

Leishmaniose visceral americana: situação atual no Brasil

Leishmaniasis: current situation in Brazil

Waneska Alexandra Alves

Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

INTRODUÇÃO

As leishmanioses são doenças zoonóticas de transmissão vetorial, sendo consideradas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um importante problema de saúde pública mundial. Representam um complexo de doenças com importante espectro clínico e diversidade epidemiológica.¹⁻³ A OMS estima que 350 milhões de pessoas estejam expostas ao risco, com registro aproximado de 2 milhões de novos casos de diferentes formas clínicas. Atualmente, a doença afeta 88 países e há estimativa de prevalência de 14 milhões casos e 59 mil óbitos, número que, no caso de doenças parasitárias, só é superado pelas mortes causadas por malária.^{2,3}

As leishmanioses apresentam-se basicamente em duas formas clínicas diferentes (a forma cutâneo-mucosa e a forma visceralizante), afetando órgãos como fígado, baço, linfonodos e intestinos.^{4,5,2,3} Esta última refere-se à manifestação clínica mais grave que, quando não diagnosticada e tratada precocemente, pode cursar para o óbito em até 90% dos casos.^{5,6}

No continente americano, exceto na América do Norte, a leishmaniose tegumentar americana (LTA) é causada por 11 espécies de leishmânias: *Leishmania (Viannia) braziliensis*, *L. (V.) peruviana*, *L. (V.) guyanensis*, *L. (V.) panamensis*, *L. (V.) lainsoni*, *L. (V.) naiffi*, *L. (V.) shawi*, *L. (Leishmania.) mexicana*, *L. (L.) amazonensis*,

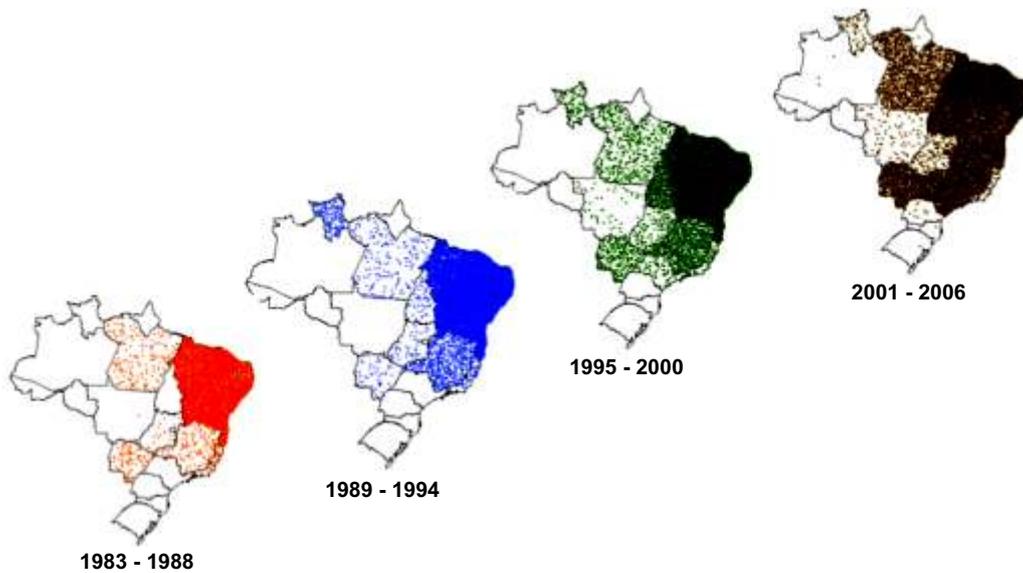
L. (L.) venezuelensis e *L. (L.) pifanoi*. A leishmaniose visceral americana (LVA) é causada pela *L. (L.) chagasi*.⁷⁻¹¹

No Brasil foram notificados, no período de 1990 a 2007, 561.673 casos de leishmanioses, sendo 508.193 (90,5%) provocados pelas espécies *Leishmania (Viannia) braziliensis*, *L. (V.) guyanensis*, *L. (V.) lainsoni*, *L. (V.) naiffi*, *L. (V.) shawi* e *L. (L.) amazonensis* e 53.480 (9,5%) pela *L. (L.) chagasi*.^{13-23,6}

Inicialmente, a LVA foi caracterizada como doença eminentemente rural; nos últimos anos, vem se expandindo para áreas urbanas de municípios de médio e grande porte.^{1,5,6,13,14} É crônica, sistêmica, caracterizada por febre, esplenomegalia, perda de peso, astenia, adinamia e anemia, dentre outros sintomas.⁶

A LVA apresenta comportamento epidemiológico cíclico, com elevação de casos em períodos médios a cada cinco anos. Atualmente, essa endemia atinge 20 Estados brasileiros, com média anual de 3.095 casos no período de 1996 a 2005 e incidência de 2,1 casos por 100.000 habitantes.¹⁴⁻²³

Até a década de 1990, o Nordeste respondeu a 90% dos casos de LVA do País. Porém, a doença vem se expandindo para as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte, modificando esta situação. Em 2005, os Estados nordestinos passaram a representar 56% do total de casos^{1,5,6,8,10-14,16-23} (Figura 1).



Fonte: SVS/MS

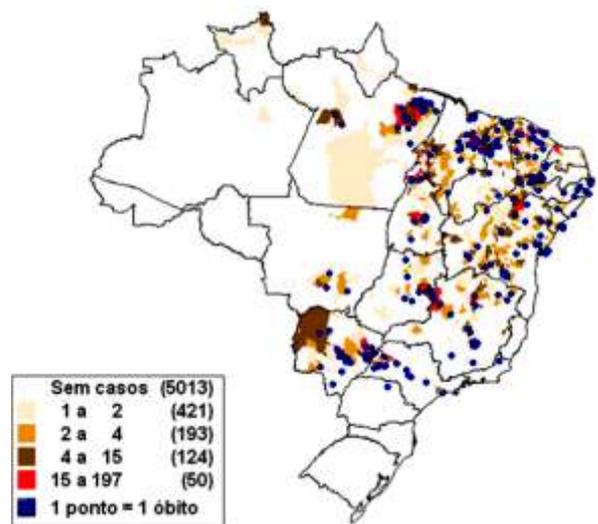
Figura 1. Distribuição espacial dos casos de LVA no Brasil – 1983 a 1988, 1989 a 1994, 1995 a 2000 e 2001 a 2006.

Em de 2007 foram registrados 2.897 casos. A doença afetou principalmente crianças menores de 10 anos (62,1%) e indivíduos do sexo masculino (74,2%). No período foram registrados 183 óbitos, o que representa uma letalidade de 6,3%¹⁶⁻²³ (Figura 2).

Os municípios com maior número de casos foram: Araguaína (TO) com 251 casos (8,7%); Fortaleza (CE), Campo Grande (MS) e Teresina (PI) com 180 (6,2%), 97 (3,3%) e 75 (2,6%) casos, respectivamente.¹⁶⁻²³

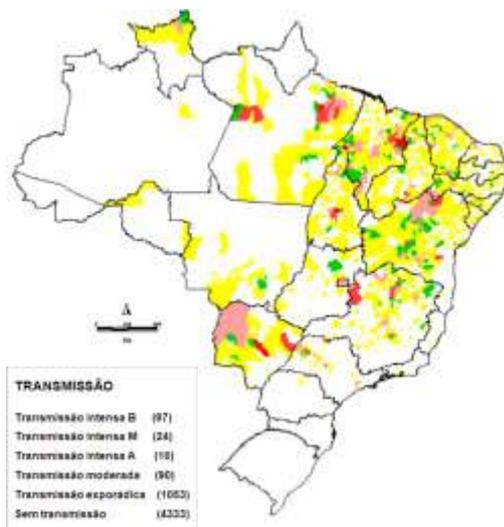
A partir de 2003, os municípios com transmissão de LVA foram estratificados segundo a intensidade da transmissão em esporádica, moderada e intensa, e as estratégias de vigilância e controle passaram a ser diferenciadas conforme risco epidemiológico⁶ (Figura 2). O critério para classificação foi baseado na média de casos no período de três anos, sendo considerados municípios de transmissão: intensa alta (A), aqueles cuja média é superior ou igual

a 55,7 casos; intensa média (M), cuja média está entre 17,0 e 55,6 casos; intensa baixa (B), média entre 4,4 e 16,9 casos; moderada, aqueles cuja média está entre 2,4 e 4,4 casos; e esporádica, média entre 0,1 e 2,4 casos (Figura 3).⁶



Fonte: Sinan/SVS/MS.

Figura 2. Distribuição dos casos e óbitos de leishmaniose visceral americana por município de residência, Brasil, 2006.



Fonte: SVS/MS

Figura 3. Distribuição dos municípios com transmissão de leishmaniose visceral americana segundo extratos de transmissão. Brasil, 2003 a 2005.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O intenso processo migratório, as pressões econômicas ou sociais, a pauperização, o processo de urbanização crescente, o esvaziamento rural e as secas periódicas provocam transformações ambientais e a expansão das áreas endêmicas para LVA, com o surgimento de novos focos, levando a uma redução do espaço ecológico da doença que facilita a ocorrência de epidemias.^{1-7,11,12,14-23}

REFERÊNCIAS

1. Alencar JE, Dietze R. Leishmaniose visceral (Calazar). In: Veronesi R. Doenças infecciosas e parasitárias. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991. p. 706-17.
2. World Health Organization. Leishmaniasis. Bulletin. 2003. 81(5):353-9.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. Consulta de Expertos OPS/OMS sobre Leishmaniasis Visceral en Las Américas

Considerando as características epidemiológicas e o conhecimento ainda insuficiente sobre os vários elementos que compõem a cadeia de transmissão da LVA, as estratégias de controle desta endemia devem visar à redução da morbimortalidade, por meio do diagnóstico e tratamento precoce dos casos, bem como da população de vetores flebotomíneos, a eliminação dos reservatórios infectados e o desenvolvimento de atividades de educação em saúde.^{6,16,19-23}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Portanto, fazem-se necessários esforços conjuntos das diversas interfaces que compreendem áreas do conhecimento científico somados aos serviços de saúde pública em níveis estaduais, municipais, regionais e locais, buscando otimizar a efetividade das ações de vigilância e controle das leishmanioses.

Nesse contexto, instituições públicas e civis, assim como a própria sociedade, devem estar ativa e permanentemente inseridas no processo dinâmico, complexo e proativo das ações de controle dessas zoonoses.

Nota: Artigo referente à palestra apresentada no II Fórum de Discussão da Sociedade Paulista de Parasitologia: leishmaniose visceral americana, situação atual e perspectivas futuras. Organizado por Regina M. B. Franco, da Sociedade Paulista de Parasitologia, Vera L. F. de Camargo-Neves e Cecília Abdalla, da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o evento foi realizado em 3 de julho de 2007, no auditório Luiz Mussolino (SES-SP).

- [informe na internet]. Brasília: Opas/Ministério da Saúde; 2009 [acesso 3 mar 2007]. Disponível em: http://www.panaftosa.org.br/Comp/Zoonoses/Leishma/doc/Inf_final_leish_2005.pdf.
4. Desjeux P. Leishmaniasis: current situation and new perspectives. *Comparative Immunology Microbiology & Infectious Diseases*. 2004;27:305-18.
 5. Costa CH, Pereira HF, Araújo MV. Epidemia de leishmaniose visceral no Estado do Piauí, Brasil, 1980-1986. *Rev Saúde Public*. 1990;24:361-72.
 6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
 7. Lainson R, Shaw JJ. Evolution, classification and geographical distribution. In: Peters & Killick-Dendrick. *The leishmaniasis in biology and medicine*. London: Academic Pres; 1987. p. 1:20.
 8. Penna HA. Leishmaniose visceral no Brasil. *Bras Méd*. 1934;18:940-50.
 9. Sherlock IA. Ecological interactions of visceral leishmaniasis in the State of Bahia. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1996;91(6):671-83.
 10. Marzochi MCA, Sabrosa PC, Toledo LM, Marzochi KBF, Tramontano NC, Rangel-Filho FB. Leishmaniose visceral na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1985;1:5-17.
 11. Camargo-Neves VLF, Katzg G, Rodas LAC, Poletto DW, Lage LC, Spinola RMF, et al. Use of spation analysis tools in he epidemiological surveillance of American visceral leishmaniasis, Araçatuba, São Paulo, Brazil, 1998-1999. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(5):1263-7.
 12. Camargo-Neves VLF. Aspectos epidemiológicos e avaliação das medidas de controle da leishmaniose visceral americana no Estado de São Paulo, Brasil [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.
 13. Alencar JE. Expansão do Calazar no Brasil. *Ceará Médico*. 1983;5(1-2):86-102.
 14. Bevilacqua PD, Paixão HH, Modena CM, Castro MCPS. Urbanização da leishmaniose visceral em Belo Horizonte. *Arq Bras Méd Vet Zootec*. 2001;53(1).
 15. Maia-Elkhoury ANS, Lucena F, Sousa-Gomes ML, Alves WA, Paz L. Co-infecção da leishmaniose visceral e aids no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40(1 Suppl):124.
 16. Maia-Elkhoury ANS, Alves WA, Sousa-Gomes ML, Sena JM, Luna EA. Visceral leishmaniasis in Brazil: trends and challenges. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(12):2941-7.
 17. Alencar Junior LR, Alves WA, Costa DL, Maia-Elkhoury ANS, Sousa-Gomes ML. Análise do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com leishmaniose visceral grave, tratados com anfotericina B lipossomal, Brasil, 2005 e 2006. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40(1 Suppl).
 18. Alves WA, Sousa-Gomes ML, Maia-Elkhoury ANS, Sena JM. Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da leishmaniose visceral, Brasil, 2005. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2007;40 (1 Suppl).
 19. Sena JM, Camargo-Neves VLF, Alves WA, Maia-Elkhoury ANS. Avaliação do controle químico aplicado nas áreas de ocorrência

- da leishmaniose visceral, Brasil, 2005. Rev Soc Bras Med Trop. 2007;40 (1 Suppl).
20. Sousa-Gomes ML, Alves WA, Maia-Elkhoury ANS, Sena JM. Avaliação qualitativa do banco de dados da leishmaniose tegumentar americana, Brasil, 2005. Rev Soc Bras Med Trop. 2007;40(1 Suppl).
21. Maia-Elkhoury ANS, Alves WA, Oliveira GM, Sousa-gomes ML, Sabroza PC. Leishmanise tegumentar americana: vigilância e monitoramento de base territorial no Brasil. XI Congresso Mundial de Saúde Pública, VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil. 2006.
22. Alves WA, Maia-Elkhoury ANS, Oliveira GM, Sousa-Gomes ML. Análise dos óbitos de leishmaniose visceral em municípios brasileiros, 2003. XLII Congresso Brasileiro de Medicina Tropical, 2006.
23. Alves WA, Maia-Elkhoury ANS, Oliveira GM, Sousa-gomes ML. Análise dos óbitos de leishmaniose visceral em municípios brasileiros, 2003. XLII Congresso Brasileiro de Medicina Tropical, 2006.

Correspondência/correspondence to

Waneska Alexandra Alves
Rua Professor Silvio de Macedo, 49/504 – Jatiúca
CEP: 57036-740 – Maceió/AL – Brasil
Tel.: 55 82 3325-4970
E-mail: waneska.alves@gmail.com