

ESQUISTOSSOMOSE EM ÁREA DE TRANSIÇÃO RURAL-URBANA: REFLEXÕES EPIDEMIOLÓGICAS¹

Andrea Gomes Santana de Melo*
 Claudia Moura de Melo**
 Cristiane Costa da Cunha Oliveira***
 Daniel Santos Oliveira****
 Vanessa Bispo Santos*****
 Verónica de Lourdes Sierpe Jeraldo*****

RESUMO

A Esquistossomose é uma doença parasitária endêmica em áreas tropicais encontrada em 76 países. Estima-se ainda que 779 milhões de pessoas estejam sob o risco de infecção e 207 milhões estão infectadas em todo o mundo. No nordeste brasileiro esta parasitose atinge índices hiperendêmicos, particularmente nos estados de Pernambuco, Bahia, Alagoas e Sergipe. Assim, este estudo se propôs refletir sobre a epidemiologia da esquistossomose em um conjunto habitacional localizado em Sergipe. Este estudo caracteriza-se como descritivo, transversal e quali-quantitativo. A amostra, organizada por conveniência, compôs-se de 200 indivíduos, membros de um universo de 142 famílias. Utilizaram-se nesta análise dados secundários do período de 2003 a 2008 e dados primários coletados em 2009/2010 por meio de entrevistas. Na análise destes dados foi utilizado o teste do Qui-quadrado, assumindo-se um nível de significância de 5% 0,05%, a partir do *software* SPSS 16.0. A área em estudo apresenta média endemidade para esquistossomose mansônica, com prevalência de 13,98%, acometendo com maior frequência o sexo masculino de todas as faixas etárias, com maior tendência entre os adolescentes e adultos e em indivíduos de etnia negra e parda com pouco nível de escolaridade e baixa renda.

Palavras-chave: Esquistossomose. Epidemiologia. Prevalência.

INTRODUÇÃO

A esquistossomose mansônica é uma doença parasitária que tem como agente etiológico o trematódeo *Schistosoma mansoni* e como mais importante organismo transmissor um molusco aquático do gênero *Biomphalaria*. Este pode estar presente em coleções aquáticas dulcícolas naturais ou artificiais, perenes ou intermitentes, preferencialmente com correnteza laminar. A doença é considerada endêmica em áreas tropicais e tem larga distribuição geográfica, sendo encontrada em 76 países e territórios. As estimativas apontam 779 milhões de pessoas sob risco de infecção e 207 milhões infectadas em todo o mundo⁽¹⁾.

No Brasil, a doença foi trazida pelos escravos africanos e inicialmente detectada pelo médico Augusto Pirajá da Silva, no Estado da Bahia. No Nordeste ela está presente em sete estados, no Maranhão e do Rio Grande do Norte até a Bahia. Em todo o território brasileiro estimam-se em seis milhões os indivíduos infectados e em vinte e cinco milhões os expostos ao risco de contraí-la. A média anual é de oitocentas e vinte internações e de mais de quinhentos óbitos⁽²⁾.

A estreita relação da esquistossomose com as questões biológicas, sociais e culturais facilita a sua transmissão e permanência⁽³⁾, condição que é agravada pela situação de pobreza crônica seja em áreas rurais, urbanas ou rural-urbanas. Ademais, a forma de ocupação e organização do espaço tem papel fundamental no seu processo

1. Artigo originado da dissertação de mestrado em Saúde e Ambiente: "Epidemiologia da Esquistossomose em área periurbana de Sergipe". Universidade Tiradentes (UNIT).

* Enfermeira. Mestre em Saúde e Ambiente. Picos-PI. E-mail: andrea_al@bol.com.br

** Bióloga. Doutora. Professora Titular da disciplina de Parasitologia da UNIT. Aracaju-SE. E-mail: claudiamouramelo@hotmail.com

*** Odontóloga. Doutora. Professora Titular da disciplina de Epidemiologia da Universidade da UNIT. Aracaju-SE E-mail: criscunhaoliva@yahoohotmail.com

**** Biólogo. Mestrando do Curso de Saúde e Ambiente da UNIT. Aracaju-SE. E-mail: danielddiehard@hotmail.com

***** Graduanda em Farmácia da /UNIT. Aracaju-SE. E-mail: vanessabsan@hotmail.com

***** Bióloga. Doutora. Professora Titular da disciplina de Parasitologia da UNIT. Aracaju-SE. E-mail: veronica_sierpe@hotmail.com

de endemização e urbanização⁽⁴⁾. Estes aspectos, acrescidos da alta vulnerabilidade social e das condições inadequadas de saneamento e moradia, ampliam os impactos negativos na dinâmica de diversas doenças, entre elas a esquistossomose^(2,5).

Neste contexto, este artigo tem como objetivo descrever a epidemiologia da esquistossomose em uma área de transição rural-urbana de Sergipe. Esta área é caracterizada pelo entrelaçamento entre o urbano e o rural, sem predomínio de um sobre o outro⁽⁶⁾, e apresenta os requisitos necessários para a instalação e expansão da esquistossomose - como movimentos migratórios com forte crescimento populacional, desigualdades socioeconômicas, deficiência de infraestrutura e acesso desigual aos bens e serviços públicos. A relevância do estudo tem como base o reconhecimento de que a parasitose, antes considerada uma endemia rural, é capaz de se instalar em outros espaços, desde que apresentem condições biológicas, sociais e ambientais favoráveis.

METODOLOGIA

Este estudo é de caráter epidemiológico-descriptivo, de corte transversal, e compõe-se de duas etapas. A primeira caracteriza-se como desenho retrospectivo do período de 2003-2008, com dados secundários obtidos nos arquivos da Secretaria Municipal de Nossa Senhora do Socorro - SE, especificamente informações do Programa de Controle da Esquistossomose (PCE) e da Estratégia da Saúde da Família (ESF) para conhecer os registros de casos humanos positivos para esquistossomose, exames realizados, adesão e recusa ao tratamento e o total da população na localidade a ser estudada. As variáveis analisadas foram população total atendida pelo PCE e ESF, número de residências visitadas pelos agentes de endemia, número de exames realizados, número e percentagem de pessoas infectadas e tratadas, número e percentagem de pessoas com verminoses associadas e o índice de prevalência da infecção. Na realização da coleta dos dados foi feito um contato preliminar com a Vigilância Epidemiológica e o PCE, para acessar as fichas de registro dos agentes de saúde da endemia e fazer um levantamento manual para a construção

de uma listagem com informações básicas que serviriam de referência para a coleta de dados primários.

A área em estudo é um conjunto habitacional localizado no município de Nossa Senhora do Socorro no Estado de Sergipe e circundado pelo rio Poxim, um dos principais afluentes da margem direita da bacia hidrográfica no Estado. A escolha desta localidade decorre de sua inserção em uma área de coleta sistemática para identificação de moluscos transmissores da esquistossomose por pesquisadores e de atuação do PCE.

Na segunda etapa foi mapeada no bairro uma área geográfica do entorno do perímetro de coleta de moluscos, delimitada por 22 ruas, uma das quais, situada à beira rio. Estas ruas serviram de referência para selecionar a amostragem por conveniência, formada pelos 200 indivíduos infectados pelo *Schistosoma mansoni* identificados pelo PCE e pela ESF, dentre os 596 habitantes daquela comunidade. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas na própria residência do entrevistado. Essas entrevistas tiveram a duração média de trinta minutos e foram feitas nos anos 2009 e 2010.

O instrumento utilizado na coleta de dados primários foi um formulário semiestruturado dividido em três blocos temáticos: identificação, aspectos socioambientais e aspectos econômicos. As variáveis utilizadas na segunda etapa da pesquisa foram sexo, idade, etnia, naturalidade e tempo de residência no local (anos), esta última utilizada como parâmetro para determinar a autoctonia da infecção, a principal atividade laboral, a renda familiar, eventual complementação de renda, escolaridade, abastecimento de água, tratamento da água no domicílio, destinação do lixo domiciliar e dos dejetos, tipo de casa, chão da casa e acesso a energia elétrica. Estas variáveis permitiram estudar o padrão socioeconômico e ambiental da população parasitada e identificar os fatores responsáveis pela transmissão, disseminação e estabelecimento da esquistossomose naquela área geográfica.

Foram incluídos indivíduos residentes no bairro, de ambos os sexos, crianças de idade entre sete e nove anos, adolescentes de 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos e idosos com mais

de 60 anos, segundo a classificação etária da Organização Mundial de Saúde (OMS). Todos eles apresentavam resultado positivo para a infecção obtido através do exame coproparasitológico, tendo ou não aderido ao tratamento, e diagnóstico feito pelo PCE ou pela ESF no período de janeiro a dezembro de 2008.

Após a tabulação dos dados, calculou-se a distribuição percentual dos casos de esquistossomose mansônica segundo as variáveis epidemiológicas anteriormente citadas. Para a análise destes dados foi utilizado o programa estatístico do SPSS 16.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), estatística descritiva, o teste qui-quadrado de *Pearson* para verificar se as diferenças de proporções eram significativas, e um nível de significância de 5%, 0,05%. A análise dos dados secundários foi realizada a partir da interpretação do índice de prevalência (n.º de casos de esquistossomose na população estudada em um determinado momento temporal expresso em porcentagem) a partir dos consolidados gerais das atividades do PCE, para determinar o grau de endemicidade da doença.

Este estudo obteve aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes - SE, sob protocolo n.º 021209/2009, e atendeu às exigências éticas e científicas estabelecidas pela Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁷⁾. Todos os participantes foram devidamente informados do objetivo da pesquisa e a confidencialidade dos dados foi garantida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No caso de menores de idade, a assinatura do termo foi solicitada ao pai ou responsável.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na área pesquisada, a média de prevalência de esquistossomose, segundo o PCE, no período 2003 a 2008 foi de 13,98%, o que a classifica como área de média endemicidade. As regiões endêmicas para esquistossomose são localidades contínuas ou adjacentes onde a transmissão da parasitose está plenamente estabelecida. Em relação aos índices de prevalência são classificadas como áreas de baixa endemicidade aquelas com prevalência inferior a 5%, como de média endemicidade aquelas com índice superior

a 5% e inferior a 15%, e como de alta endemicidade aquelas com índices superiores a 15%⁽²⁾.

De acordo com o consolidado das atividades gerais do PCE no ano de 2008, foram trabalhados seis bairros do município, com uma população atendida de 6.632 habitantes. Compreende-se por população atendida aquela em que o PCE, através da visita domiciliar do agente de endemia, oferece o exame coproscópico no âmbito domiciliar, para a identificação do parasita e o diagnóstico da infecção, procedimento também denominado de diagnóstico por busca ativa. Além destes, fazem parte da população atendida, as pessoas que procuram a rede de atenção básica e após a solicitação do exame pelo profissional são diagnosticadas por demanda passiva à esquistossomose.

No bairro em estudo, os dados cadastrais do ESF do ano de 2008 apresentavam uma população de 14.634 habitantes. Foram visitadas pelos agentes de endemia 1.760 residências, e a população atendida por busca ativa foi 5.073 indivíduos, o que representa 34,7% da população total. Foram realizados, pelo método Kato-Katz, exames de 4.295 pessoas, tendo sido detectados 596 indivíduos positivos para esquistossomose, o que representa um índice de prevalência de 11,74%. Deste total de indivíduos parasitados, 62,9% apresentaram verminoses concomitantes e a cobertura do tratamento foi de 98,5%.

O perfil populacional da amostra selecionada foi composto de 102 moradores do sexo masculino e 98 do feminino (tabela 1), o que corresponde a uma prevalência de 51% para homens e 49% para mulheres (diferença sem significância estatística: $p > 0,05$). Isto significa que a probabilidade da infecção é igual para ambos os sexos. A prevalência de esquistossomose nos dois sexos tem sido atribuída a aspectos comportamentais, a saber, no masculino, ao desenvolvimento de atividades desportivas/de lazer perto do rio, valas e valetas, pesca e banho de rio por lazer, além de atividades laborais diversas como o corte de capim e extração de areia, fatores que determinam uma exposição mais elevada deste gênero.

Diversos pesquisadores na década de 2000⁽⁸⁻¹³⁾ relataram em seus estudos que o sexo

masculino é mais acometido pela infecção e apresenta uma frequência maior de óbitos, principalmente na Região Nordeste⁽¹⁴⁾. Na área estudada as mulheres utilizam o rio para lavar roupas e pratos e para banho, situação muito comum na população rural e em áreas de transição em que existe um rio e a população

ainda faz uso dele; Essa condição é facilitada também pela irregularidade da água canalizada. Tais circunstâncias determinam um maior contato com as formas infectantes do parasita, explicando assim a semelhança entre os sexos quanto à prevalência da doença.

Tabela 1 - Distribuição de frequências da esquistossomose, segundo a faixa etária e sexo. Nossa Senhora do Socorro-SE, 2009-2010.

Sexo Faixa etária	Masculino		Feminino		Total		P-valor*
	N	%	N	%	N	%	
07 - 09 anos	8	4	1	0,5	9	4,5	0,00
10 - 19 anos	48	24	25	12,5	73	36,5	
20 - 59 anos	42	21	64	32	106	53	
Mais de 60 anos	4	2	8	4	12	6	
Total	102	51	98	49	200	100	

*Teste Qui-quadrado de Pearson

A distribuição etária dos casos humanos da esquistossomose mansônica (tabela 1) indica a sua ocorrência em todas as faixas etárias, com maior tendência entre os adolescentes e adultos compreendidos, respectivamente nas faixas de 10 a 19 anos (36,5%) e de 20 a 59 anos (53%), tanto no sexo feminino quanto no masculino, mostrando uma forte associação $p < 0,05$; ou seja, a probabilidade da ocorrência de infecção mostra-se diferente quando avaliadas as faixas etárias. Observa-se também que quanto maior a idade menor é a frequência da infecção no sexo masculino, enquanto no sexo feminino a infecção acomete em maior proporção mulheres entre 20 e 59 anos (32%) do que homens (21%).

Este último resultado reflete uma inversão de comportamento da esquistossomose em relação à variável sexo feminino, situação que pode ser explicada pelo fato de as mulheres realizarem tarefas domésticas, como citado anteriormente. A prevalência da infecção elevada em mulheres é uma preocupação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em decorrência da sua associação a problemas genitais ou cervicais como a esquistossomose genital, acometendo de 6% a 27% das mulheres jovens e adultas que apresentam a forma intestinal⁽¹⁵⁾.

A infraestrutura básica da localidade pesquisada (tabela 2) revela que a grande maioria da população (97%) possui abastecimento de água pela rede pública, 2% utilizam o poço artesiano e 1% se abastece no

rio. Merece atenção o fato de que, independentemente da procedência da água, 73,5% não realizam nenhum tipo de tratamento para o consumo, enquanto 20,5% fazem uso de filtração, 5,5% usam o hipoclorito de sódio na água (fornecido pela Estratégia da Saúde da Família) e 0,5% ferve a água. Em relação à tipologia de habitação, 99% são de tijolos, e as demais, de taipa revestida (0,5%) e madeira (0,5%); e em 67% delas o piso é de cimento, em 28,5% de cerâmica e em 4,5%, de barro apilado.

Os dejetos humanos (fezes e urina) dos domicílios (tabela 3) são conduzidos para fossas construídas pelos próprios moradores (96%), tendo 3,5% o rio como depósito para excretas e 0,5%, terrenos baldios como receptores de dejetos, situados perto de suas casas ou da beira de rio. Esta situação, justificada pela deficiência do sistema público de coleta e tratamento do esgoto urbano, tem como efeito a contaminação das águas do rio Poxim e canais, gerando consequências como a contaminação por microrganismos patogênicos, entre eles o *S. mansoni*, condição necessária para a perpetuação do ciclo e disseminação da esquistossomose no local.

A coleta de lixo (tabela 2) é realizada pelo serviço público em 90,5% das casas, a saber, em 55,5% é feita pelo caminhão de coleta e 35,5% por veículo de tração animal nas ruas próximas ao rio, pelo fato de o acesso ser considerado

difícil para a realização de manobras pelo serviço de coleta municipal. Não obstante, 7,5% do lixo não são recolhidos pelo poder público, mas queimados, e 2% são jogados diretamente no rio.

Tabela 2 – Caracterização da infraestrutura e perfil de moradia dos indivíduos parasitados pelo *Schistosoma mansoni*.– Nossa Senhora do Socorro – SE (2009-2010).

Variáveis	N	%
Abastecimento da água		
Pública	194	97
Poço artesiano	4	2
Coleta no rio	2	1
Destino das fezes e urina		
Fossa	192	96
Direto no rio	7	3,5
Terreno baldio	1	0,5
Tipo de Residência		
Tijolo	198	99
Taipa revestida	1	0,5
Madeira	1	0,5
Tipo de Piso		
Cerâmica	56	28
Cimento	135	67,5
Barro Apilado	9	4,5
Destino do lixo		
Caminhão	111	55,5
Carroça	70	35
Queimado	15	7,5
Jogado no rio	4	2

Assim, estas condições inadequadas de infraestrutura, com parte dos efluentes domésticos lançados no rio Poxim através de valas e valetas, favorecem o surgimento de criadouros naturais e artificiais para o molusco transmissor da esquistossomose, *Biomphalaria*, contribuindo para a área ser um local de transmissão. Estes elementos são propiciadores de condições ecológicas para a elevada prevalência de doenças infecciosas e parasitárias, as quais, somadas às precárias condições socioambientais, expõem ao risco um grande contingente populacional, característica comum em localidades periurbanas e/ou favelizadas^(8,16-18).

Os indicadores de desenvolvimento sustentável do Brasil mostram que a deficiência nos sistemas de esgotamento sanitário, coleta de

lixo e destino final dos resíduos sólidos, drenagem urbana e abastecimento de água constituem um risco para a saúde da população, sobretudo para as mais carentes⁽¹⁹⁾.

A relação entre a esquistossomose e a etnia mostra que a infecção acomete os indivíduos brancos, negros e pardos, mas com maior prevalência, pardos (50,5%) e negros (34%); contudo a probabilidade de se contaminar é igual ($p < 0,01$). Os inseridos nos grupos negros e pardos são considerados mais vulneráveis às doenças infecciosas e parasitárias pela precariedade de suas condições de vida, que os expõem a um nível acentuada a doenças típicas da falta ou ineficiência de saneamento⁽²⁰⁾, condição já analisada na área estudada.

No enfoque socioeconômico (tabela 3), a inserção dos indivíduos pesquisados no sistema produtivo demonstra que mais da metade deles (57%) está na faixa salarial de até um salário mínimo (SM), seguindo-se a faixa compreendida entre os que recebem mais de um até dois salários mínimos (18,5%), percentual apenas um pouco superior ao dos sem rendimentos (15%). Os que recebem entre dois e três salários mínimos perfazem 9% da população e os que recebem mais de quatro não passam de 0,5% da população. A classificação social segundo a renda dos portadores de esquistossomose indica que esta parasitose é mais prevalente nas classes D e E, tanto que 75,5% dos infectados estão nas classes menos privilegiadas da população e uma pequena parcela (15%) está na linha da pobreza.

O nível de escolaridade dos indivíduos parasitados situa-se basicamente no ensino fundamental incompleto, os quais perfazem 82% da população. Como um todo, o ensino está distribuído nas categorias: fundamental, com 68%; médio, com 13%; e superior, com apenas 1%. Parte pequena desta população (9,5%) conseguiu finalizar um destes níveis de estudo e, 8,5% são analfabetos. Esta realidade reflete um grau de dificuldade que precisa ser considerado em abordagens quanto às práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde e às de adesão às estratégias de controle desta endemia. As causas disto são a falta de conhecimento e a mistificação da doença, pois uma orientação à população que leve em conta o grau de instrução é indispensável para prevenir a doença. Assim, para serem desenvolvidas ações de educação em

saúde é também necessária uma atenção especial das políticas públicas de saúde, que considere a falta de compreensão dos indivíduos sobre a sua

doença, a qual é determinada pela dinâmica social da comunidade⁽²¹⁾.

Tabela 3 - Distribuição da esquistossomose pelo *Schistosoma mansoni*, segundo sexo e renda familiar. Nossa Senhora do Socorro-SE, 2009-2010.

Sexo	Sem rendimentos		Até 1 sm		1 a 2 sm		2 a 3 sm		+ de 4 sm	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	16	8	57	25,5	21	10,2	8	4	-	-
Feminino	14	7	57	28,5	16	8	10	5	1	0,5
Total	30	15	14	57	37	18,5	18	9	1	0,5

*SM- Salário Mínimo

Quanto à naturalidade dos indivíduos, 85,5% são provenientes do Estado de Sergipe, 10,5% de Alagoas e 3% da Bahia, Estados circunvizinhos e endêmicos para a esquistossomose. Aqueles oriundos de Pernambuco e São Paulo representam 0,5% da comunidade estudada. Estes locais apresentam também outros hospedeiros intermediários para esquistossomose que não o *B. glabrata*, tais como *B. straminea* e a *B. tenagophila*, este último mais presente no Estado de São Paulo, em relação ao Nordeste, somente na Bahia⁽³⁾.

No tocante à quantidade de anos de residência na localidade, 90% dos indivíduos parasitados residem há mais de seis anos na localidade, 5% há menos de um ano, 4% entre três a quatro anos 3% entre um a dois anos e 2,5% entre cinco e seis anos. Estes dados sugerem que estes indivíduos adquiriram a infecção esquistossomótica provavelmente nas imediações da zona de sua residência, constituindo-se em casos autóctones. Ressalta-se ainda que o período de incubação (duas a seis semanas) e o período de eliminação de ovos viáveis nas fezes em indivíduos de até cinco anos ocasionam maior risco de infecção em áreas com alto grau de contaminação fecal.

CONCLUSÃO

A localidade estudada apresenta condições ecológicas para a expansão da esquistossomose.

A ineficácia do saneamento básico e o baixo grau de instrução e renda dos acometidos pela infecção podem ser considerados como fatores propulsores da instalação e permanência da parasitose, além de contribuírem para o aumento da prevalência, condição que poderá transformá-la de um local de média em um de alta endemicidade (prevalência superior a 15%).

As análises realizadas com base na investigação epidemiológica local demonstram a necessidade de estratégias de acompanhamento e controle em relação a esta endemia parasitária, seja através do Programa de Controle da Esquistossomose seja por outros programas voltados à Saúde Pública, visto que tanto a população do grupo analisado quanto a população geral são suscetíveis à infecção. Assim, é necessário que algumas medidas sejam tomadas, como: cadastramento dos portadores da infecção na unidade básica de saúde, como forma de busca ativa, controle e orientação sobre a necessidade de adesão ao tratamento; mobilização comunitária utilizando a educação em saúde, a fim de propiciar a intervenção da população nos fatores determinantes e condicionantes do seu processo saúde-doença, através da promoção da saúde; ações programadas desenvolvidas pelos programas de atenção básica presentes na área estudada; e por fim, ações nos níveis municipal e estadual que visem a melhorias na infraestrutura sanitária das comunidades, as quais são fundamentais para um efetivo controle da esquistossomose.

SCHISTOSOMIASIS IN A RURAL-URBAN TRANSITION AREA: EPIDEMIOLOGICAL REFLECTIONS

ABSTRACT

The Schistosomiasis is an endemic parasitic disease of tropical areas found in 76 countries. It is also estimated that 779 million people are at risk of infection and 207 million are infected worldwide. In northeastern Brazil, this parasitosis reaches hyperendemic rates, particularly in the states of Pernambuco, Bahia, Alagoas and Sergipe.

This study proposes to reflect about the epidemiology of schistosomiasis in a Housing Complex located in Sergipe. This study is characterized as descriptive; cross-sectional qualitative and quantitative with a convenience sample comprising 200 individuals, members of a population of 142 families. Secondary data analysis from 2003 to 2008 and primary data collected in 2009/2010, obtained through interviews were used. For data analysis it was used the chi-square test, assuming a significance level of 0.05%, from the SPSS 16.0 software. The studied area presents medium endemicity for schistosomiasis with an average prevalence of 13.98%, occurring more frequently among males of all age ranges, with a greater tendency among adolescent and adults and individuals of black and mulatto ethnicity with low level of education and low income.

Keywords: Schistosomiasis. Epidemiology. Prevalence.

ESQUISTOSSOMIASIS EN ÁREA DE TRANSICIÓN RURAL-URBANA: REFLEXIONES EPIDEMIOLÓGICAS

RESUMEN

La Esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria endémica en áreas tropicales encontrada en 76 países. Se estima, aun, que 779 millones de personas estén bajo el riesgo de infección y 207 millones están infectadas en todo el mundo. En el nordeste brasileño esta parasitosis alcanza índices hiperendémicos, particularmente en los estados de Pernambuco, Bahia, Alagoas y Sergipe. De este modo, este estudio se propuso reflejar sobre la epidemiología de la esquistosomiasis en un conjunto habitacional ubicado en Sergipe. Este estudio se caracteriza como descriptivo, transversal y cuali-cuantitativo. La muestra, organizada por conveniencia, se compuso de 200 individuos, miembros de un universo de 142 familias. Se utilizaron en este análisis datos secundarios del período de 2003 a 2008 y datos primarios recolectados en 2009/2010 por medio de entrevistas. En el análisis de estos datos fue utilizado el test del Chi-cuadrado, asumiéndose un nivel de significancia de 0,05%, a partir del software SPSS 16.0. EL área en estudio presenta endemidad media para esquistosomiasis mansónica, con incidencia de 13,98%, acometiendo con mayor frecuencia el sexo masculino de todas las franjas de edad, con mayor tendencia entre los adolescentes y adultos e en individuos de etnia negra y parda con poco nivel de escolaridad y baja renta.

Palabras clave: Esquistosomiasis. Epidemiologia. Prevalencia.

REFERENCIAS

1. Ibikounlé M, Mouahid G, kakiti NG, Massougbogji A, Moné H. Freshwater snail diversity in Benin (West Africa) whit a focus human Schistosomiasis. *ActaTropica*. 2009 jul; 111 (1): 28-34.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Doenças Negligenciadas. Programa de Vigilância e Controle da Esquistossomose. Situação Epidemiológica da Esquistossomose no Brasil.[serial on the Internet]: Brasília, DF; 2011 [citado em 20 ago 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresent_esquistossomose_mansoni_30_05_2011.pdf
3. Carvalho OS, Amaral RS, Dutra LV, Scholte RGC, Guerra MAM. Distribuição espacial de *Biomphalaria glabrata*, *B. straminea* e *B. tenagophila*, hospedeiros intermediários de *Schistosoma mansoni* no Brasil. In: Carvalho OS, Coelho PMZ, Lenzi HL (organizadores). *Schistosoma mansoni* e Esquistossomose: uma visão multidisciplinar. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 393-418.
4. Anaruma Filho F, Santos RF. Indicadores da relação entre estrutura da paisagem, degradação ambiental e esquistossomose mansoni. In: *Anais do VIII Congresso de Ecologia do Brasil*; 2007 set 23-28; Caxambu (MG): Sociedade de Ecologia do Brasil; 2007.
5. IBGE. Pesquisa nacional de saneamento básico 2008. [serial on the internet]. [acesso em 20 ago 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pnsb2008.pdf>
6. Silva AB. Dilemas dos produtores de uma área periurbana: um debate acerca da franja rural-urbana de aldeia – PE. *Rev Percurso-NEMO*. 2010; 2 (2): 145-62.
7. Cardim LL, Bavia ME, Ferraud AS, Carneiro DDMT, Silva MMN, Brito VS et al. Avaliação da esquistossomose mansônica mediante as geotecnologias e técnicas multivariadas no município de Jacobina, Bahia. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2008 jan-abr; 332 (1): 29-42.
8. Guimarães CS, Tavares-neto J. Transmissão urbana de esquistossomose em crianças de um bairro de Salvador, Bahia. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006 set-out; 39(5): 451-5.
9. Furtado P, Azevedo OS, Luciano RP, Ruivo Junior B, Ruivo VTB, Ruivo GF . Abordagem clinica e epidemiológica da esquistossomose em Pindamonhaga-SP. *Rev Biociência*. 2006 jan-jun;12(12): 54-6.
10. Nomura YM, Camargos MO, Bichara CNC, Rodrigues IZRC. Esquistossomose mansônica em Carajás, Pará, Brasil: estudo retrospectivo realizado no Hospital Yutaka Takeda. *Cad Saúde Coletiva*. 2007 out-dez;15(4): 531-42.
11. Nunes FC, Costa MCE, Filhote MIF, Sharapim M. Perfil epidemiológico da esquistossomose mansoni no bairro Alto da Boa Vista Rio de Janeiro. *Cad Saúde Coletiva*. 2005 jul-set;13(3): 605-16.
12. Saavedra RC, Dantas-Filho MAS, Miranda MRS. Situação epidemiológica da esquistossomose no estado da Bahia- 2002 a 2006. In: *Anais do XVIII Congresso Mundial de Epidemiologia e VII Congresso Brasileiro de epidemiologia*; 2008 set20-24; Porto Alegre (RS). Porto Alegre: Abrasco; 2008.

13. Ferreira ILM, Silva TPT. Mortalidade por esquistossomose no Brasil: 1980-2003. *Rev Patol Tropical*. 2007 jan-abr; 36 (1): 67-74.
14. Lambertucci JR, Villamil QTMF, Savi D, Dias IC. Genital schistosomiasis mansonii: tubal tumor and parietal peritoneum involvement diagnosed during laparoscopy. *Rev Soc Bras Med Tropical*. 2009 set-out; 42 (5):583-86.
15. Barbosa CS, Favre TC, Amaral RS, Pieri OS. Epidemiologia e controle da esquistossomose mansonii. In: Carvalho OS, Coelho PMZ, Lenzi HL. *Schistosoma mansonii e Esquistossomose: uma visão multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 965 –1008.
16. Pordeus LC, Agular LR, Quinino LRM, Barbosa CS. A ocorrência das formas agudas e crônicas da esquistossomose mansônica no Brasil no período de 1997 a 2006: uma revisão de literatura. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008 set;17(3):163-75.
17. Ramos MC, Silva DC, Cunha e Silva SL. Educação, saúde e meio ambiente: o caso da esquistossomose no município de Itororó-Ba. *Rev Saúde Com*. 2007; 3(2): 70-6
18. IBGE. Pesquisa nacional de amostra de domicílio 2008. [serial on the internet]. [acesso em 10 set 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/sintese_pnad2008.pdf
19. Lima SM, Magalhães MA, Santos NO, Ribeiro ML, Martins MT. Doença da pobreza e saneamento ambiental na microrregião Salina/Taiobeira-MG. In: *Anais do Colóquio Internacional (Des)envolvimento da Pobreza*; 2008 ago 21-23; Montes Claros (MG): Unimontes; 2008.
20. Budó ML, Mattione FC, Machado da Silva F, Schimit MD. Educação em saúde e o portador de doença crônica implicações com as redes sociais. *Cienc Cuid Saúde*. 2009; 8(Supl.):142-47.
21. Budó ML, Mattione FC, Machado da Silva F, Schimit MD. Educação em saúde e o portador de doença crônica implicações com as redes sociais. *Cienc Cuid Saúde*. 2009; 8(Supl.):142-7.

Endereço para correspondência: Andrea Gomes Santana de Melo. Rua Alameda das Mansões, Condomínio Bairro Latino, nº 3693, Bloco nº 13, apto. nº 304, Bairro Candelária, CEP: 59064-902, Natal, Rio Grande do Norte.

Data de recebimento: 11/02/2011

Data de aprovação: 02/09/2011