

A RELAÇÃO ENTRE O DESMATAMENTO E A INCIDÊNCIA DE LEISHMANIOSE NO MUNICÍPIO DE MESQUITA, RJ¹

RUFINO AMARO, Renata²;

RESUMO: A Leishmaniose Tegumentar Americana é uma doença decorrente do parasitismo por protozoários, que afeta o homem e outros mamíferos silvestres. Trata-se de uma doença infecciosa com ampla distribuição no continente americano, transmitida pela picada da fêmea de um inseto, o flebotomíneo, que possui vários gêneros. Neste estudo faremos referência ao gênero *Lutzomyia intermedia*, principal vetor da Leishmaniose no município de Mesquita, Estado do Rio de Janeiro. O processo de transmissão da doença pode se diferenciar de acordo com alguns fatores, dentre estes a localização geográfica. De acordo com estudos, a transmissão da Leishmaniose no município de Mesquita pode estar relacionada às ações de desmatamento ocorridas em parte da vegetação que constitui o Maciço do Mendanha, local onde está assentado parte do município em questão. Isso porque os flebotomíneos, vetores em potencial da Leishmaniose, tinham inicialmente o ambiente de floresta como seu habitat e, a partir do momento em que o homem desmata uma área para expansão dos limites urbanos, geralmente para construir habitações, os mamíferos silvestres das proximidades morrem ou migram, deixando os flebotomíneos sem suas fontes alimentares naturais. Em consequência, o inseto vai buscar no ambiente doméstico o alimento necessário para a sua sobrevivência, levando consigo o protozoário e dessa forma o homem passa a servir de alimento para o flebotomo, sendo pois acometido pela doença.

Palavras-chave: Leishmaniose; Desmatamento; Geografia da Saúde; Urbanização.

THE RELATIONSHIP BETWEEN DEFORESTATION AND THE INCIDENCE OF LEISHMANIASIS IN CITY OF MOSQUE, RJ

ABSTRACT: The American Cutaneous Leishmaniasis is a disease caused by parasitism affecting the human and the others wild mammals. It's an infectious disease with vast distribution in the American continent, it is transmitted by the female of an insect, the sandfly, which has several genres. In this article deal the gender *Lutzomyia intermedia*, considered the main vector of Cutaneous Leishmaniasis in the City of Mesquita, in Rio de Janeiro State. The disease transmission process can be different according to several factors, among them the geographical distribution. According to some researches the Cutaneous Leishmaniasis transmission in this City can be connected to the deforestation actions, especially in the area of the "Maciço do

¹EIXO TEMÁTICO: Questão ambiental urbana.

²Mestranda, Programa de Pós-graduação em Geografia (PPGEO/UERJ), rufinoamaro@yahoo.com.br.

Mendanba”, where the city is located. This fact occurs because the sandflies use these areas to live and when the human invades those fields, usually to build their houses or for the urban expansion, the wild mammals go away, and the sandflies run out of food. As a result these insects look for food in the domestic environment for survival carrying the protozoan and thus the human is food for the sandflies and may get sick.

Key words: Leishmaniasis; Deforestation; Geography of health; Urbanization.

INTRODUÇÃO

Sabemos que a ciência geográfica busca evidenciar a estreita relação entre o homem e o meio desde a Antiguidade. A descrição de lugares, das paisagens e das sociedades humanas vem sendo relatadas em algumas obras como, por exemplo, a *História*, de Heródoto. Outra obra significativa é *Dos ares, dos mares e dos lugares*, de Hipócrates, que pode ser considerada como a primeira obra conhecida a tratar de Geografia Médica (FERREIRA, 1991).

Ao final do século XVIII e início do século XIX a Geografia passa a ser sistematizada enquanto ciência. Entretanto, mesmo antes de assumir o status de ciência, sabe-se que a Geografia sempre investigou a possível relação existente entre a doença e o espaço.

O elemento espaço pode ser concebido através de uma série de fatores que, concatenados, orientam sua organização seguindo vários critérios, dentre estes econômicos, sociais e espaciais. Podemos dizer por isto que o principal objeto de estudo da ciência geográfica assume um caráter interdisciplinar, envolvendo saberes das mais variadas áreas, exigindo então da Geografia um constante intercâmbio de seus principais conceitos.

Considerando que o processo saúde-doença apesar de pouco explorado sempre apresentou dimensão espacial, a Geografia representa um importante papel na pesquisa em saúde pois como sabemos, esse processo ocorre em determinado espaço geográfico, juntamente com uma série de outros fatores. Logo, podemos inferir que existe uma estreita relação entre Geografia, saúde e ambiente, relação essa estabelecida pela Geografia Médica (ou Geografia da Saúde).

Vários pensadores preocuparam-se em estudar e determinar a verdadeira relação entre o ambiente de um modo geral e a geografia dos lugares onde essas mazelas se apresentavam. Tornava-se imprescindível conhecer as razões pelas quais as doenças se disseminavam em um dado espaço. Um desses estudiosos que muito contribuiu para o esclarecimento das relações entre Geografia e Medicina foi o médico e cientista Carlos da Silva Lacaz (1915-2002).

Segundo Lacaz (1972), a Geografia Médica estabelece uma conexão entre os conhecimentos geográficos e médicos, evidenciando a importância do ambiente no que tange ao aparecimento e distribuição de determinada doença, fornecendo dessa forma valiosa contribuição à saúde pública.

Para Lacaz:

Na Geografia Médica, o estudo do enfermo torna-se inseparável do seu ambiente, do biótopo onde se desenvolvem os fenômenos de ecologia associados a comunidade a que ele pertence. Quando se estuda uma doença, principalmente metaxênica³, sob o ângulo da Geografia Médica, devemos considerar ao lado do agente etiológico, do vetor, do reservatório, do hospedeiro intermediário e do homem suscetível, os fatores geográficos representados pelos fatores físicos (clima, relevo, distribuição e densidade de população, padrão de vida, costumes religiosos e culturais, meios de comunicação) e os fatores biológicos (vida vegetal e animal, parasitismo humano e animal, doenças predominantes, grupo sanguíneo da população, etc.) (LACAZ, 1972, p. 1).

Posto isto, estudos relataram a ocorrência de Leishmaniose em algumas localidades do estado do Rio de Janeiro, no período entre o início do século XX e o final da década de 1980, constituindo por vezes séries históricas descontínuas (KAWA; SABROZA, 2002).

Segundo Dorval (2006), as Leishmanioses são zoonoses que decorrem do parasitismo por diversas espécies de protozoários que acometem vários mamíferos, dentre estes o homem, manifestando-se clinicamente nas formas visceral (Leishmaniose Visceral ou Calazar) e cutânea ou mucocutânea (Leishmaniose Tegumentar Americana).

Nesse estudo vamos nos ater à forma cutânea da doença – Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA.

Constitui uma das doenças de grande importância mundial, uma vez que os vetores e os reservatórios são bastante diversificados.

O gênero *Leishmania* possui muitas espécies, e estudos de classificação taxonômica foram propostos com base em características epidemiológicas e biológicas que incluem dentre outros fatores, a distribuição geográfica.

No Brasil, essa doença é diagnosticada praticamente em todos os estados, e estatísticas oficiais apontam progressivo crescimento e alguns casos de surtos (DORVAL, 2006).

³Diz-se que quando parte do ciclo vital de um parasito se realiza no vetor, isto é, o vetor não só transporta o agente etiológico, mas é um elemento obrigatório para sua maturação, ou multiplicação. (www.parasitologia.org.br).

Fatores como o desequilíbrio socioeconômico de expressiva parcela da população contribui para o agravamento da situação. Fluxos migratórios, ocupação da terra por áreas de garimpo e principalmente, a degradação contínua do ambiente são apontados como os principais responsáveis para a disseminação dessa doença, pois o flebotômíneo, assim como em outros ciclos endêmicos, habitava inicialmente as áreas silvestres.

O município escolhido para nossa investigação é Mesquita, localizado na Baixada Fluminense do estado do Rio de Janeiro, local esse que apresenta um cenário com uma população de baixa renda, residindo em moradias de qualidade questionável e ainda, em áreas onde inicialmente tínhamos a presença da vegetação de Mata Atlântica, habitat natural dos flebotômíneos.

De acordo com o exposto, pretendemos então evidenciar a estreita relação entre as ações de desmatamento de parte da vegetação original da região sudeste do Brasil, que hoje apresenta um percentual muito baixo se comparado ao inicial, com a incidência de Leishmaniose Tegumentar Americana, uma vez que ao desmatar as florestas e se inserir nas áreas onde antes havia vegetação fechada, o homem passa a participar do ciclo da doença.

Outro aspecto de relevância nesse estudo é a verificação da existência (ou não) de políticas públicas relacionadas aos problemas locais de moradia e também às questões de saúde pública, pois uma vez que as pessoas adquirem a Leishmaniose devem ser tratadas adequadamente.

APRESENTAÇÃO DO TEMA

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa mas não contagiosa, hoje já considerada uma antropozoonose⁴, de grande importância para a saúde pública brasileira, que acomete pele e mucosas. Estima-se que aproximadamente 350 milhões de pessoas estejam sob eminente risco (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A doença é transmitida usualmente através da picada da fêmea de um inseto denominado flebotômíneo (Diptera, Psychodidae), que possui vários gêneros. Este estudo faz referência ao gênero *Lutzomyia intermedia*, principal vetor de Leishmaniose no município de Mesquita, RJ. Os flebotômíneos são parasitados por protozoários do

⁴Doença primária de animais, que pode ser transmitida ao homem. (REY, 2008).

gênero *Leishmania*, pertencentes à família dos Tripanosomatídeos, sendo este o agente etiológico da doença e o flebotomíneo, o vetor. Entretanto, estudos revelam que o processo de transmissão da doença pode ser diferenciado pela localização geográfica e /ou pela espécie do parasito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). A seguir, fotos do vetor da Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA - (Foto 1) e da *Leishmania* (foto 2), que é o agente etiológico da doença (protozoário).



Foto 1 - Fêmea de flebotomíneo ingurgitada

Fonte: Ministério da Saúde, 2007

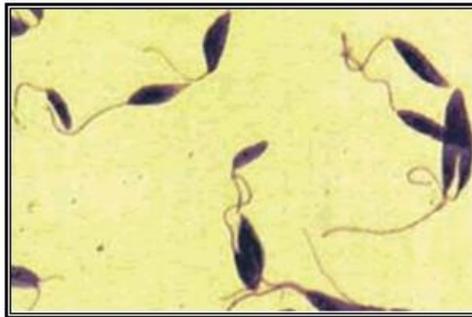


Foto 2 - *Leishmania* - forma flagelada ou promastigota

Fonte: Ministério da Saúde, 2007

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) tem ampla distribuição no continente americano, Europa, África e Ásia. Em relação ao Brasil sua distribuição compreende todo nosso território, em especial a Amazônia. Segundo Rey (2008), em muitos países ações de desmatamento, obras para represamento hidráulico, irrigação para o desenvolvimento agrícola e as migrações para áreas antes ocupadas por vegetação densa aumentaram significativamente o risco de infecções por *leishmanias*, assim como sua extensão geográfica.

Estudos revelam que no Brasil a doença foi identificada pela primeira vez em 1895. Entretanto, a confirmação de formas de *leishmanias* ocorreu no ano de 1909, quando um pesquisador encontrou o parasito em trabalhadores de áreas de

desmatamentos para a construção de rodovias no interior de São Paulo. Em seguida, Splendore (1911) teria diagnosticado a forma mucosa da doença, e finalmente Gaspar Vianna (1885-1914) deu ao parasito o nome de *Leishmania brazilienses*. Contudo, somente no ano de 1922, Henrique Aragão (1879-1956) pela primeira vez, demonstrou o papel do flebotomíneo na transmissão da Leishmaniose Tegumentar Americana. Em 1958 Forattini (1924-2007) registrou a existência de roedores de ambiente silvestre parasitados pela *leishmania* em áreas florestais do estado de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Desde então, observa-se que a doença tem sido registrada em todos os estados do Brasil.

O padrão de transmissão da doença é estabelecido através de análises epidemiológicas, pois inicialmente era considerada apenas uma zoonose de animais silvestres. Em seguida, passou-se a observar a ocorrência da Leishmaniose Tegumentar Americana em áreas rurais já desmatadas e áreas próximas às cidades.

Em relação à sua epidemiologia, observa-se a existência de pelo menos três perfis epidemiológicos: a) o silvestre, o qual ocorre em áreas de vegetação primária; b) o ocupacional, o qual está estritamente relacionado ao desmatamento de áreas de florestas para os mais variados fins, dentre os quais podemos citar a construção de estradas, extração de madeira, desenvolvimento de atividades agropecuárias e ainda o ecoturismo; e c) o rural ou periurbano, que está relacionado às áreas de colonização onde se observa mata residual ou local periurbano, o qual nota-se a adaptação do vetor aos locais próximos às residências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No Brasil, o perfil epidemiológico da doença está associado basicamente à derrubada das matas para os mais variados fins, dentre os quais a construção de rodovias, extração de madeira para comércio e desenvolvimento de agricultura e pecuária, e nestes locais podem ser observados surtos epidêmicos. Podemos ainda verificar incidência de LTA em locais de colonização antiga, relacionado ao processo migratório e ocupação de encostas na periferia dos centros das cidades. Nesse padrão, cães, equinos e alguns roedores podem ser considerados como novos reservatórios do parasito.

A partir da década de 80, verifica-se aumento no número de casos registrados, variando de 3.000 (1980) a 37.710 (2001) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Observam-se picos de transmissão a cada cinco anos, apresentando tendência de aumento do número de casos, a partir do ano de 1985, quando se solidifica a implantação das ações de vigilância e controle da LTA no país.

No Estado do Rio de Janeiro, verificou-se a LTA humana e canina em alguns municípios: Niterói, Maricá, Itaboraí, Rio Bonito, Mesquita, Nova Iguaçu,

Mangaratiba, Angra dos Reis, Parati, Miguel Pereira, Piraí, entre outros. No Município do Rio de Janeiro, ocorre principalmente na Zona Oeste, com índice forte nos bairros de Jacarepaguá e Campo Grande (SMS, 2000).

A Leishmaniose é considerada uma doença negligenciada, mas que carece de muita atenção, pois está relacionada com a situação de pobreza. Nas zonas endêmicas, o risco aumentado de infecção é mediado através da habitação precária, construídas em áreas onde antes se verificava a presença de mata nativa, habitat dos flebotomíneos. A partir daí, o homem estava inserido no ciclo epidemiológico da doença. Podemos então desta forma relacionar, dentre outros fatores, a questão das ações de desmatamento com a incidência de Leishmaniose, uma vez que as alterações ambientais propiciam a espacialização dessa doença.

Apesar de tratar-se de uma mazela de caráter preocupante em termos de saúde pública, a letalidade da Leishmaniose Tegumentar Americana é inexpressiva, sendo verificada somente em casos esporádicos, quando surgem infecções secundárias ou quando ocorrem problemas na medicação do paciente. Isso sem levar em conta os casos e óbitos não notificados.

Os ciclos de ocorrências explicam-se por diferentes aspectos, tais como fatores sociais, ambientais ou climáticos. Os registros podem ser influenciados por fatores como o desmatamento e/ou sequente invasão em áreas de florestas, por exemplo. Na verdade cada localidade apresentará características próprias, tornando complexa a delimitação dos padrões de transmissão da LTA.

Sobre as formas de transmissão podemos citar a transmissão florestal e a transmissão urbana. No primeiro padrão, a transmissão ocorre quando o indivíduo adentra nas matas. Esse padrão atinge basicamente homens que se ocupam de atividades que exigem o contato silvestre. Outro padrão de transmissão é o urbano e pode apresentar dois aspectos: quando há o deslocamento do inseto vetor das florestas para bairros próximos à mata, ou, simplesmente, pela ação de flebotomíneos adaptados a áreas arborizadas, próximas à cidade.

Um exemplo clássico para o primeiro caso ocorre quando há expansão desordenada do perímetro urbano em área de floresta, como no caso do bairro Chatuba no município de Mesquita, nossa área de estudo. Com o desmatamento, quase sempre para a construção de novas habitações, os mamíferos silvestres das proximidades morrem ou migram, deixando os flebotomíneos sem suas fontes alimentares naturais. Em consequência disso, o inseto vai buscar no ambiente doméstico o alimento necessário para a sua sobrevivência, levando consigo o protozoário.

No segundo caso, o inseto vetor já está adaptado aos espaços urbanos. No município de Angra dos Reis por exemplo, as transmissões urbanas são mais comuns. Entretanto, a presença das Leishmanioses em áreas totalmente urbanas ainda não foi verificada. O que podemos assistir é a ocorrência em bairros periurbanos com presença de matas alteradas, como no bairro de Jacarepaguá, no Rio de Janeiro (KAWA, SABROZA, 2002).

BREVE CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO:

Caracterizando ambientalmente nossa área de estudo, o Estado do Rio de Janeiro situa-se na região sudeste do Brasil, possuindo área de aproximadamente 43.696 km², limitando-se ao norte e noroeste com o Estado de Minas Gerais, a nordeste com o Estado do Espírito Santo e a sudoeste com o Estado de São Paulo. Banhado pelo oceano Atlântico em suas costas leste e sul, possui atualmente 92 municípios e área urbana de aproximadamente 1.479,9 km². Apresenta relevo diversificado com fortes contrastes, indo desde escarpas elevadas às áreas de planalto e planícies. Dentre as diversas formas de relevo do Estado destacam-se os maciços do Gericinó-Mendanha, o Maciço da Tijuca e o Maciço da Pedra Branca. Nesse estudo será focado o maciço Gericinó-Mendanha, no qual está assentado parte do município de Mesquita.

O Maciço do Gericinó-Mendanha é constituído pelas serras de Madureira, Marapicu, Gericinó e Mendanha e localiza-se na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro (mapa 1), englobando os municípios do Rio de Janeiro, Nova Iguaçu e Mesquita. Ocupa uma área em ENE-SWS, de aproximadamente 18 km de comprimento, 8 km de largura e altitude máxima de 974 m, na Serra de Madureira (MOTOKI et al., 2008).

Com clima quente e chuvoso no verão e frio e seco no inverno, a área apresenta temperaturas médias entre 20°C e 27°C, enquanto a cobertura vegetal da área corresponde ao bioma da Mata Atlântica, classificada como Floresta Ombrófila Densa Montana e Submontana (VELOSO, 1991). Estudos mostram que o maciço ainda apresenta aproximadamente 60% das florestas em bom estado de conservação, enquanto os 40% restantes são constituídos por matas secundárias. Nesta área estão localizados o Parque Municipal de Nova Iguaçu e o Parque Natural Municipal da Serra do Mendanha e, nesse contexto, temos instalado sobre esse maciço o município de Mesquita.



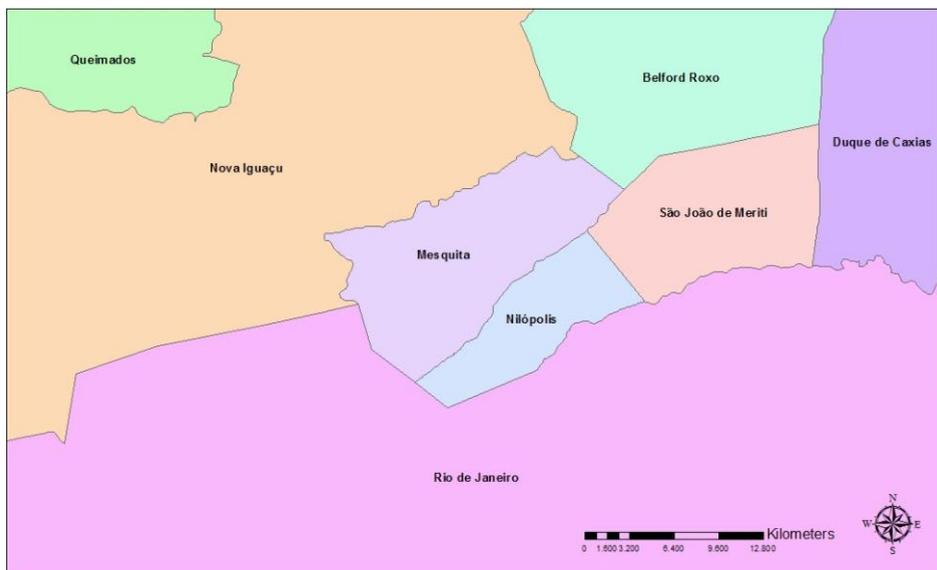
Mapa 1: Mapa da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Fonte: Fundação CIDE

Sabemos que o crescimento urbano dos municípios geralmente tende a ocorrer em áreas aplainadas ou pouco onduladas, pois analisando pelo aspecto geomorfológico estas são áreas que apresentam menor risco, entretanto a desordenada expansão da malha urbana pode gerar novos vetores de ocupação do solo, invadindo desta forma áreas suscetíveis a deslizamentos ou de preservação ambiental. Conter esse avanço é difícil e para tal, faz-se necessária a presença de órgãos governamentais de planejamento com os devidos investimentos e ações de controle.

Mesquita é um município do Estado do Rio de Janeiro, localizado na região da Baixada Fluminense (mapa 2). Com uma reduzida área territorial de aproximadamente 34.767 Km², possui 14 bairros e uma população de cerca de 168.403 habitantes (IBGE, 2010), Mesquita é o mais recente município da Baixada, emancipado do município de Nova Iguaçu em 25 de setembro de 1999 (PMM, 2010).

Estudos revelam que até aproximadamente 1884, o que hoje corresponde a área municipal, era na verdade extensas terras de plantio de cana e depois, laranja. Isso até o momento em que essa cultura começou a entrar em decadência pois como sabemos, os “ciclos econômicos” de nosso país tiveram, todos, seus momentos de ascensão e declínio.



Mapa 2 - Destaque do município de Mesquita

Fonte: Fundação CIDE

Com a chegada da estrada de ferro às terras, as fazendas até então existentes começaram a não dar mais lucros, principalmente por conta da abolição dos escravos. Com isso, aos poucos, as grandes fazendas e chácaras foram vendidas e transformadas em chácaras de plantio de laranjas. A população foi se estabelecendo e crescendo aos poucos, mas a decadência na produção de laranja provocou a venda dessas chácaras e começaram então a surgir os primeiros loteamentos, entre a estrada de ferro e o maciço (PMM, 2010).

Entre o final da década de 1940 e início dos anos 1950, fábricas começaram a se estabelecer na localidade, dando impulso à economia: BRASFERRRO e IBT (fábricas metalúrgicas) e a PUMAR, indústria de sombrinhas. Desta maneira, observava-se então o desenvolvimento de nova atividade econômica com base na industrialização, que apesar de incipiente iria resultar na oferta de empregos e demanda por moradias nas proximidades desses empreendimentos.

A urbanização do município de Mesquita - RJ ocorreu de forma bastante acelerada, mas não necessariamente planejada. Isso significa em termos práticos que parte da população mesquitense hoje concentra grande massa de pessoas com baixa renda, com todos os percalços inerentes à categoria, típicos de periferias metropolitanas no Brasil. Com o passar do tempo, a população começou a ocupar as encostas do Maciço do Mendanha de forma desordenada, não levando em conta fatores socioambientais como perigos trazidos pelo desmatamento, queimadas e cortes em terrenos das encostas (SOUZA, 2005).

O bairro da Chatuba em Mesquita (imagem 1) constitui local de interesse de nosso estudo por estar totalmente vinculado à questão citada anteriormente: a forma de ocupação desse bairro apresenta caráter desordenado em direção às terras do Maciço Gericinó-Mendanha, consistindo para tal em ações de desmatamento e queimadas sem precedentes, fazendo com que aquela parcela da população esteja cada vez mais suscetível à incidência de Leishmanioses, uma vez que a doença se dissemina principalmente em áreas onde houve alterações antrópicas no ambiente silvestre, por acolher em suas proximidades o vetor da doença.

Situações como essa acabam por demandar atenção especial por parte dos governos, pois além da complexidade em se estabelecer moradias em áreas de encostas, neste caso ainda temos o agravante da exposição ao risco de doenças, o que sugere mais gastos aos cofres públicos ao final deste processo. Com isso, tornam-se necessárias ações efetivas dos governos, a fim de minimizar gastos e garantir aos cidadãos as mínimas condições de sobrevivência. Nesse sentido, as políticas públicas revelam um caráter essencial, para que o desenvolvimento local ocorra de forma adequada.

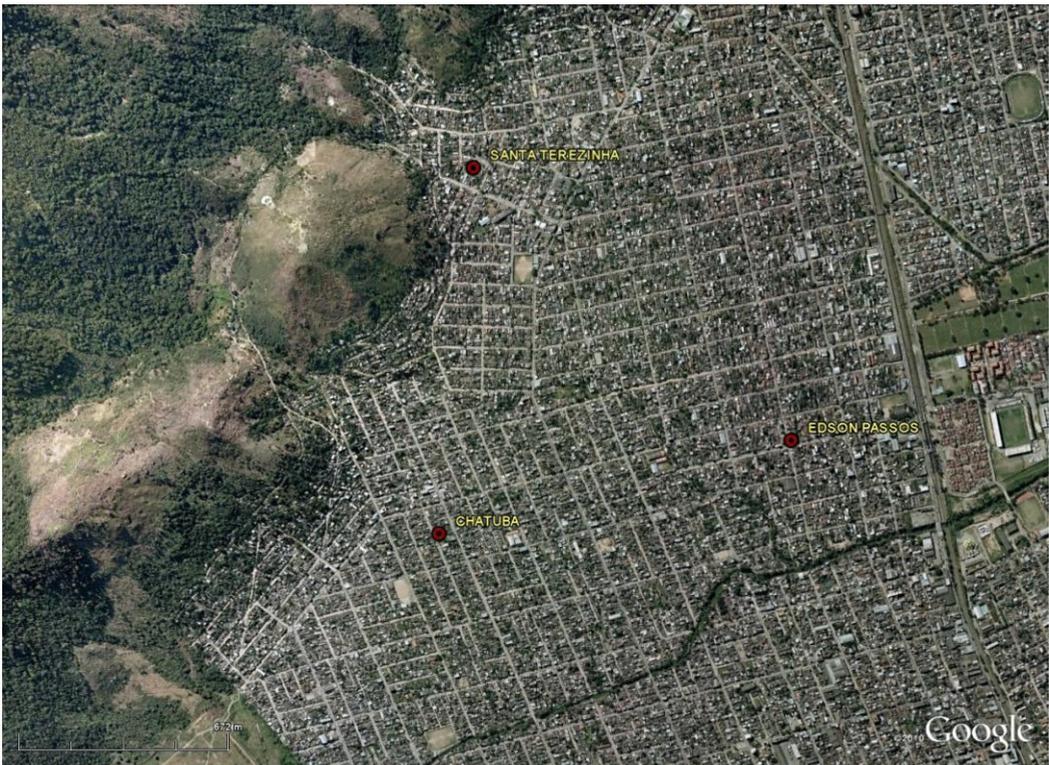


Imagem 1 - Avanço do bairro da Chatuba em direção ao Maciço Gericinó-Mendanha
Fonte: Google images (Google Earth)

POLÍTICAS PÚBLICAS ATRELADAS ÀS TEMÁTICAS HABITAÇÃO E LEISHMANIOSE NO MUNICÍPIO DE MESQUITA

Sabemos que as políticas públicas em saúde devem ser responsáveis por integrar as ações sociais do Estado, de forma a orientar para a melhoria das condições de vida e saúde da população, além de colaborar para a modificação dos ambientes sociais locais. Especificamente, as políticas públicas de saúde devem visar à organização das funções públicas sociais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Nesse sentido reconhecemos a necessidade de se estabelecer nos municípios e em escala macro, nos estados do Brasil, as políticas públicas necessárias às soluções dos problemas municipais, nesse caso problemas de habitação e saúde.

Na investigação para soluções dos problemas de moradia do município, realizamos visita técnica à Secretaria de Urbanismo de Mesquita – SEMURB, buscando confirmar as informações acerca dos programas e objetivos que constam do sítio da prefeitura na internet. Os principais programas podem ser verificados a seguir:

- Programas Habitacionais;**
- Programa Iluminar;**
- Programa de Ordenamento Territorial;**
- Programa de Qualificação Urbana;**
- Programa de Estruturação de Informações cadastrais de Contribuintes;**
- Programa de Implementação de empreendimentos imobiliários para Famílias de Baixa Renda.**

Na tentativa de contato neste órgão com o assessor do secretário de urbanismo não obtivemos êxito, pois o referido assessor negou-se a nos receber. Pediu que o recepcionista transmitisse-nos a informação de que todos os dados que se encontram hospedados no site da prefeitura na internet são válidos e estão em andamento. Contudo, essa resposta não satisfaz nossos questionamentos relacionados à efetiva ação desta prefeitura junto aos programas e objetivos descritos no sítio e principalmente, o número de famílias beneficiadas com os programas e os bairros do município contemplados.

Para os problemas de saúde, ainda segundo o sítio da prefeitura na internet, o município de Mesquita possui políticas públicas para atendimento básico em saúde, como por exemplo:

- Programa DST/AIDS;**
- Programa de Imunização (vacinas);**

- Programa Saúde em Movimento (Coordenação e Promoção à Saúde: Alimentação saudável, Escola sem cigarro e Atividade corporal);**
- Programa de saúde Bucal e Programa Cuidando da Saúde em Casa).**

Diferentemente do ocorrido na secretaria de urbanismo, estas informações foram checadas em visita à Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita – SEMUS, e estes programas encontram-se em andamento.

Fomos informados que em âmbito municipal, não existe nenhum programa específico para o tratamento e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA. Contudo, uma das atribuições da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS - é gerenciar a Rede de Saúde em âmbito municipal, de forma a garantir ao usuário do SUS acesso facilitado aos serviços de saúde em rede municipal, e fora do município no caso de demandas específicas. Dessa forma, a SEMUS é responsável pelas vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental do município. Este sub setor tem então como atribuições avaliar o impacto das intervenções e demais ações em saúde. Isto significa em termos práticos que a vigilância além de trabalhar no combate às doenças endêmicas e epidêmicas, deve evitar os agravos à saúde provenientes da proliferação de animais nocivos, fiscalizar as condições sanitárias dos alimentos vendidos na localidade, e possuir profissionais dedicados ao estudo do perfil epidemiológico deste município, objetivando desta maneira a formulação de políticas e ações que se antecipem à emergência de agravos à saúde do município de Mesquita (PMM, 2010).

Especificamente sobre Leishmaniose, em conversa com os funcionários da Vigilância Ambiental fomos informados que os dados de notificação e controle para LTA no município de Mesquita encontram-se parcialmente defasados. Isso porque o órgão encontra-se com problemas de pessoal, ou seja, existem poucos funcionários compondo as equipes para dar conta das vigilâncias ambiental, epidemiológica e sanitária do município. As equipes vem há algum tempo se revezando para os controles da dengue, tuberculose e leishmanioses tegumentar e visceral.

O chefe da equipe de Vigilância Ambiental informou-nos que neste momento a equipe está concentrada para as ações de combate à dengue, por conta da proximidade do verão. Ainda assim, conseguimos agendar e desenvolver um trabalho de campo para o conhecimento da área em estudo e da metodologia de controle para LTA do município. Nesta saída de campo, os funcionários portavam mapas das áreas endêmicas e os endereços de alguns pacientes (23 casos notificados pela secretaria – tabela 1), o último com data de 2006.

Tabela 1 - Número de casos notificados em Mesquita

Anos	Número de casos
2001	2
2002	3
2003	3
2004	4
2005	6
2006	5

Fonte: SEMUS

Sobre a metodologia adequada de trabalho para vigilância da LTA no município, confirmamos com os funcionários da secretaria os procedimentos constantes do manual de LTA do Ministério da Saúde. O trabalho deve ter início com as ações denominadas “busca ativa”, ou seja, as equipes saem em busca de novos casos a partir das áreas endêmicas do município. Encontrando um indivíduo com alguma lesão suspeita, ou se tratando de áreas endêmicas, deve –se preencher uma ficha de investigação, encaminhando o indivíduo para exames complementares em laboratórios de referência do Ministério da Saúde, nesse caso os indivíduos são encaminhados para o Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC/Fiocruz). O diagnóstico da doença se faz através de exames clínicos e laboratoriais. A parte clínica cabe aos agentes da vigilância, quando capacitados para tal atividade, pois consiste na busca por lesões superficiais na pele ou mucosas (nariz ou boca), e partindo dessa busca tem início o processo de investigação laboratorial, realizada nos laboratórios federais de referência.

Confirmados os casos, estes devem ser notificados pelas secretarias de saúde dos municípios e registrados no Ministério da Saúde, para efetivo tratamento daquele paciente e controle das áreas endêmicas. Contudo, o que se pode perceber com esta pesquisa é que há certa disparidade entre os dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita e os dados obtidos no Ministério da Saúde (tabela 2) para o município em questão, que apresenta notificações até o ano de 2009.

Ressaltamos que o fato de não estar aqui apresentados dados mais recentes não significa em termos práticos que não existam casos de LTA para Mesquita, pois conforme explicitado acima, o trabalho de vigilância não vem sendo desempenhado de maneira corrente, o que implica no déficit do processo. Isso sem levar em consideração indivíduos que ao notarem uma lesão na pele ou mucosa de difícil cicatrização dirigem-se diretamente para o Hospital Evandro Chagas, e lá iniciam os procedimentos para diagnósticos e tratamento. Muitas vezes essas informações não são cruzadas e/ou se perdem, o que explica em parte as diferenças entre os dados.

Tabela 2 - Número de casos notificados.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Nº de casos								
Município de Mesquita	0	0	2	6	9	5	0	0	0
Estado do Rio de Janeiro	26	141	260	275	316	357	138	76	47
Região Sudeste	516	2.276	2.793	2.191	2.359	2.362	2.107	2.260	1.167
Brasil	11.498	19.348	25.904	24.999	23.389	19.168	22.934	26.154	17.839

Fonte: Sinan web/Ministério da Saúde.

Para o tratamento da LTA recomenda-se a utilização, em um primeiro momento, de medicamento composto por antimoniais pentavalentes (Sb^{+5}) - antimoniato de meglumina - conhecido comercialmente como Glucantime. Este medicamento apresenta propriedades leishmanicidas, ou seja, sua ação terapêutica concentra-se exterminar os protozoários, as *leishmanias*. Apresenta-se em frascos de 5ml, e deve ser administrado durante 20 ou 30 dias consecutivos, dependendo da gravidade da lesão e da prescrição médica, por via intramuscular, endovenosa ou parenteral, recomendando-se repouso após a aplicação. Como em todo tratamento, o paciente pode apresentar reações adversas. Importante ainda ressaltar que o paciente deve durante o tratamento evitar a ingestão de bebidas alcoólicas.

Caso o tratamento não apresente os resultados esperados, a drogas utilizadas como segunda escolha são a anfotericina B e pentamidinas, drogas também tóxicas ao organismo humano e de custo elevado.

Na ocorrência de infecções secundárias, os profissionais de saúde podem sugerir um esquema terapêutico alternativo, de maneira que as doenças preexistentes possam ser tratadas sem que os efeitos das correspondentes medicações sejam anulados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A cura da LTA pode ser observada a partir do processo de epitelização do tecido lesionado, ou seja, da reconstrução do tecido; efetiva cicatrização da lesão. Para tal, o paciente deve ser acompanhado pelo serviço de saúde de três meses após a conclusão da fase terapêutica a aproximadamente 12 meses do término do tratamento. Contudo, há algumas situações que podem ocorrer e por isso devem ser ressaltadas quando do tratamento para LTA:

- O tratamento pode ter ocorrido de maneira regular, quando o paciente cumpriu as 20 ou 30 doses da injeção prescrita pelo médico, não ocorrendo intervalos superiores a 72h entre as doses;

- O paciente pode ter deixado de tomar uma ou outra dose da injeção prescrita, situação descrita como irregular, caracterizada como falha no intervalo entre as doses por período superior a 72h, o que pode vir a comprometer o tratamento em sua fase final;
- Quando um paciente recebeu dois esquemas terapêuticos regulares sem melhora clínica visível, diz-se que ocorreu falha terapêutica;
- Caso seja observado o reaparecimento de uma lesão leishmaniótica em outra parte do corpo no período de um ano após o tratamento e a efetiva cura, tem-se a recidiva;
- E finalmente, quando não há registros de cura clínica para os casos notificados, diz-se que ocorreu abandono do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto estudiosos da ciência geográfica, sabemos o quão complexa esta se apresenta e por isto estivemos mais uma vez envolvidos em uma discussão na qual a relação do homem com o ambiente foi o cerne da questão. Buscamos em todos os momentos tentar evidenciar a importância e interdisciplinaridade que envolve esta relação, de maneira a levantar questionamentos os mais variados possíveis.

A base dos estudos em Geografia é a relação entre o homem e o ambiente, as modificações e alterações realizadas pelo primeiro em relação ao segundo. E, a partir do momento em que o homem altera os ambientes para suprir as suas necessidades, vários outros processos ocorrem de maneira simultânea, podendo resultar em benefícios ou danos para o próprio homem.

As ações de desmatamento são responsáveis por alterações no clima, deslizamentos de terra e ainda, migração de animais dos mais diversos reinos. Entre estes animais estão os insetos de importância médica, assim denominados por serem em grande parte vetores de doenças.

A Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA - é um exemplo de doença transmitida por meio de um inseto, o flebotomíneo que, quando infectado por um protozoário, ao picar mamíferos, dentre estes o homem, pode transmitir a doença, que vem apresentando franca expansão pelo continente americano. Estudos revelam que no Brasil esta doença está classificada como negligenciada, estando presente em praticamente todos os estados.

No Estado do Rio de Janeiro, verifica-se a LTA em grande parte de seus municípios. Escolhemos para esta pesquisa o município de Mesquita, motivados pela oportunidade de trabalhar com um município de pequena extensão territorial e, de

acordo com nossos questionamentos, apresentando tão grave problema de saúde pública.

Os problemas para o município de Mesquita vão muito além das questões em saúde: a população cresceu de maneira desordenada, e parte dela ocupa hoje as terras do Maciço Gericinó-Mendanha, ambiente coberto por vegetação de mata atlântica, habitat natural dos flebotomíneos, vetores da Leishmaniose. E assim, tem início o ciclo epidemiológico da doença: o homem invade as terras do maciço, geralmente para construir suas habitações, é picado pela fêmea do flebotomíneo e adquire a LTA.

Ficamos com a dúvida: de fato não há hoje casos de Leishmaniose Tegumentar Americana em Mesquita, uma vez que presenciamos habitações em área de mata fechada, sendo este o ambiente natural dos flebotomos? Esta questão somente poderá ser esclarecida a partir de outro estudo, que vai depender da prévia estruturação e organização das equipes de vigilância da Secretaria Municipal de Saúde do município para o controle da LTA. O que sabemos ao certo é que não há registros de que o inseto vetor tenha sido eliminado da área, o que nos sugere então que pode haver novos casos na localidade. Outro aspecto que deve ser ressaltado é em relação aos dados obtidos na secretaria municipal frente aos dados obtidos junto ao Ministério da Saúde, pois apresentam grande disparidade devendo pois ser também investigados.

Em relação às políticas públicas, pudemos evidenciar que não há para o município de Mesquita nenhuma política de saúde para controle e/ou vigilância da LTA, mas em contrapartida existe uma rede municipal de saúde minimamente integrada, de forma a direcionar a população para os tratamentos de saúde adequados a cada demanda, dentro ou fora do município. Em relação às políticas habitacionais, verificamos no sítio da prefeitura a existência de programas incipientes, os quais não pudemos esclarecer ao certo suas efetivas ações.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço ao Prof^o. Dr. Miguel Angelo Campos Ribeiro (UERJ), às amigas Telma Chaves (PPGEO – UERJ) e Prof^a. Janaína de Freitas e ao amigo Prof^o. Wagner Alexandre Costa (Fiocruz) pelas contribuições.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância.

Saúde. – 2. ed. Atual. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

DORVAL, M.E.M.C. Estudos epidemiológicos em áreas de Leishmaniose Tegumentar no município de Bela Vista, estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Tese de doutorado. Programa Multiinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Rede Centro-Oeste, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS). Mato Grosso do Sul, 2006.

FERREIRA, M. U. Epidemiologia e geografia: o complexo patogênico de Max Sorre. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 297-300, jul./set. 1991.

KAWA, H.; SABROZA, P.C. Espacialização da Leishmaniose Tegumentar na cidade do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(3):853-865, mai-jun, 2002.

LACAZ, et al. Introdução à Geografia Médica do Brasil. São Paulo: EDUSP, 1972. 568p.

MOTOKI, A.; PETRAKIS, G.H.; SICHEL, S.E.; CARDOSO, C.E.; MELO, R.C.; SOARES, R.; MOTOKI, K.F. Origem dos relevos do Maciço Sienítico do Mendanha, RJ, com base nas análises geomorfológicas e sua relação com a hipótese do vulcão de Nova Iguaçu. São Paulo, UNESP, Geociências, v. 27, n. 1, p. 97-113, 2008.

REY, L. Parasitologia: Parasitos e doenças Parasitárias do homem nos trópicos ocidentais. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SANTOS, M.C.F.; MOURA, R.L.; VALENTE, A. A. Bromeliaceae no Maciço do Gericinó-Mendanha, Rio de Janeiro, Brasil. Revista Brasileira de Biociências, Porto Alegre, v. 5, supl. 2, p. 63-65, jul. 2007.

SMS – RIO. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim de Divulgação Técnica e Científica. Rio de Janeiro: 2000.

SOUZA, R. H. L. A ocupação das encostas do Maciço do Gericinó-Mendanha no bairro da Chatuba em Mesquita. Monografia – Faculdade de Educação e Letras/UNIG). 2005.

VELOSO, H.P.; RAGEL FILHO, A.L.R; LIMA, J.C. 1991 Classificação da vegetação brasileira adaptada a um sistema universal. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 124p.

SITES CONSULTADOS:

www.mesquita.rj.gov.br

www4.ensp.fiocruz.br/Leishmaniose