**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO MUNICÍPIO DE CAMETÁ, PARÁ**

Lucas Henrique da Silva e Silva1, Beatriz Oliveira Miranda1, Jéssica Herzog Viana2

1 Discente do curso de Licenciatura Plena em Ciências Naturais com Habilitação em Biologia, Universidade do Estado do Pará – UEPA. E-mail: biohenriquesilva@hotmail.com

2 Licenciada em Ciências Biológicas, Doutorado em Ciências Biológicas (Entomologia), Universidade do Estado do Pará – UEPA

Resumo: A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma zoonose que possui uma ampla distribuição no continente americano, sendo classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das seis mais relevantes doenças infecciosas dada a sua alta ocorrência e potencial de causar deformações. A LTA é uma patologia infecciosa, não contagiosa, que acarreta úlceras na superfície da pele e mucosa. A doença é provocada por protozoários do gênero *Leishmania* e no Brasil, existe sete espécies envolvidas nas incidências de LTA, sendo as mais relevantes: *Leishmania* (*Leishmania*) *amazonensis*, *L*. (*Viannia*) *guyanensis* e *L*. (*V*.) *braziliensis*. Em vista da importância da LTA em Cametá - Pará, município sob processo de expansão, torna-se relevante o melhor conhecimento sobre a dinâmica de transmissão desta infecção parasitária nesta cidade. Em vista disso, este estudo teve como objetivo avaliar os principais aspectos epidemiológicos da LTA neste município no período de 2007 a 2017. **Materiais e métodos**: O estudo realizado foi do tipo descritivo - exploratório executado através de levantamento de dados secundários, coletados no Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) de Cametá. Os dados apresentam a prevalência da LTA humana por ano, segundo o sexo, a faixa etária, zona de residência e o número de casos. O coeficiente de incidência, no período de 2007 a 2017, foi realizado com cálculos estatísticos utilizando a ferramenta Microsoft office Excel 2013, obtendo a frequência em porcentagem. O coeficiente de incidência da LTA foi obtido utilizando a fórmula padrão para a obtenção do indicador, a partir do número de casos de LTA: CI = Nº de casos novos de LTA x 100.000 habitantes/População. A pesquisa foi autorizada e os dados cedidos pelo departamento de epidemiologia da Secretaria de Vigilância Sanitária do município. **Resultados e discussões**: Foram encontrados 94 casos agravos de LTA no período do estudo. Observou-se que houve uma oscilação no número de casos de LTA ao longo dos onze anos, com uma variação significativa da taxa de incidência (TI) da doença, sendo o ponto máximo em 2008, com TI de 17,37, e ponto mínimo com TI de 1,65, nos anos de 2010 e 2017. O maior número de casos concentrou-se nos anos de 2008 e 2009, com 21 e 14 casos respectivamente, após esse período a doença permaneceu com números aproximados, com uma pequena variação maior nos anos de 2014 (12 casos) e 2015 (12 casos). A doença atingiu todas as faixas etárias estabelecidas, com baixa frequência nos menores de cinco anos porém tendendo a aumentar progressivamente à medida que avançam as faixas etárias e com maior frequência entre 20 a 30 anos (71 casos). Observou-se a maior proporção no sexo masculino 89,36% (84 casos), além disso o maior número de pacientes pertencente a zona rural com 72,11% (63 casos) dos casos confirmados. Durante o estudo observou-se um declínio na taxa de incidência dos casos, isso porque com o uso do coeficiente de incidência se avalia melhor o risco de adquirir a doença na localidade (Brasil, 2010). Assim, no ano de 2017 o coeficiente de incidência para o risco de adquirir a doença é menor que em relação aos anos anteriores, pois apresentou uma taxa de incidência de 1,65 por 100 mil habitantes. Segundo Brasil (2013), a concentração de casos no sexo masculino 89,36% (84 casos) prevalece porque esses indivíduos são jovens e adultos, estando na sua fase produtiva, caracterizando uma ocupação nas frentes de trabalho relacionadas ao desflorestamento, entrada em áreas florestais e exercícios militares, todas mais próximas das fontes de infecção. O estudo revelou que o número de casos na zona rural é superior a zona urbana, registrando 74,11% (63 casos) dos casos notificados, essa condição se apresenta, segundo Brasil (2013), devido a ocupação de áreas com exploração de florestas, derrubada de matas para construções, desenvolvimento de atividade agropecuária e ecoturismo. A presença da doença em uma área depende basicamente da presença do vetor infectado e de um hospedeiro/reservatório (GONTIJO; MELO, 2004), em vista disso, o elevado número de casos em zonas rurais, são devido a presença de humanos em áreas desmatadas e transformadas em pequenas populações. Devido a ocupação do “lavrador” na região da Amazônia legal, onde o trabalhador rural desenvolve suas atividades quase sempre até o crepúsculo ou, algumas vezes, até a noite e comportamentos que o aproximam dos vetores, como, por exemplo, a caça e atividades noturnas, explicam a provável transmissão e as altas taxas de prevalência nessa população (MARTINS et al, 2004). Apesar do caráter *rural* da doença, ainda foi encontrado 25,88% (22 casos) dos casos em áreas urbanas, caracterizando uma possível expansão da LTA no município de Cametá. O ciclo de transmissão, que antes ocorria em áreas de ambiente silvestre e rurais, hoje também se desenvolve em centros urbanos, já que os cães encontrados nessas áreas são um importante hospedeiro e fonte de infecção para os vetores (GONTIJO; MELO, 2004). A faixa etária que mais possui casos de LTA encontra-se entre 20 a 30 anos, cerca de 75,54% dos casos, Castro *et al*. (2002) realizaram trabalhos na região norte do Paraná assinalando que em 70,8% de casos de LT, os indivíduos tinham idade entre 15 a 49 anos, percentuais um pouco menores dos que foram encontrados neste trabalho. No entanto, a quantidade pequena de casos de LTA em indivíduos com idade inferior a 20 anos, é preocupante. De acordo com Castro *et al*. (2002) crianças a partir dos 8 anos ou menos, efetuam atividades extradomiciliares, adentrando em matas proximais as residências a procura de lenha, pescar ou outras atividades de lazer, por exemplo, plantio e colheita, tais atividades expões esses indivíduos aos vetores infectados, dessa forma a incidência de poucos casos de LTA em crianças deve ser investigada mais a fundo podendo ser explicada pela falta de diagnósticos, assim como a pouca permanência dessas crianças em locais de matas propícias a vetores infectados. **Conclusão**: Portanto o estudo proporcionou o conhecimento da LTA no município de Cametá, apontando as principais características que a doença predominou. A maior taxa de casos está presente em indivíduos do sexo masculino, entre 20 a 30 anos e que residem em localidades rurais, logo a secretaria de vigilância em saúde deve tratar esses casos como ponto para soluções mais eficaz através da propagação de informações da LTA para as comunidades rurais e relevando a importância de não incluir crianças nas atividades agropecuárias.

Descritores: Epidemiologia, *Leishmania*, Zoonose

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana**. Brasília, 2013. 179 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim eletrônico epidemiológico**. Brasília, n. 2, p. 13-15, 2010. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim\_epi\_edicao\_especial.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2018.

GONTIJO, C. M. F.; MELO, M. N. Leishmaniose Visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 3, p. 338-349, 2004.

CASTRO, E. A., SOCCOL, V. T., MEMBRIVE, N. & LUZ, E. Estudo das características epidemiológicas e clínicas de 332 casos de leishmaniose tegumentar notificados na região norte do estado do Paraná de 1993 a 1998. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 35, n. 5, p. 445-452, 2002.

MARTINS, L. M.; REBÊLO, J. M. M.; SANTOS, M. C. F. V.; COSTA, J. M. L.; SILVA, A. R.; FERREIRA, L. A. Ecoepidemiologia da leishmaniose tegumentar no município de Buriticupu, Amazônia do Maranhão, Brasil, 1996 a 1998. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 20, n. 3, p. 735-743, 2004.