

Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical



All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License. Fonte:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821988000300009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 nov. 2017.

REFERÊNCIA

COSTA, Jackson M. L. et al. Procedência de pacientes portadores de leishmaniose tegumentar americana nas áreas endêmicas de Três Braços e Corte de Pedra - estado da Bahia - Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 21, n. 3, p. 145-149, set. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86821988000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 nov. 2017. doi: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v21n3/09.pdf> <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86821988000300009>.

PROCEDÊNCIA DE PACIENTES PORTADORES DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NAS ÁREAS ENDÊMICAS DE TRÊS BRAÇOS E CORTE DE PEDRA – ESTADO DA BAHIA – BRASIL

Jackson M. L. Costa¹, Mauro S. Tada¹, Eduardo M. Netto¹, Kyola C. Vale¹,
Ednaldo L. Lago² e Philip D. Marsden¹

De acordo com o cadastro de 1416 pacientes portadores de leishmaniose tegumentar americana (L.T.A) referentes ao período de janeiro de 1976 a maio de 1987, os autores realizaram um levantamento da procedência dos casos dessa parasitose atendidos nas áreas endêmicas de Três Braços e Corte de Pedra no estado da Bahia.

Os pacientes procediam de 24 dos 89 municípios que compõem a região cacauêira da Bahia, destacando-se os municípios de Valença, Wenceslau Guimarães e Teolândia como os de maior prevalência, somando juntos 923 casos (65,1%), com 520 destes residindo em umas poucas localidades contínuas entre si, formando uma área endêmica, com transmissão ocorrendo provavelmente no peri, intradomicílio e nas lavouras de cacau e cravo localizadas nas encostas da floresta atlântica.

Nota-se que a partir de 1983, houve um aumento do número de casos em toda a região, havendo evidências da leishmaniose tegumentar americana comportar-se como uma doença ocupacional em toda a região estudada.

Palavras-chaves: Leishmaniose tegumentar americana. Região cacauêira.

A leishmaniose tegumentar americana (L.T.A) é conhecida no estado da Bahia, desde o início do século XIX, quando Juliano Moreira descreveu os primeiros casos da doença, chamando-os de botão da Bahia. A partir deste relato iniciou-se a chamada fase baiana da doença, destacando ainda outros autores como Pirajá da Silva¹⁵, Adeodato¹⁴, Torres¹⁷, que muito contribuíram para o segundo período histórico da doença no Brasil, conhecido como: "O estudo dos casos clínicos ou fase baiana da doença"^{7 16 17}.

Torres¹⁷, em 1920, destacou a distribuição geográfica da leishmaniose na Bahia, chamando atenção para as áreas servidas pelas estradas de ferro, principalmente o recôncavo e a região sul do estado como as regiões de onde a maioria de seus pacientes procediam.

Este período coincide com a expansão e a comercialização da cultura de cacau na região sul do estado, atraindo grande contingente de imigrantes, vindos principalmente do norte da Bahia, do estado de Sergipe e das zonas áridas do Nordeste em busca de melhores condições de trabalho, acrescentando-se ainda o deslocamento do negro, que após a abolição da escravidão foi para a região em busca de trabalho lucrativo^{1 2 4}.

Inicia-se, então, um processo de crescimento desorganizado da região, culminando com a destruição parcial da floresta atlântica, para assentamento de grupos familiares formando assim os povoados, as vilas, e as cidades que passariam a viver da produção e comercialização do cacau, cultura esta vulnerável, em virtude das oscilações dos preços e das flutuações de demanda no mercado internacional^{1 2}.

Todo esse contexto fez da região uma área de contraste, onde a população convive com a riqueza de poucos e a miséria de muitos, acrescidos de enfermidades, entre elas, a leishmaniose tegumentar americana, doença ocupacional, endêmica em toda a região sul da Bahia^{3 4 5 14}.

A partir de janeiro de 1976, um grupo de pesquisadores da Universidade de Brasília estudam a doença na região, estabelecendo-se inicialmente na localidade de Três Braços, posteriormente deslocando-se para a região de Corte de Pedra (Valença-BA), onde houve um surto epidêmico da doença, atingindo, em 1984, 10% da população daquela localidade.

Atualmente com uma equipe de saúde permanente na região, estendemos o nosso atendimento a todos os municípios vizinhos, permitindo assim o levantamento da procedência dos casos de leishmaniose tegumentar americana, atendidos num período de 12 anos o qual detalharemos no presente trabalho.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

No período de janeiro de 1976 a maio de 1987, foram cadastrados, no projeto, 1.416 pacientes por-

Trabalho realizado com o auxílio financeiro USPTS Grant AI 16282-04.

1. Núcleo de Medicina Tropical e Nutrição. Universidade de Brasília, 70910 - Brasília, DF.

2. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). Ministério da Saúde.

Recebido para publicação em 21/4/88.

tadores de leishmaniose tegumentar americana, procedentes de 24 municípios pertencentes à região cacauera da Bahia.

Em todos os casos, utilizávamos na primeira consulta uma ficha clínica, onde os mesmos recebiam um código (L.T.B., leishmaniose Três Braços) ou (L.T.C.P., leishmaniose tegumentar Corte de Pedra), seguido da data do preenchimento, e dados referentes à identificação pessoal e aos aspectos morfológicos das lesões.

O diagnóstico era estabelecido mediante a associação, aspecto clínico da lesão e exames laboratoriais, tais como: Imunológicos (intradermorreação de Montenegro (IDRM), reação de imunofluorescência indireta (I.F.I.), parasitológicos (esfregaço do material obtido por raspado da lesão), inoculação em hamster (*Mesocricetus auratus*), histopatologia e cultura em meios artificiais.

Em 132 casos, 9,5% da casuística total, procedeu-se o isolamento e a caracterização das cepas pela técnica de anticorpos monoclonais. Os pacientes cadastrados procediam de municípios pertencentes

às microregiões cacaueras de: Tabuleiro de Valença (MRH 152), parte de Jequié (MRH 144), cacaueras (MRH 154), todas incluídas no polígono do diagnóstico sócio-econômico da região cacauera da Bahia⁴.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a distribuição anual dos 1.416 pacientes atendidos no projeto, desde o seu início, de janeiro de 1976 até maio de 1987, quando finalizamos os dados para este levantamento. Observa-se que os municípios com maior número de pacientes foram os de: Valença, Wenceslau Guimarães, Teolândia, Gandu, Itamari, Cravolândia, seguidos por Ubaira e Jiquiriça.

A situação geográfica dos municípios pertencentes à região cacauera da Bahia encontra-se na Figura 1, destacando os municípios de onde procedem os pacientes. Observa-se que Valença, Wenceslau Guimarães e Teolândia detêm a grande maioria dos casos com 923 pacientes, cerca de 65,1% da casuística total como mostra a Tabela 2.

Tabela 1 – Distribuição dos 1416 casos de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) cadastrados nos Postos de Saúde de Três Braços e Corte de Pedra, por municípios de origem dos pacientes, referentes aos anos de 1976 a maio de 1987.

Municípios	Anos											maio		Total	%
	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987			
Valença	–	–	–	–	–	1	–	40	156	113	39	101	450	31,8	
Teolândia	4	2	3	3	4	2	1	9	58	37	38	51	212	15,0	
Taperoá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	–	4	7	0,4	
Cairu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	–	2	0,1	
Nilo Peçanha	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	3	9	14	1,0	
Ituberá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7	7	0,4	
Camamu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	2	3	0,2	
Ibirapitanga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	2	0,1	
Gandu	–	–	–	–	1	1	2	5	5	58	15	19	106	7,5	
Itamari	1	–	–	–	–	1	11	9	42	16	8	5	93	6,6	
Wenceslau Guimarães	5	3	6	6	10	35	12	27	37	45	26	49	261	18,5	
Cravolândia	4	12	7	13	7	4	6	1	9	7	8	3	81	5,7	
Mutuipe	–	–	–	–	–	–	1	–	1	2	1	2	7	0,4	
Jiquiriça	–	–	–	–	1	1	18	13	17	–	–	2	52	3,7	
Ubaira	4	3	3	11	3	6	7	3	14	15	4	–	73	5,2	
Itaquara	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	1	0,1	
Jaguaquara	–	–	–	2	1	–	–	–	1	–	–	–	4	0,3	
Ibirataia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	1	0,1	
Ipiau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	0,1	
Itagi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	0,1	
Poções	–	–	–	–	–	–	–	1	–	–	–	–	1	0,1	
Itabuna	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	0,1	
Santa Inês	–	2	–	3	1	1	–	1	–	–	–	2	10	0,7	
Marau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	1	0,1	
* Não consta proced.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	25	1,8	
Total	18	22	19	38	28	52	58	109	341	300	144	262	1416	100,0	

* Fichário incompleto

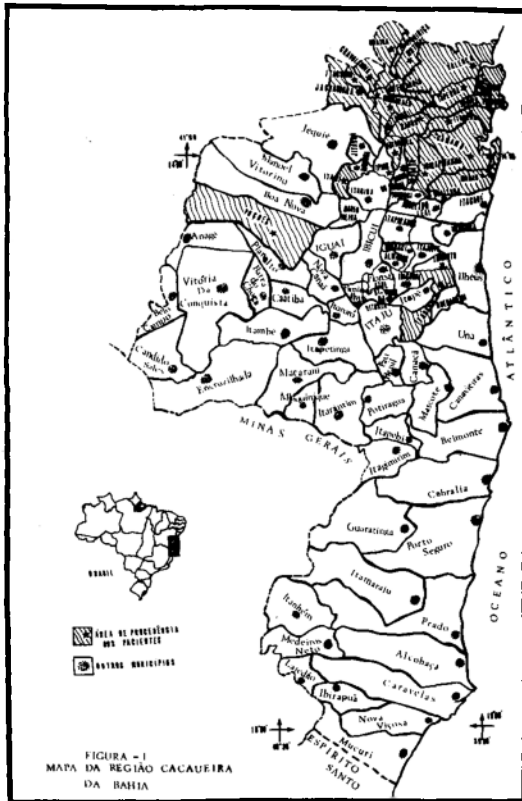
Tabela 2 – Distribuição dos casos de Leishmaniose Tegumentar Americana ocorridos nos municípios de Valença, Wenceslau Guimarães, Teolândia, em função das localidades mais atingidas e do ano em que foi feito o diagnóstico.

Municípios	Localidades	Anos											Total	
		1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986		1987
Valença	Itabaina	-	-	-	-	-	-	-	2	19	49	4	25	99
	Julião	-	-	-	-	-	-	-	16	28	6	2	6	58
	Corte de Pedra	-	-	-	-	-	-	-	3	14	6	-	4	27
	Riachão das Touceiras	-	-	-	-	-	-	-	1	19	1	2	3	26
	Alto Bonito	-	-	-	-	-	-	-	3	13	4	1	1	22
	Água Comprida	-	-	-	-	-	-	-	3	10	5	4	-	22
	Tabuleiro	-	-	-	-	-	-	-	2	3	4	2	4	15
	Outras localidades	-	-	-	-	-	1	-	10	50	38	24	58	181
	Total	-	-	-	-	-	1	-	40	156	113	39	101	450
Wenceslau Guimarães	Nova Esperança	4	1	1	3	-	5	2	6	2	9	1	7	41
	Três Braços*	1	1	-	1	1	12	4	4	2	6	3	-	35
	Baixinha	-	-	-	-	6	10	5	-	-	1	-	-	22
	Cocão	-	1	1	-	1	5	1	5	5	14	4	11	48
	Trimedal	-	-	-	-	1	-	-	-	8	6	4	-	19
	Outras localidades	-	-	4	2	1	3	-	12	20	9	14	31	96
	Total	5	3	6	6	10	35	12	27	37	45	26	49	261
Teolândia	Pataxó	-	-	-	-	-	-	-	4	25	4	3	3	39
	Tanque Grande	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	8	17	31
	Ponto Novo	4	2	2	-	-	-	-	1	-	4	1	2	16
	Outras localidades	-	-	1	3	4	2	1	4	30	26	26	29	126
	Total	4	2	3	3	4	2	1	9	58	37	38	51	212

* Localidade pertencente aos municípios de Wenceslau Guimarães, Cravolândia e Ubaira

Tabela 3 – Tipos de lesões encontradas nos 1.416 pacientes observados durante o período de janeiro de 1976 a maio de 1987 (segundo classificação de Rabello – 1925)

Tipo de Lesão		Total	Freq. Ajustada
1. CUTÂNEA	1.1. <i>Ulcerosa Franca</i>	1.109	78,2
	1.2.1. úlcero-crostosa	46	3,1
	1.2.2. úlcero-verrucoide	12	0,8
	1.2.3. úlcero-nodular	11	0,7
	1.2.4. úlcero-infiltrativa	10	0,6
	1.2.5. úlcero-papular	06	0,4
	1.2.6. úlcero-vegetante	03	0,2
	1.2.7. úlcero-proliferativa	01	0,1
	1.2.8. úlcero-crostoso-nodular	01	0,1
	1.3.1. <i>vegetante</i>	17	1,4
	1.3.2. <i>nodular</i>	15	1,2
	1.3.3. <i>verrucoide</i>	06	0,4
	1.3.3. <i>framboesoide</i>	01	0,1
1.3.3. <i>nodulo-crostosa</i>	02	0,2	
1.3.3. <i>nodulo-verrucoide</i>			
1.3.3. <i>miconodular</i>			
Subtotal		1.240	87,5
2. MUCOSA		174	12,3
sem dados		02	0,2
Total Geral		1.416	100,0



No que diz respeito à distribuição quanto ao sexo, analisamos apenas 1401 fichas clínicas, sendo 868 (62%) do sexo masculino e 533 (38%) do sexo feminino. Quanto à distribuição por faixa etária, observamos o predomínio da faixa de 0 – 20 anos com 739 casos (52,1%), seguido de 21 a 40 anos, com 424 pacientes (30%) e acima de 40 anos com 253 (18%) dos casos. No que diz respeito ao tipo de lesão houve predomínio da lesão cutânea com 1.240 casos (87,5%) da casuística total como mostra a tabela 3. Dos 132 casos em que se procedeu ao isolamento e caracterização das cepas pela técnica de anticorpos monoclonais, 127 (96,2%) foram identificados como *Leishmania braziliensis braziliensis*, e apenas 5(3,8%) como *Leishmania mexicana amazonensis*.

COMENTÁRIOS

A análise dos dados nos mostra que atualmente atendemos cerca de 24 municípios, entre os 89 pertencentes à região cacaueira da Bahia, correspondendo a toda parte norte desta região^{3 4 5 9}.”

Embora haja um nítido predomínio das localidades vizinhas aos postos de atendimento, como era de esperar, a região dos Tabuleiros de Valença

destacou-se como a de maior problema no que diz respeito à doença leishmaniose; no município de Valença, algumas localidades apresentaram uma prevalência elevada, como ocorreu no povoado de Corte de Pedra, que em 1984, 10% de sua população contraiu a doença segundo descrição de Costa⁶ em trabalho recente.

De um modo geral a leishmaniose tegumentar nesta região pode ser considerada como uma doença ocupacional, assemelhando-se aos casos descritos na região Amazônica^{10 11}, tendo em vista que 85% dos pacientes cadastrados são lavradores que vivem do cultivo do cacau e cravo. Este tipo de lavoura faz com que estes indivíduos sejam os primeiros a entrarem em contato com o ciclo silvestre da doença, rompendo o equilíbrio ecológico das florestas primárias, onde existem os mamíferos-reservatórios, os insetos vetores e o protozoário, agente etiológico da doença^{10 13}.

O comportamento humano da leishmaniose na região é semelhante às descrições feitas por Pessoa e cols¹³ em São Paulo, e por Lainson e Shaw na região Amazônica^{10 11}, havendo evidências de ser a leishmaniose uma doença ocupacional na região, embora não existam relatos que estudem diretamente a influência da ocupação das lavouras de cacau, na determinação da infecção por *Leishmania* e que calcule o risco a que estão submetidos esses trabalhadores em adquirir a infecção.

O outro grande problema é que a leishmaniose tegumentar americana não figura entre as doenças que são reconhecidas legalmente como ocupacionais, sendo que esta omissão acarreta prejuízos aos trabalhadores doentes, se comparados aos benefícios que os mesmos teriam se a doença fosse considerada como tal.

Recentemente Netto e cols¹² mostraram que 84% dos pacientes portadores de leishmaniose, forma mucosa, cadastrados em nosso projeto, residiam na floresta, coincidindo com as descrições anteriores de Pessoa e cols¹³ no estado de São Paulo. E que possivelmente os reservatórios silvestres e os vetores da *Leishmania braziliensis braziliensis* na região encontravam-se nas florestas.

Os dados nos mostram que, a partir de 1983, houve uma elevação do número de casos em toda região, o que nos preocupa, pois não dispomos de medidas eficazes no controle da doença. Do ponto de vista prático, o problema da profilaxia da leishmaniose na região apresenta grandes dificuldades, pois medidas isoladas, como a detetização peri e intradomiciliar feitas de 6 em 6 meses durante um período de 2 anos na região de Corte de Pedra, não apresentaram resultados conclusivos (Air Barreto, informação pessoal). Atualmente, com as informações que dispomos sobre o comportamento do principal transmissor na região (*Lutzomyia whitmani*), e do papel do cão e dos

jumentos (*Equus asinos*) no ciclo local da doença, estamos desenvolvendo um programa em saúde comunitária, utilizando recursos didáticos em educação popular como meio de controlar gradativamente a leishmaniose na região⁸.

SUMMARY

An analysis of 1416 records of patients with American tegumentary leishmaniasis recorded from 1976 to 1987 in the endemic areas of Três Braços and Corte de Pedra as regards details of the origin of the patient was performed.

The patients came from 24 of the 89 municipalities which constitute the cocoa growing zone of Bahia. The municipalities of Valença, Wenceslau Guimarães and Teolândia had the highest prevalence accounting for 923 cases (65,1%). Five hundred twenty of these cases lived in ten localities which form an endemic area with transmission probably occurring in the peri and intradomiliary area, as well as the plantations of cocoa and cloves.

We note that from 1983 there has been an increase in the number of cases throughout the region. There is evidence that tegumentary leishmaniasis in an occupational disease in the region under study.

Key-words: American tegumentary leishmaniasis. Cocoa region.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asmar SR. A população da região cacauera da Bahia; um inventário demográfico – Itabuna-Bahia p. 1-45, 1974.
2. Asmar SR, Andrade MP. Geografia da microrregião cacauera. A terra, o homem, o desenvolvimento, Itabuna-Bahia, p. 1-120, 1977.
3. CEPLAC. Gandu. Cidades do cacau, 21:1-20, 1981.
4. CEPLAC/CACAU ANO 25. Editor Jefferson F. Rangel. Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura. Unidade de Informação e Documentação. Brasília, 1982.
5. CEPLAC/Teolândia, cidade do cacau. 23:1-12, 1983.
6. Costa JML. Estudo clínico-epidemiológico de um surto epidêmico de leishmaniose tegumentar americana em Corte de Pedra. Tese de Mestrado. Universidade de Brasília, DF, 1986.
7. Costa JML. Leishmaniose tegumentar americana: origens e histórico no Brasil. Revista Acta Amazônica. (Aceito para publicação).
8. Costa JML, Magalhães HMTV, Vale KC, Madeira CMLC, Marsden PD, Magalhães AV, Vieira JB. Caderno informativo para o agente de saúde sobre leishmaniose tegumentar americana (ferida brava) no Brasil, (Aceito para publicação-Ministério da Saúde-Brasil).
9. Filho CP. História e fatos de Ilhéus. Divisão de Comunicação da CEPLAC, 1981.
10. Lainson R. Epidemiologia e ecologia de leishmaniose tegumentar na Amazônia. *Hiléia Médica* 3:35-40, 1981.
11. Lainson R, Shaw JJ. Epidemiology and ecology of leishmaniasis in Latin America. *Nature* 273:595-600, 1978.
12. M. Netto E, Marsden PD, Costa JM, Barreto AC, Cuba CC. Procedência de pacientes com leishmaniose de mucosa em área endêmica da Bahia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 19:121-122, 1986.
13. Pessoa SB, Pestana BR. Sobre a disseminação da leishmaniose tegumentar no Estado de São Paulo. *Arquivo de Higiene e Saúde Pública* 8:35-46, 1940.
14. Regulamento do Seguro de Acidentes do Trabalho. Boletim informativo, Fundação Centro Nacional de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho 7:84, 1976.
15. Silva P. La leishmaniose cutânea da Bahia. *Revista Médica, São Paulo* 15:275-281, 1912.
16. Sousa AJ. Considerações sobre o botão endêmico dos países quentes particularmente na Bahia. Tese. Faculdade de Medicina da Bahia, 1985.
17. Torres O. A leishmaniose na Bahia. *Arquivos Brasileiros de Medicina* 7:374-425, 1920.