

Boletim Epidemiológico da Leishmaniose Visceral no Estado da Bahia

Agosto - 2020, nº1

LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA

Doença infecciosa, não contagiosa, crônica, de alta letalidade. Também é conhecida no Brasil como calazar, barriga d'água, esplenomegalia tropical entre outras denominações. Tem o cão como principal reservatório na área urbana e as raposas e os marsupiais como reservatórios no ambiente silvestre.

CASO HUMANO SUSPEITO

Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, ou todo indivíduo de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartados os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

CASO HUMANO CONFIRMADO

Critério laboratorial – a confirmação dos casos clinicamente suspeitos deverá preencher no mínimo um dos seguintes critérios:

◆ Teste rápido imunocromatográfico -AB LSH ECO;

◆ Encontro do parasito no exame parasitológico direto ou cultura;

◆ Imunofluorescência reativa com título de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos diferenciais*;

◆ ELISA: não disponível na Rede pública Estadual.

Critério clínico-epidemiológico

◆ Paciente de área com transmissão de LV, com suspeita clínica sem confirmação laboratorial, mas com resposta favorável ao tratamento terapêutico.

Caso descartado

◆ Caso clinicamente suspeito com exames sorológicos e/ou parasitológicos negativos, sem resposta favorável ao teste terapêutico, ou caso que após investigação clínica/laboratorial se confirma outro diagnóstico.



Fonte: (BRASIL, 2014)

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL NA BAHIA

Na Bahia, Ao analisar a série histórica de número de casos e incidência de 2008 a 2020 (**figura 1**), o agravo mostra-se com comportamento cíclico e tendência de redução de número de casos. Foram registrados o total de 4.023 casos novos confirmados de Leishmaniose Visceral Humana (LVH) (média de 309,5 casos ao ano). Os anos com maiores incidências foram 2014 (3,4 casos por 100 mil habitantes), 2010 (3 casos por 100 mil habitantes), 2009 (2,6 casos por 100 mil habitantes) e 2011 (2,6 casos por 100 mil habitantes). Em 2020, até 20/07/2020 foram registrados 56 casos novos confirmados de Leishmaniose Visceral (LV), dispersos em 42 municípios. Correspondendo a um coeficiente de incidência de 04, casos por 100 mil habitantes e redução de 54,5% com relação ao mesmo período do ano anterior (123 casos).

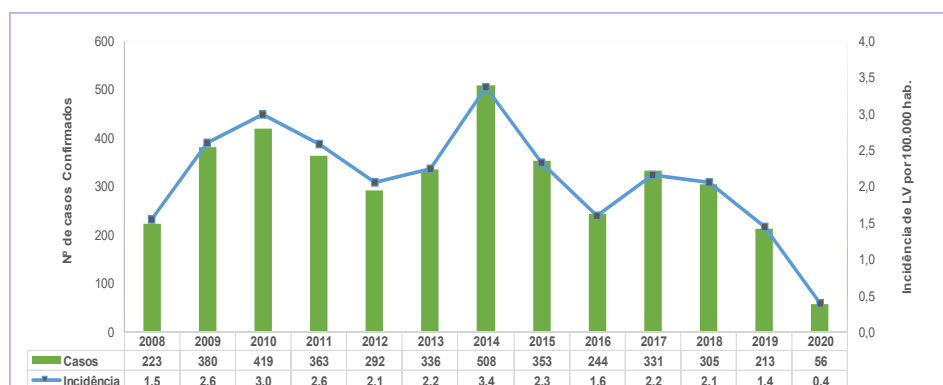


Figura 1 – Distribuição dos casos novos confirmados e coeficiente de incidência da LV, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

No período analisado, observa-se maiores frequências de casos nos meses de Janeiro (414;10,3%), Fevereiro (366; 9,1%), Março (358; 8,9%). Porém, observa-se na homogeneidade do registro da doença (**Figura 2**).

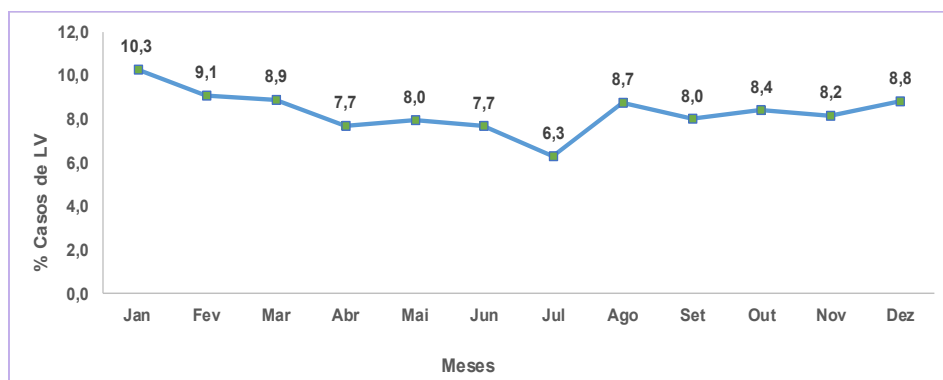


Figura 2 – Frequência de casos confirmados de LV por mês de início de sintomas, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

Definição de caso (cont.)

Os casos humanos confirmados podem ainda ser classificados como:

♦ **Caso novo** – confirmação da doença por um dos critérios acima descritos pela primeira vez em um indivíduo ou o recrudescimento da sintomatologia **após 12 meses** da cura clínica, desde que não haja evidência de imunodeficiência.

♦ **Recidiva** – recrudescimento da sintomatologia, em até 12 meses após cura clínica.

Estágios da doença

♦ **Período inicial** - febre com duração inferior a quatro semanas, palidez e aumento do tamanho do baço e do fígado;

♦ **Período de estado** - caracteriza-se por febre irregular, geralmente associada a emagrecimento progressivo, palidez e aumento do tamanho do baço e do fígado;

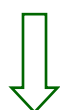
♦ **Período final** - febre contínua, desnutrição, edema dos membros inferiores, hemorragia, icterícia e barriga d'água.

Infecção sem doença: Indivíduo com exame sorológico reagente ou parasitológico positivo, sem manifestações clínicas. Esses casos não devem ser notificados e nem tratados

Tratamento

• Antimonial Pentavalente:

Recomenda-se o antimoniato de N-metil Glucamina (Glucantime) como fármaco de primeira escolha para o tratamento da LV, exceto em algumas situações, nas quais se recomenda o uso da Anfotericina B, prioritariamente em sua formulação lipossomal.



20mg/Sb+5/kg/dia, por via endovenosa ou intramuscular, uma vez ao dia, por 20 a 40 dias.

No período de 2008 a 2020, conforme **figura 3**, a macrorregião de Saúde Centro-Norte concentrou o maior número de casos (974 - 24,2 %), seguida da macrorregião de Saúde Centro-Leste (962 - 23,9%) e da macrorregião de saúde Sudoeste (615 - 15,3%). Quanto a análise por Regional de Saúde, observa-se predominância de casos na regional de Saúde de Irecê (821/20,4%), seguida da Regional de Saúde de Feira de Santana (298/7,4%).

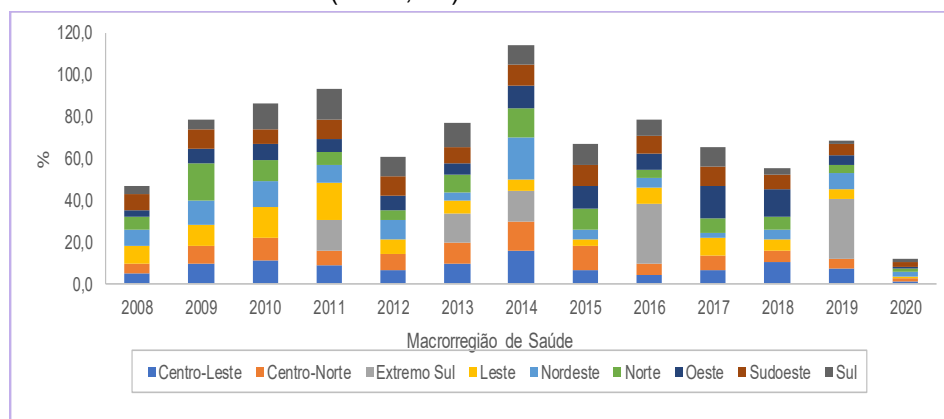


Figura 3 – Distribuição dos casos novos confirmados e coeficiente de incidência da LV, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

A **tabela 1** apresenta número de casos novos e confirmados e variação do ano de 2019 e 2020, observando-se concentração de casos na Macrorregião de Saúde Centro-norte (17/56; 30,3%), seguido da macrorregião de Saúde Sudoeste (14/56;25%).

Macrorregião de Saúde	2019	2020	Variação N
Centro-Leste	47	10	-78,7
Centro-Norte	23	17	-26,1
Extremo Sul	1	0	-100,0
Leste	7	2	-71,4
Nordeste	2	3	50,0
Norte	7	4	-42,9
Oeste	13	3	-76,9
Sudoeste	19	14	-26,3
Sul	4	3	-25,0
Total	123	56	-54,5

Tabela 1 – Número absoluto e variação de casos novos confirmados de LV, Bahia, 2019 e 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO EXPOSTA

No intervalo de 2008 a 2020 (**tabela 2**), a doença mostrou-se mais frequente em pessoas na faixa etária de 1 a 4 anos (1160/4023;28,8%), do sexo masculino (2477/4023; 61,6%), em residentes da zona urbana (2043/4020; 50,8%), da raça parda (2566/4023;63,8%) . O maior número de casos de LVH na zona urbana está associado ao processo migratório para os grandes centros urbanos, somados à condições de vidas precárias. Este processo provocou uma mudança no padrão epidemiológico da LV, que antes era conhecida como uma “endemia rural”. A razão pelo maior percentual de acometimento em crianças é devido à imaturidade imunológica associada às condições de pobreza, além de indicar que o vetor está no peridomicílio ou intradomicílio.

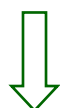
Tratamento cont.

• Anfotericina B Lipossomal:

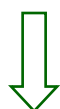
Tratamento de primeira escolha para gestantes contraindicações ou que manifestem toxicidade ou refratariedade relacionada ao uso dos antimoniais pentavalentes.

Critérios para tratamento de primeira escolha com anfotericina B Lipossomal

- ♦ Idade < 1 ano ou > 50 anos;
- ♦ Insuficiência renal, hepática, ou cardíaca;
- ♦ Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos;
- ♦ Intervalo QT corrigido maior que 450 ms;
- ♦ Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT;
- ♦ Hipersensibilidade ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV;
- ♦ Infecção pelo HIV (tratamento);
- ♦ Infecção pelo HIV (profilaxia secundária);
- ♦ Comorbidades que comprometem a imunidade;
- ♦ Uso de medicação que compromete a imunidade;
- ♦ Falha terapêutica ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV.
- ♦ Gestantes
- ♦ Escore de gravidade clínico ≥ 4 ou clínico-laboratorial ≥ 6¹



3mg/kg/dia, durante 7 dias, ou 4mg/kg/dia, durante 5 dias em infusão venosa, em uma dose diária.



Pacientes com coinfeção leishmania/HIV devem utilizar: 4mg/kg/dia, durante 5 dias consecutivos, mais dose única semanal por até 5 semanas (dose total de 25 a 40 mg/kg) dose diária.

Faixa etária	n	%
<1 Ano	233	5,8
1-4	1160	28,8
5-9	524	13,0
10-14	279	6,9
15-19	277	6,9
20-34	648	16,1
35-49	484	12,0
50-64	271	6,7
65-79	116	2,9
80 e+	31	0,8
Sexo	n	%
Masculino	2477	61,6
Feminino	1545	38,4
Ignorado	1	0,0
Zona	n	%
Urbana	2043	50,8
Rural	1823	45,3
Periurbana	44	1,1
Ign/Branco	113	2,8
Raça	n	%
Branca	397	9,9
Preta	633	15,7
Amarela	31	0,8
Parda	2566	63,8
Indígena	9	0,2
Ign/Branco	387	9,6

Tabela 2 – Casos novos confirmados de LV segundo características sociodemográficas, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

No período de 2008 a 2020, as principais manifestações clínicas foram: **Febre** (3688/4010; 92%), **fraqueza** (3102/4010; 77,4%), **esplenomegalia** (1184/4010; 29,5%), **emagrecimento** (2932/4010; 73,1%), **palidez** (2896/4010; 72,2%), **hepatomegalia** (2430/4010; 60,6%) (**figura4**).

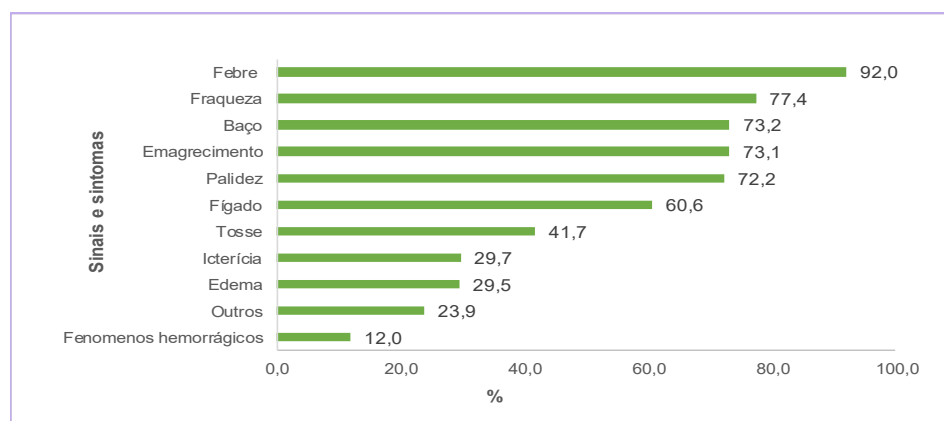


Figura 4 – Casos confirmados de LV segundo manifestações clínicas, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

No período de 2008 a 2020, foram **confirmados 85 casos de leishmania/HIV** (casos novos e recidiva) em 49 municípios. Houve predominância do sexo masculino (85/62; 72,9%) , na faixa etária de 35-49 anos (17/85 ;42,4%) . A coinfeção apresenta aspectos peculiares na apresentação clínica, no perfil de diagnóstico laboratorial e na resposta ao tratamento específico. As leishmanioses podem modificar a progressão da doença pelo HIV e a imunodepressão causada pelo vírus facilita a progressão das leishmanioses. Desta forma, a coinfeção acelera o processo de tanto de adoecimento pelo HIV. A **figura 5**, apresenta o percentual de coinfectados de 2008 a 2020.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Todo caso suspeito deve ser submetido à investigação clínica, epidemiológica e aos métodos auxiliares de diagnóstico. Caso seja confirmado, inicia-se o tratamento e acompanha o paciente mensalmente (para avaliação da cura clínica).

Os casos de LVH com maior risco de evoluir a óbito devem ser internados e tratados em hospitais de referência, e os leves ou intermediários devem ser assistidos no nível ambulatorial.

Neste contexto, a detecção precoce e manejo clínico adequado, pode garantir a sobrevivência do paciente.

O acompanhamento do paciente tratado deve ser feito aos 3, 6 e 12 meses após o tratamento, e na última avaliação, se permanecer estável, o paciente é considerado curado. As provas sorológicas não são indicadas para seguimento do paciente, porque podem apresentar falso-positivos.

Vigilância epidemiológica

A vigilância epidemiológica da LV abrange desde a detecção de casos à sua confirmação, o registro de sua terapêutica, o registro das variáveis básicas, o fluxo de atendimento e a informação.

Objetivos

- ◆ Realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos humanos;
- ◆ Reduzir o contato do vetor com os hospedeiros suscetíveis;
- ◆ Reduzir as fontes de infecção para o vetor;
- ◆ Promover ações de educação em saúde e mobilização social.

Notificação

É uma doença de notificação compulsória nacional conforme Portaria nº 204, de 17 de Fevereiro de 2016 e estadual (Portaria nº 1.290 de 09 de novembro 2017). Portanto, todos os casos suspeitos e/ou confirmados devem ser notificados, obrigatoriamente, às autoridades de saúde, utilizando-se das fichas de notificação e investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

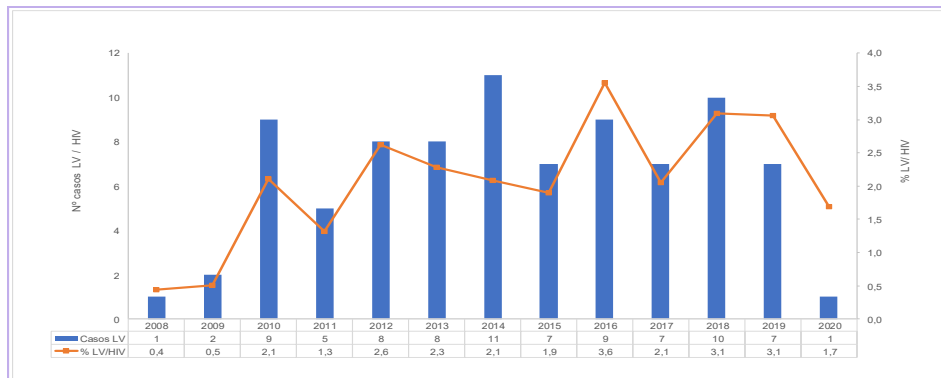


Figura 5 – Percentual de coinfeção Leishmania/Hiv, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

No período de 2008 a 2020 foram registrados 250 óbitos por LV. A letalidade por LV é calculada com número de óbitos dividido pela soma de casos novos e confirmados de LV, representando uma letalidade de 6,0%(250/4183; 6%). Em 2020 (01/01 a 20/07/2020), foram registrados 3 óbitos, representando uma taxa de letalidade de 5,1% (3/59; 5,1 %).

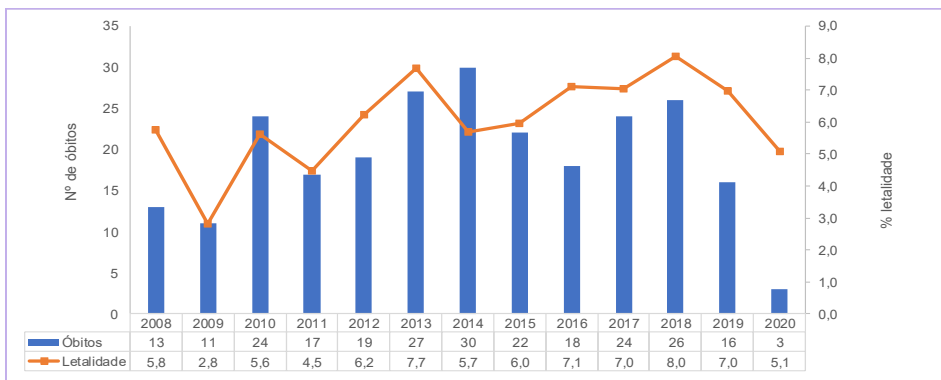


Figura 6 – Número de óbitos por LV e taxa de letalidade, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

A figura 7, demonstra a concentração de óbitos na faixa etária de 1-4 anos (52) e 35-49 anos (42). A redução da letalidade por LV, requer melhora na estruturação das unidades de saúde, bem como a capacitação e atualização dos profissionais de saúde para o reconhecimento precoce dos sinais e sintomas clínicos e, assim, promover o manejo clínico-terapêutico adequado dos pacientes.

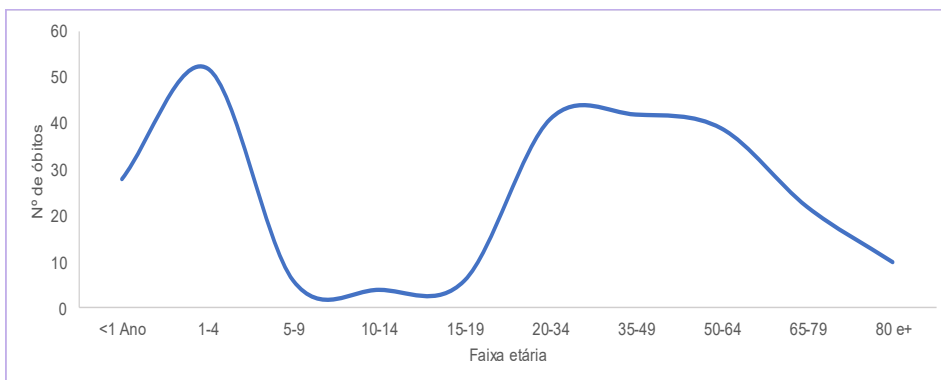


Figura 7 – Número de óbitos de LV segundo faixa etária, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 23/07/2020, atualização do banco em 20/07/2020, dados sujeitos a alterações.

ESTRATIFICAÇÃO LEISHMANIOSE VISCERAL NA BAHIA

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH) é uma doença endêmica em franca expansão no Estado da Bahia. A nova estratificação de risco dos municípios, fornecida pelo Sistema de Informação das Leishmanioses – SisLeish (OPAS/OMS/ESTADO/MUNICÍPIO) é feita a partir do indicador de número de casos e incidência de LV em um período de 3 anos. Estes indicadores normalizados resultam em um índice, que somados conformam o indicador composto de LV. Para classificar as áreas de risco foi utilizado o natural break para estratificar as áreas de transmissão em 5 categorias (**baixa, média, alta, intensa** e muito **intensa**).

		Índice Composto			Casos			Incidência		
	Muito Intenso	19,56	-----	30,9	33	-----	67,67	65,93	-----	125,27
	Intenso	8,46	-----	19,56	15,33	-----	33	33,1	-----	65,93
	Alto	3,42	-----	8,46	6,33	-----	15,33	17,09	-----	33,1
	Médio	0,5	-----	3,42	2	-----	6,33	7,05	-----	17,09
	Baixo	-1,12	-----	0,5	0,33	-----	2	0	-----	7,05

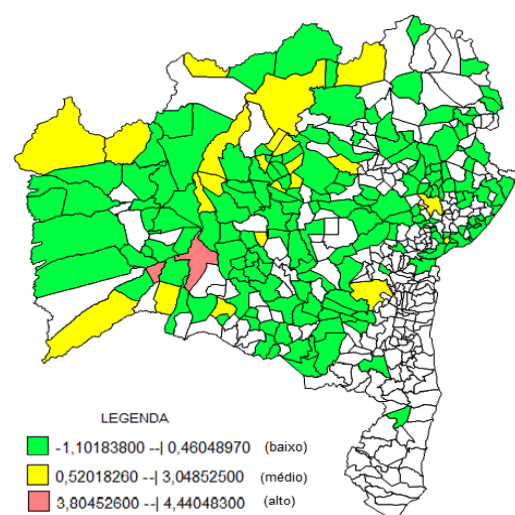
Tabela 3 – Legenda de estratificação de risco segundo classificação OPAS, 2019.

Fonte: OPAS/OMS/DIVEP/SESAB, classificação emitida 17/09/2019 com vigência até setembro de 2020

De acordo com a nova estratificação de risco definida para a Leishmaniose Visceral, considerando-se o índice composto do triênio 2016 a 2018, A Bahia possui 183 municípios com transmissão de LV, sendo 162 de baixa transmissão (38,9%), 22 municípios com médio risco de transmissão (5,3%) e 2 com alto risco de transmissão (0,5%), os quais são classificados como prioritários pela OPAS.

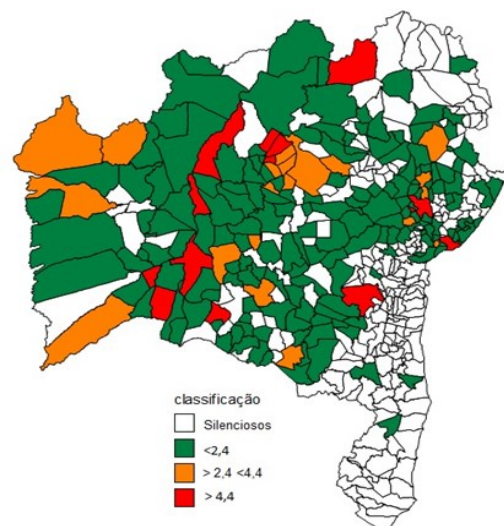
Na antiga metodologia de estratificação, que utilizava 90% da média de casos confirmados nos últimos três anos ($<2,4$ = esporádico; $\geq 2,4$ a $<4,4$ = moderado; $\geq 4,4$ = intenso) como ponto de corte. De acordo com esta metodologia, conforme mapa 2, a doença está presente em 292 dos 417 municípios baianos, classificados em transmissão intensa (13 municípios), transmissão moderada (20), transmissão esporádica (172) e os demais não apresentaram registro de casos (211).

A Região de Saúde de Irecê contribuiu nos últimos três anos em média com 49,0 casos (147), seguida das regiões de Feira de Santana, média de 30,7 casos (92) e Santa Maria da Vitória, média de 26,7 casos (80). Destacam-se os 13 municípios com transmissão intensa: Feira de Santana, Jequié, Bom Jesus da Lapa, Juazeiro, Irecê, São Félix do Coribe, Salvador*, Guanambi, Xique-Xique, São Gabriel, Jussara, Carinhanha e Ibotirama. Desta forma, é importante os municípios estejam atentos às duas classificações e continuem a realizar as atividades de vigilância e controle da LV.



Mapa 1 – Estratificação de risco de Leishmaniose Visceral, segundo município de residência, período 2016-2018.

Fonte: OPAS, classificação emitida 17/09/2019 com vigência até setembro de 2020



Mapa 2 – Distribuição espacial dos municípios, segundo classificação de LV baseada na média de casos. Bahia. 2016-2018.

Fonte: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, emitida em 18.12.2019, vigência até setembro de 2020

CASO CANINO SUSPEITO

Todo cão proveniente de área endêmica ou onde esteja ocorrendo surto, com manifestações clínicas compatíveis com a doença (febre irregular, apatia, emagrecimento, descamação furfuracea e úlceras na pele, em geral no focinho, orelhas e extremidades, conjuntivite, paresia do trem posterior, fezes sanguinolentas e crescimento exagerado das unhas).

CASO CANINO CONFIRMADO

- Critério laboratorial: cão com manifestações clínicas compatíveis com leishmaniose visceral e que apresente teste sorológico reagente e/ou exame parasitológico positivo.

- Critério clínico epidemiológico: todo cão proveniente de áreas endêmicas ou onde esteja ocorrendo surto e que apresente quadro clínico compatível de leishmaniose visceral canina (LVC) sem a confirmação do diagnóstico laboratorial.

- Cão Infectado: Todo cão assintomático com sorologia reagente e/ou parasitológico positivo em município com transmissão confirmada, ou procedente de área endêmica.

EVOLUÇÃO DA DOENÇA

A doença no cão é de evolução lenta e início insidioso. A leishmaniose visceral canina é uma doença sistêmica severa cujo sinais e sintomas dependem da resposta imunológica do animal infectado. O quadro clínico dos cães infectados apresenta um espectro de características clínicas que varia do aparente estado sadio a um severo estágio final. Inicialmente, os parasitos estão presentes no local da picada. Posteriormente, ocorre a infecção de vísceras e eventualmente tornam-se distribuídos através da derme. A queda de pêlos causada pela infecção expõe grandes áreas da pele extensamente parasitada.

Em áreas urbanas o *Canis familiaris* é a principal fonte de infecção da Leishmaniose visceral. A enzootia canina tem sido precedido os casos humanos e a doença tem sido mais prevalente nos cães do que no homem. A vigilância dos reservatórios objetiva avaliar a prevalência canina por meio de inquéritos sorológicos com o objetivo de: verificar a ausência de enzootias, avaliar prevalência dos municípios (por preceder casos humanos), auxiliando na priorização de áreas a serem trabalhadas. Tal avaliação subsidia a realização do controle de reservatórios através da identificação de cães infectados com *Leishmania infantum*. Atualmente o controle de reservatório é realizado por duas técnicas diagnósticas sorológicas sequenciais para avaliação da prevalência e identificação dos cães infectados. As atividades são baseadas em inquéritos caninos amostrais ou censitários, onde é recomendado: o teste imunocromatográfico rápido (TRDPP) e o ELISA. O TRDPP é recomendado para a triagem de cães e o ELISA é o teste confirmatório dos cães sororreagentes ao teste TRDPP (infecção canina).

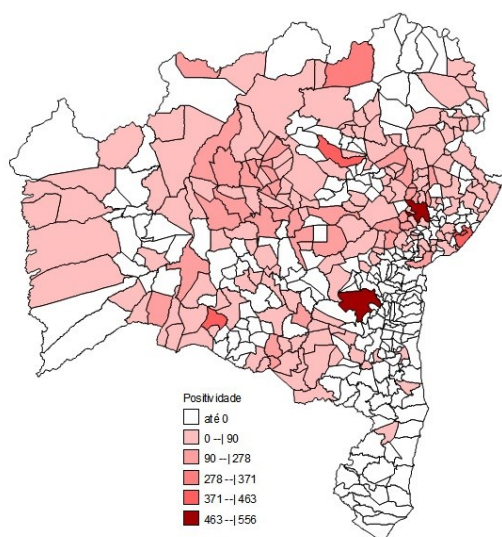
De 2018 a 2020 (31/07/2020), a partir do monitoramento amostras enviadas ao LACEN, a Leishmaniose Visceral Canina (LVC) esteve presente em 194 municípios baianos. Neste período, foram triados pelo LACEN um total de 22.875 amostras, destas 15.2016 foram positivas. Perfazendo o percentual de 66,5% de positividade (tabela 4). Vale ressaltar que os dados referentes em 2020 podem não apresentar a real situação da positividade canina do estado, pois em decorrência da pandemia causada pelo SARS-COV 2019, foi necessário readequar as ações de vigilância e controle do Programa das Leishmanioses. No qual foi recomendado a realização triagens caninas por demanda espontânea, para promover o distanciamento social, o que diminuiu a quantidade de cães triados.

Ano	Nº de cães examinados	Exames sororreagentes (TRDPP +ELISA)	Positividade %
2018	10.506	5.568	53
2019	7359	4353	59,2
2020	3075	2289	74,43
Total	22875	15216	66,5

Tabela 4 – Número de cães examinados (TR DPP), exames sorológicos reagentes (ELISA) e percentual de positivos para LV canina, Bahia, 2018 a 2020*

Fonte: GAL/DIVEP/LACEN/DIVEP/SUVISA/SESAB, * dados sujeitos a alterações.

O mapa 3, apresenta a distribuição espacial da positividade canina na Bahia, no período de 2018 a 2020.



Mapa 3 - Número de exames sorológicos reagentes de leishmaniose visceral canina segundo por município, Bahia, 2018 a 2020.

Fonte: GAL/LACEN/DIVEP/SUVISA/SESAB, dados sujeitos a alterações.

AÇÕES DE VIGILÂNCIA DESTINADA AO RESERVATÓRIO CANINO

As ações de vigilância sobre o reservatório canino deverão ser desencadeadas, conforme descrito:

- ♦ **Realizar alerta ao** serviço e à classe médica veterinária, quanto ao risco da transmissão da leishmaniose visceral canina – LVC e estimular a classe veterinária do setor privado a comunicar casos caninos ao serviço;
- ♦ **Divulgar à população** sobre a ocorrência da LVC na região e alertar sobre os sinais clínicos e os serviços para o diagnóstico, bem como as medidas preventivas para eliminação dos prováveis criadouros do vetor;
- ♦ **Para o poder público**, desencadear e implementar as ações de limpeza urbana em terrenos, praças públicas, jardins, logradouros entre outros, destinando de maneira adequada a matéria orgânica recolhida.
- ♦ **Na suspeita clínica de cão**, delimitar a área para investigação do foco. Define-se como área para investigação, aquela que, a partir do primeiro caso canino (suspeito ou confirmado), estiver circunscrita em um raio de no mínimo 100 cães a serem examinados.

A clínica do cão com leishmaniose Visceral avançou no sentido de disponibilização de tratamento (<http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/setembro/23/NT-informativa-Milteforan--002-...pdf>), vacina(s) anti-leishmaniose e coleiras impregnadas com Deltametrina 4% (estratégias individuais e custeadas pelo tutor que optar por esta forma de tratamento). No entanto, para cães sororreagentes (TRDPP e ELISA) ainda é recomendada a realização de eutanásia, a qual deve seguir as diretrizes do Código De ética do médico veterinário, a resolução 1.000/2012 (CFM) e a RDC nº 33 de 2011, juntamente com as outras estratégias preconizadas pelo PCL de maneira integrada e continuada.

VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E MANEJO INTEGRADO PARA CONTROLE DE VETORES

No Programa de Controle da Leishmaniose Visceral, o objetivo da vigilância entomológica é levantar as informações de caráter quantitativo e qualitativo sobre os flebotômíneos transmissores da LV. Existem diversas metodologias que podem ser empregadas, do ponto de vista operacional, tais como: coleta manual com tubo de sucção tipo Castro; coleta manual com capturador motorizado; coleta com armadilha adesiva; coleta com armadilhas luminosas (modelo CDC ou similar) e as armadilhas com animais ou com feromônios, que nada mais são que uma otimização das metodologias anteriores. Neste sentido, a vigilância entomológica realiza ações de levantamento, investigação e monitoramento de vetores, as quais estão descritas na figura 8.

Monitoramento		Investigação	Levantamento
OBJETIVO	• Conhecer a distribuição sazonal e abundância relativa das espécies <i>Lutzomyia longipalpis</i> (<i>Lu. longipalpis</i>) e/ou <i>Lutzomyia cruzi</i> (<i>Lu. cruzi</i>), visando estabelecer o período mais favorável para a transmissão da LV e direcionar as medidas de prevenção e controle químico do vetor.	• Verificar a presença de <i>Lu. longipalpis</i> e/ou <i>Lu. cruzi</i>, em municípios com a ocorrência do primeiro caso de LV ou em situações de surto. • Confirmar a área como de transmissão autóctone.	• Verificar a presença de <i>Lu. longipalpis</i> e/ou <i>Lu. cruzi</i>, em municípios sem casos humanos de LV ou municípios silenciosos. • Verificar a presença de <i>Lu. longipalpis</i> e/ou <i>Lu. cruzi</i>, em municípios com transmissão esporádica, moderada ou intensa e que não tenham sido realizadas investigações anteriores. • Conhecer a dispersão do vetor no município, a fim de apontar naqueles sem casos autóctones de LV as áreas receptivas para a realização do inquérito amostral canino e nos municípios com transmissão da LV orientar as ações de controle do vetor.

Figura 8 – Tipos de pesquisa entomológica e seus objetivos .

Fonte: BRASIL, 2014

Nas Américas, a LV tem como principal vetor o *Lu. longipalpis*, principalmente pela sua capacidade de adaptação na zona urbana. De acordo com o boletim sobre a fauna flebotomínica da Bahia (LACEN, 2017), no período de 2008 a 2016, o *Lu. longipalpis* demonstrou ampla dispersão no território baiano. O que denota alta receptividade à transmissão vetorial da leishmaniose visceral. Sendo assim, é imprescindível que os municípios mantenham a vigilância entomológica e que a utilizem como medida profilática, uma vez que os dados de sazonalidade vetorial e comportamento ecológico do vetor vão orientar as ações de manejo integrado de vetores.

Desta forma, apenas o controle químico com inseticidas de ação residual não é medida efetiva para a prevenção e controle da LV. Faz-se necessário a integração das ações entre as vigilâncias e articulação inter e intra-setorial e multidisciplinar: vigilância ambiental; vigilância sanitária; setor de limpeza pública (coleta periódica de resíduo) e melhoria das condições de moradia.

RECOMENDAÇÕES

As recomendações de vigilância e controle da LV diferem de acordo com a classificação epidemiológica dos municípios. Os municípios silenciosos devem focar as suas ações na vigilância entomológica e vigilância de reservatórios domésticos, por meio da realização anual de levantamentos entomológicos e inquéritos sorológicos amostrais da população canina, além de ações de saneamento ambiental e de educação em saúde.

Em municípios com registro de primeiro caso ou em situação de surto, recomenda-se a realização de investigação entomológica para direcionamento do controle químico vetorial, bem como atividades de saneamento ambiental, inquérito censitário canino anual no local de transmissão e eutanásia dos cães sororreagentes. Nos municípios de transmissão esporádica, além das ações recomendadas para os municípios silenciosos, recomenda-se a eutanásia dos cães sororreagentes, identificados por meio de inquéritos sorológicos censitários anuais, bem como ações de vigilância e assistência de casos humanos.

Os municípios de transmissão moderada e intensa devem, priorizar o inquérito censitário, investir em educação permanente aos profissionais de forma multidisciplinar e educação em saúde para a população, realizar o monitoramento entomológico e o controle químico vetorial, por meio de dois ciclos anuais de aplicação de inseticidas de ação residual, que atualmente é a alfacipermetrina a 20%. Todos os profissionais de saúde devem ser alertados e sensibilizados para o problema, e é importante que a população seja constantemente informada sobre os serviços disponíveis e sobre a necessidade de buscar atendimento precocemente. Nas áreas de transmissão intensa, bem como nas áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família é recomendada a realização de busca ativa de casos suspeitos e encaminhamento atendimento médico.

Diante da magnitude que a LV tem na Bahia, com intuito de prevenir os óbitos e promover o atendimento adequado dos pacientes, os serviços de vigilância local devem estruturar as unidades de saúde, promovendo a capacitação de profissionais para suspeitar, diagnosticar e tratar precocemente os casos. Deve ser definido, estabelecido e divulgado o fluxo das unidades de referência e contrarreferência entre a atenção primária e a alta e média complexidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade**. 1 ed. Brasília, 2011. Disponível em <<http://dive.sc.gov.br/index.php/d-a/item/leishmaniose-visceral-humana>>. Acesso em 12/09/2017.

Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia em Saude. Departamento de Vigilancia Epidemiologica. Manual de vigilancia e controle da leishmaniose visceral / Ministerio da Saude, Secretaria de Vigilancia em Saude, Departamento de Vigilancia Epidemiologica. – 1. ed., 5. reimpr. – Brasília : Ministerio da Saude, 2014. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfeção Leishmania-HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/leishmaniasis/burden/manual-recomendacoes-diagnostico-leishmania-hiv-BRA.pdf?ua=1>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf>



Use o nosso
QR code acima

EXPEDIENTE

Diretoria de Vigilância Epidemiológica
Márcia São Pedro Leal Souza

Coordenação de Doenças de Transmissão Vetorial - CODTV
Ana Claudia Fernandes Nunes Silva

Elaboração: Gt Leishmanioses
Sílvia Letícia Cerqueira de Jesus , Cintia Soares

Equipe Técnica GT Entomologia e Controle Vetorial :
Edie Carvalho, Marcelo Mário Santos Medrado, Jose Melo e Jailton Batista

Revisão: Luciana Bahiense da Costa , Marcelo Mario Santos Medrado, Edie Carvalho
Projeto gráfico: Sergio Valverde

leish.divep@saude.ba.gov.br / (71) 3116-0078