



Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador.
Diretoria de Vigilância Ambiental
Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral

Boletim Epidemiológico, Leishmaniose Visceral Humana, Minas Gerais, 2010-2015.

Introdução

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença infecciosa grave, sistêmica e fatal se não tratada, considerada de grande importância para a saúde pública. É causada pelo protozoário *Leishmania (Leishmania) chagasi*, transmitida pelo vetor *Lutzomia longipalpis* e que possui como principal reservatório na área urbana o cão (*Canis familiaris*).

A ocorrência da LV é descrita em Minas Gerais na região Norte desde a década de 1940 e no Vale do Rio Doce desde 1960. A partir da década de 1980 a LV se expande para o ambiente urbano. A região central do Estado apresenta o primeiro caso de LV em Sabará (1989), em Belo Horizonte (1994) e outros municípios da região metropolitana nesse mesmo período.

O presente informe tem como objetivo descrever os casos humanos de LV ocorridos em Minas Gerais no período de 2010 a 2015. Para tal, foi realizado um estudo descritivo de casos confirmados de LV, registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, (Sinan). Foram contempladas características demográficas, clínicas, laboratoriais e de evolução.

Distribuição dos casos

No período avaliado, 7788 casos novos de LV foram notificados no Estado, dos quais 2456 foram confirmados (Tabela 01). Eles encontram-se distribuídos principalmente nas URS's Belo Horizonte (36,9%), Montes Claros (13,7%) e Governador Valadares (8,6%). Outras URS's apresentam transmissão conhecida de LV, como Unaí (5,8%), Sete Lagoas (5,5%), Coronel Fabriciano (5,4%), Diamantina (5,1), Pedra Azul (4,3) e outras (14,7%) (Tabela 01).

Tabela 01: Distribuição de casos novos confirmados de leishmaniose visceral segundo Unidade Regional (URS) de residência, Minas Gerais, 2010-2015*.

URS de residência	Ano de início de sintomas						Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	n	%
Alfenas	0	0	0	0	1	0	1	0,0
Barbacena	0	1	2	1	2	0	6	0,2
Belo Horizonte	261	198	146	102	94	105	906	36,9
Coronel Fabriciano	4	2	6	18	51	51	132	5,4
Diamantina	6	30	17	13	19	41	126	5,1
Divinópolis	14	14	20	8	13	6	75	3,1
Governador Valadares	47	51	40	23	27	24	212	8,6
Itabira	3	1	1	2	6	10	23	0,9
Ituiutaba	0	0	0	0	2	0	2	0,1
Januária	17	5	8	5	7	19	61	2,5
Manhumirim	21	17	2	5	3	10	58	2,4
Montes Claros	59	42	47	57	55	76	336	13,7
Passos	0	1	0	0	0	0	1	0,0
Patos de Minas	7	10	5	11	10	7	50	2,0
Pedra Azul	16	14	15	22	17	22	106	4,3
Pirapora	5	2	3	2	3	8	23	0,9
Ponte Nova	3	1	2	0	0	0	6	0,2
Pouso Alegre	0	0	0	0	0	1	1	0,0
São João Del Rei	1	0	1	0	0	0	2	0,1
Sete Lagoas	25	24	28	19	22	16	134	5,5
Teófilo Otoni	2	2	1	4	8	5	22	0,9
Uberaba	4	2	0	5	3	0	14	0,6
Uberlândia	2	3	1	2	4	3	15	0,6
Unaí	41	44	24	19	10	5	143	5,8
Varginha	1	0	0	0	0	0	1	0,0
Total	539	464	369	318	357	409	2.456	100,0

Fonte: SinanNet/DVA/SVEAST/SES-MG, Março/2016.

*Dados parciais, sujeitos à alteração.

Alguns municípios, com histórico de elevado número de casos da doença, apresentaram considerável redução dos mesmos no período 2010-2014, como por exemplo, Belo Horizonte, Paracatu, Unaí e Resplendor.

O cenário da LV em Minas Gerais é diversificado, caracterizado por municípios com transmissão conhecida da doença e registro frequente e esperado de casos (Janaúba, Ibirité, Araçuaí e João Pinheiro), por municípios com registro recente de primeiro caso (João Monlevade em 2012, Coronel Fabriciano em 2014 e Galiléia em 2015) e outros com registro de

casos além do esperado, destacando-se Ipatinga (2012) Ipanema (2010), Jequitinhonha (2013) e Itacarambi (2015).

Dessa forma, a LV deve ser compreendida como uma endemia em franca expansão, com perfil epidemiológico complexo e multifatorial, que abrange características individuais, ambientais, sociais e econômicas, o que torna esta doença um grande desafio para a saúde pública.

Características clínicas, epidemiológicas, laboratoriais.

Os pacientes com LV são em sua maioria do sexo masculino (63,5%), com idade inferior a cinco anos (24,0%) ou compreendida entre 20 e 64 anos (50,8%).

Febre (88,9%), fraqueza (78,6%), esplenomegalia (75,3%) e emagrecimento (66,9%) foram as manifestações clínicas registradas com maior frequência.

Os casos de LV foram confirmados em sua maioria através por critério laboratorial (94,9%). A coinfeção LV-HIV foi identificada em 9,6% dos pacientes com LV que realizaram a sorologia anti-HIV e cerca de 29,5% dos pacientes não realizaram esta sorologia.

A droga mais utilizada foi o antimonial pentavalente (44,6%), seguida da anfotericina B lipossomal (25,8%) e anfotericina B desoxicolato (19,2%).

Distribuição dos óbitos

A série histórica de casos e óbitos por LV pode ser vista na figura 01. A taxa de letalidade média do período foi de 9,7%, maior em 2010 (10,7%).

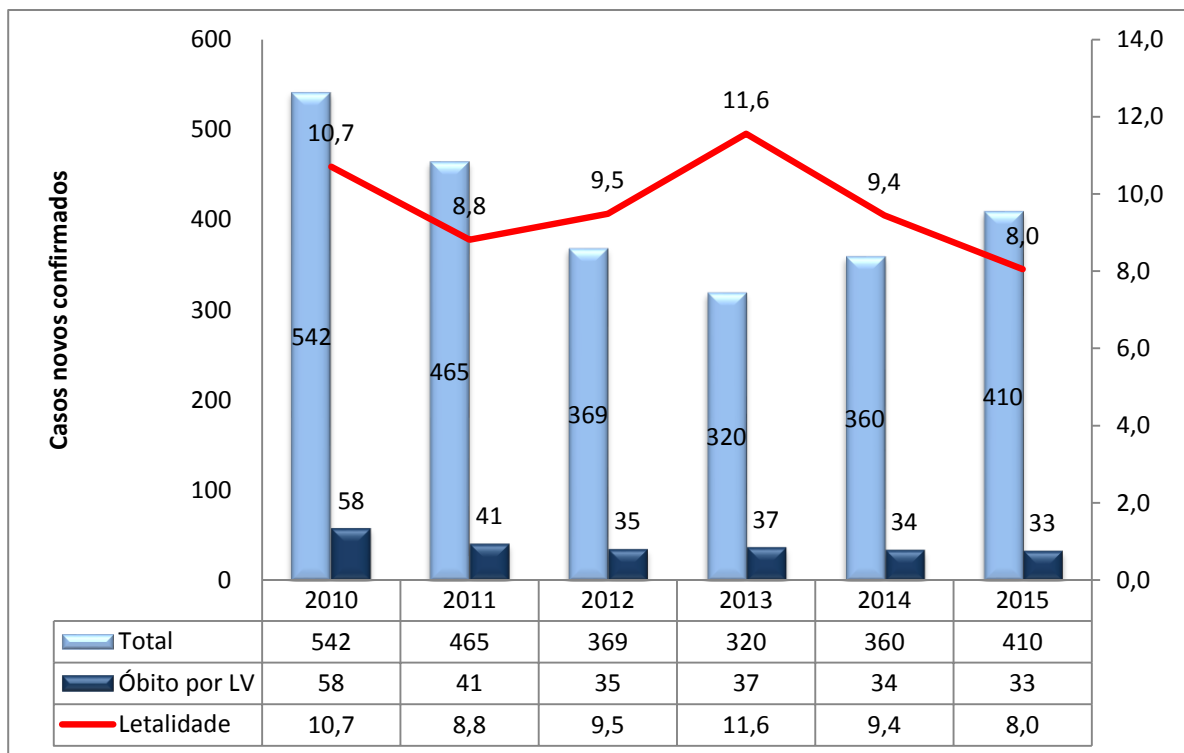


Figura 01: Casos, óbitos e letalidade por LV, Minas Gerais, 2010/2015*.

Fonte: SinanNet/DVA/SVEAST/SES-MG, Março/2016.

*Dados parciais, sujeitos à alteração.

Óbitos ocorrem com maior frequência em indivíduos do sexo masculino (67,6%), na faixa etária de 35-49 anos (23,9%), 50-64 anos (23,9%) e 65-79 anos (17,2%).

Os óbitos por LV registrados no Estado no período avaliado encontram-se distribuídos principalmente em municípios de residência das URS's Belo Horizonte (40,9%), Montes Claros (12,3%), Governador Valadares (8,9%), Coronel Fabriciano (7,2%) e outras áreas, conforme pode ser visto na tabela 02.

Tabela 02: Distribuição de óbitos por LV segundo Unidade Regional de Saúde de residência, Minas Gerais, 2010-2015*

URS de residência	Ano de início de sintomas						Total	
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	n	%
Barbacena	0	0	1	0	0	0	1	0,4
Belo Horizonte	34	19	16	11	8	8	96	40,9
Coronel Fabriciano	1	0	1	3	4	8	17	7,2
Diamantina	0	1	0	0	2	1	4	1,7
Divinópolis	3	3	3	0	2	2	13	5,5
Governador Valadares	1	6	5	4	3	2	21	8,9
Itabira	0	0	0	0	1	0	1	0,4
Januária	1	0	0	0	1	1	3	1,3

Manhumirim	6	1	0	1	1	0	9	3,8
Montes Claros	4	3	4	7	7	4	29	12,3
Patos de Minas	0	1	0	1	0	0	2	0,9
Pedra Azul	1	1	1	3	3	2	11	4,7
Pirapora	0	0	0	0	0	1	1	0,4
Sete Lagoas	1	2	3	3	1	2	12	5,1
Teófilo Otoni	0	1	0	2	0	2	5	2,1
Uberaba	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Unaí	2	3	1	2	0	0	8	3,4
Varginha	1	0	0	0	0	0	1	0,4
Total	56	41	35	37	33	33	235	100,0

Fonte: SinanNet/DVA/SVEAST/SES-MG, Março/2016.

*Dados parciais, sujeitos à alteração.

Classificação Epidemiológica segundo transmissão de LVH

O Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV) propõe a classificação de áreas de transmissão para LV a partir da média de casos confirmados em um período de cinco anos. As áreas são classificadas em silenciosas (sem registro de casos), ou, se verificada transmissão, como área de primeiro caso, esporádicas (média > 1 e $< 2,4$ casos/ano), moderadas (média $\geq 2,4$ e $< 4,4$ casos/ano) ou intensas (média $\geq 4,4$ casos/ano). A distribuição espacial dos municípios segundo sua transmissão para a LV no período de 2010 a 2014 em Minas Gerais pode ser vista na figura 02.

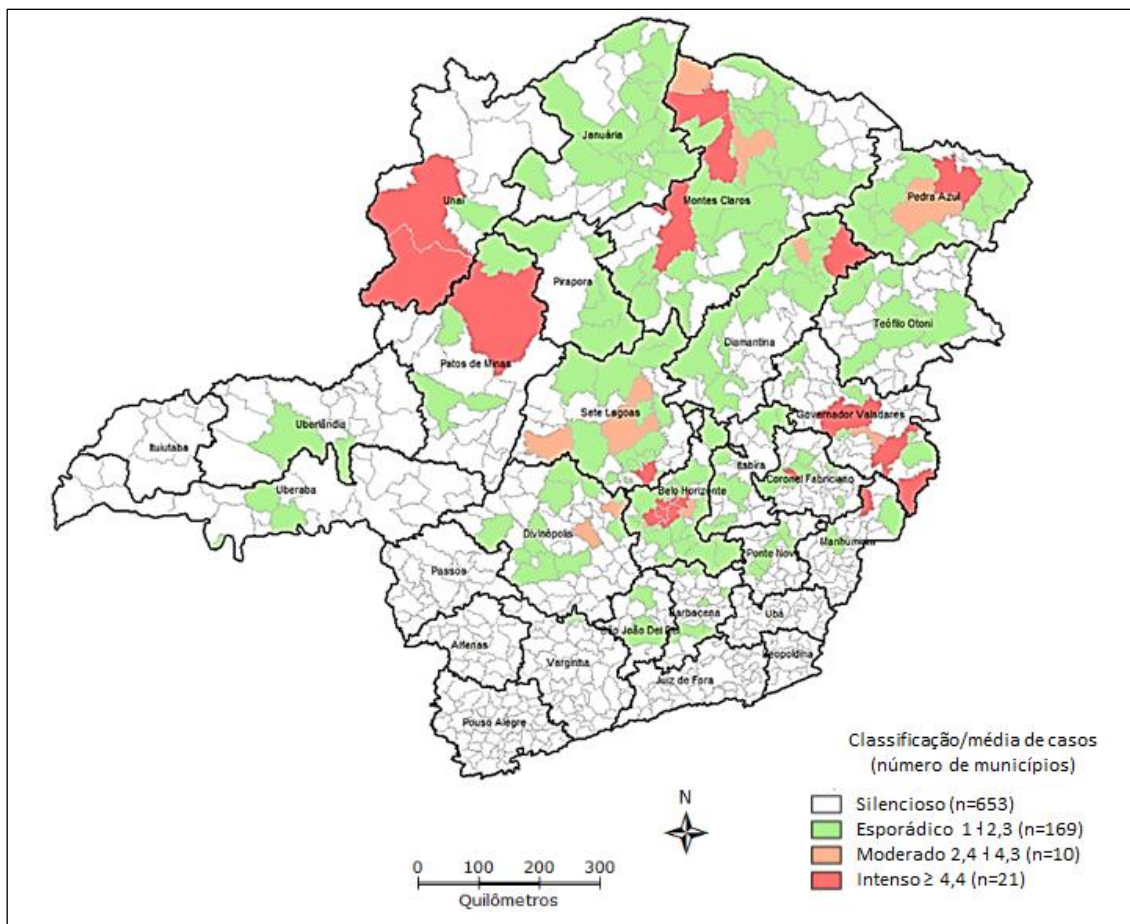


Figura 02: Classificação de áreas de transmissão de leishmaniose visceral, Minas Gerais, 2015.
Fonte: SinanNet/DVA/SVEAST/SES-MG, Dezembro/2015.

De acordo com a última classificação, realizada em 2015, 76,6% dos municípios mineiros são silenciosos (n=653), 19,8% são esporádicos (n=169), 1,2% moderados (n=10) e 2,5% apresentam transmissão intensa para a LV (n=21).

Desde a realização da última classificação epidemiológica quanto à transmissão para a LV, verificou-se o registro de primeiro caso humano autóctone em 17 municípios silenciosos. A frequência e proporção de municípios por Unidade Regional de Saúde segundo a transmissão de leishmaniose visceral humana em Minas Gerais pode ser verificada na tabela 3.

Tabela 03 - Classificação epidemiológica de municípios por Unidade Regional de Saúde, segundo transmissão de leishmaniose visceral humana, Minas Gerais, 2015* (referente a média de casos de 2010-2014).

URS	Municípios (n)	Silencioso		Primeiro caso em 2015		Esporádico		Moderado		Intenso	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Alfenas	26	26	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Barbacena	31	25	80,6	0	0,0	6	19,4	0	0,0	0	0,0
Belo Horizonte	39	10	25,6	1	2,6	20	51,3	1	2,6	7	17,9
Coronel Fabriciano	35	23	65,7	1	2,9	10	28,6	0	0,0	1	2,9
Diamantina	33	15	45,5	3	9,1	13	39,4	1	3,0	1	3,0
Divinópolis	54	40	74,1	1	1,9	11	20,4	2	3,7	0	0,0
Governador Valadares	51	38	74,5	3	5,9	6	11,8	1	2,0	3	5,9
Itabira	25	17	68,0	0	0,0	8	32,0	0	0,0	0	0,0
Ituiutaba	9	9	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Januária	26	11	42,3	1	3,8	14	53,8	0	0,0	0	0,0
Juiz de Fora	37	37	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Leopoldina	15	15	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Manhumirim	34	31	91,2	0	0,0	2	5,9	0	0,0	1	2,9
Montes Claros	53	21	39,6	2	3,8	25	47,2	2	3,8	3	5,7
Passos	24	24	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Patos de Minas	21	16	76,2	1	4,8	3	14,3	0	0,0	1	4,8
Pedra Azul	25	10	40,0	1	4,0	12	48,0	1	4,0	1	4,0
Pirapora	7	1	14,3	1	14,3	5	71,4	0	0,0	0	0,0
Ponte Nova	30	25	83,3	0	0,0	5	16,7	0	0,0	0	0,0
Pouso Alegre	53	53	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
São João Del Rei	20	18	90,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0
Sete Lagoas	35	17	48,6	1	2,9	14	40,0	2	5,7	1	2,9
Teófilo Otoni	32	25	78,1	1	3,1	6	18,8	0	0,0	0	0,0
Ubá	31	31	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uberaba	27	24	88,9	0	0,0	3	0,0	0	0,0	0	0,0
Uberlândia	18	16	88,9	0	0,0	2	11,1	0	0,0	0	0,0
Unaí	12	9	75,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	2	16,7
Varginha	50	49	98,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0
Total	853	636	74,6	17	2,0	169	19,8	10	1,2	21	2,5

Fonte: SinanNet/DVA/SVEAST/SES-MG, Dezembro/2015.

*Dados parciais sujeitos à alteração

O PVCLV possui objetivos:

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

A rede pública de saúde disponibiliza atualmente:

- Rede laboratorial e insumos para o diagnóstico humano e canino da leishmaniose visceral;

- Normativas técnicas e operacionais que orientam as ações preconizadas pelo PVCLV no âmbito nacional;

- Medicamentos utilizados para o tratamento da LV em humanos, que são disponibilizados tanto no nível Estadual (Superintendência Regional de Saúde) quanto no nível municipal (Secretaria Municipal de Saúde);

- Equipe estadual de entomologia para a realização de atividades de vigilância entomológica (que possuem o objetivo de levantar informações relacionadas aos vetores transmissores da LV);

- Inseticidas e equipamentos utilizados para ações de controle químico do vetor, quando identificada a necessidade.