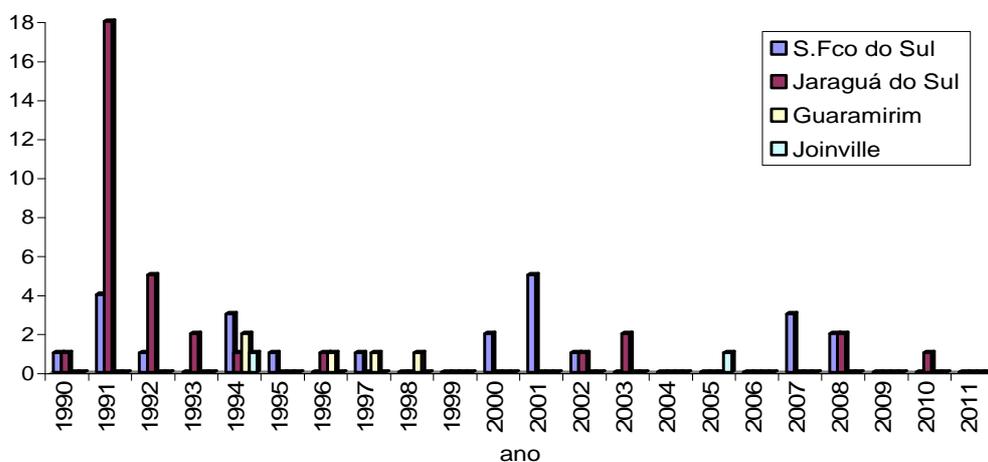
município de Jaraguá do Sul; em 1994 na localidade de Corticeira em Guaramirim (Figura 2).

Figura 2. Áreas de transmissão focal de esquistossomose em Santa Catarina.



No período de 1990 a 1995 casos foram detectados anualmente nos municípios de Jaraguá do Sul e São Francisco do Sul, bem como os primeiros casos no município de Guaramirim. A partir daí, a ocorrência tem sido esporádica em São Francisco do Sul, Jaraguá do Sul e um caso isolado em Joinville. O município de Guaramirim não apresenta casos desde 1997, mesmo tendo realizado atividade de busca ativa na população residente, na área focal, nos anos de 2003 e 2004 (Figura 3.).

Figura 3. Distribuição dos casos autóctones de esquistossomose segundo município de ocorrência. Santa Catarina, 1990 a 2011.



Fonte: SES-SC/DIVE/Fichas de investigação epidemiológica e Sinan.

No período de 2000 a 2009 observa-se a ocorrência de casos isolados, detectados em novas localidades, mediante busca ativa nos inquéritos coproscópicos censitários e pela busca passiva na Rede Básica de Saúde dos municípios de São Francisco do Sul e Jaraguá do Sul (Figura 4).

Figura 4. Distribuição dos casos autóctones segundo município, localidade e ano de ocorrência. Santa Catarina, 2000 a 2011.

Município	Ano	localidade	Nº de casos
São Francisco do Sul	2000	Acarai	1
		Água Branca	1
	2001	Rocio Pequeno	4
		Rocio Grande	1
	2002	Rocio Grande	1
	2007	Rocio Grande	2
		Água Branca	1
2008	Água Branca	2	
Jaraguá do Sul	2002	Ribeirão Cavalo	1
		Braço do Ribeirão Cavalo	1
	2003	Ignorada	1
		Vila Lenzi	1
	2008	Estrada Nova	1
		Santa Luzia	1
2010	Santa Luzia	1	
Joinville	2005	Ignorada	1
Guaramirim	2000	a	
	2009	Não há registro de casos	0

Fonte: SES-SC/DIVE/Fichas de investigação epidemiológica e Sinan.

Dos casos detectados nos últimos 10 anos 92% (11) foram do sexo masculino e 67% (8) eram da faixa etária maior de 15 anos.

Considerando o comportamento da população nos municípios focais, verifica-se que o padrão epidemiológico da ocorrência da doença nos três (3) municípios está associado ao lazer, porém nos municípios de Guaramirim e Jaraguá do Sul também está relacionado com o plantio de arroz pelo método de irrigação.

Os resultados dos inquéritos coproscópicos censitários tem sido inferiores a 1% de positividade, indicando que as ações nos três municípios deverão estar direcionadas à contenção da expansão da doença para novas áreas como também para a interrupção da transmissão através da realização de busca ativa e passiva de novos casos, tratamento dos portadores, investimento pelo poder público e individual em melhorias no saneamento básico ambiental público e domiciliar.

Pesquisas de caramujos, hospedeiros intermediários, em coleções hídricas realizadas no período de 1975 a 2007, indicam a sua presença em municípios catarinenses (Figura 5), representando a condição potencial de transmissão em contato com ovos de *Schistosoma mansoni*.

Figura 5. Distribuição dos hospedeiros intermediários da esquistossomose. Santa Catarina, 1975- 2007.

Ano	Hospedeiro	Município
1975	<i>B. tenagophila</i>	Blumenau, Itajaí, Joinville, São Fco. do Sul e

		Jaraguá do Sul
	<i>B. straminea</i>	Governador Celso Ramos
1981 - 1994	<i>B. tenagophila</i>	São Fco. do Sul, Joinville, Araquari, Jaraguá do Sul e Massaranduba
2003 - 2007	<i>B. tenagophila</i>	São Francisco do Sul e Jaraguá do Sul

Fonte: FUNASA/SC dados até 1994 e SES-SC/DIVE/GEZOO dados a partir de 2003.

A introdução da doença em Santa Catarina está relacionada com os fluxos migratórios de pessoas doentes vindas de áreas endêmicas, que se estabeleceram em municípios onde o saneamento básico era precário, contaminando com fezes os córregos, valas, áreas irrigadas e lagos com presença do hospedeiro intermediário *Biomphalaria tenagophila*, utilizados para lazer e/ou trabalho.

Anualmente, casos importados de esquistossomose são diagnosticados em pessoas oriundas de áreas endêmicas demonstrando a necessidade das equipes da Atenção Básica estarem atentas à detecção precoce desses casos e tratamento oportuno, com vistas a evitar a instalação de novos focos da doença no estado (Figura 6).

Figura 6. Casos importados de esquistossomose, SC, 2000 a 2011.

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
6	2	2	10	5	4	6	4	5	5	6	4

Fonte: SES-SC/DIVE/GEZOO.

Observações:

Informações sobre o agravo acesse o Guia de Vigilância Epidemiológica - 2009, através do site:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual_esquistissomose_mansonica.pdf ;

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad21.pdf>

Informações sobre mielorradiculopatia esquistossomótica acesse o Guia de Vigilância Epidemiológica e controle da mielorradiculopatia esquistossomótica, através do site:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_mielo_esquisto.pdf