

Informe Epidemiológico

Casos humanos de Leishmaniose Visceral

Série Histórica 2010 – 2021

Silvia Silva de Oliveira Altieri^{id}, Affonso Viviani Júnior^{id}, Roberta Maria Fernandes Spinola^{id}

Divisão de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses
Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”
Coordenadoria de Controle de Doenças
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

DOI: <https://doi.org/10.57148/bepa.2022.v.19.37904>

VOL. 20 • Nº 219 • ANO 2023 • ISSN 1806-4272

Correspondência

E-mail: dvzoo@saude.sp.gov.br

Instituição: CVE | CCD/SES-SP

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 351 - 6º andar. CEP: 01246-000. São Paulo-SP, Brasil

BREVE HISTÓRICO DO AGRAVO/DOENÇA

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença de caráter sistêmico, negligenciada, que apresenta importante associação com situação de vulnerabilidade social.^{1,2} No Brasil é considerada uma doença zoonótica, que envolve a interação da *Leishmania infantum*, vetores flebotomíneos e o cão, que exerce relevante papel como reservatório urbano.^{1,3}

No estado de São Paulo (ESP), até o final da década de 1990, havia descrição apenas de casos humanos importados de LV.^{4,5} Embora o mosquito *Lutzomyia longipalpis*, principal vetor associado à transmissão da doença, tenha sido identificado na década de 1970 em localidades de características basicamente rurais, apenas em 1997 houve a constatação da presença desse vetor em área urbana, em Araçatuba, localizado no Noroeste paulista.⁴⁻⁶ No ano seguinte, 1998, foi confirmada a transmissão autóctone de LV canina nesse município⁴⁻⁶ e, em 1999, a ocorrência de casos humanos autóctones em Araçatuba e Birigui.⁶

Embora mais recentemente a série histórica de LV humana autóctone de São Paulo mostre redução de casos,⁷ a doença vem tornando-se cada vez mais presente em diferentes cenários epidemiológicos do estado, resultado da interação de vários fatores relacionados à interferência humana.^{1,2,5} Essa expansão territorial é percebida pelo número progressivo de municípios com registro de casos humanos autóctones, passando de dois, em 1999, para 111, em 2020, enquanto a transmissão canina já era registrada em 176 municípios em 2020.⁸ O dado relevante é que, apesar da LV humana e canina ocorrerem predominantemente no Centro-Oeste do estado,⁷ a doença tem sido registrada em regiões nas quais vetores secundários têm sido associados à sua ocorrência, como nas áreas imediatas de São Paulo, onde predominam *Pintomyia fischeri* e *Migonemyia migonei* e região imediata de Santos, onde predomina *Nyssomyia intermedia*.⁸⁻¹⁰

Diante dessa expansão, o controle da doença permanece como grande desafio de saúde pública, dada a complexidade das ações necessárias para reduzir o risco de infecção, que estão relacionadas ao meio ambiente e ao reservatório canino, para as quais deve haver responsabilidade compartilhada entre setor público e comunidade.

AGENTE ETIOLÓGICO

Nas Américas a doença é causada pela *Leishmania (Leishmania) infantum*, protozoário da família *Trypanosomatidae*, que apresenta duas formas evolutivas no seu ciclo: promastigota, que é a forma flagelada e extracelular, encontrada no tubo digestivo do inseto vetor; e amastigota, forma que parasita células do sistema fagocítico mononuclear de hospedeiros vertebrados.^{3,11}

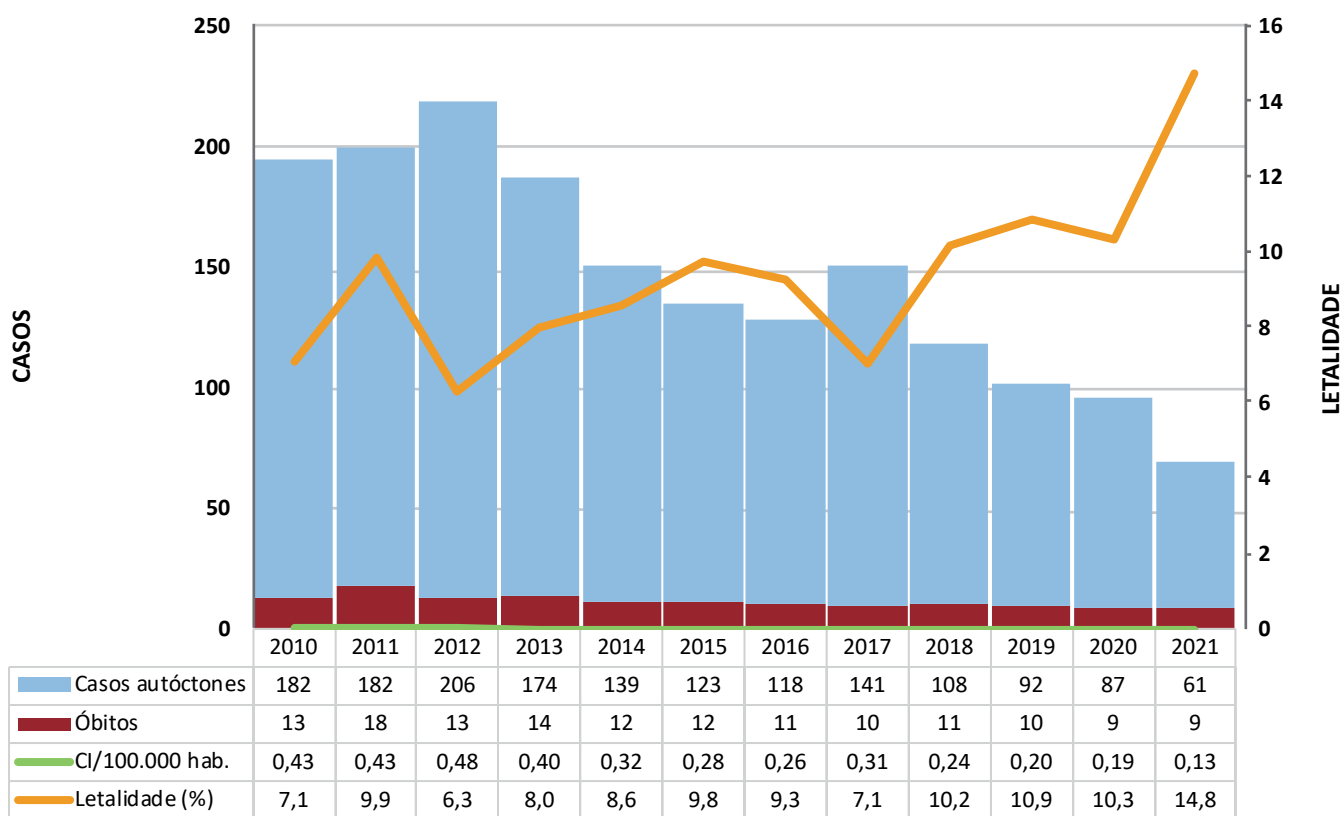
MODO DE TRANSMISSÃO

A transmissão ocorre pela picada do flebotomíneo fêmea infectado no hospedeiro vertebrado, quando a forma promastigota é inoculada e fagocitada por macrófagos. No interior dos macrófagos se transformam em amastigotas, se multiplicam, levam à ruptura celular, quando ganham a via hematogênica infectando outras células do sistema fagocítico mononuclear.^{3,11}

SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

No período de 2010 a 2021 foram notificados 5.928 casos suspeitos de LV na base estadual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação, versão Net (Sinan Net). Desses, 1.613 (27,2%) foram confirmados como casos humanos autóctones do Estado, com média de 134 casos confirmados, variando de 61 casos no ano de 2021 a 206 em 2012 (Gráfico 1). O número de óbitos dentre os casos autóctones foi de 142, resultando em uma letalidade média de 9,4% no período (Dp:±2,24).

Gráfico 1. Casos autóctones de Leishmaniose Visceral do ESP, CI, óbitos e letalidade, segundo ano de notificação, 2010 a 2021.*

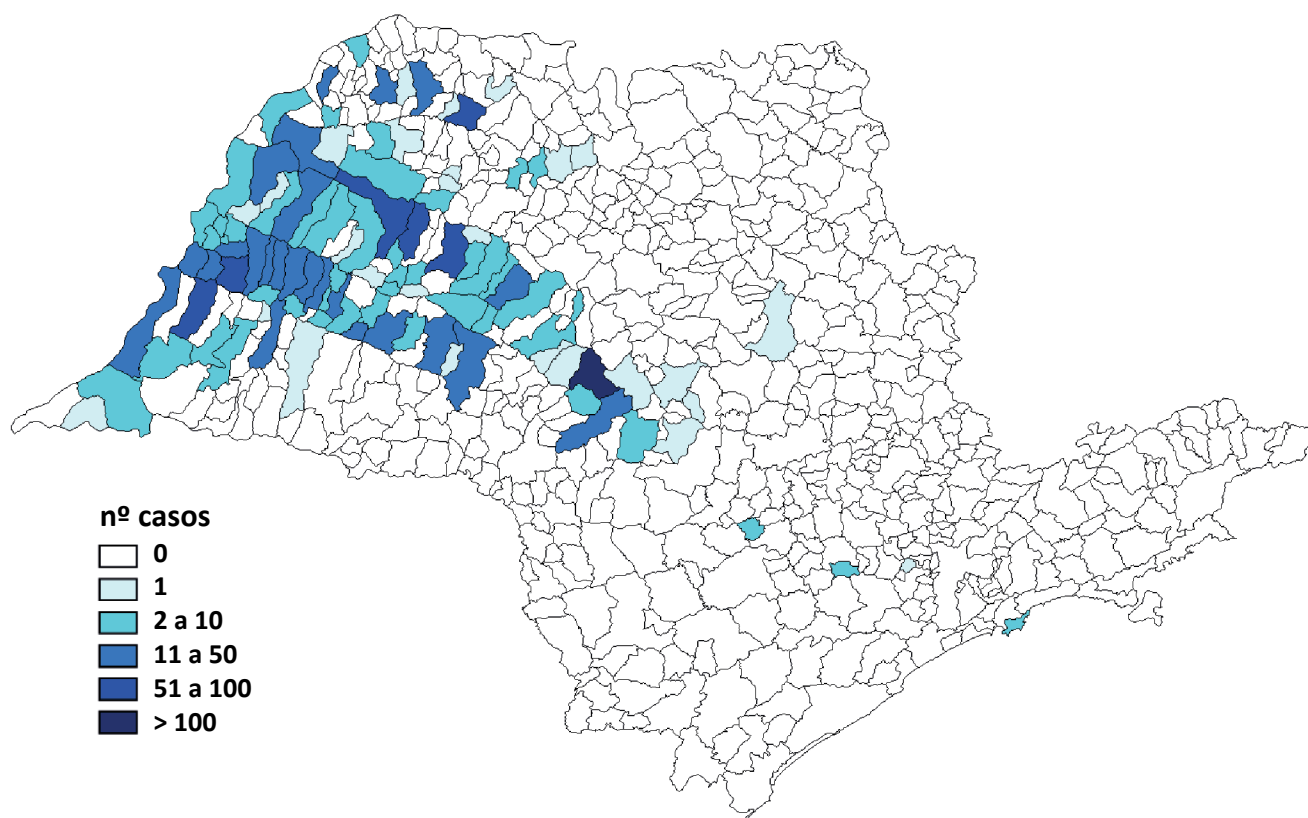


Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022. Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP.

Dados disponíveis no site do Ministério da Saúde (MS) até o ano de 2020¹² mostram um coeficiente de incidência de leishmaniose visceral no Brasil que variou de 0,9 casos/100.000 habitantes em 2020 a 2,0 casos/100.000 habitantes em 2011 e 2017, enquanto no ESP o maior CI foi de 0,48 casos/100.000 habitantes em 2012.

A distribuição espacial mostra a concentração dos casos humanos de LV em municípios da região Centro-Oeste paulista, com maior representatividade dos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) de Araçatuba (23,6%), Bauru (21,8%), Marília (20,8%), Presidente Venceslau (20,7%) e São José do Rio Preto (6,5%). Embora o padrão de ocorrência esteja relacionado a municípios/regiões já conhecidas de transmissão da doença, a partir de 2016 foi identificada a transmissão autóctone fora desse eixo, como nos GVE Santos, Osasco e Sorocaba (Figura 1 e [Tabela 1](#)).

Figura 1. Distribuição dos casos autóctones de LV segundo município de infecção, ESP, 2010 a 2021.



Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

Em relação aos casos, 1.481 (91,8%) apresentavam informação quanto à presença ou não de coinfeção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), sendo esses os registros considerados válidos para análise.

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DE CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL
Altieri SSO, Viviani Jr A, Spinola RMF

Tabela 1. Casos autóctones de LV segundo ano de notificação e município de infecção, ESP, 2010 a 2021.*

Municípios	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
ITAPEVI																	1							
GVE OSASCO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ANDRADINA	1		3	1	9	2	3	1	7	1	8	4	3	1	3		5				3	1	1	
ARAÇATUBA	5	1	5		6	1	3		11		3		1		10	1	14	2	8	3			5	
AURIFLAMA							2																	
AVANHANDAVA											2	1			2						1			
BARBOSA																	1	1						
BILAC			1				1				1				1									
BIRIGUI	10	3	25	4	21	1	11	3	3	1	8		2		2	1	2		1		4		3	
BRAÚNA											1	1	1					2			2			
BURITAMA							1				2		1										1	
CASTILHO	2				1		1				1		1					1	1	1				
CLEMENTINA	1				1																			
GUARAÇÁ			1								1				1	1								
GUARARAPES	1		1																1					
ILHA SOLTEIRA	1		1				1				1							1					1	
LAVÍNIA	1																				1		1	1
LUIZIANIA																		1						

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DE CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL

Altieri SSO, Viviani Jr A, Spinola RMF

Municípios	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
MIRANDÓPOLIS	1		2		1				3		1				2				3		3		1	
MURUTINGA DO SUL																							1	
NOVA INDEPENDÊNCIA													1											
PENÁPOLIS	4		3		8		9	2	6		4		2	1	7		6		3		2		5	1
PEREIRA BARRETO	3		1		3	1	4		1		1		1		2		2				3		6	1
PIACATU	1																							
RUBIÁCEA			1																					
SANTO ANTÔNIO DO ARACANGUÁ	2						1		1															
SANTÓPOLIS DO AGUAPEÍ																			2				1	
SUD MENNUCCI																						1	1	
TURIÚBA							1	1																
VALPARAÍSO			1								2				1	1	2						1	1
GVE ARAÇATUBA	33	4	45	5	50	5	38	7	32	2	36	6	13	2	31	4	33	3	22	4	21	2	27	4
SÃO CARLOS																								1
GVE ARARAQUARA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
AGUDOS	4	1	1		2				3				1	1	1						1			
AVAÍ							1																	
BAURU	39	1	39	4	44	2	29	1	27	1	23	1	22		25	1	10	2	10	2	9	1	4	1
CAFELÂNDIA									1					1										

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DE CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL

Altieri SSO, Viviani Jr A, Spinola RMF

Municípios	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	
GETULINA	1		1		1						1						1	1							
GUAÍÇARA	1				2																				
JAÚ																						1			
LENÇÓIS PAULISTA	1						1		1		1													1	
LINS	6	6			4				6					1	1	1		1							
MINEIROS DO TIETÊ							1																		
PEDERNEIRAS															1										
PIRAJUI																								2	
PIRATININGA	3						1																		
PRESIDENTE ALVES											1														
PROMISSÃO	2	1	1				1						1		1		1								
GVE BAURU	57	3	48	4	53	2	34	1	38	1	26	1	26	2	29	1	13	3	11	2	10	1	7	1	
SÃO MANUEL																						1	1		
GVE BOTUCATU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
ADAMANTINA	14		11		5		3		2		3		2		5		2	1	1					1	
BASTOS	2		6		9		4		4	1	1		3		3		1		4		1				
FLÓRIDA PAULISTA	3		3		1		3		1		2		4						1						
GUAIMBÊ	1																		2						
HERCULÂNDIA														2											

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DE CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL

Altieri SSO, Viviani Jr A, Spinola RMF

Municípios	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
IACRI									1				4									1		
INÚBIA PAULISTA	1		1				1								1									
LUCÉLIA	2		1		6		1		3		1		3		1		2		1					
MARIÁPOLIS													2		1		1		1			3		
MARÍLIA			1						2	1	2		10	1	16		4		5	1	3			5
ORIENTE																	1							
OSWALDO CRUZ	14	4	4		7		6		6		2		1		2		2	1	2		1	1	1	1
PACAEMBU	7				2		2		2		1													
PARAPUÃ			4		1										1				1		1			
POMPÉIA							1		3		3		2		1							1		
RINÓPOLIS	1	1	1		1				2															
SAGRES	2																				1			
SALMOURÃO	1		1				2		1		2	1			1						1			
TUPÃ					2	1	6		6	3	2		3		3		7	1	5	1	5			1
GVE MARÍLIA	48	5	33	0	34	1	29	0	33	5	19	1	36	1	35	0	20	3	25	2	16	1	8	1
MARTINÓPOLIS																					1			
PRESIDENTE BERNARDES															1					1				
PRESIDENTE PRUDENTE							2				2	1	2	1	3	1	2		2		6			4
SANTO ANASTÁCIO											2	1	2		1				2		2			

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DE CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL
Altieri SSO, Viviani Jr A, Spinola RMF

Municípios	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
SANTO EXPEDITO							1																	
GVE XXI PRES.PRUDENTE	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	4	2	4	1	5	1	2	0	6	0	8	0	4	0
DRACENA	10		13		5		2		3		7		7		11		2		5		4	1	2	
EUCLIDES DA CUNHA PAULISTA																					1	1		
FLORA RICA	1								1	1	1													
IRAPURU	2		5		1		1				2		1				1							
JUNQUEIRÓPOLIS	6		4	1	1		4		2		4		4				1				1			
MARABÁ PAULISTA									1		1				1						1			
MONTE CASTELO	2						4								1									
NOVA GUATAPORANGA	1				1		2				1		2					1			2			
OURO VERDE			1		7	1	5		2		2		1		2		1							
PANORAMA	8		1		2		4		1		2		5	1	4	2	2				4	1		
PAULICÉIA	1		1		1		1								3									
PRESIDENTE EPITÁCIO									1		3		7		5		13		6		9	1	3	
PRESIDENTE VENCESLAU	1		4		14		12	1	6	1	4		1		2			3		1		3	2	
SANTA MERCEDES					1		1																	
SÃO JOÃO PAU D'ALHO			5	1			1																	

INFORME EPIDEMIOLÓGICO DA VIGILÂNCIA DE CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL

Altieri SSO, Viviani Jr A, Spinola RMF

Municípios	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos
TEODORO SAMPAIO																	1				1		3	
TUPI PAULISTA	4		6	1	3		4		2		1		2		2		1		1					
GVE XXII PRESIDENTE VENCESLAU	36	0	40	3	36	1	41	1	19	2	28	0	30	1	31	2	22	0	16	0	24	4	11	2
GUARUJÁ													2	2	1									
GVE XXV SANTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AMÉRICO DE CAMPOS																	1							
GENERAL SALGADO							1	1																
GUAPIAÇÚ																						1		
MIRASSOL													1	1			3							
MONÇÕES														1										
NEVES PAULISTA											1	1							1	1				
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO														1	1									
VALENTIM GENTIL						1																		
VOTUPORANGA	1		6	3	28	3	22	4	14	2	6		2		5	2	4		2	1	2		1	
GVE XXIX SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	1	0	6	3	29	3	23	5	14	2	7	1	5	2	5	2	8	0	3	2	3	0	1	0

Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

Dos 1.481 episódios, 1.278 (86,3%) foram em pacientes não HIV e 203 (13,7%) em HIV. Quando avaliado o tipo de entrada, a proporção de casos novos no grupo não HIV foi de 92,3% (1.179/1.481), enquanto no grupo HIV foi de 64,5% (131/203) e recidiva 35,5% (72/203), evidenciando maior vulnerabilidade imunológica deste grupo à doença (Tabela 2). A anfotericina b lipossomal foi a droga de escolha em ambos os grupos para tratamento da LV, sendo o critério laboratorial a principal forma de diagnóstico.

Tabela 2. Descrição dos casos de leishmaniose visceral segundo a ocorrência de coinfeção ou não com HIV, ESP, 2010 a 2021.*

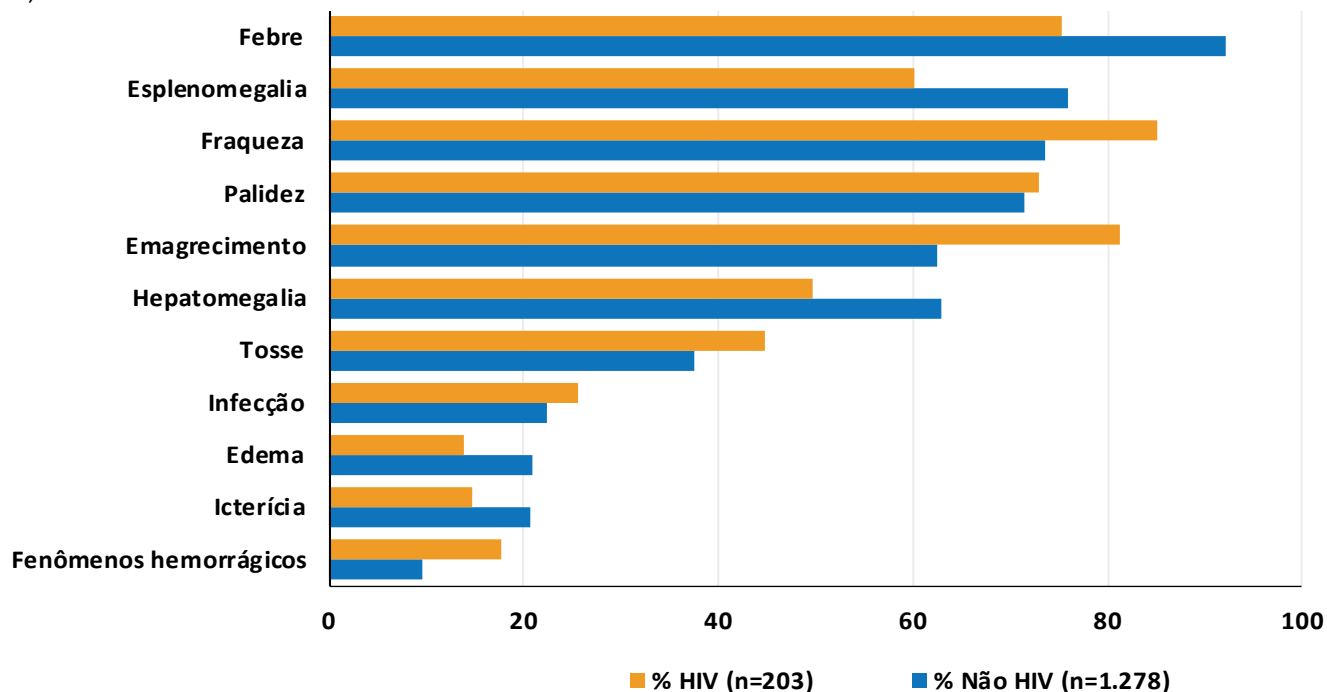
Variável	Não HIV (n=1278)		HIV (n=203)	
	n	%	n	%
Entrada				
Caso novo	1.179	92,3	131	64,5
Recidiva	96	7,5	72	35,5
Medicamento utilizado				
Anfotericina b lipossomal	900	70,4	175	86,2
Antimonial pentavalente	230	18,0	8	3,9
Anfotericina b desoxicolato	58	4,5	8	3,9
Não tratou	41	3,2	7	3,4
Critério diagnóstico				
Laboratorial	1.147	89,7	187	92,1
Clínico-epidemiológico	131	10,3	16	7,9
Evolução				
Cura	1.108	86,7	152	74,9
Óbito por LV	102	8,0	21	10,3
Óbito por outra causa	22	1,7	10	4,9

Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

As manifestações clínicas mais prevalentes em ambos os grupos foram febre (não HIV 92,2% e HIV 75,4%), esplenomegalia (não HIV 75,9% e HIV 60,1,3%), astenia (não HIV 73,6% e HIV 85,2%), palidez (não HIV 71,5% e HIV 72,9%) e emagrecimento (não HIV 62,6% e HIV 81,3%) ([Gráfico 2](#)).

Considerando apenas os casos novos, a mediana de idade no grupo não HIV foi de 27 anos (intervalo de 1 mês a 90 anos) e no grupo HIV, 41 anos (intervalo de 2 a 80 anos). Em ambos os grupos o sexo masculino, raça/cor branca e residente de zona urbana foram mais prevalentes ([Tabela 3](#)).

Gráfico 2. Manifestações clínicas dos casos de leishmaniose visceral segundo a ocorrência de coinfeção ou não com HIV, ESP, 2010 a 2021.



Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

Tabela 3. Descrição dos casos novos de leishmaniose visceral segundo a ocorrência de coinfeção ou não com HIV, ESP, 2010 a 2021.*

Variável	Não HIV (n=1179)		HIV (n=131)	
	Mediana	Intervalo	Mediana	Intervalo
Idade	27	1 mês - 90 anos	41	2 - 80 anos
	n	%	N	%
Sexo				
Masculino	761	64,5	93	71,0
Feminino	418	35,5	38	29,0
Raça/Cor				
Branca	682	57,8	72	55,0
Parda	311	26,4	36	27,5
Preta	109	9,2	17	13,0
Amarela	22	1,9	1	0,8
Zona urbana				
Urbana	1.132	96,0	127	96,9
Rural	24	2,0	0	0,0
Periurbana	2	0,2	2	1,5

Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

Quando avaliamos a faixa etária dos casos novos, no grupo não HIV os mais acometidos foram pacientes ≥ 50 anos (28,4%), enquanto no grupo de coinfectados foi a faixa etária de 30 a 49 anos (58,0%) (Tabela 4 e Gráfico 3). Em relação à letalidade, no grupo não HIV foi de 8,7% (102/1.179), sendo a faixa etária com maior letalidade a de ≥ 50 anos, com 18,5% (62/335). Entre os coinfectados, a letalidade geral foi de 16,0% (21/131), tendo a faixa de 20 a 29 anos de idade alcançado 28,6% de letalidade (Tabela 4 e Gráfico 3).

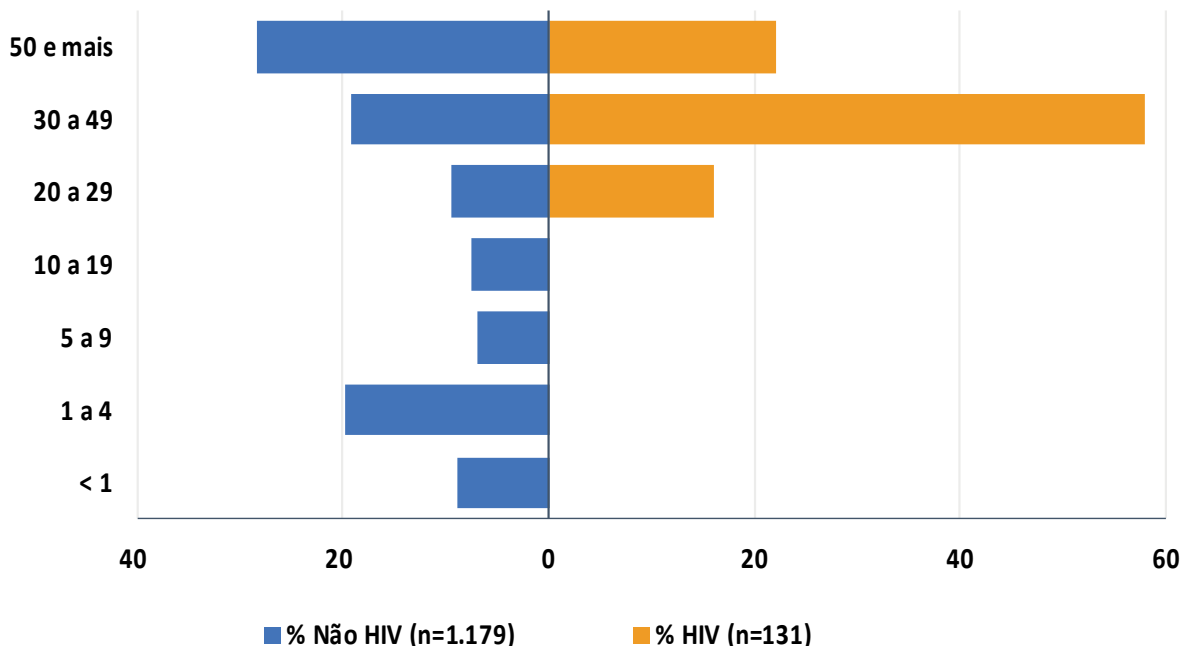
Em relação aos casos de LV que evoluíram para óbito no período da análise (n=142), pacientes do sexo masculino (67,9%) e na faixa etária de ≥ 50 anos (54,9%) foram de maior frequência (Gráfico 4), com mediana de idade de 55 anos (intervalo de 8 meses a 89 anos). Em 91,5% (130/142) dos casos o óbito ocorreu na evolução de um primeiro episódio da doença. A coinfeção LV-HIV aconteceu em 14,8% (621/142), o diagnóstico laboratorial foi o principal critério diagnóstico (93,0%) e a anfotericina b lipossomal foi o medicamento de eleição para tratamento (53,5%). Cabe ressaltar que em 30 casos (21,1%), o tratamento não chegou a ser realizado.

Tabela 4. Casos novos de leishmaniose visceral segundo faixa etária e ocorrência de coinfeção ou não com HIV, ESP, 2010 a 2021.*

Faixa etária (em anos)	Casos novos não HIV				Casos novos HIV			
	Casos		Óbitos		Casos		Óbitos	
	n	%	n	Letalidade	n	%	n	letalidade
< 1	104	8,8	3	2,9	0	0,0	0	0,0
1 a 4	234	19,8	5	2,1	1	0,8	0	0,0
5 a 9	81	6,9	2	2,5	0	0,0	0	0,0
10 a 19	88	7,5	2	2,3	4	3,1	0	0,0
20 a 29	111	9,4	8	7,2	21	16,0	6	28,6
30 a 49	226	19,2	20	8,8	76	58,0	12	15,8
50 e mais	335	28,4	62	18,5	29	22,1	3	10,3
Total	1.179	100,0	102	8,7	131	100,0	21	16,0

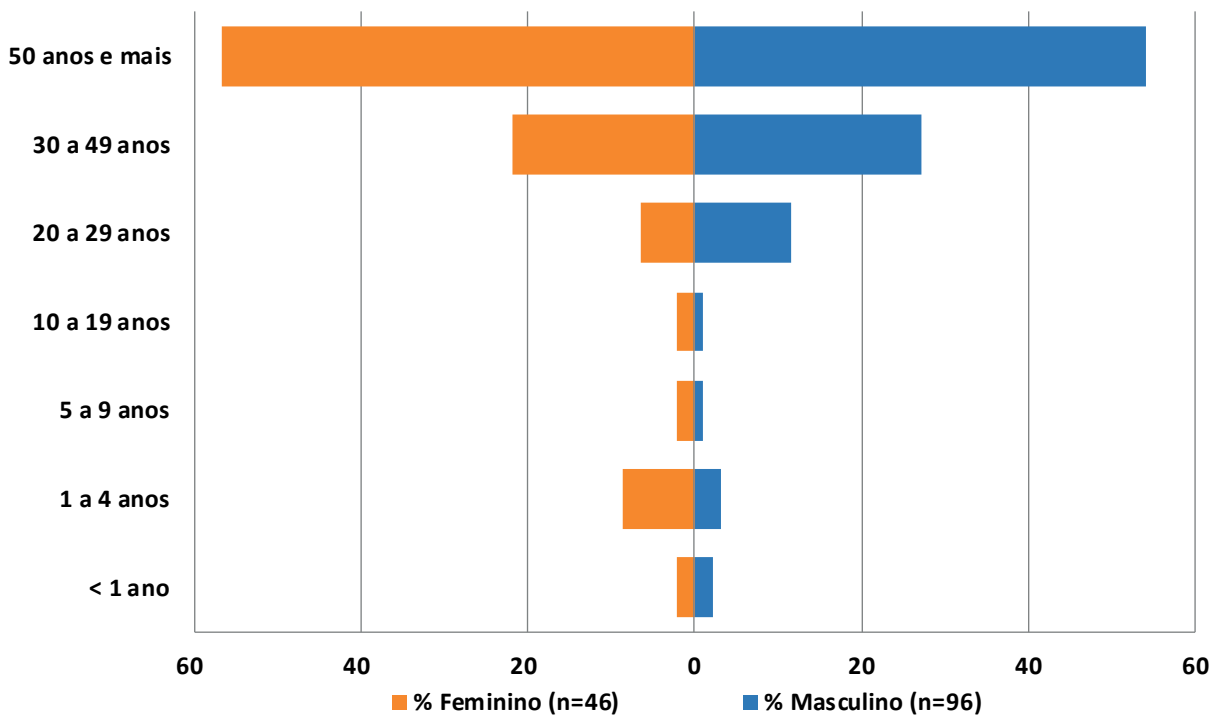
Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

Gráfico 3. Distribuição dos casos novos de leishmaniose visceral segundo faixa etária e ocorrência de coinfeção ou não com HIV, ESP, 2010 a 2021.*



Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

Gráfico 4. Distribuição dos casos com evolução a óbito por leishmaniose visceral segundo faixa etária, ESP, 2010 a 2021.



Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

O intervalo entre o início dos sintomas (DIS) e o tratamento apresentou uma mediana de 27 dias (intervalo de 2 a 311), enquanto o intervalo entre DIS e a data do óbito foi de 31,5 dias (intervalo de 2 a 809) (Tabela 5). Porém, as avaliações foram realizadas com dados secundários, podendo por isso haver viés no registro da informação.

Tabela 5. Caracterização dos casos com evolução a óbito por leishmaniose visceral, ESP, 2010 a 2021.*

Variável	Óbitos (n=142)	
	Mediana	Intervalo
Idade	55 anos	8 meses - 89 anos
Intervalo DIS e tratamento (n=101)	27 dias	2 - 311 dias
Intervalo DIS e óbito	31,5 dias	2 - 809 dias
Variável	Óbitos (n=142)	
	n	%
Sexo		
Masculino	96	67,6
Feminino	46	32,4
Raça/Cor		
Branca	78	54,9
Parda	34	23,9
Preta	17	12,0
Entrada		
Caso novo	130	91,5
Recidiva	12	8,5
HIV		
Sim	21	14,8
Não	102	71,8
Critério diagnóstico		
Laboratorial	132	93,0
Parasitológico	84	59,2
Teste rápido	73	51,4
Medicamento utilizado		
Anfo b lipossomal	76	53,5
Antimonial pentavalente	14	9,9
Anfo b desoxicolato	10	7,0
Não utilizada	30	21,1
Sem informação	11	7,7

Fonte: Sinan Net, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP. *Dados extraídos em 28 de junho de 2022.

REFERÊNCIAS

1. Abrantes TR, Werneck GL, Almeida AS, Figueiredo FB. Fatores ambientais associados à ocorrência de leishmaniose visceral canina em uma área de recente introdução da doença no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2018;34(1):e00021117.
2. Oliveira SS, Hiramoto RM, Rangel O, Henriques LF, Viviani Junior A, ToniguchiHH, et al. Classificação epidemiológica dos municípios do estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2018. *BEPA*. 2019;16(192):29-46.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Leishmaniose visceral. In: *Guia de vigilância em saúde*. 5. ed. Brasília; 2021. p. 819-71.
4. Camargo-Neves VLF, Katz G, Rodas LAC, Poletto DW, Lage LC, Spínola RMF, et al. Utilização de ferramentas de análise espacial na vigilância epidemiológica de leishmaniose visceral americana – Araçatuba, São Paulo, Brasil, 1998-1999. *Cad. Saúde Pública*. 2001;17(5):1263-7.
5. Henschel PFF, Fonseca ES, Tolezano JE. Leishmaniose visceral no estado de São Paulo, Brasil: avaliação das ações de vigilância e controle no Centro-Oeste Paulista, região endêmica para leishmaniose tegumentar, 1999-2018. *BEPA*. 2021;18(207):57-8.
6. Cardim MFM, Rodas LAC, Dibo MR, Guirado MM, Oliveira AM, Chiaravalloti Neto F. Introdução e expansão da leishmaniose visceral americana em humanos no estado de São Paulo, 1999-2011. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):691-700.
7. Rangel O, Oliveira SS, Hiramoto RM, Henriques LF, Viviani Junior A, ToniguchiHH, et al. Classificação epidemiológica dos municípios do estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2019. *BEPA*. 2020; 17(204):13-34.
8. Oliveira SS, Hiramoto RM, Rangel O, Henriques LF, Viviani Junior A, ToniguchiHH, et al. Classificação epidemiológica dos municípios do estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2020. *BEPA*;2022. No prelo.
9. Rangel O, Sampaio SMP, Henriques LF, Moraes GSC, Rodas LAC, Casanova C. Vigilância entomológica no Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo. *BEPA*. 2019;16(192):47-57.
10. Casanova C, Motoie G, Domingos MF, Silva VG, Silva MD, Galati EAB, Galvis-Ovallos F. The transmission of visceral leishmaniasis in the municipality of Guarujá, on the Coast of São Paulo state, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2022;56(1):1-9.

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Brasília; 2006.
 12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coeficiente de incidência de leishmaniose visceral, por 100.000 habitantes. Brasil, grandes regiões e unidades federadas, 1990 a 2020. Brasília; 2021 [acesso em 20 jul 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/l/leishmaniose-visceral/arquivos/lv-coef_incidencia.pdf
-

Publicação Maio de 2023

Acesso aberto



Como citar

Altieri SSO, Viviani Junior A, Spinola RMF. Casos humanos de leishmaniose visceral. Bepa [Internet]. 1 de março de 2023 [citado 28 de abril de 2023];20(220):1-17. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/37904>

