

ESQUISTOSSOMOSE MANSONI



UNITERMOS: Esquistossomose mansoni

Dr. Silvino Alves de Carvalho *

1. RESUMO

A esquistossomose mansoni teve a sua origem e expansão diretamente correlacionadas com o processo de desenvolvimento econômico da sociedade brasileira. Em decorrência dos conflitos gerados pela instabilidade da mão-de-obra indígena, no processo de produção agrícola no período colonial, foram os colonizadores obrigados a procurar no negro africano a força de trabalho necessária à dinamização da cultura canavieira. Originária de vários países africanos (Guiné, Angola, Congo e Moçambique) calcula-se que no início (1538) ao término do tráfico (1888) 4 a 5 milhões de escravos adentraram o território brasileiro e com eles a esquistossomose¹⁶.

A esquistossomose mansoni teve a sua implantação inicial em uma extensa faixa do litoral, principalmente nas regiões onde se processava a cultura canavieira e, posteriormente, para todo o território brasileiro. Apesar dessa dispersão, sua maior concentração, entretanto, se deu nas áreas iniciais da cultura canavieira, principalmente os estados da Bahia e Pernambuco, trazidos ainda hoje como regiões de alta endemicidade, seguidos pelos estados limítrofes. A dispersão da esquistossomose, que inicialmente partiu do litoral, foi consequência dos fluxos de migração interna, condicionadas pelos novos ciclos econômicos de produção que se sucederam ao da cana de açúcar^{3,5,16}.

Dos focos de origem a esquistossomose se estendeu aos estados do norte, leste, centro-oeste e sul. A região amazônica com uma ampla disseminação de planorbídeos e um grande afluxo de migrantes nordestinos, corre o risco de tornar-se um importante foco em extensão da parasitose. Das unidades da Federação, somente no Amazonas, Território do Norte, Santa Catarina e Rio Grande do Sul não foi ainda diagnosticado casos autóctones da parasitose.

O Ministério da Saúde em 1967, estimou em 8 milhões o número de infectados no Brasil. Já em 1977, voltava a estimar entre 8 a 18 milhões, prevalência esta que o coloca como a principal área de distribuição da parasitose no mundo¹³.

A esquistossomose é uma parasitose onde os reais agravos à saúde não estão ainda bem delimitados, haja vista que a grande maioria dos infectados não desenvolve doença clinicamente manifesta, ainda que uma pequena minoria (1 a 7%) evoluam para formas graves. Mesmo nestas circunstâncias fatores outros, independentes da patogenia da própria parasitose, parecem exercer um papel importante no determinismo clínico-evolutivo da doença. Múltiplas variáveis ligadas ou não ao parasita, são consideradas como fatores determinantes na evolução clínica da esquistossomose ou no seu agravamento. Dentre estas variáveis são tidas como mais importantes, a carga parasitária, estado nutricional, condições imunológicas, componente racial, tipo sanguíneo, virulência

da "cepa" do *S. mansoni* e associação com o vírus da hepatite B^{1,2,4,7,8,9,10,11,14,15,17,18,12}.

Em algumas regiões a esquistossomose pode aparecer como endemia de grande importância médico-social, requerendo assim as medidas pertinentes e exigíveis para o seu controle. Entretanto, na maioria das áreas de ocorrência os setores em saúde pública podem ter dificuldades de definir a esquistossomose como problema prioritário, quando muitas outras doenças (inclusive a desnutrição) estão presentes, com maiores índices de morbidade e mortalidade e que seriam decorrentes das precárias condições sócio-econômicas prevalentes nas áreas em questão.

Entendemos que a esquistossomose no Brasil resulta de um conjunto de fatores médico-sanitários e sócio-econômicos prevalentes principalmente no meio rural que devem ser avaliados e resolvidos em sua totalidade, sendo que a quimioterapia empregada isoladamente sem a concorrência de outras medidas (transformação no modelo sócio-econômico, traduzidas por abastecimento de água em qualidade e quantidade, condições habitacionais satisfatórias, educação em todos os níveis, integração das populações marginalizadas ao processo produtivo, medidas de engenharia sanitária pertinentes a tal finalidade) se tornaria ineficaz para o controle da parasitose⁶.

REFERÊNCIA

- Andrade, Z.; Lyra, L. G. & Rebouças, G. — Esquistossomose hepática avançada e hepatite crônica viral. *Rev. Ass. med. bras.*, 23: 75-78, 1977.
- Barbosa, F. S. — Levantamentos seccionais sobre a Esquistossomose no Nordeste do Brasil — III — Estado de Pernambuco (Município de São Lourenço da Mata). *Rev. Soc. bras. Med. trop.*, 4: 269-271, 1970c.
- Bina, J. C. — A expansão da esquistossomose mansoni no Brasil. Fatores determinantes e sugestões para seu controle. *Rev. méd. Bahia*, 22: 86-100, 1976.
- Bina, J. C.; Tavares Neto, J.; Prata, A. & Azevedo, E. S. — Influência da raça no desenvolvimento de formas graves da esquistossomose. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL, 14.º e CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PARASITOLOGIA, 3.º João Pessoa (PB), 1978. *Resumos* p. 100.
- Brooks, R. H. & Colley, D. G. — O que veio antes, o caramujo ou o ovo? *Rev. bras. Geog.*, 36: 109-127, 1974.
- Carvalho, S. A. — Aspectos Epidemiológicos e Quimioterápicos na Esquistossomose Mansoni. Contribuição ao Estudo da Quimioterapia pelo Oxamniquione. São Paulo, 1978. Dissert. mest. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- Clegg, J. A. — Host antigens and the immune response in schistosomiasis. In: Ciba Foundation Symposium. Parasites in the Immunized Host: Mechanisms of Survival. Associated Scientific Publishers, Amsterdam 1974, p. 161-183.
- Cline, B. L.; Rymzo, W. T.; Hiatt, R. A.; Knight, W. B. & Berriós-Duran, L. A. — Morbidity from *Schistosoma mansoni* in a Puerto Rican Community: A population based study. *Amer. J. trop. Med. Hyg.*, 26: 109-117, 1977.
- De Witt, W. B.; Oliver-Gonzales, J. & Medina, E. — Effects of improving the nutrition of malnourished people infected

* Professor Assistente da Clínica de Moléstias Infecciosas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

- with *Schistosoma mansoni*. *Amer. J. trop. Med. Hyg.*, 13: 25-35, 1964.
10. Hiatt, R. A. — Morbidity from *schistosoma mansoni* infections. An epidemiologic study based on quantitative analysis of egg excretion in two highland Ethiopian villages. *Amer. J. trop. Med. Hyg.*, 25: 808-817, 1976.
 11. Leite, G. — Critério de cura parasitológica e imunidade racial na esquistossomose mansoni. *Rev. bras. Med.*, 14: 867-869, 1957.
 12. Lyra, L. G.; Rebouças, G. & Andrade, Z. — Hepatitis B surface antigen carrier state in hepatoesplenic schistosomiasis. *Gastroenterology*, 71: 641-645, 1976.
 13. Machado, P. A. — O Modelo. In: Programa Especial de Controle de Esquistossomose. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 6.ª (Ministério da Saúde). Brasília, agosto, 1977, p. 1-19.
 14. Martins, D. M. & Prata, A. — Relação entre formas graves de esquistossomose e grupo sanguíneo. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE MEDICINA TROPICAL, 13.º e CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PARASITOLOGIA, 2.º Brasília (DF), 1977. **Resumos**, p. 114.
 15. Omer, A. H. S.; Hamilton, P. J. S.; Marshall, T. F. C. & Draper, C. C. — Infection with *Schistosoma mansoni* in the Gezira area of the Sudan. *J. trop. Med. Hyg.*, 70: 151-157, 1976.
 16. Rey, L. — Contribuição para o conhecimento da morfologia, biologia e ecologia dos planorbídeos brasileiros transmissores da esquistossomose. São Paulo, 1976. (Tese Dout. — Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), p. 1-11.
 17. Smithers, S. R. — Recent advances in the immunology of schistosomiasis. *Brit. med. Bull.*, 28: 49-54, 1972.
 18. Smithers, S. R. & Terry, R. J. — The immunology of schistosomiasis. *Advanc. Parasit.*, 14: 399-423, 1976.