



PREVALÊNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL NO BRASIL ENTRE 2013 E 2017

PREVALENCE OF VISCERAL LEISHMANIASIS IN BRAZIL BETWEEN 2013 AND 2017

Thalia Albuquerque Bezerra¹; Beatriz Gomes de Freitas²; Mayara das Chagas Soares³; Rafaela Rolim de Oliveira⁴

v. 1/ n. 1 (2018)
Janeiro / Dezembro

Aceito para publicação em
10/12/2018.

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG-Cajazeiras-PB;

²Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG-Cajazeiras-PB;

³Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande-UFCG-Cajazeiras-PB;

⁴Enfermeira Pós Graduanda em Saúde Pública e Estratégia de Saúde da Família pela Faculdade Santa Maria-FSM, Docente Substituta do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG-Cajazeiras-PB.



www.editoraverde.org

RESUMO: A leishmaniose visceral é causada por espécies do gênero *Leishmania*, no Brasil, o agente etiológico é a *Leishmania chagas*. Estima-se que aproximadamente 350 milhões de pessoas, mundialmente, vivam em áreas de risco para leishmaniose. Aproximadamente 90% dos casos mundiais de calazar estão concentrados na região da Índia, Bangladesh, Sudão e Brasil. Objetivou-se apresentar a prevalência da leishmaniose visceral no Brasil entre os anos de 2013 e 2017. Metodologia: Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo de fonte secundária, e natureza descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa em tela foi realizada no período de outubro de 2018 utilizando-se de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificações disponíveis na forma online pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Resultados: Foram notificados 18.733 casos de leishmaniose visceral no Brasil com prevalência do diagnóstico na região nordeste, indivíduos na faixa etária entre de 1 a 4 anos de idade, de raça/cor parda, e do sexo masculino.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral; Epidemiologia; Saúde Pública.

ABSTRACT: Visceral leishmaniasis is caused by species of the genus *Leishmania* in Brazil, the etiological agent is *Leishmania chagas*. It is estimated that approximately 350 million people worldwide live in areas at risk for leishmaniasis. Approximately 90% of worldwide kala-azar cases are concentrated in the region of India, Bangladesh, Sudan and Brazil. The objective was to present the prevalence of visceral leishmaniasis in Brazil between 2013 and 2017. Methodology: This is an epidemiological study, retrospective of secondary source, and descriptive nature with quantitative approach. The research was carried out in October 2018 using data from the Disease Information System and Notices available online by the Department of Informatics of the Unified Health System. Results: 18,733 cases of visceral leishmaniasis were reported in Brazil. with prevalence of diagnosis in the northeast region, individuals aged between 1 and 4 years old, race / brown color, and male.

Thalia Albuquerque Bezerra, Beatriz Gomes de Freitas, Mayara das Chagas Soares,
Rafaela Rolim de Oliveira

Keywords: Visceral leishmaniasis; Epidemiology; Public health.

1. INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV) conhecida por calazar, é causada por espécies do gênero *Leishmania*, pertencentes ao complexo *Leishmaniadonovani*. No Brasil, o agente etiológico é a *Leishmania chagas*, cuja transmissão ocorre através da picada de um vetor flebotômico *Lutzomyia longipalpis* popularmente chamado de “mosquito palha” e os canídeos são considerados como principal reservatório doméstico desta enfermidade (ABRANTES et al, 2018).

Clinicamente, é uma doença sistêmica crônica, potencialmente fatal para o homem, cuja letalidade pode alcançar 10% quando não se institui o tratamento adequado, possui como principais sintomas a febre de longa duração, aumento do fígado e baço, perda de peso, fraqueza, redução da força muscular, anemia e outras manifestações (BRASIL, 2018).

Estima-se que aproximadamente 350 milhões de pessoas, mundialmente, vivam em áreas de risco para leishmaniose, a qual foi diagnosticada em 88 países dos quais 72 são em desenvolvimento. Aproximadamente 90% dos casos mundiais de calazar estão concentrados na região da Índia, Bangladesh, Sudão e Brasil (TOLEDO et al., 2018; NETO et al., 2017; BASTOS, 2012).

No Brasil, a doença é endêmica nas áreas rurais e muitos surtos epidêmicos têm sido relatados na região Nordeste do País. Atualmente, observa-se que a doença tem apresentado uma expansão para áreas urbanas de médios e grandes portes, tornando-se um crescente problema de saúde pública em franca expansão geográfica. A enfermidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma das prioridades entre as doenças tropicais (MARTINS; LIMA, 2013).

A enfermagem atua nesse contexto na prevenção da patologia por campanhas educativas e ensinando a população que procura o sistema de saúde as técnicas de assepsia e no tratamento da doença, realizando a assistência de enfermagem por meio da implantação de ações e intervenções sistemáticas direcionando-se às necessidades prioritárias do paciente e otimizando tempo que reflete na qualidade de vida da pessoa com LV, como também orientando os familiares (NETO *et al.*, 2017).

Frente ao exposto supracitado, verifica-se a importância de analisar a prevalência de leishmaniose visceral, uma vez que são essenciais para a gestão dos mecanismos de vigilância, prevenção e controle, contribuindo, com mais clareza, para a tomada de decisão, sobretudo em um país com um sistema de atenção à saúde complexo, que apresenta amplas discrepâncias internas, o que justifica o interesse pela temática. O estudo em tela tem como objetivo principal apresentar a prevalência da leishmaniose visceral no Brasil entre os anos de 2013 e 2017.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, do tipo ecológico, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa. O estudo retrospectivo consiste na coleta de registros do passado, com seguimento da observação dos dados até o presente (VIEIRA; HOSSNE; 2015). Já o estudo descritivo, tem por finalidade descrever uma determinada realidade, sem a intenção primaz de explicá-la ou nela intervir (ARAGÃO, 2011).

Os dados do estudo foram obtidos por fontes secundárias, de acesso público onde não há exposição de indivíduos, considerando o que está previsto na Resolução 466/12. Fonte secundária corresponde a informações previamente elaboradas e abordagem quantitativa são informações representadas sob a forma numérica (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Thalia Albuquerque Bezerra, Beatriz Gomes de Freitas, Mayara das Chagas Soares,
Rafaela Rolim de Oliveira

O estudo é empírico, pois se baseia na coleta sistemática de informações sobre eventos relacionados à saúde de uma determinada população, com a finalidade de quantificar esses eventos possibilitando a construção de hipóteses (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS; 2010).

A pesquisa em tela foi realizada no período de outubro de 2018 utilizando-se de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) do Ministério da Saúde, disponíveis na forma online pelo departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)

A população foi constituída por 18. 733 casos de leishmaniose visceral notificados no Brasil de 2013 a 2017. Não ocorreu perda dos casos para a amostra, constituindo-se de 100% da população.

As variáveis utilizadas foram: ano de notificação, faixa etária, região de notificação, raça/cor e sexo. O processamento e mapeamento dos dados foi realizado utilizando-se do programa TabNet para Windows 32, versão 2.4, software de acesso livre desenvolvido pelo DATASUS. Os dados obtidos com a pesquisa foram agrupados em planilhas do Microsoft Excel e dispostos em tabelas, sendo posteriormente discutidos com achados da literatura disponível e pertinente.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da busca realizada entre os anos de 2013 e 2017 acerca dos casos de leishmaniose visceral notificados no Brasil, totalizaram-se 18.733 casos distribuídos nas 5 regiões do país, na qual a região Nordeste apresenta-se com maior incidência, seguida da região Sudeste e Norte como mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Casos de leishmaniose visceral notificados por ano e região no Brasil entre 20013 a 2017

Ano Notificação	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Total
2013	572	1.984	555	4	357	3.472
2014	434	2.422	591	6	280	3.733
2015	506	2.148	664	6	234	3.558
2016	622	1.828	756	17	232	3.455
2017	855	2.253	1.094	20	293	4.515
Total	2.989	10.635	3.660	53	1.396	187.33

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. 2018.

Observa-se tendência predominantemente decrescente, com exceção aos anos de 2014 e 2017 que houve um aumento de 1,4% e 5,7%, respectivamente, em relação aos anos que os antecedem.

Os números de casos de LV notificados aumentaram gradativamente durante os anos, podendo estar relacionado segundo Aguiar e Rodrigues (2017) e Menezes et al. (2015) à diversos fatores situados em 3 esferas principais: a demográfica, representada pelas migrações, a ambiental, com a invasão do homem no habitat do vetor por meio da destruição das matas e florestas, propiciando um maior contato com os insetos transmissores e animais contaminados, e a sanitária, com as questões infraestruturais, seja na alocação inadequada das habitações, falta de saneamento básico, fatos que favorecem a instalação e adaptação do mosquito vetor ao peridomicílio. O cão tem um papel importante dentro da epidemiologia da doença, sendo considerado o principal reservatório para a transmissão ao homem em área urbana

Constatou-se predominância de casos na região Nordeste que corresponde a 56.6% de todos os casos notificados do período, resultado demonstrado também no estudo de Cavalcante e Vale (2014), fato que pode ser explicado por ser uma região de baixo índice de desenvolvimento, e que ainda há um complexo de fatores que favorece a disseminação da doença, a pauperização consequente de distorções na distribuição de renda, secas periódicas acarretam a expansão das áreas endêmicas e o aparecimento de

Thalia Albuquerque Bezerra, Beatriz Gomes de Freitas, Mayara das Chagas Soares,
Rafaela Rolim de Oliveira

novos focos, adaptação do vetor aos ambientes modificados pelo homem, e as dificuldades de controle da doença em grandes aglomerados urbanos, onde problemas de desnutrição, moradia e saneamento básico frequentemente estão presentes.

A região Sudeste, seguida da região Norte surgem nas posições seguintes da tabela como territórios endêmicos, visto que os casos registrados equivalem a 19% e 15,9 % respectivamente, corroborando com Reis (2017) que justificou esse aumento pelo o processo de urbanização da patologia que permeia desde 1970 e que se consolida nos tempos atuais, quebrando a lógica da LV como uma doença reclusa aos bolsões de pobreza do interior rural, transportando-a para os grandes centros principalmente às regiões periféricas a estes, associadas à precariedade de habitação, trazendo, portanto determinantes sociais para a LV.

Tabela 2 - Casos de leishmaniose visceral notificados por ano e raça no Brasil entre 2013 a 2017

Ano Notificação	Ign/Branco	Branca	Preta	Amarela	Parda	Indígena	Total
2013	250	517	288	13	2.368	36	3.472
2014	269	476	327	29	2.606	26	3.733
2015	221	408	277	20	2.589	43	3.558
2016	222	402	298	20	2.478	35	3.455
2017	222	521	377	42	3.250	103	4.515
Total	1.184	2.324	1.567	124	13.291	243	18.733

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. 2018.

Em relação a variável raça/cor, observou-se que população auto declarante parda foi a mais acometida pela LV, correspondendo a 70,9% de todos os registros do período, resultado semelhante ao de Oliveira, Neto e Braga (2013). A relação raça/cor pode não ter ligação direta ao diagnóstico da leishmaniose visceral, visto que não há estudos que determine o risco pela etnia, mas sim pelas condições sociais, haja vista que pode se ter alterações de resultados dependendo da região a ser estudada, além do Brasil ser um país de miscigenação de raças, sendo discutível este achado.

É notório que houve um aumento relevante quanto a variável em questão entre os anos 2013 e 2017 correspondente a 4,7%, deixando explícito que as estratégias de

prevenção dos serviços de saúde apresentam lacunas, necessitando de um maior fortalecimento das ações de controle da infecção, e engajamento dos profissionais de saúde para efetivar essas intervenções com o propósito de possibilitar qualidade de vida para esses usuários.

Como não há estudos que determine o risco pela etnia, o acréscimo dessa variável pode-se também atribuir segundo Oliveira, Neto e Braga (2013) ao fato da população de cor parda concentrar-se mais em pessoas com baixa escolaridade, mais expostas ao vetor e sem acesso a informações das medidas de prevenção da LV.

Tabela 3 - Casos de leishmaniose visceral notificados por ano e sexo no Brasil entre 2013 a 2017

Ano Notificação	Ignorado	Masculino	Feminino	Total
2013	1	2.230	1.241	3.472
2014	0	2.422	1.311	3.733
2015	0	2.311	1.247	3.558
2016	0	2.298	1.157	3.455
2017	0	2.930	1.585	4.515
Total	1	12.191	6.541	18.733

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. 2018.

Ao verificar a raça/cor, percebe-se que o sexo masculino foi o mais acometido com 65% dos registros nesse período, na qual 2017 e 2014 obteve-se que maior incidência com aumento de 1% e 3,4 % respectivamente, em relação aos anos que os antecederam.

Esta maior ocorrência do sexo masculino sobre o feminino também foi observada em vários outros estudos em diferentes localidades, como os realizados em Paracatu, Minas Gerais, no período de 2007 a 2010. Em São Luiz, Maranhão, durante 2004 á 2016 em Várzea Grande, no Mato Grosso, em 1998 a 2007 e em Campo Grande, no Mato Grosso do Sul, no período de 2001 a 2006. (OLIVEIRA et al, 2011; SILVA et al, 2008; BOTELHO; NATAL, 2009; MISSAWA; BORBA, 2009)

Esta diferença entre sexo segundo Ortiz e Lais (2015), e André et al. (2013) não se dá em consequência de maior susceptibilidade, mas provavelmente devido maior exposição dos vetores flebotomíneos em função de desempenharem atividades ocupacionais e comportamentais mais próximas à fonte de infecção, principalmente no nordeste em virtude das temperaturas elevadas, na qual trabalhadores e crianças do sexo masculino não costumam usar camisa no dia-a-dia, ao passo que as mulheres permanecem com o tronco protegido, no entanto ainda permanece sem explicação científica.

Em todos os estudos o público feminino demonstrou menor índice, semelhante aos achados do estudo em tela correspondendo a 34,9 %. Pode ser justificado de acordo com Menezes (2016) pelo fato das mulheres serem reconhecidamente mais atentas às questões de saúde, manifestando seus cuidados no âmbito familiar, em situações diversas com os filhos, companheiros, pais e avós. Esses cuidados muitas vezes se baseiam na experiência acumulada (consulta aos serviços de saúde) ou no aprendizado dessa experiência com outras mulheres da família, os quais são colocados em prática para prevenir a doença e garantir a saúde da família.

Tabela 4 - Casos de leishmaniose visceral notificados por ano e faixa etária no Brasil entre 2013 a 2017

Ano Notificação	Em branco/IGN	<1 Ano	01-04	05-09	10-14	15-19	20-39	40-59	60-64	65-69	70-79	80 e +	Total
2013	5	386	907	325	166	138	771	525	75	61	79	34	3472
2014	1	324	905	351	175	171	833	673	98	69	95	38	3733
2015	0	305	834	287	146	174	875	656	79	74	94	34	3558
2016	0	325	788	241	141	152	859	631	109	85	92	32	3455
2017	0	389	1114	386	200	209	968	859	109	103	107	71	4515
Total	0	1.729	4.548	1.590	828	844	4.306	3.344	470	392	467	209	18.733

Fonte: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. 2018

O estudo em tela observa-se que a faixa etária mais acometida está entre 1-4 anos seguido da faixa etária entre 20-39 anos equivalente 24,2 % e 22,9 % dos achados respectivamente.

Semelhante aos resultados encontrados por Pereira, Martins e Silva (2013) e Rey, Martins e Lima (2005) nos quais constataram-se que o público com maior incidência são crianças entre 0-5, esse fato é justificado em razão da maior susceptibilidade que crianças possuem visto que o sistema imunológico se encontra ainda em fase de desenvolvimento, além de outros fatores importantes, como a maior exposição ao vetor no peridomicílio através do constante contato com animais e carência nutricional.

Sabe-se que, a carência nutricional faz com que a resposta imune humoral e celular seja alterada, tornando assim o sujeito mais susceptível a processos infecciosos, fato este intensificado quando o sujeito se encontra infectado pela *Leishmaniachagassi* (SIMÃO, 2011). Nesse contexto, a capacitação dos profissionais de saúde e educação deve ser considerada.

Os primeiros são responsáveis por difundir o conhecimento científico e torná-lo acessível ao público, necessitando, portanto, de uma educação permanente. Já os professores da educação básica, por manterem contato estreito com crianças e adolescentes, podem colaborar para que os alunos se transformem em disseminadores das informações recebidas em sala de aula.

4. CONCLUSÃO

Pode-se observar que o número de casos de leishmaniose aumentou nos últimos anos, principalmente na região nordeste o que indica que são necessárias mais ações preventivas por parte dos órgãos responsáveis, para que seja alcançado um maior controle da infecção por este parasito, desse modo melhorando a qualidade de vida da população

O fato de a doença ter disseminado da zona rural para a urbana é um indicativo da dificuldade que os órgãos de saúde enfrentam para a implementação de medidas de controle da infecção, logo, é essencial fortalecer essas medidas de vigilância e controle,

Thalia Albuquerque Bezerra, Beatriz Gomes de Freitas, Mayara das Chagas Soares,
Rafaela Rolim de Oliveira

visto que ainda são as melhores opções no controle da leishmaniose visceral, como proteção dos animais contra picada de insetos, vacinação, remoção de matéria orgânica que possa servir como criadouro do vetor entre outros.

Além disso, é preciso que os profissionais da saúde atuem de forma a incorporar as particularidades de cada contexto, de cada território, e criar processos dialógicos e participativos entre os membros da comunidade e os serviços de saúde e outros setores que seguramente terão de ser acionados, considerando a complexidade da doença.

Ressalta-se que uma das limitações deste estudo foi a limitação de material para discussão e uma sugestão é que sejam feitas pesquisas em maior escala, principalmente levando em consideração as singularidades de cada região do país.

5. REFERÊNCIAS

ABRANTES, T.R et al. 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**. v.34, n.1. 2018.

AGUIAR, P. F.; RODRIGUES, R. K. Leishmaniose visceral no Brasil: artigo de revisão. **Montes Claros**, v. 19, n.1 - jan./jun. 2017.

ANDRE et al. Análise dos casos de leishmaniose humana e sua relação com a eutanásia de animais recolhidos pelo centro de controle de zoonoses de Mossoró-RN. **Revista Brasileira de Higiene e Sanidade Animal**. v.7, n.2, p. 212 – 224.2013.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v.3, n., p.59-62. Ago., 2011.

BASTOS, Thiago Souza Azeredo. ASPECTOS GERAIS DA LEISHMANIOSE VISCERAL. Dissertação (Mestrado em Ciência Animal da Escola de Veterinária e Zootecnia) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2012.

BOTELHO, A.C.A; NATAL, D. Primeira descrição epidemiológica da leishmaniose visceral em Campo Grande, Estado de Mato Grosso do Sul. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.42, n.5, p.503-8. 2009.

CAVALCANTE, I.J.M; VALE, M.R. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose visceral (calazar) no Ceará no período de 2007 a 2011. **Revbras epidemiológica**, v.17, n.4, p.911-924, out-dez. 2014.

MARTINS, G.A de S; LIMA, M.D de. LEISHMANIOSE: DO DIAGNOSTICO AO TRATAMENTO. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer** - Goiânia, v.9, n.16, p. 2556. 2013.

MENEZES, J.A et al. Fatores de risco peridomiciliares e conhecimento sobre leishmaniose visceral da população de Formiga, Minas Gerais. **Rev Bras Epidemiol.** v.19, n.2, p.362-374, abr-jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Leishmaniose Visceral. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-visceral> Acesso em: 12 10 out. 2018.

MISSAWA, N.A; BORBA, J.F. Leishmaniose visceral no município de Várzea Grande, Estado de Mato Grosso, no período de 1998 a 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** v.42, n.5, p. 496-502. 2009.

NETO, V.L.S et al. Perfil Diagnóstico de Enfermagem para Pessoas com Leishmaniose. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.7, n.1381. 2017.

PEREIRA, S.R.P; MARTINS, M.M.B.M; SILVA, M.S.B. Perfil sociodemográfico de crianças com leishmaniose visceral de um hospital estadual de feira de Santana-BA. **RevEpidemiolControlInfect.** v.3, p. 196-199. 2014.

PRODANOV C.C., FREITAS E.C. metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª edição. Rio Grande do Sul, 2013.

REY, L.C et al. Leishmaniose visceral americana (calazar) em crianças hospitalizadas de área endêmica. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.0, p.1. 2005.

ORTIZ, R.C; ANVERSA, L. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.24, n.1, p.97-104, jan-mar. 2015.

OLIVEIRA E.N et al. Perfil Epidemiológico da Leishmaniose Visceral no Município de Paracatu, MG no período de 2007 a 2010. 2011 [Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

TOLEDO, C.R.S et al. Vulnerabilidade à transmissão da leishmaniose visceral humana em área urbana brasileira. **RevSaude Publica**, v.51, n.49. 2017.

SIMÃO, José Cláudio. Leishmaniose visceral sistematização da assistência de enfermagem. **Dissertação** (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual Paulista – UNESP. 2011.

SILVAA. R, et al. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral, na Ilha de São Luís, Estado do Maranhão. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** v.41, n.4, p. 358-64. 2008.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. Metodologia Científica para a área da saúde. **Elsevier editora Ltda.** 2ª edição, Rio de Janeiro. 2015.