

Boletim Epidemiológico

Boletim Epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar no Estado da Bahia

SECRETARIA
DA SAÚDE



Nº 01 2020

DEFINIÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar é uma doença infecciosa, não contagiosa, que provoca úlceras na pele e mucosas. A doença é causada por protozoários do gênero *Leishmania*. Na forma cutânea é conhecida como ferida brava, ulcera de bauru e botão do oriente.

AGENTE ETIOLÓGICO

No Brasil, há sete espécies de leishmanias envolvidas na ocorrência de casos de LT. As mais importantes são: *Leishmania (Leishmania) amazonensis*, *L. (Viannia) guyanensis* e *L. (V.) braziliensis*.

VETORES

A *Leishmania* é transmitida ao homem (e a outros mamíferos) por insetos vetores ou transmissores, denominados **flebotomíneos**, do gênero *Lutzomyia*, conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros. No Brasil, as principais espécies envolvidas na transmissão da LT são *L. whitmani*, *L. intermedia*, *L. umbratilis*, *L. wellcomei*, *L. flaviscutellata*, e *L. migonei*.

RESERVATÓRIOS

Infecções por leishmanias que causam a LT foram descritas em várias espécies de animais silvestres, sinantrópicos e domésticos (canídeos, felídeos e equídeos). Com relação a esse último, seu papel na manutenção do parasito no meio ambiente ainda não foi definitivamente esclarecido.



(Fonte: BRASIL, 2017)

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NO BRASIL E NO MUNDO

A Leishmaniose Tegumentar (LT) tem ampla distribuição mundial e no continente americano há registro de casos desde o sul dos Estados Unidos ao norte da Argentina, com exceção do Chile e Uruguai. Em 1909, foi descrito formas de leishmanias em úlceras cutâneas e nasobucofaríngeas em indivíduos que trabalhavam na construção de rodovias no interior de São Paulo. Desde então, a doença vem sendo descrita em vários municípios de todas as Unidades Federadas. A região Norte apresenta o maior coeficiente (46,4 casos/100.000 habitantes), seguida das regiões Centro-Oeste (17,2 casos/100.000 habitantes) e Nordeste (8 casos/100.000 habitantes). (BRASIL, 2020)

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NA BAHIA

A Bahia possui um dos principais circuitos espaciais de produção da doença no Brasil, com importância epidemiológica no Brasil, o circuito da região cacaueira. Correspondendo ao Vale do Jiquiriçá, Médio Rio de Contas, Baixo Sul e Litoral Sul, originado em meados de 1980 (COVAS, 2015) Outros circuitos importantes são Chapada Diamantina e Bacia do Rio Corrente.

Ao analisar a série histórica de número de casos e incidência de 2008 a 2020 (figura 1), a doença possui ampla distribuição. Foram registrados o total de 35.256 casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana (média de 2.712 casos ao ano). Os anos com maiores incidências foram 2010 (33,9 casos por 100 mil habitantes), 2012 (30,8 casos por 100 mil habitantes), 2017 (17,7 casos por 100 mil habitantes). Em 2020, até 21/09/2020, foram registrados 818 casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, dispersos em 125 municípios (125/417; 29,9%). Correspondendo a um coeficiente de incidência de 5,5 casos por 100 mil habitantes e redução de 21,9% com relação ao mesmo período do ano anterior (1.047 casos).

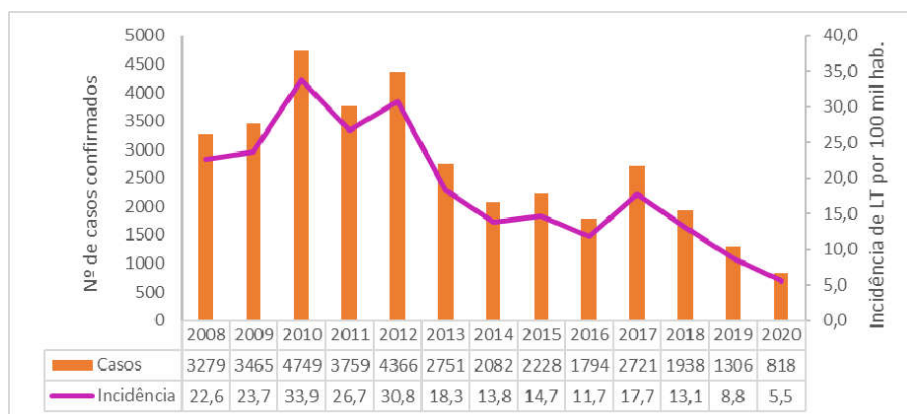


Figura 1 – Distribuição dos casos novos confirmados e coeficiente de incidência da Leishmaniose Tegumentar Americana, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 28.09.2020, atualização do banco em 21.09.2020, dados sujeitos a alterações.



SINAIS E SINTOMAS

A forma cutânea caracteriza-se por apresentar lesões indolores, com formato arredondado, com base eritematosa, infiltrada e de consistência firme, bordas bem delimitadas e elevadas, fundo avermelhado e com granulações grosseiras.

Já a forma mucosa caracteriza-se pela presença de lesões destrutivas localizadas na mucosa, geralmente nas vias aéreas superiores. Quando atingem o nariz podem ocorrer entupimentos, sangramentos, coriza, aparecimento de crostas e feridas.

Na garganta os sintomas são: dor ao engolir, rouquidão e tosse.

CASO SUSPEITO

Leishmaniose Cutânea

Indivíduo com presença de lesões de pele ulceradas ou não com três semanas ou mais de evolução com histórico de residência ou exposição a área de transmissão.

1 - Localizada: A lesão geralmente do tipo úlcera, com tendência a cura espontânea podendo ser única ou múltipla (até 20 lesões). A forma localizada pode ser acompanhada de linfadenopatia regional e de linfangite nodular;

2 - Disseminada: Lesão relativamente rara que pode ser observada em até 2% dos casos. É caracterizada pelo aparecimento de múltiplas lesões papulares e de aparência acneiforme que acometem vários segmentos corporais, envolvendo com frequência a face e o tronco. O número de lesões pode alcançar centenas.

3 - Difusa: Constitui uma forma clínica rara, porém grave. Inicia-se com lesão única e evolui de forma lenta formando placas e múltiplas lesões nodulares não ulceradas recobrimdo grandes extensões cutâneas.

4 - Recidiva cútis: caracteriza-se por ativação da lesão nas bordas, após cicatrização da lesão, mantendo-se o fundo com aspecto cicatricial. A resposta terapêutica costuma ser inferior a da lesão primária.

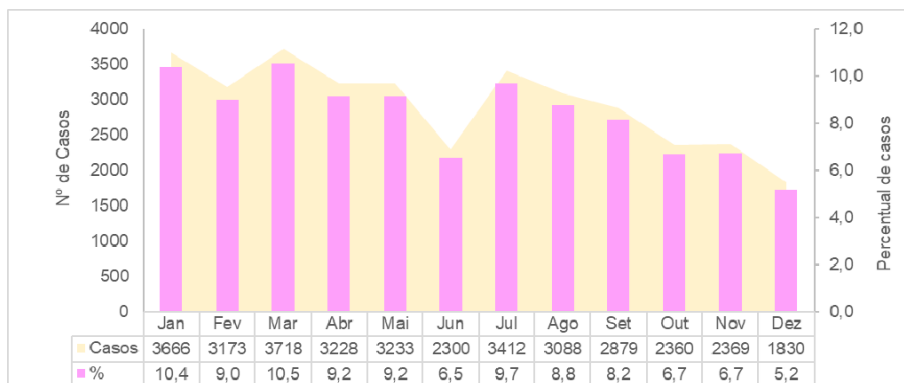


Figura 2 – Casos novos confirmados de leishmaniose Tegumentar, segundo mês da notificação, Bahia, Período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 21.09.2020, atualização do banco em 21.09.2020, dados sujeitos a alterações.

No período de 2008 a 2020, conforme **figura 3**, a macrorregião de Saúde Sul concentrou o maior número de casos (25.075/35.256; 71,3%), seguido da macrorregião de Saúde Leste (4.954- 14,1%) .

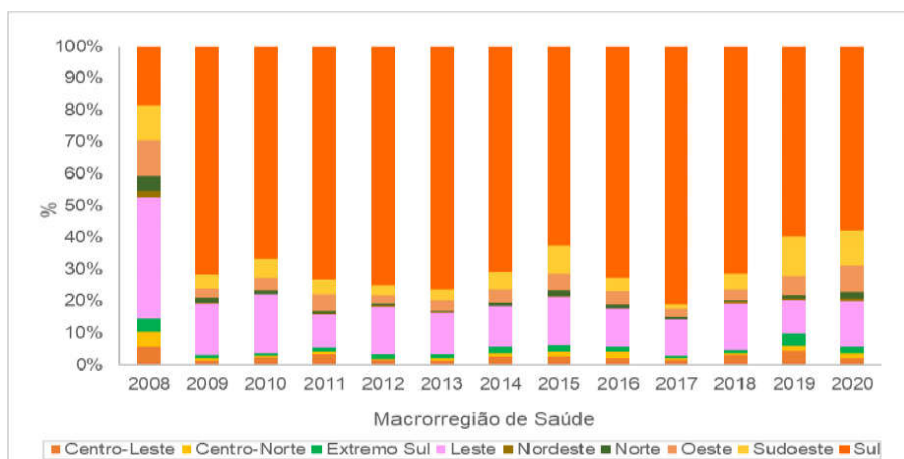


Figura 3 – Percentual de casos novos confirmados e percentual de Leishmaniose Tegumentar segundo Macrorregião de Saúde, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 21.09.2020, atualização do banco em 28.09.2020, dados sujeitos a alterações.

Em 2020, até 21/09/2020 (**tabela 1**), observa-se concentração do número de casos na Macrorregião de Saúde Sul (473/818; 57,8%), seguido da macrorregião de Saúde Leste (120/818; 14,7%). Quando comparado ao mesmo período, observa-se variação positiva nas macrorregiões de saúde Leste, Norte e Oeste.

Macrorregião de Saúde	2019	2020	Varição
Centro-Leste	49	18	-63,3
Centro-Norte	16	12	-25,0
Extremo Sul	43	15	-65,1
Leste	113	120	6,2
Nordeste	5	3	-40,0
Norte	12	20	66,7
Oeste	54	68	25,9
Sudoeste	138	89	-35,5
Sul	617	473	-23,3
Total	1047	818	-21,9

Tabela 1 – Número absoluto e variação de casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 21/09/2020, atualização do banco em 28/09/2020, dados sujeitos a alterações.

CASO SUSPEITO (cont.)

Leishmaniose Mucosa (LM): Indivíduo com presença de lesão de mucosa de vias aéreas superiores, principalmente nasal, residente ou exposto a área de transmissão.

a) Forma mucosa tardia: forma mais comum. Pode surgir até vários anos após a cicatrização da forma cutânea. Classicamente está associada às lesões cutâneas múltiplas ou de longa duração, à curas espontâneas ou aos tratamentos insuficientes;

b) Forma mucosa de origem indeterminada: quando a LM apresenta-se clinicamente isolada, não sendo possível detectar nenhuma outra evidência de lesão cutânea prévia. Tais formas estariam provavelmente associadas às infecções subclínicas ou lesões pequenas, não ulceradas, de evolução rápida e que teriam passado despercebidas sem deixar cicatrizes perceptíveis;

c) Forma mucosa concomitante: quando a lesão mucosa ocorre ao mesmo tempo em que apresenta lesão cutânea ativa (não contígua aos orifícios naturais);

d) Forma mucosa contígua: ocorre por propagação direta de lesão cutânea, localizada próxima a orifícios naturais, como a mucosa das vias aerodigestivas. A lesão cutânea poderá encontrar-se em atividade ou cicatrizada na ocasião do diagnóstico;

e) Forma mucosa primária: ocorre eventualmente pela picada do vetor na mucosa ou semimucosa de lábios e genitais.

CASO CONFIRMADO

Critério clínico– laboratorial

Residência, procedência ou deslocamento para área com confirmação de transmissão e encontro do parasito nos exames parasitológicos diretos;

Residência, procedência ou deslocamento para área com confirmação de transmissão e intradermoreação de Montenegro (IDRM) positiva. (Teste não disponível na rede estadual);

Residência, procedência ou deslocamento para área com confirmação de transmissão com outros métodos de diagnósticos positivo.

Critério clínico-epidemiológico

Todo caso com suspeita clínica, **sem acesso a métodos de diagnóstico laboratorial** e com residência ou exposição à áreas que tiveram confirmação de transmissão. Nas formas mucosas, considerar a presença de cicatrizes cutâneas como critério complementar para confirmação do diagnóstico.

Quanto a análise por regional de saúde, a **figura 4**, demonstra que houve redução de casos em 15 regionais, estabilização em 8 regionais e incremento em 09 regionais. Ressaltam-se as regionais de Saúde de Feira de Santana (incremento de 150%) e Cruz das Almas (incremento de 100%), com incrementos igual ou maior que 100%, quando comparado ao mesmo período do ano anterior.

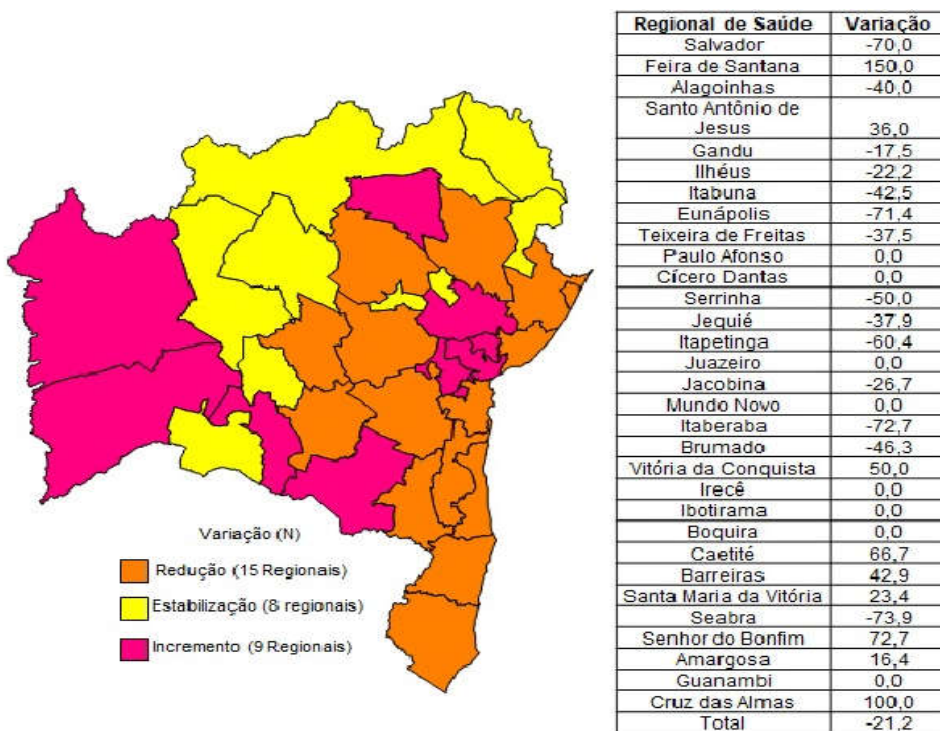


Figura 4 – Variação de número absoluto de casos novos confirmados de leishmaniose tegumentar, por Regional de Saúde, Bahia, período de 2019 e 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EXPOSTA

No intervalo de 2008 a 2020, observa-se que a doença ainda possui transmissão em zona rural. Este dado corrobora com o que está descrito no Manual de leishmaniose tegumentar Americana que aponta três padrões de transmissão da leishmaniose tegumentar americana: silvestre, ocupacional e lazer, ou seja, a transmissão da leishmaniose tegumentar está relacionada a ambientes de matas fechadas, ambientes geograficamente modificados pela ação humana (desmatamentos), além de casas próximas a área de matas (BRASIL, 2017).

De acordo com a **tabela 2**, houve predominância em indivíduos do sexo masculino (21.134/35.256; 59,9%), na raça parda (23.720/35.256; 67,3%), com distribuição em todas as faixas etárias, notando-se predominância na faixa etária economicamente ativa 20 a 34 anos (9.300/35.256; 26,4%) e 35 a 49 anos (6.374/35.256; 18,1%). Neste período, houve registro de casos em 256 ocupações. A **figura 5** apresenta as dez principais profissões relacionadas a ocorrência da Leishmaniose Tegumentar. Quanto a escolaridade, observa-se predominância de baixa escolaridade (20.095/35.256; 62,7%), quando somados o registro de pessoas analfabetas, pessoas que estudaram 1 a 4ª série incompletos, 5 a 8ª série incompletos e ensino fundamental incompleto (**tabela 3**).



CASO CONFIRMADO (Cont.)

Os casos confirmados ainda podem 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.

CASO DESCARTADO

Caso suspeito com diagnóstico confirmado para outra doença. Os casos descartados devem ser investigados tendo em vista outras hipóteses diagnósticas.

Muitas manifestações clínicas podem ser confundidas com a LTA, destacando-se, entre elas:

Leishmaniose Cutânea: Realizar diagnóstico diferencial para sífilis, hanseníase, tuberculose, Histoplasmose, esporotricose, sarcoidose, psoríase, lúpus eritematoso discóide, úlceras de estase venosa, dentre outros.

Leishmaniose mucosa: O diagnóstico diferencial é feito para paracoccidiodomicose, carcinoma sífilis terciária, renite, sinusite, granulomatose de wegner, dentre outros.

INFECÇÃO SEM DOENÇA

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

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 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).

Sexo	N	%
Ignorado	1	0,0
Masculino	21134	59,9
Feminino	14121	40,1
Faixa Etária	N	%
<1 Ano	611	1,7
1-4	1553	4,4
5-9	2692	7,6
10-14	3739	10,6
15-19	4113	11,7
20-34	9300	26,4
35-49	6374	18,1
50-64	4481	12,7
65-79	1895	5,4
80 e+	498	1,4
Raça	N	%
Ign/Branco	1609	4,6
Branca	2202	6,2
Preta	7272	20,6
Amarela	198	0,6
Parda	23720	67,3
Indígena	255	0,7
Zona	N	%
Ign/Branco	725	2,1
Urbana	6447	18,3
Rural	27821	78,9
Periurbana	263	0,7

Tabela 2– Casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo variáveis socioeconômicas, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

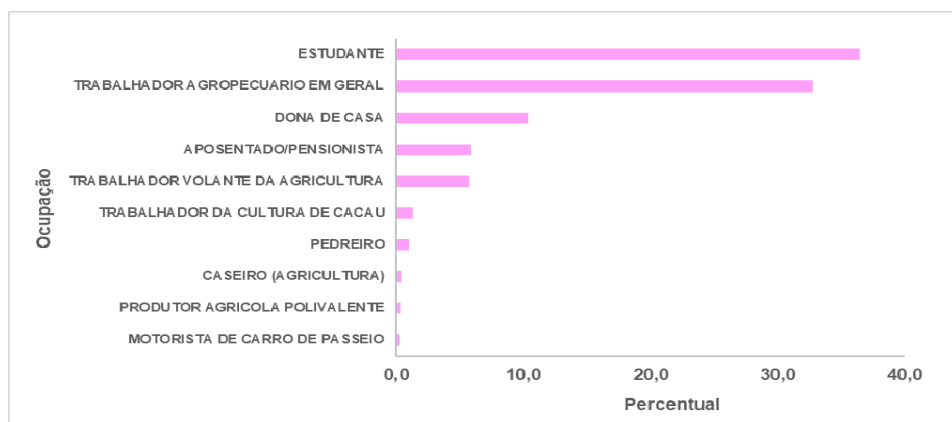


Figura 5 – Casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo ocupação, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

Escolaridade	N	%
Ign/Branco	6934	19,7
Analfabeto	3030	8,6
1ª a 4ª série incompleta do EF	10221	29,0
4ª série completa do EF	1739	4,9
5ª a 8ª série incompleta do EF	5915	16,8
Ensino fundamental completo	802	2,3
Ensino médio incompleto	1193	3,4
Ensino médio completo	2004	5,7
Educação superior incompleta	88	0,2
Educação superior completa	127	0,4
Não se aplica	3203	9,1

Tabela 3 – Casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo grau de escolaridade. Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

ENCERRAMENTO

Os casos devem ser encerrados no SINAN em um período de 180 dias.

TRATAMENTO

N-metil glucamina (Glucantime):

- Recomenda-se o antimoniato de **N-metil glucamina** como fármaco de primeira escolha, exceto em algumas situações, nas quais se recomenda o uso da anfotericina B, prioritariamente na sua formulação lipossomal (ver guia de vigilância).



Forma cutânea localizada: 15 mg/kg/dia (10 a 20 mg Sb + 5/kg/dia);

Forma Mucosa: 20mg/Sb +5/kg/dia

Difusa: 20mg/Sb +5kg/dia

• Anfotericina B Lipossomal-Primeira escolha para:

- Gestantes,
- Pacientes com idade a partir de 50 anos;
- Insuficiência renal, cardíaca e hepática,;
- Transplantados renais, cardíacos, hepático;
- Pacientes com contraindicações ou que manifestem toxicidade ou refratariedade relacionada ao uso dos antimoniais pentavalentes;
- Casos graves ou com grande número de lesões (acima de 20).



Forma cutânea localizada: 10 mg e 20 mg Sb+5/ kg/dia, sugerindo-se 15 mg Sb+5/kg/dia durante 20 dias seguidos.

Forma cutânea disseminada: 2 mg a 3 mg/kg/ dia, sem limite de dose máxima diária ate atingir a dose total de 35 mg a 40 mg/kg.

Forma mucosa: 3 mg a 5 mg/kg/dia, sem limite de dose máxima diária ate atingir a dose total de 30 mg a 40 mg/kg.

Forma Cutânea Difusa: 2 mg a 3 mg/kg/dia, sem limite de dose máxima diária ate atingir a dose total de 35 mg a 40 mg/kg.

De acordo com a **figura 6**, de 2008 a 2020, a forma clínica predominante é a cutânea (34.241/35.256; 97,1%), semelhante aos dados do Brasil. A forma clínica mucosa, contribuiu com 2,9% (1.015/35.256; 2,9%) dos casos. A Leishmaniose mucosa (LM) é considerada uma forma grave da LT e, geralmente, ocorre meses, anos depois, ou concomitante à forma clínica cutânea (GUIMARÃES,2005; BRASIL, 2017). Essa forma clínica merece especial atenção pois é de difícil diagnóstico e, além de cicatrizes deformantes, podem causar complicações importantes ao individuo acometido. Desta forma, atenta-se para a ocorrência dos casos nos extremos de idade, pela possibilidade de formas graves e complicações.

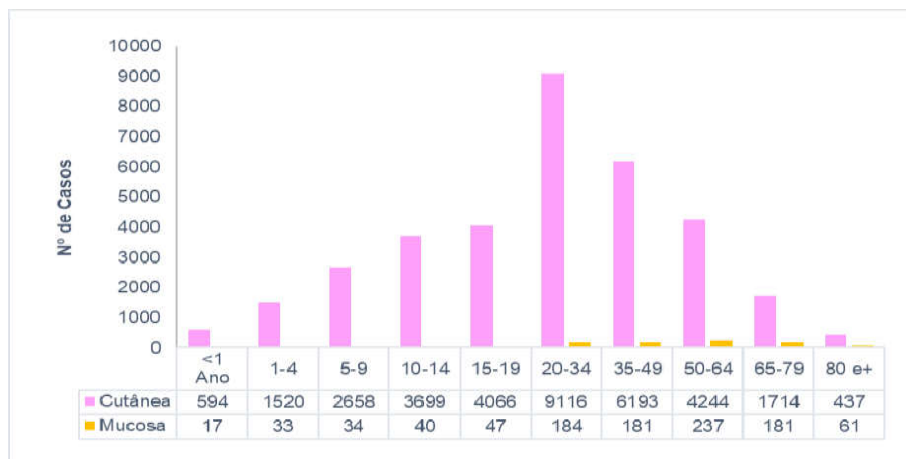


Figura 6 – Casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar por forma clínica, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN , dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

No período de 2008 a 2020 (**figura 7**), foram registrados 169 casos de coinfeção leishmaniose tegumentar/HIV (casos novos e recidiva), evidenciando um percentual de coinfeção de 0,7% (169/37.065), os anos com maior percentual foram 2010 (0,9%) e 2019 (0,7%). Houve predominância do sexo masculino (112/169; 66,3%), com concentração na faixa etária de 20-34 anos (44/166; 26,6%). O cuidado com o paciente portador de coinfeção *Leishmania*-HIV pode ter implicações na abordagem da leishmaniose quanto à indicação terapêutica, ao monitoramento de efeitos adversos, à resposta terapêutica e à ocorrência de recidivas. Portanto, requer atenção especializada e manejo clínico-terapêutico adequado.

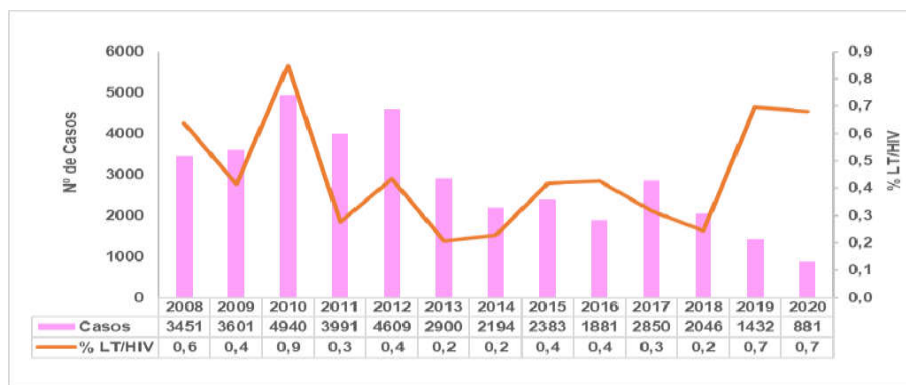


Figura 7– Percentual de coinfeção Leishmaniose Tegumentar e Hiv, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN , dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.



TRATAMENTO (cont.)

Pacientes com coinfeção leishmania/Hiv devem fazer os seguintes esquemas de tratamento com anfotericina B lipossomal:

Forma Cutânea : Dose total de 20 mg a 40 mg/kg (cutânea localizada)

Forma Cutânea disseminada: 35 mg a 40 mg/kg (disseminada);

Forma mucosa : Dose total 30 mg a 40 mg/kg

Anfotericina B Desoxicolato: 1mg/kg/dia diariamente ou em dias alternados (dose máxima diária de 50mg). Deve ser administrada até atingir as seguintes doses totais:

- **Forma cutânea:** 1 a 1,5g
- **Forma mucosa:** 2,5 a 3g

Pentoxifilina: 400 mg, 3 vezes ao dia , durante 30 dias. Associado ao uso de antimoniato de meglumina. (uso exclusivo para leishmaniose mucosa). Nota Informativa N°5/2016 - CGDT/SVS/MS .

Pentamidina:

Forma localizada: 4 mg/kg/dia em três doses, com intervalo de 72 horas (quando IM) ou de 48 horas (quando EV). Dose máxima diária: 300 mg.

Forma difusa: 4 mg/kg/dia em dias alternados; por dez doses.

Miltefosina: na dose de 2,5 mg/kg/dia, dose máxima de 150 mg/dia (3 comprimidos) por via oral, durante 28 dias (Fluxo a ser estabelecido pelo ministério).

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE

Antes durante e após o tratamento deve-se monitorar função renal, pancreática , realizar eletrocardiograma e glicemia, antes, durante e no final do tratamento. Caso ocorra alguma reação adversa, o tratamento deve ser interrompido, até a estabilização do paciente e ocorrência deve ser notificada. A leishmaniose tegumentar pode ser tratada a nível de atenção primária a saúde. Porém, pacientes com formas clínicas graves devem ser tratados, preferencialmente, em regime hospitalar.

SEGUIMENTO PÓS-TRATAMENTO

O paciente deve retornar mensalmente a consulta durante três meses consecutivos após o término do esquema terapêutico para ser avaliada a cura clínica, com exceção dos pacientes coinfectados com o vírus HIV, que deverão ser acompanhados por seis meses. Uma vez curado, o paciente deverá ser acompanhado de dois em dois meses ate completar 12 meses apos o tratamento.

No período de 2008 a 2020 (**figura 8**), predominou o critério clínico-laboratorial (25.087/ 35.256; 71,2%). Ressalta-se que em 2016, o principal teste envolvido no diagnóstico da LT , foi suspenso devido a interrupção da produção do antígeno de Montenegro em território nacional. O exame disponibilizado atualmente é a pesquisa de formas amastigotas na lesão (parasitológico direto). Embora seja um exame simples de ser executado, necessita capacitação dos profissionais para executá-lo, principalmente em áreas não-endêmicas.

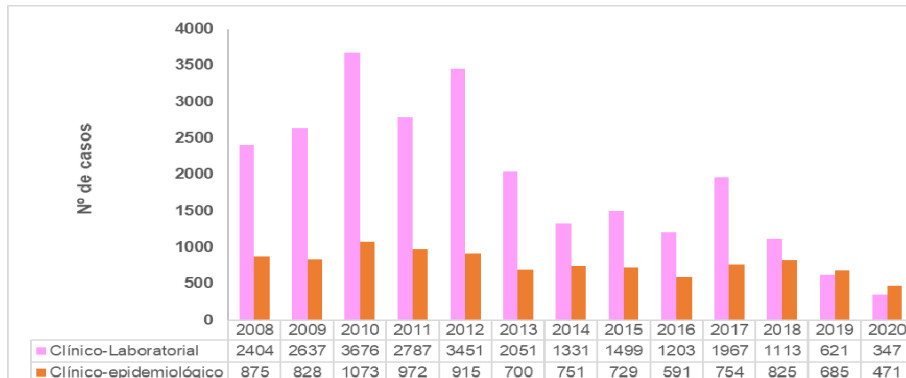


Figura 8 – Casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo critério de confirmação, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN , dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

No intervalo de 2008 a 2020 (até 21/09//2020), do total de 35.745 casos, 27.427 evoluíram para cura (76,9%), 21 foram associados a óbito por LT (0,1%), 223 casos foram classificados como transferência (0,6%), 489 casos foram descartados (mudança de diagnóstico) (1,4%), 852 casos foram classificados como abandono de tratamento (2,4%) e 6.519 casos permanecem em investigação (18,2%) (**figura 9**). Desta forma, é imprescindível não só obedecer o prazo de encerramento dos casos, bem como o realizar a análise da completude, consistência e duplicidade das fichas no SINAN. A ocorrência dos óbitos, pode ser consequência de complicações causadas pelas formas graves, uso inadequado ou efeitos adversos aos medicamentos utilizados no tratamento específico para cada forma de Leishmaniose Tegumentar. Destacando a importância do acompanhamento clínico desses pacientes antes, durante e após o tratamento.

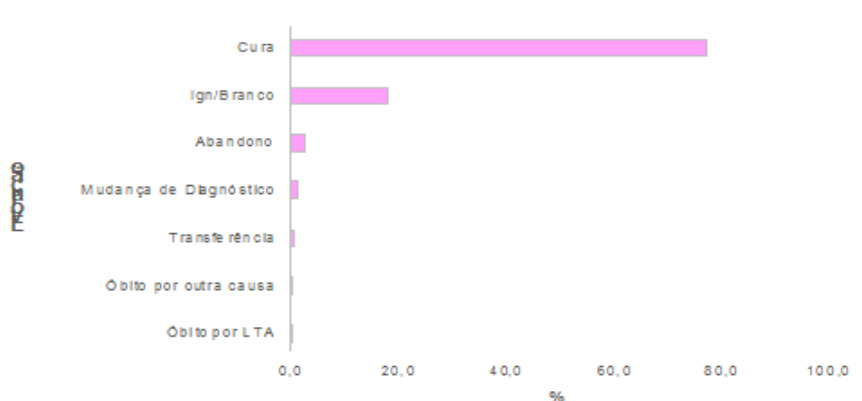


Figura 9 – Casos novos confirmados de Leishmaniose Tegumentar, segundo evolução Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN , dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

Vigilância epidemiológica

Objetivo Geral:

Reduzir a morbidade da LT, as deformidades e os óbitos em pacientes com a doença.

Objetivos específicos:

Realizar o diagnóstico e o tratamento adequados e oportunos dos casos humanos de LT.

- Manter um sistema de vigilância epidemiológica efetivo.
- Reduzir o contato dos hospedeiros suscetíveis com o vetor.
- Promover as ações de educação em saúde e mobilização social.

Para atingir os objetivos propostos, as atividades do Programa de Vigilância da LT (PV-LT) compreendem: Assistência à saúde de casos humanos. Vigilância de casos humanos e óbitos. Vigilância de eventos adversos a medicamentos. Vigilância entomológica e controle vetorial. Promoção de ações de educação em saúde.

Vigilância e controle

As ações de vigilância no âmbito da LT compreendem a coleta e a análise de dados dos casos humanos, dos vetores e dos fatores de risco. Essas análises subsidiaram a tomada de decisão referente às recomendações de prevenção, vigilância e controle da LT, de forma a otimizar os recursos disponíveis e aumentar a sua efetividade.

Prevenção

- Telar portas e janelas;
- Manter o domicílio e locais de criação de animais limpos e arejados e, se possível, telados;
- Manter-se afastado da zona de mata (500 metros);
- Evitar exposição no entardecer e amanhecer, horário de atividade do vetor;
- Se tiver que se expor à mata, utilizar repelentes, sapato fechado, calça e camisa de manga compridas.

ESTRATIFICAÇÃO LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NA BAHIA

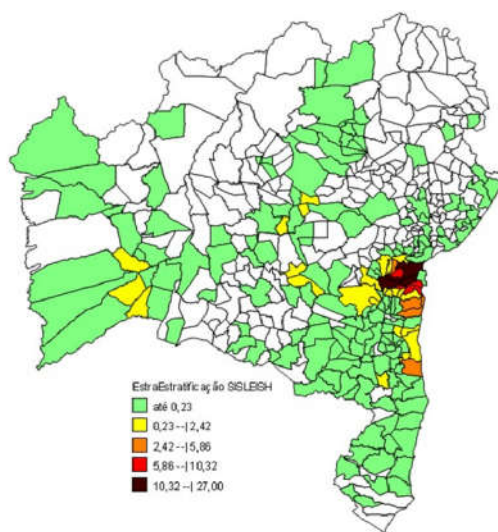
A estratificação de risco é uma importante ferramenta para a vigilância, pois proporciona um melhor conhecimento sobre o problema de saúde e ampara os gestores e profissionais da saúde no direcionamento e priorização de áreas a serem trabalhadas (**tabela 4**). A nova estratificação de risco dos municípios, 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 LT em um período de 3 anos. Estes indicadores normalizados resultam em um índice, que somados conformam o indicador composto de LT. 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		12,75	27	157,67	323,33	553,34	1346,97
		---	---	---	---	---	---
Intenso		6,46	12,75	80,33	157,67	258,66	553,34
		---	---	---	---	---	---
Alto		2,5	6,46	36,33	80,33	116,51	258,66
		---	---	---	---	---	---
Médio		0,27	2,5	11	36,33	37,1	116,51
		---	---	---	---	---	---
Baixo		-0,77	0,27	0,33	11	0,04	37,1
		---	---	---	---	---	---

Tabela 4 – Legenda de estratificação de risco, segundo classificação SISLEISH/OPAS.

FONTE: OPAS, 2020

De acordo com a estratificação SISLEISH (**mapa 1**), considerando-se o índice composto do triênio 2017 a 2019, A doença está presente em 195 municípios da Bahia (195/417; 46,76%), sendo 161 de baixo risco de transmissão (161/417; 38,6%), 24 municípios classificados como médio risco de transmissão (24/417; 5,3%), 4 classificados como alto risco de transmissão (4/417; 0,9%), 2 classificados como intenso risco de transmissão (2/417; 0,5%) e 4 classificados como risco muito intenso de transmissão (4/417; 0,9%).

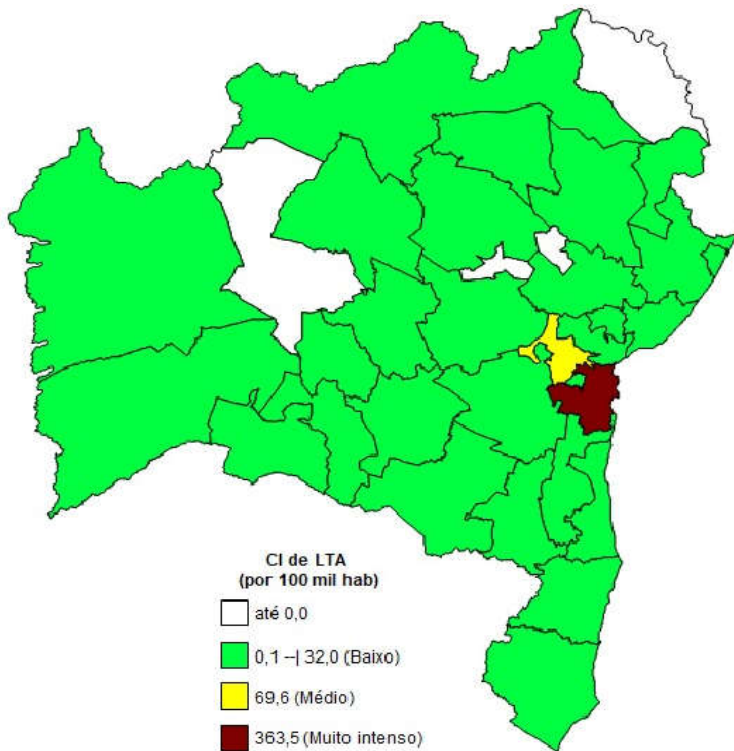


Mapa 1 – Estratificação de risco de Leishmaniose Tegumentar, segundo município de infecção, período 2017-2019.

Fonte: OPAS, classificação emitida agosto/2020 com vigência até setembro de 2021.



No período de 2017 a 2019, o **mapa 2** apresenta a distribuição espacial das regionais de saúde, segundo média de incidência no período de 2017 a 2019, onde destacou-se a Regional de Saúde de Gandu (Núcleo Regional de Saúde Sul) com CI de 363,5 casos/100 mil hab., seguida da Regional de Saúde de Amargosa (Núcleo Regional de Saúde Leste) com CI de 69,6 casos por 100 mil hab.



Mapa 2: Distribuição espacial de casos novos confirmados de leishmaniose tegumentar, por Regional de Saúde, Período de 2017-2019.

FONTE: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA E MANEJO INTEGRADO DE VETORES

No Programa de Vigilância Controle da Leishmaniose Tegumentar (PVC-LT), a vigilância entomológica tem como objetivo geral levantar as informações de caráter quantitativo e qualitativo sobre os flebotomíneos em municípios que registraram transmissão e municípios silenciosos, de forma a obter novos conhecimentos da bioecologia das espécies de flebotomíneos de importância médico-sanitária. Sendo assim, a entomologia realiza pesquisa entomológica e monitoramento entomológico, os quais estão descritos no **quadro 1**.

De acordo com o boletim sobre a fauna flebotomínica da Bahia (BAHIA, 2017), no período de 2008 a 2016, as espécies *Lutzomyia intermedia*, *L. wellcomei*, *L. migonei*, *L. whitmani*, *L. flaviscutellata*, *L. ayrozai*, *L. fischeri*, *L. pessoai* apresentaram ampla dispersão no território baiano, conferindo alta receptividade vetorial para transmissão da leishmaniose tegumentar.

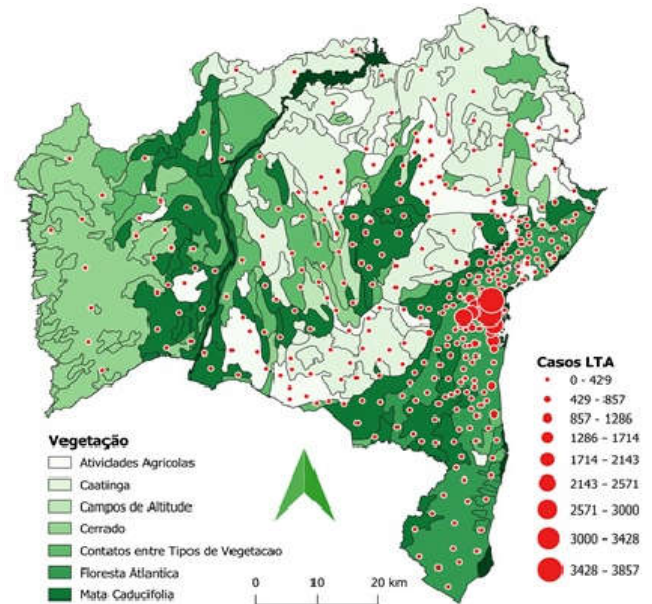
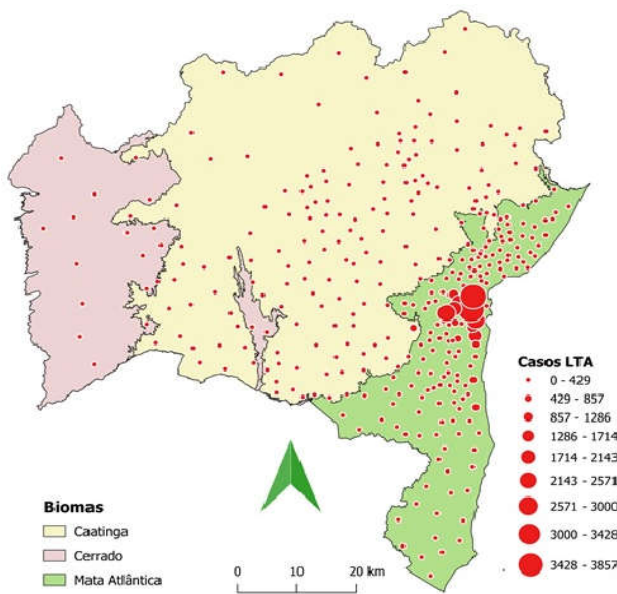
	PESQUISA ENTOMOLÓGICA EM FOCO	MONITORAMENTO ENTOMOLÓGICO
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> •Deve ser realizada em áreas novas de transmissão de LT para identificar a presença e espécie de flebotomíneo, definir autoctonia e ocorrência no ambiente domiciliar; •As capturas devem ser realizadas em, pelo menos 3 pontos de coleta: intradomicílio, peridomicílio e margem da mata (até 500 metros do LPI); •São recomendadas a utilização de armadilha luminosa, armadilha de Shannon com isca luminosa e capturas manuais; •Caso a pesquisa entomológica em foco tenha resultado negativo, esta deverá ser repetida, mensalmente, até três meses. Se o resultado permanecer negativo, a pesquisa entomológica em foco será considerada NEGATIVA. Será considerada pesquisa entomológica em foco POSITIVA, quando do encontro de pelo menos uma espécie de importância médico-sanitária em um ou mais métodos de coleta. 	<ul style="list-style-type: none"> •Deve ser realizada em municípios com o risco de transmissão classificados como: médio, alto, intenso ou muito intenso; •O monitoramento entomológico consistirá em capturas entomológicas sistemáticas em estações de monitoramento (EM), que devem considerar os padrões de cobertura vegetal e geomorfologia do território; •As capturas devem ser realizadas em, pelo menos 3 pontos de coleta: intradomicílio, peridomicílio e margem da mata (até 500 metros do LPI); •São recomendadas a utilização de armadilha luminosa, armadilha de Shannon com isca luminosa e capturas manuais; •O monitoramento deverá ser realizado mensalmente por no mínimo dois anos e as coletas de flebotomíneos deverão ser preferencialmente no mesmo período de cada mês

Quadro 1- Pesquisa entomológica

Fonte: BRASIL, 2017

Considerando-se que a distribuição das espécies de flebotomíneos acompanha um padrão de distribuição em relação à cobertura vegetal natural e à região geomorfológica, a escolha das estações de monitoramento dentro de um território deverá considerar esses parâmetros, de modo a obter áreas homogêneas, em que pelo menos uma EM deverá ser implantada. Portanto, cada município deverá ser classificado quanto à sua cobertura vegetal natural predominante e agrupados segundo características semelhantes, considerando a sua localização topográfica, independente da região administrativa. Para cada conjunto de municípios, deverá ser selecionada, no mínimo, uma localidade que representará a EM.

O Mapa 3 e 4, apresentam os casos novos confirmados de leishmaniose Tegumentar, no período de 2008 a 2020, segundo bioma e cobertura vegetal, respectivamente. Observa-se que na Bahia, os casos estão concentrados na região de mata atlântica fechada e zonas que tem padrão de extrativismo (cacau, banana, dentre outras formas de trabalho agrícola).



Mapa 3: Distribuição espacial de casos novos confirmados de leishmaniose tegumentar por bioma, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTES: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

Mapa 4: Distribuição espacial de casos novos confirmados de leishmaniose tegumentar, por vegetação, Bahia, período de 2008 a 2020.

FONTES: SESAB/SUVISA/DIVEP/SINAN, dados coletados dia 28/09/2020, atualização do banco em 21/09/2020, dados sujeitos a alterações.

RECOMENDAÇÕES

A formulação de estratégias de controle da leishmaniose tegumentar segue um desafio, frente à multiplicidade de fatores que estão envolvidos na transmissão da doença. É fundamental que os municípios estabeleçam a vigilância entomológica, para mapear bioecologia e sazonalidade do vetor e, desta forma, orientar a melhor estratégia de prevenção e controle, respeitando as características singulares de cada território. É 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.

As recomendações de vigilância e controle da Leishmaniose tegumentar são feitas de acordo com a classificação epidemiológica dos municípios. A seguir:

Os **municípios classificados como silenciosos** com registro de caso suspeito de LT, devem confirmar o caso por critério laboratorial; garantir tratamento oportuno de acordo com a forma clínica da LT e seguimento adequado; confirmar autoctonia e Local Provável de Infecção (LPI) do caso por meio da investigação epidemiológica e entomológica; caso a autoctonia seja confirmada, deve-se ser realizado a busca ativa de casos suspeitos; caso a autoctonia seja confirmada em outro município/Estado, informar à autoridades de saúde;

Os **municípios classificados como vulneráveis** devem realizar estudos entomológicos, preferencialmente, a cada cinco anos, ou quando ocorrer modificação ambiental ou evento que ofereça risco de transmissão à população. Caso o município seja classificado como receptivo, deve-se implementar a vigilância epidemiológica, mediante busca ativa de casos.



RECOMENDAÇÕES (cont)

Em **municípios classificados como baixo risco de transmissão**, deve-se manter a vigilância dos casos, garantir diagnóstico e tratamento oportuno, notificar e monitorar os casos, orientar a população quanto as principais medidas de promoção da saúde e prevenção individual e coletiva da doença, investigar novos focos de transmissão.

Em **municípios classificados como médio, alto, intenso e muito intenso**, deve-se: confirmar a autoctonia e LPI do caso, ofertar diagnóstico oportuno e tratamento adequado; realizar estudos epidemiológicos e entomológicos para estabelecer se as áreas mais prováveis de transmissão são no ambiente doméstico (intra e peridomiciliar) ou extradoméstico (silvestre modificado); nos casos em que se defina a transmissão no ambiente doméstico, deve-se promover ações de manejo ambiental e orientar e implementar as ações de proteção individual e coletiva; nos casos em que se defina a transmissão como extra-domicílio, deve-se promover e implementar ações de proteção individual e coletiva.

Ressalta-se que em municípios com classificações de risco de transmissão médio, alto, intenso e muito intenso, devem delimitar a área de risco no intuito de priorizar recursos direcionando as ações. As áreas risco devem ser classificadas também como ambiente silvestre primário, modificado, rural ou periurbano, onde as ações de controle serão diferentes para cada classificação de ambiente.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. Governo do Estado da Bahia. Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção à Saúde. Laboratório Central de Saúde Pública. **Boletim de vigilância Laboratorial nº4 Fauna Flebotômica no Estado da Bahia**. Bahia: Governo do Estado da Bahia. 2017.
- 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: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_diagnostico_leishmania_hiv.pdf;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância da leishmaniose tegumentar. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 189 p. : il. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf;
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão nacional de incorporação de tecnologias no sistema único de saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2018/Relatorio_Miltefosina_LeishmanioseTegumentar.pdf;
- 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. 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf>
- BRASIL. Ministério da saúde. Saúde de a a z: Leishmaniose Tegumentar. Brasília:DF. 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniose-tegumentar>
- COVA, B. et al. ASPECTOS ECOEPIDEMIOLÓGICOS DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA NO MUNICÍPIO DE ITUBERÁ, BAIXO SUL DA BAHIA. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [S.l.], v. 39, p. 105, out. 2015. ISSN 2318-2660. Disponível em: <<http://rbps.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2235>>.
- GUIMARÃES, L.H et al. Aspectos Clínicos da Leishmaniose Tegumentar. **Gazeta Médica da Bahia**. 2005;75(1):Jan-Jun:66-74. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/352/341>;
- PAHO. Pan American Health Organization. **Leishmaniasis in the Americas: Treatment recommendations**. Washington, D.C.: PAHO; 2018.

EXPEDIENTE

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - Sesab

Fabio Vilas Boas

Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - Suvisa

Rívia Barros

Diretoria de Vigilância Epidemiológica Divep

Marcia São Pedro Leal Souza

Coordenação de Doenças de Transmissão Vetorial - CODTV

Ana Claudia Fernandes Nunes da Silva

GT Leishmanioses

Sílvia Letícia Cerqueira de Jesus

Equipe Técnica GT Entomologia e Controle Vetorial:

Edie Carvalho

José Melo

Jailton Batista

Revisão:

Antônio Carlos de Albuquerque Bandeira

Ana Claudia Fernandes Nunes da Silva

Luciana Bahiense da Costa

Edie Carvalho, Enio Silva Soares

Marcelo Mario Santos Medrado.

(71) 3116.0078/ leish.divep@saude.ba.gov.br

Projeto Gráfico: Sergio Valverde



Acesse os boletins pelo nosso QR Code