

A LEISHMANIOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO FERREIRA ¹

LEISHMANIASIS AT PORTO FERREIRA DISTRICT

Edeltraut Nothing Zóia ²

Azumir E. Palombo ³

Elisete Silva Pedrazzani ⁴

RESUMO: O Município de Porto Ferreira-SP., por suas características geográficas, hidrográficas, topológicas e climáticas, associadas ao tipo de vegetação existente, favorece a procriação da espécie de flebotomíneos e conseqüentemente um aumento na incidência da Leishmaniose a partir de 1981. Os dados foram obtidos junto à Ficha de Investigação Epidemiológica e também através de entrevista para os casos residentes na localidade. Foram registrados 40 casos até o primeiro semestre de 1993 os quais ocorreram basicamente dentro de uma mesma área, que a denominamos de área crítica. O comportamento epidemiológico da doença no município difere do tradicional, citado na literatura, quando observamos que as mulheres estão sendo mais afetadas, com ocupação principal *do lar*, caracterizando uma transmissão autóctone, domiciliar e urbana. O fluxo de atendimento dos pacientes na rede básica de saúde também foi avaliado, identificando-se algumas questões a respeito do tempo decorrente entre os primeiros sintomas até o tratamento específico. Ações de controle epidemio-sanitário foram propostas no sentido de conter a incidência da doença no município.

UNITERMOS: Leishmaniose - Epidemiologia

A DOENÇA LEISHMANIOSE

As Leishmanioses Tegumentares Americanas são parasitoses humanas e de outros vertebrados causadas por diversas espécies e subespécies do gênero *Leishmania* e sua transmissão se dá por meio da picada de insetos da família *Phlebotominae*, conhecido popularmente como "birigui", "mosquito palha" ou "cangalhinha" (1, 9).

O protozoário provoca uma infecção quase que exclusivamente na pele e mucosas. É uma zoonose própria de roedores silvestres e pode ser transmitida ao homem quando entra em contato com a mata, ou urbana, quando tem como reservatórios o próprio homem, os cães e gatos.

¹ Resumo da Monografia apresentada no Curso de Especialização em Saúde Pública oferecido pelo Departamento de Enfermagem da UFSCar, 1994.

² Enfermeira Chefe da Vigilância Sanitária - Secretaria Municipal de Saúde - Porto Ferreira - SP.

³ Farmacêutico - Diretor da Vigilância Sanitária - ERSA 53 - São Carlos - SP.

⁴ Enfermeira - Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da UFSCar.

A infecção no homem se estabelece pela inoculação da forma infectante (*leptoma*) nos elementos histiocitários da pele, desenvolvendo geralmente uma pápula ou eritema papuloso. Pode haver regressão das formas primitivas ou progredirem para lesões ulcerosas ou vegetantes. Os parasitas da lesão primária, por metástase, invadem as mucosas da região naso-buco-faríngea produzindo alterações ulcerosas ou vegetantes de evolução crônica e raramente regressivas, se não receberem um tratamento apropriado.

A Leishmaniose não chega a ser mortal mas contribui para a mortalidade geral como causa predisponente de outras enfermidades. É uma doença de notificação compulsória e encontra-se distribuída em populações localizadas em regiões de encostas montanhosas, com densa vegetação. Regiões quentes e úmidas favorecem mais a propagação da doença, sendo mais freqüente em altitudes compreendidas entre 0 a 800 metros acima do nível do mar, embora encontram-se alguns tipos distribuídos em áreas de maior altitude (7,10). No Brasil, praticamente todos os estados são atingidos, inclusive em regiões de vale e de matas no interior. A situação da Leishmaniose no município de Porto Ferreira vem tornando-se preocupante devido ao aumento da incidência com o passar dos anos, chegando a serem notificados em média dois casos por mês (2).

CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO FERREIRA

Porto Ferreira nasceu em consequência de três fatores distintos: a balsa que fazia a travessia do rio Mogi-Guaçu - 1861, a ferrovia implantada devido à expansão cafeeira do Estado -1880 e a utilização da navegação fluvial - 1884. Nesta época habitavam o vale do Mogi-Guaçu, índios Painguaús, família Tupi-Guarani, que com suas aldeias constituíram o atual município. Localiza-se a 47,30' de latitude oeste e a 21,51' de longitude sul, distando 217 km da capital de São Paulo, na Depressão Periférica Paulista (parte setentrional), no Vale do rio Mogi-Guaçu, a uma altitude de 519 m em relação ao nível do mar. Atualmente possui 246 Km², sendo 21,46 urbano e o restante 224,56, rural.

A região de Porto Ferreira, de acordo com o Mapa Geomorfológico do Instituto de Pesquisas Tecnológicas de São Paulo (1981), caracteriza-se como uma área de transição, tanto nos aspectos litológicos (solo) pertencentes ao Grupo Tubarão, quanto aos de vegetação.

A constituição do solo é predominantemente laterizada e arenosa, de caráter sedimentar, pertencente à subprovincia geomorfológica do Rio Mogi-Guaçu, da Depressão Periférica Paulista.

A vegetação natural é composta de mata tropical latifoliada, com a presença de cerrados e cerradões e vegetação típica de campo, como também campo cerrado. É marcante a presença de mata ciliar e de mata galeria, características do rio Mogi-Guaçu.

A topografia do município caracteriza-se por baixa declividade em sua maioria, particularmente por localizar-se na planície aluvial do rio Mogi-Guaçu. Ao norte é possível verificar a presença de morros e colinas e maior inclinação, de aspecto geomorfológico de transição às costas basálticas presentes no município circunvizinho.

Na hidrografia do município, pertencente à Bacia do rio Mogi Pardo, é marcante e determinante a presença do rio Mogi-Guaçu, de largura média de 90 m, chegando em alguns pontos a 120 a 450m³/seg, conforme os períodos de cheia e de estiagem no município.

Existem rios de pequeno porte que são de baixa declividade, pouco encachoeirados e que fazem uso da planície fluvial, constituindo-se por uma natureza favorável à exploração de areia e argila para uso industrial. Cortam a cidade também inúmeros córregos que se conservam naturais, inclusive com vegetação ciliar típica.

O clima da região é caracterizado como do tipo mesotérmico, com inverno seco e verão úmido e quente, onde o índice pluviométrico anual oscila entre 1.100 e 1.300 mm. A temperatura média anual varia entre 20 a 21° C.

O ambiente natural da região vem sofrendo a ação antrópica, principalmente a vegetação, pois está sendo substituída por canaviais, que estão contribuindo para a alteração dos corpos d'água, provocando seu assoreamento e poluição .

OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM PORTO FERREIRA

O atendimento de saúde na rede básica é composto de um Centro de Saúde, que é responsável pelo desenvolvimento de ações de caráter preventivo, diagnóstico e /ou tratamento específico das doenças infecto-contagiosas e notificação compulsória; um Ambulatório Médico Central e 04 Postos de Saúde periféricos que realizam atendimento básico assistencial em pediatria e clínica geral.

O atendimento com especialidade médica é feito basicamente pelo Ambulatório de Referência Regional do Escritório Regional de Saúde de São Carlos (ERSA-53), ficando no município um número reduzido de atendimentos.

Existe também um pronto-socorro ligado ao Hospital local, que atende as urgências/emergências assim como o atendimento de clínica ambulatorial.

O município conta com empresas médicas privadas que realizam os atendimentos através de convênios com as empresas locais.

O objetivo deste estudo foi o de avaliar a situação local, identificando os principais aspectos epidemiológicos, determinando áreas potencialmente de risco e traçando diretrizes em saúde pública.

A perspectiva é de aplicar ações intensivas de saúde à população exposta, num programa contínuo de orientação e busca ativa de casos novos, como também a reorganização do fluxo de atendimento junto à Rede Básica de Saúde

(3). Poderão ser desenvolvidas ações de controle sanitário em animais domésticos que possivelmente possam ser reservatórios assim como o controle de insetos transmissores (flebotomíneos).

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado junto ao Centro de Saúde de Porto Ferreira e foram considerados todos os casos notificados de Leishmaniose Cutâneo-Mucosa do referido município desde 1981 até o primeiro semestre de 1993, num total de 40.

Para coletar os dados da Ficha de Investigação Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foi elaborado um instrumento contendo as variáveis: data da notificação (mês e ano), data dos primeiros sintomas, sexo, idade, residência, ocupação, locais das lesões, locais freqüentados pelos pacientes, exames laboratoriais realizados e locais procurados para o tratamento. Este instrumento foi testado preliminarmente procurando dessa forma garantir uma coleta de dados fidedigna e assim conhecer a população do presente estudo.

As Fichas de Investigação Epidemiológica instituídas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e os prontuários dos pacientes existentes no Centro de Saúde local serviram como fontes de dados. Também foram computados os dados existentes na pesquisa entomológica da SUCEN.

Para levantamento do fluxo de atendimento dos pacientes, foram escolhidas informações contidas no próprio prontuário, como encaminhamentos e locais de atendimento. Foram realizadas entrevistas com os pacientes sobre esta temática.

Serviram também como fonte de dados o mapa geográfico do município e dados cadastrais de ligações de água, para cálculo populacional aproximado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

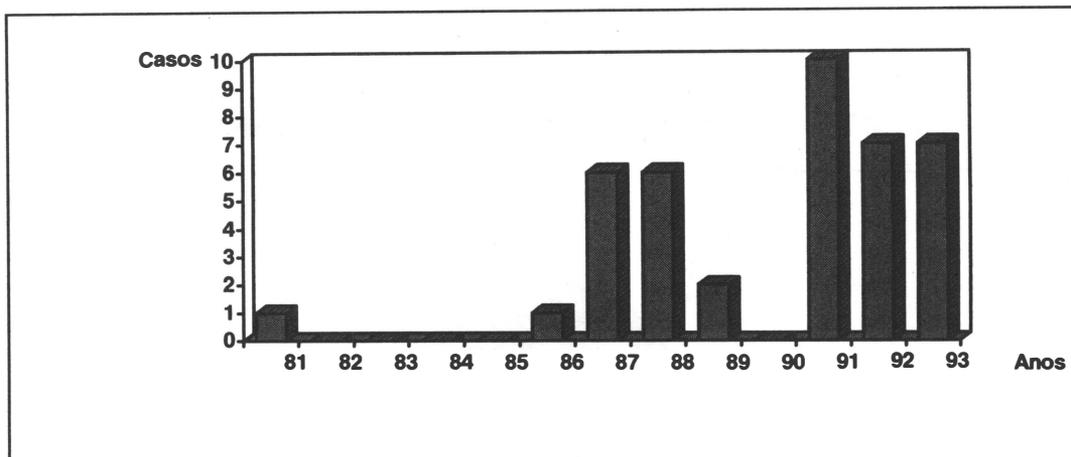
Conforme apresentado anteriormente, a incidência da Leishmaniose vem aumentando no município de Porto Ferreira-SP, sendo que tanto a sua localização geográfica quanto os fatores topoclimáticos e a presença de Reserva Florestal e da Mata Ciliar às margens do Rio Mogi-Guaçu, favorecem a dispersão do mosquito transmissor.

A expansão demográfica proporcionou a ocupação de dois novos bairros associados a outros bairros próximos, totalizando aproximadamente 6.500 habitantes.

Desde que se tornou obrigatória a notificação da doença no ano de 1976, o primeiro caso em Porto Ferreira foi registrado somente em 1981, sendo posteriormente notificados novos casos a partir de 1986, atingindo níveis

preocupantes, com excessão do ano de 1990 quando não se registrou nenhum caso. Esses dados estão apresentados no Gráfico 1, totalizando 40 casos até o primeiro semestre de 1993.

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE LEISHMANIOSE CUTÂNEO-MUCOSA EM PORTO FERREIRA - 1981-93



É importante destacar que, nos anos de 1987 e 1988, se observa um registro superior aos anteriores, assim como nos anos de 1991 a 1993 que foram ainda maiores, tornando-se portanto necessário o acompanhamento epidemiológico no sentido de identificar e caracterizar os determinantes na ocorrência ou não de casos junto à população.

Todos os casos de que se tem conhecimento receberam atendimento final no Centro de Saúde, onde foram preenchidas as fichas de investigação epidemiológica, realizada a notificação compulsória, a confirmação diagnóstica visto que os pacientes vêm encaminhados de outros serviços médicos e também iniciado o tratamento específico.

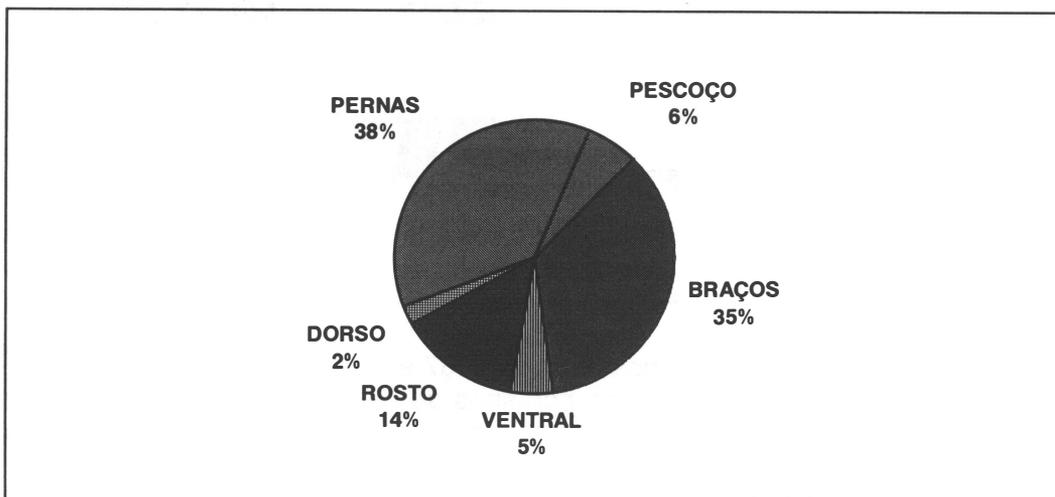
A autoctonia foi caracterizada na própria ficha epidemiológica e confirmada por pesquisas entomológicas feitas pela SUCEN-Ribeirão Preto, em 1988 e 1992, de acordo com o relatório próprio (2,8). Nestas pesquisas detectou-se o mosquito transmissor em locais determinados da cidade, como no interior da Reserva Florestal (Mata do Procópio), Mata Ciliar do Rio Mogi-Guaçu e em domicílios próximos às margens do rio.

Nos estudos realizados pela SUCEN, acima referidos, observa-se que a espécie *L. intermédia* foi encontrada tanto no interior da Mata do Procópio e Mata Ciliar do Rio Mogi-Guaçu quanto no intra e peridomicílios próximos, mostrando as incursões que o mosquito transmissor vem fazendo na borda da mata e com isso se aproximando da população e facilitando a propagação da doença.

Todos os casos notificados no município foram confirmados clínica e/ou laboratorialmente como Leishmaniose Cutâneo-Mucosa.

As lesões apareceram de forma única ou múltiplas, em vários locais do corpo, normalmente em áreas mais desprotegidas (desnudas), como nos braços, pernas, rosto e pescoço, em forma de úlceras, conforme dados do Gráfico 2. Observa-se que as pernas (37%) e os braços (35%) são as partes do corpo mais atingidas.

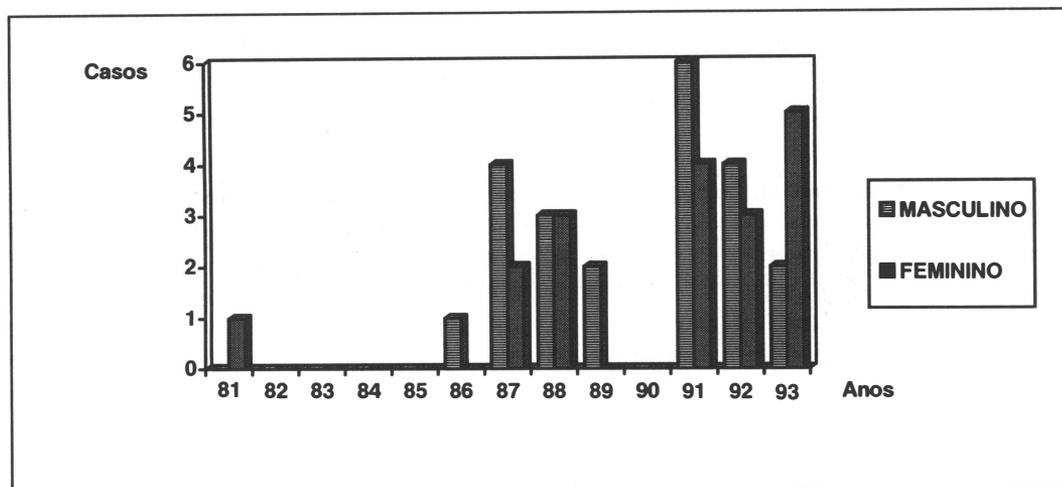
GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS LESÕES SEGUNDO AS PARTES DO CORPO



Observando os locais das lesões, no momento da entrevista, conseguiu-se perceber que em dois pacientes as lesões apresentaram sinais de reativação ou de não completa cicatrização, os quais foram encaminhados à Unidade de Saúde local para esclarecimento clínico, sendo que um fez tratamento há dois anos e o outro há apenas sete meses, necessitando portanto de um acompanhamento pós alta.

Um dos pacientes referiu que, no local do teste de Intradermorreação de Montenegro, após dois anos, se iniciou uma reação inflamatória; foi realizada uma biópsia no local, apresentando laudo negativo para Leishmaniose, tendo sido encaminhado para o otorrinolaringologista, para pesquisa de lesões de orofaringe e/ou nasal. O paciente será acompanhado pela Vigilância Epidemiológica local.

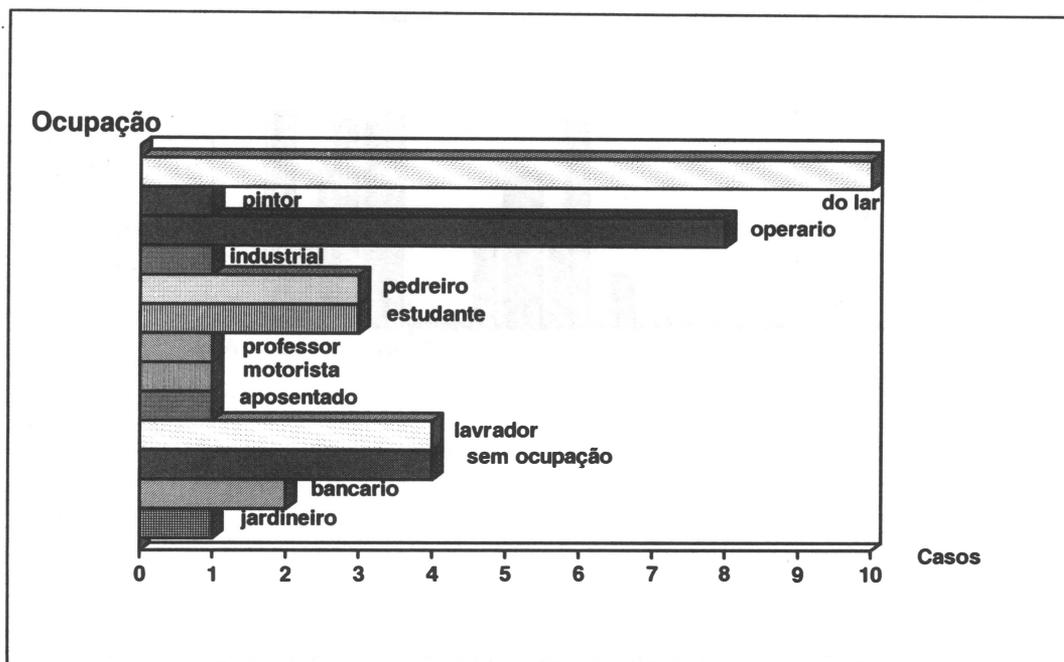
GRÁFICO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE LEISHMANIOSE CUTÂNEO-MUCOSA SEGUNDO O SEXO



O Gráfico 3 mostra que, apesar da maior incidência ocorrer no sexo masculino, se verifica que o registro de casos em mulheres ocorreu a partir de 1987, não sendo observado nenhum caso feminino no ano de 1989 e no último ano estudado (1993) foi registrado o maior número de casos nesta categoria. A observação sistematizada na análise desses dados é de extrema importância para a identificação do comportamento das mulheres, se elas estão saindo mais de seus domicílios e frequentando locais de maior risco ou se o mosquito transmissor continua se aproximando mais das áreas residenciais como já apontavam os estudos da SUCEN (2,5).

Até então acreditava-se que os homens eram mais afetados devido à ocupação profissional e/ou atividades de lazer (pescaria). Os dados sobre ocupações estão apresentados no Gráfico 4.

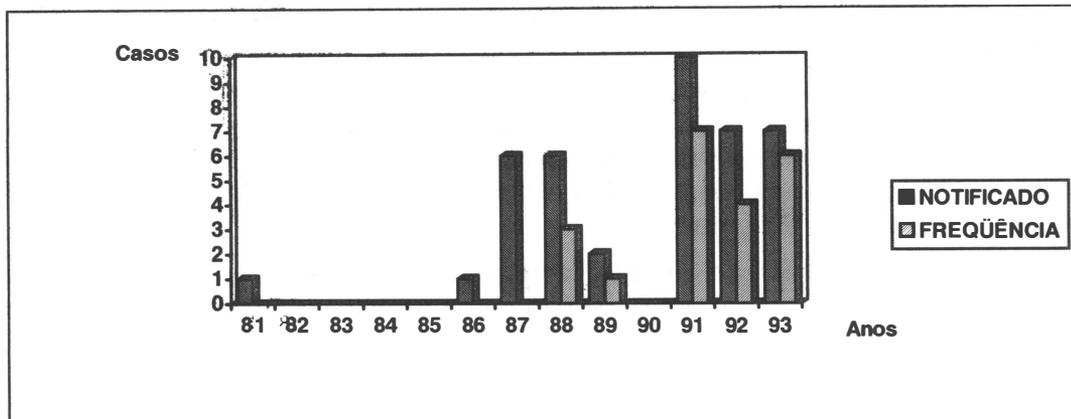
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS OCUPAÇÕES DE PACIENTES DE LEISHMANIOSE CUTÂNEO-MUCOSA



Observa-se que a maior ocorrência da doença está na ocupação "do lar", característica das mulheres, o que reforça a discordância dos dados na literatura, onde a doença apresenta-se freqüentemente em madeireiros, seringueiros, garimpeiros etc. O que também apresenta concordância com os dados obtidos pelo SUCEN sobre a localização de captura dos flebolomíneos.

A distribuição geográfica da doença no município caracteriza uma área em comum, compreendida pelos bairros Vila Sibila, Jardim Anibal, Jardim Porto Novo, Jardim Dornelles de Carvalho, Jardim Independência, população ribeirinha do Rio Mogi-Guaçú, associado a Reserva Florestal (Mata do Procópio) e Mata Ciliar ao longo do rio, onde a maioria dos pacientes ou residem nesta área ou a freqüentam regularmente, a qual optou-se por chamá-la de área crítica, conforme consta no Gráfico 5.

GRÁFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CASOS NOTIFICADOS NA ÁREA CRÍTICA



Com a confirmação da presença do flebótomo dos gêneros *Lutzomia intermedia*, *Lutzomia montigola*, *Lutzomia lanei*, *Lutzomia aragoi*, *Lutzomia migonei* nesta área, caracteriza-se uma transmissão autóctone, domiciliar, diferente da epidemiologia tradicional da doença, quando os homens entravam em áreas enzoóticas de mata e se aproximavam de animais silvestres.

A média de idade dos casos estudados é de 32 anos, caracterizando uma faixa etária da população economicamente ativa, mas que não apresenta uma ocupação profissional determinada.

Já para as atividades de lazer, o município possui centenas de "Ranchos a beira-rio", além de Clubes Recreativos e áreas de pequenos córregos que favorecem a pescaria ou outras atividades afins, principalmente nos fins de semana, em períodos diurnos.

Não foi possível determinar com precisão o período de incubação da doença nos pacientes notificados, entretanto verificou-se a mesma variação entre semanas e meses, descrito na literatura (1,4,6,9).

Dentre os casos notificados, apenas três deles pertenciam à mesma família e os demais são membros isolados, confirmando uma suscetibilidade geral e uma resistência imunológica individual.

Em relação ao vetor, a SUCEN-Ribeirão Preto, em seu Relatório Preliminar (2), aponta que pretende investigar mais alguns aspectos como a identificação das espécies de flebotomíneos, sua dispersão pelo espaço urbano, portas de entrada e sítios de repouso no intradomicílio e hábito alimentar. Quanto aos reservatórios, também se pretende levantar a fauna silvestre da Reserva Florestal e doméstica, capazes de desempenhar tais papéis.

O diagnóstico da doença, segundo os dados obtidos, foi feito basicamente pelo aspecto clínico das lesões, associado à biópsia na maioria dos casos, onde todos acusaram a ausência do parasita, apresentando apenas um quadro

histológico compatível à doença. Não há informações, nos prontuários dos pacientes ou nas fichas de investigação epidemiológica, sobre a realização do Teste de Intradermorreação de Montenegro ou outro meio de diagnóstico laboratorial.

Identificou-se ainda que as biópsias foram realizadas em média após três meses do aparecimento dos primeiros sintomas, indicando serem lesões antigas, que portanto não apresentaram parasitas. Não se conseguiu detectar lesões recentes para realização de biópsias e dessa forma confirmar a presença dos parasitas (formas amastigotas).

É importante confirmar, durante a realização dos exames, o estágio das lesões para não se esperar resultados positivos nas biópsias e, em conseqüência, um caso não ser confirmado.

Para avaliar o fluxo de atendimento dos pacientes de leishmaniose cutâneo-mucosa, foi feita uma entrevista com os mesmos, onde se constatou o seguinte: dos 40 pacientes registrados no serviço, 07 mudaram de endereço, não sendo possível localizá-los, pois alguns foram para outro Estado e o endereço dos demais é ignorado; 02 pacientes faleceram e 06 residem em fazendas, portanto não foram entrevistados; 03 pacientes foram procurados em suas residências por várias vezes, mas não foram encontrados; o restante, ou seja, 22 pacientes foram entrevistados pelos pesquisadores em suas residências.

Todos têm uma idéia do local onde adquiriram a doença, citando os lugares que freqüentaram, ou seja, locais onde foram picados por mosquitos, sejam eles em suas residências ou áreas de lazer que têm mosquitos que picam, próximos de rios e/ou de matas.

Quatorze pacientes referiram ter demorado mais de dois meses para procurar atendimento, após o início das lesões; os demais procuraram com um mês ou menos.

A tabela a seguir mostra a sequência de atendimento, onde observa-se que os pacientes procuraram para primeiro atendimento "Outros locais" (consultórios médicos particulares) e Farmácias, apontam ainda que a rede de Postos de Saúde do Bairro praticamente não foi utilizada pelos entrevistados, e por outro lado o Pronto-Socorro foi procurado por quatro indivíduos no seu primeiro atendimento. Esta situação se modifica a partir do terceiro atendimento onde ocorre um número maior pela procura do Centro de Saúde, onde é realizada a assistência específica para esta patologia.

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO DOS PACIENTES SEGUNDO A ORDEM DOS MESMOS.

LOCAIS DE ATENDIMENTO	ORDEM DE ATENDIMENTOS			
	1º.	2º.	3º.	4º.
Farmácias	06	02	01	00
Posto de Saúde do Bairro	01	00	00	00
Convênio Empresa	02	00	00	00
Pronto-Socorro	04	01	00	00
Ambulatório Central	01	02	01	00
Centro de Saúde	01	04	13	02
Outros	07	12	02	02
Total	22	21	17	04

Ressalta-se que quatro pacientes necessitaram de até quatro atendimentos para a confirmação do diagnóstico e a aplicação do tratamento específico, o que aponta a necessidade de uma reciclagem dos profissionais em relação à essa doença, como forma de contribuir para o diagnóstico mais precoce da mesma.

No decorrer da entrevista, foi perguntado aos pacientes se apresentaram alguma reação quando tomaram a medicação prescrita no tratamento (Glucantime) e todos foram unânimes em responder que não, apenas queixaram-se de dor nos locais de aplicação e da quantidade necessária ao tratamento.

Como o tratamento específico é feito exclusivamente no Centro de Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde repassa para o Escritório Regional de Saúde da Região o medicamento N-Metil-Glucamina (Glucantime) e que o redistribui para os Centros de Saúde e estes para os pacientes, conforme prescrição médica.

Os tratamentos, de acordo com os dados obtidos nos prontuários, não foram iniciados com posologia gradativa conforme o preconizado, e sim com 02 ampolas diárias desde o início, sendo que a maioria dos pacientes recebeu duas séries de 20 ampolas, com intervalos de duas semanas entre os mesmos.

Não foram observados efeitos colaterais ou reacionais nos pacientes e todas as lesões regrediram após o tratamento, não sendo necessária a hospitalização para a administração da Anfotericina B.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo presente estudo foi possível concluir que existe uma área crítica na cidade, compreendida pelos bairros Jardim Anibal, Vila Sibila, Porto Novo, Jardim Independência, Jardim Sérgio Dornelles de Carvalho, que são próximos à Reserva Florestal (Mata do Procópio) e toda população ribeirinha ao longo do Rio Mogi-Guaçu, margeados da Mata Ciliar, com presença de flebotomíneos, segundo pesquisa entomológica da SUCEN.

Salienta-se que está havendo uma expansão urbana em direção à área crítica, motivo pelo qual desperta uma preocupação epidemiológica e também a necessidade de um planejamento urbano, assim como uma avaliação política sobre o assunto.

No aspecto epidemiológico da doença local, observa-se a necessidade de implantação de medidas de controle epidemio-sanitárias como:

orientação da população pertencente à área crítica quanto à epidemiologia da doença;

orientação e adoção de medidas preventivas quanto às partes do corpo mais desprotegidas (desnudas);

busca ativa e constante de casos novos, visando diminuir o tempo entre a instalação dos primeiros sintomas, o tratamento específico e a notificação compulsória;

confirmação do período de maior incidência do mosquito transmissor (flebotomíneos) e conseqüente controle entomológico por parte da SUCEN;

investigar e acompanhar o próprio homem enquanto reservatório importante no ciclo de transmissão da doença;

adequação da Rede Básica de atendimento à saúde para que encaminhe o paciente para tratamento específico o mais precocemente possível;

reciclagem médica sobre o assunto, incluindo a ação terapêutica do medicamento específico, período e técnica adequada para a realização das biópsias, como também o atendimento à Norma Técnica da Secretaria de Estado da Saúde, referente à confirmação de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana;

sistematizar as anotações nos prontuários dos pacientes na unidade de saúde, pois as mesmas encontram-se incompletas, dificultando uma investigação epidemiológica;

A Secretaria de Estado da Saúde ficaria com a incumbência de melhorar as informações contidas na Ficha de Investigação Epidemiológica obrigatória e que está em vigor, como também melhorar o fluxo de encaminhamento dessas fichas, para que os órgãos governamentais envolvidos tomem ciência do problema o mais rápido possível e assim possam desenvolver ações junto ao município, visando o controle da doença.

ABSTRACT: Since 1981, the incidence of Leishmaniasis is increasing in the district of Porto Ferreira, due to favorable environmental conditions for phlebotomini breeding. The data were collected from the Epidemiological Investigation Card and also through interviews with local inhabitants cases. Until the first semester of 1993, forty cases had been recorded and they basically occurred in an area we called critical. The epidemiological features of the disease in the country are different from those listed in literature by the observation that women working at home were more affected, which characterizes an autoctone, domiciliar and urban transmission. The sequence of assistance of patients has also been evaluated, identifying some questions concerning the time elapsed from the first symptoms to the specific treatment. Actions of epidemic-sanitary control were proposed in order to conter the incidence the disease in the district.

KEYWORDS: Leishmaniasis - Epidemiology

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACHA, P. N. et al. *Zoonosis y enfermedades transmissibles comunes al hombre y a los animales*. Washington, D.C. 1977, p. 26.
2. BERGO, E. S. et al. Foco de Leishmaniose Tegumentar Americana no Município de Porto Ferreira, SP. Ribeirão Preto. 1992 (Relatório Preliminar, SUCEN).
3. DINIZ, A. F. et al Aspectos da Municipalização da Saúde no Município de Porto Ferreira. Relatório de Trabalho de Campo Multiprofissional. São Paulo: USP, Faculdade de Saúde Pública, 1991, 133 p.
4. PESSOA, S.B. et al. *Parasitologia Médica*. 8ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1972.
5. SABROSA, P. C. O domicílio como fator de risco da Leishmaniose Tegumentar Americana. Rio de Janeiro. 1981. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública.
6. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Centro de Informações em Saúde. Manual de Vigilância Epidemiológica: Normas e Instruções. São Paulo. 1978, 313p.

7. _____. Relatório do grupo de trabalho de Leishmaniose Tegumentar Americana, S.P. São Paulo. 1986.
8. _____. Superintendência de Controle de Endemias. Situação atual de Leishmaniose Cutâneo Mucosa na SR-6. Ribeirão Preto. 1989.
9. VERONESI, R. *Doenças Infeciosas e Parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1972, 694p.
10. WANDERLEY, D.M. et al. Relatório do Grupo de Estudos do Programa de Leishmaniose Tegumentar Americana, criado através da Portaria da Superintendência nº 138/88, publicada no Diário Oficial do Estado de São Paulo de 15 de junho de 1989. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, Superintendência de Controle de Endemias, 1990, 49p.