

6CCSDFPMT07

UM OLHAR SOBRE A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA LEISHMANIOSE NA PB EM 2007

Luciana Xavier Nunes FARIAS⁽¹⁾, Laura Leão Figueiredo CARVALHO⁽²⁾, Tibiriçá de Medeiros Barbosa⁽²⁾, Luciana Bandeira Onofre⁽²⁾, Daniela Doulavince Amador⁽²⁾, Rosilene Alves de Almeida⁽²⁾, Marcus Davi P. de Rosalmeida⁽²⁾, Larissa Graziela Sousa da Silva⁽²⁾, Danielle Loren Costa⁽²⁾, Cristine Hirsch-Monteiro⁽³⁾.
Centro de Ciências da Saúde/Departamento de Fisiologia e Patologia/MONITORIA

RESUMO

A Paraíba faz parte das regiões endêmicas no Brasil para leishmaniose, tanto para a forma visceral (LV) quanto a tegumentar (LTA). O quadro sintomático em geral acomete populações desfavorecidas economicamente e afeta vísceras como medula óssea e linfonodos ou pele e mucosas. Os novos casos devem ser notificados ao serviço de saúde visando organizar campanhas, programas de controle que possam vir a reverter este quadro. O presente artigo se propõe a analisar os dados de notificação compulsória para a Leishmaniose em seus subtipos tegumentar e visceral ocorridos em 2007. Para tanto, dados foram colhidos junto à Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba e Hospital Universitário Laureano Wanderley. Foram levantados dados com relação a estratégias diagnósticas, distribuição de casos nas sub-regiões do Estado, faixa etária e sexo. Os dados analisados foram confrontados com a literatura pertinente. Foram identificados 56 e 22 novos casos de LTA e LV, respectivamente. A estratégia diagnóstica mais empregada foi a clínico-laboratorial (85,0% e 90,9,0% dos casos, LTA e LV, respectivamente). Os casos notificados em 2007 eram procedentes de 16 e 19 municípios do estado, para LV e LTA respectivamente, sem que tenha ocorrido confirmação simultânea de casos para os dois tipos de leishmaniose em nenhum dos municípios. Comparando com dados disponibilizados na literatura conclui-se que a incidência dos casos notificados de leishmaniose tegumentar e visceral na Paraíba está abaixo dos níveis registrados para o Nordeste e para o Brasil. Entretanto há que se questionar a possibilidade da subnotificação em função do pequeno número de municípios e a estrutura do serviço de saúde no Estado, além do diagnóstico clínico diferencial ser muito trabalhoso e comprometer a notificação de alguns casos.

Palavras-chave: Leishmaniose, epidemiologia, notificação compulsória, Paraíba.

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose, Leishmaníase, Calazar ou Úlcera de Bauru é uma doença provocada por parasitas unicelulares do gênero *Leishmania* (*L. donovani*, *L. chagasi*, *L. braziliensis* e outros). Há dois tipos de leishmaníase: visceral (LV), que ataca órgãos internos; e tegumentar (LTA), que ataca a pele e/ou mucosas, podendo ser cutânea simples, muco-cutânea ou difusa¹.

¹⁾ Bolsista, ⁽²⁾ Voluntário/colaborador, ⁽³⁾ Orientador/Coordenador ⁽⁴⁾ Prof. colaborador, ⁽⁵⁾ Técnico colaborador.

Esta patologia constitui um problema de saúde pública devido à incidência, ampla distribuição geográfica e presença de seqüelas desfigurantes, destrutivas e incapacitantes¹. Sua notificação compulsória está definida por lei².

Os vetores da doença no Brasil são as fêmeas de dípteros pertencentes ao gênero *Lutzomyia*, sendo conhecidos como cangalha, mosquito-palha ou birigui. As fêmeas são responsáveis pela transmissão dos parasitos através da picada¹. Os criadouros peridomiciliares do vetor são chiqueiros de porcos, bananais; fora do domicílio incluem raízes tubulares de árvores, depressões ou buracos em troncos e tocas de animais³. Os reservatórios são animais silvestres: roedores (ratos), canídeos (cães), marsupiais (gambás), ungulados (raposas) e edentados (tamanduás). Os animais que convivem com o homem, como cão e o cavalo, servem secundariamente como reservatórios³.

O Brasil apresenta as duas variantes da doença. e observa-se uma expansão geográfica uma vez que já foram diagnosticados casos em todos os estados. A incidência da Leishmaniose no Brasil tem aumentado nos últimos 20 anos em praticamente todos os estados⁴.

A taxa de incidência por 100.000 habitantes de LV no Brasil^{5,6} tem variado entre 1,0 (em 1991) e 1,8 (em 2006). A doença apresenta uma maior incidência nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 1). Nos últimos anos, a Paraíba, por sua vez, apresentou índices para 100.000 habitantes que variaram de 2,9 (em 2001) a 0,9 (em 2006), ou seja, abaixo das médias da região Nordeste e do Brasil nos dias atuais⁵.

Tabela 1: Incidência de casos de LV por 100.000 habitantes.

LV	Brasil	Norte	Sul	Centro-Oeste	Sudeste	Nordeste	Paraíba
1991	1,0	0,5	0,0	0,0	0,1	3,2	2,9
2006	1,8	4,4	0,0	2,1	0,9	3,5	0,9

Fontes: BRASIL, 2007^{5,6}.

Com relação à LTA, no Brasil tem sido encontrada uma taxa de 2,46 casos para cada 100.000 habitantes no ano de 2006, enquanto na Paraíba a taxa é de 1,41 para cada 100.000 habitantes; confirmando média abaixo da nacional⁷.

De acordo com estes dados, disponibilizados na literatura, o Estado da Paraíba tem revelado uma média de registros de Leishmaniose bem inferior em comparação à média da região Nordeste e do Brasil. Diante desse fato é interessante verificar e questionar se o número de notificações compulsórias é real, abrindo espaço para discussão. A partir deste estudo, nos propomos a fazer uma análise sobre os dados da notificação compulsória da Leishmaniose no Estado da Paraíba em relação ao ano de 2007.

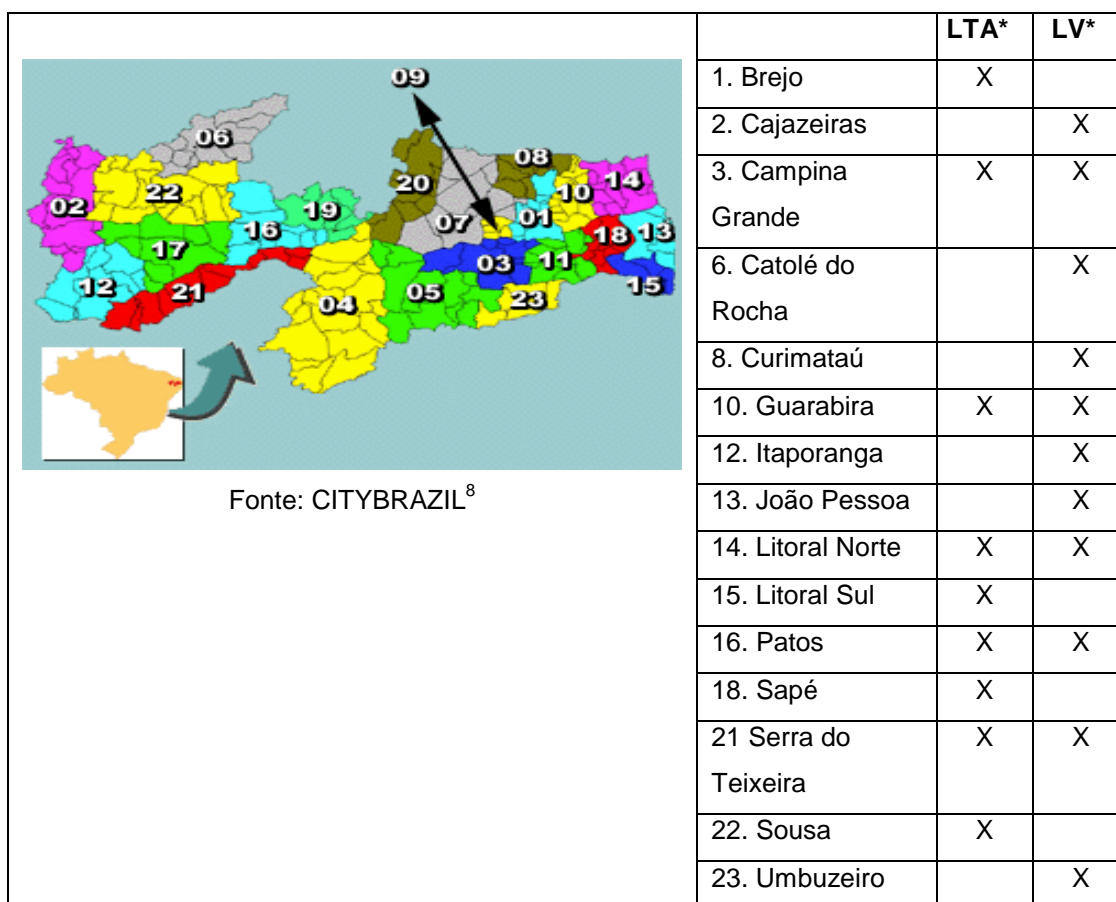
DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

As informações para este estudo foram disponibilizadas e coletadas junto à Secretaria Estadual de Saúde. Foram repassados dados sobre os casos de Leishmaniose, visceral e tegumentar, notificados no ano de 2007 e organizados de acordo com: estratégias diagnósticas, faixa etária e sexo. Esses dados foram analisados quali-quantitativamente e comparados com a literatura disponível.

RESULTADOS

No ano de 2007 foram confirmadas 56 notificações de **LTA** e **22** de **LV** no Estado da Paraíba conforme planilha apresentada pela Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. Os casos notificados representam apenas 15 e 18 municípios do Estado, respectivamente para **LV** e **LTA**, contemplando várias microrregiões do Estado (Fig. 1). Entretanto, não houve notificação compulsória confirmada de casos para os dois tipos de leishmaniose em um mesmo município.

Figura 1: Microrregiões da Paraíba com notificação confirmada para Leishmaniose em 2007:



*Fonte: Planilha fornecida pela SESA/PB.

Comparando dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde^{5,6,7} com os dados apresentados pela SESA/PB (Tabela 2) podemos ver que houve diminuição da incidência de leishmaniose visceral e aumento da incidência de leishmaniose tegumentar; quando analisamos os dois últimos anos, 2006 e 2007.

Tabela 2: Incidência absoluta e por 100.000 habitantes de LV e LTA na Paraíba

PB	População***	LV: N (Incidência por 100.000 hab.)	LTA: N (Incidência por 100.000 hab.)
2006*	3.623.215	36 (0,99)	51 (1,41)
2007**	3 641 395	22 (0,60)	56 (1,54)
Diferença %	(+0,5%)	(-39,4%)	(+9,2%)

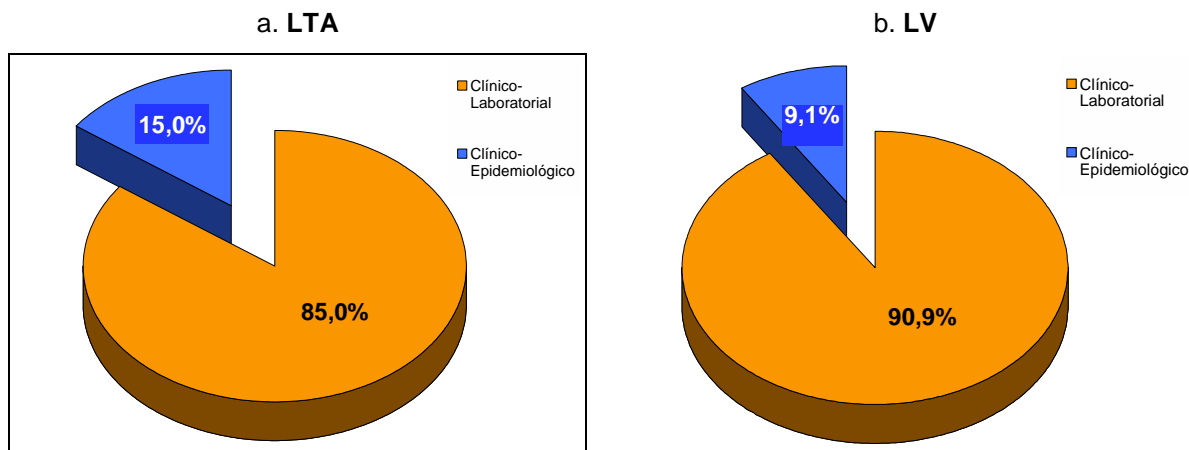
Fonte: * BRASIL, 2007^{6,7}; ** SESA/PB, 2007 (Coleta de dados);

*** BRASIL, 2006⁹ e BRASIL, 2007¹⁰.

Estratégia diagnóstica:

A estratégia diagnóstica (Fig. 2a e b) mais freqüentemente utilizada foi a de prova clínico-laboratorial, tanto para LTA como para LV, com 85% (n=47) e 90,9% (n=20) dos casos, respectivamente. Enquanto que clínico-epidemiológico foi o possível em 15% (n=9) para LTA e 9,1% (n=2) para LV.

Figura 2: Distribuição dos Casos Confirmados de Leishmanioses por estratégia de diagnóstico



Fonte: Planilha fornecida pela SESA/PB.

O diagnóstico clínico diferencial da LTA inclui consideração de úlceras traumáticas, as de estase, as tropicais, as por diabetes, as por anemia falciforme, piodermites, paracoccidiodomicose, esporotricose, cromoblastomicose, neoplasias cutâneas, sífilis e tuberculose, devendo a hanseníase virchowiana ser incluída quando se tratar de leishmaniose cutânea difusa¹¹. Isto mostra a grande variedade de aspectos que as lesões podem apresentar

dificultando em muito o diagnóstico clínico¹¹. Nas lesões que envolvem as mucosas ainda devem ser considerados os diagnósticos diferenciais para paracoccidiodomicose, hanseníase virchowiana, rinoscleroma, sarcoidose, boubá, sífilis terciária, granuloma médio facial e neoplasias¹¹.

No caso da **LV**, vale salientar que ambas as estratégias diagnósticas são importantes no processo de notificação e que nenhuma delas deve ser descartada. Isso porque no diagnóstico clínico-laboratorial persistem alguns problemas quanto à sensibilidade, especificidade, disponibilidade e custo desses testes na prática clínica: Quando não há possibilidade de análise laboratorial, o início do tratamento é baseado nos achados clínico-epidemiológicos¹².

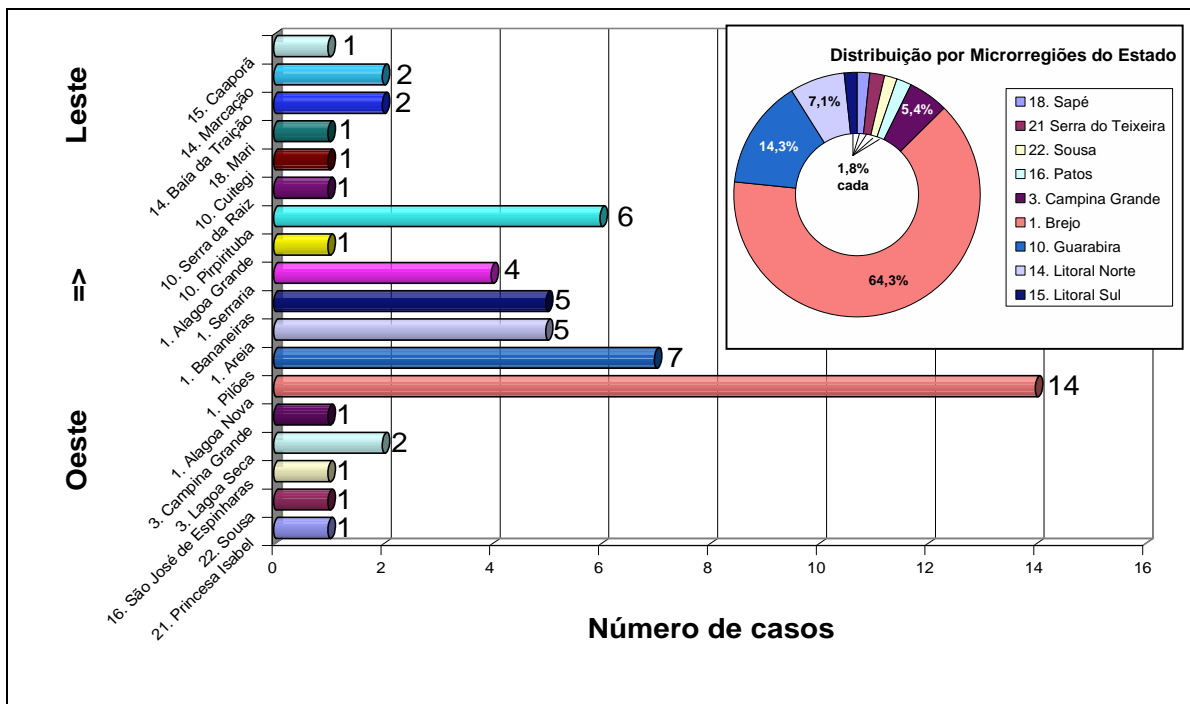
Fica patente, portanto, a grande importância e valor preditivo da confirmação do diagnóstico a partir da análise laboratorial. Isto não foi feito em 15,0% e 9,1% dos casos notificados de **LTA** e **LV**, respectivamente, no Estado da Paraíba em 2007, como se pode verificar Fig. 2.

Procedência dos novos casos

Dos 60 casos notificados de **LTA**, 56 eram casos novos (93,3%), 2 eram casos de transferências (3,33%), 1 era de recidiva (1,66%) e 1 caso ignorado. Os casos novos notificados confirmados de **LTA** foram provenientes de 18 municípios do estado da Paraíba distribuídos entre nove microrregiões do Estado: Patos; Guarabira; Sousa; Litoral Sul; Litoral Norte; Campina Grande; Brejo; Serra de Teixeira e Sapé (Fig. 3), sendo 64,3% dos casos localizados no Brejo Paraibano.

Como podemos perceber na análise do gráfico, a região que mais casos foram notificados foi o Brejo paraibano (64,3% dos casos). Um dos fatores que aumentam a incidência de leishmaniose é a presença do vetor, dípteros flebotomíneos. A presença deste inseto tem sido associada a criatórios de aves¹³. Criação de galinhas possibilita aumento do número dos flebotomos porque o sangue de ave é importante fonte de alimento para esses insetos e, além disso, a matéria orgânica de chiqueiros e galinheiros é um terreno propício para que os flebotomos depositem seus ovos. As galinhas, associadas à luz, são fatores que atraem maior quantidade de flebotomos para o ambiente peridomiciliar¹³. O Brejo Paraibano, no caso, concentra o grande número de criatórios de aves da Paraíba¹⁴.

Figura 3: Distribuição dos Novos Casos Notificados de **LTA** (n=56) por Município e Microrregião



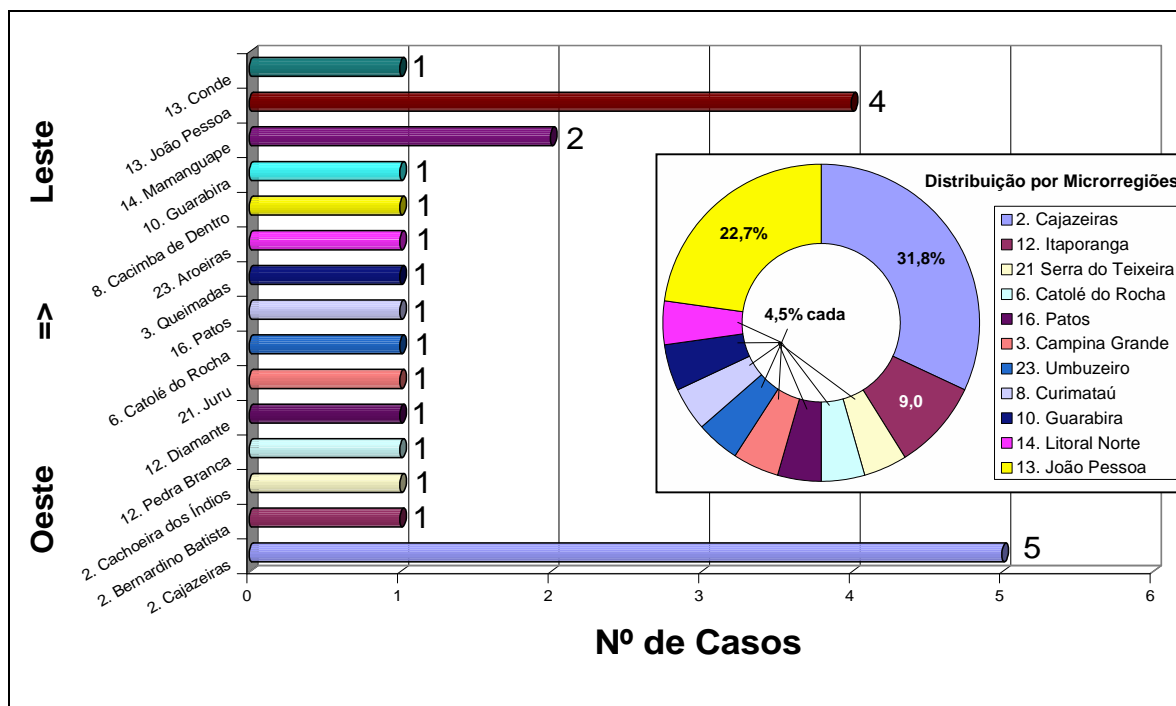
Fonte: Planilha fornecida pela SESA/PB.

Dos 39 casos notificados de LV, 22 foram casos novos confirmados. Estes casos de LV foram provenientes de 15 municípios do estado da Paraíba distribuídos entre onze regiões do Estado: Cajazeiras, Itaporanga, Serra do Teixeira, Catolé do Rocha, Patos, Campina Grande, Umbuzeiro, Curimataú, Guarabira, Litoral Norte e João Pessoa (Fig. 4). Entretanto, 22,7% dos casos foram provenientes da Região Metropolitana de João Pessoa e 40,8% do extremo oeste do Estado (Cajazeiras e Itaporanga).

Com relação aos dados da Notificação Compulsória de LV no ano de 2007 em função da faixa etária dos acometidos, foi identificado que a maior incidência de notificação foi entre os jovens, abaixo de 14 anos (44%), conforme já descrito na literatura¹⁵.

Como a transmissão da *Leishmania* depende da exposição ao inseto vetor (*Lutzomyia*) que está correlacionado à mata, a infecção silvestre florestal deveria ser maior que a peridoméstica^{1,12}.

Figura 4. Distribuição dos Novos Casos Notificados de LV (n=22) por Município e Microrregião



Porém no espaço estudado, observando a faixa etária mais afetada, evidenciou-se uma prevalência de crianças menores de 14 anos acometidas pela Leishmaniose Visceral^{12,14}. A transmissão da doença, portanto não deve estar associada a atividades laborativas.

Diante da abrupta queda nos registros de casos de leishmaniose, principalmente para LV em 2007 (Tabela 2), a notificação parece não estar sendo feita a contento. No caso das notificações em crianças isto não ocorre em função dos programas e da assistência mais sistematizada.

A partir da distribuição dos casos notificados em função do sexo para LV demonstra que maior porcentagem de casos ocorreu entre o sexo feminino (59%, n = 13), nos fazendo crer que a infecção realmente ocorre em maior parte em ambiente peridomiciliar, desligado de atividades de trabalho.

Incidência de Leishmaniose no Estado da Paraíba

De acordo com o IBGE⁹, a população total dos municípios que fizeram as notificações de LTA em 2007 é de 653.743 habitantes e fazendo a correlação com os números de casos notificados (56 casos), teremos aproximadamente 9,17 casos a cada 100.000 habitantes. Segundo BASANO e CAMARGO (2004)¹¹, no ano de 1999 essa relação no nordeste foi de 19,00 casos/100.000 habitantes e no Brasil de 18,63 casos/100.000 hab. A partir dos dados disponibilizados pela SESA/PB, pode-se observar que a Paraíba manifestou um índice de incidência de LTA em 2007 abaixo da média tanto do Brasil como do Nordeste¹¹. Os 4 casos que não tiveram seu diagnóstico laboratorial estabelecido podem se tratar de falsos diagnósticos. Além disso, A abrupta queda na incidência de LTA nos últimos anos, apesar da

ausência de campanhas específicas de controle, sugerem algum ruído na notificação compulsória de novos casos.

Analisando os números de casos notificados de **LV** na Paraíba em relação ao Brasil⁵ observa-se que no país foram registrados 2,46 casos por 100.000 habitantes (4.526 casos para 183.987.291 habitantes) em 2006. No Estado da Paraíba em 2007 identificamos uma incidência de 0,60 casos a cada 100.000 habitantes (Tabela 2; 22 casos confirmados de Leishmaniose Visceral para 3.641.395 habitantes (Coleta de dados na SESA/PB, 2007)). Esses dados mostraram que a incidência dos casos notificados de Leishmaniose Visceral no país são mais que o dobro das ocorrências do Estado paraibano. Em todo caso, seria prudente analisar se essa afirmação condiz ou não com a realidade. Estaria a Paraíba em melhores condições em relação à disseminação dessa infecção em relação ao restante do país? Ou seria apenas uma deficiência no relato de casos?

CONCLUSÃO

A utilização do diagnóstico laboratorial para os casos clínicos suspeitos de leishmaniose e um empenho para se alcançar uma notificação compulsória próxima da realidade muito poderão contribuir para a descrição de um quadro mais preciso da leishmaniose no Estado da Paraíba. Para tanto devem ser organizadas campanhas de conscientização para os profissionais de saúde a respeito da correta conduta quanto às estratégias diagnósticas a partir de dados laboratoriais; além da importância da notificação compulsória dos casos diagnosticados.

REFERÊNCIAS

REY, L. **Parasitologia**. 4 ed. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2005.

BRASIL. *Doenças de Notificação Compulsória. Portaria 1100/96, do Ministro da Saúde. DOU 29/05/96: p. 9337. 1996. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/doencomp.htm>. Acessado em: 05/01/2008.*

USSUI, C. A.; NEVES, V. L. F. C. Leishmaniose Tegumentar Americana. SUCEN. 2001. Disponível em: http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/leish_teg/texto_leishmaniose_tegumentar.htm. Acessado em: 05/03/2008.

RAZERA, F.; BLANCO, L. F. O.; BONAMIGO, R. R. Leishmaniose tegumentar americana: primeiros casos autóctones notificados no Rio Grande do Sul desde 2001 e revisão da literatura. **Revista da AMRIGS** 49 (3): 165-170. 2005. Disponível em: <http://www.amrigs.com.br/revista/49-03/rc01texto.htm>. Acessado em: 04/03/2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coefficiente de incidência de Leishmaniose Visceral, por 100.000 habitantes.** 2007a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/tabela_lv_incid.pdf. Acessado em: 05/03/2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEISHMANIOSE VISCERAL: Casos confirmados Notificados. **SINAM** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2007c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/>. Acessado em: 05/03/2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA: Casos confirmados Notificados. **SINAM** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. 2007b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/>. Acessado em: 05/03/2008.

CITYBRASIL. **REGIÕES E CIDADES COM DADOS COMPLEMENTARES: PARAÍBA.**

Disponível em: www.citybrazil.com.br/pb. Acessado em: 08/03/2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Estimativas para 1º de Julho de 2006. **IBGE.** 2006. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa_2006/estimativa.shtm. Acessado em 07/03/2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Estimativas para 1º de Julho de 2007. **IBGE.** 2007d. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem_2007/contagem.pdf. Acessado em 07/03/2008.

BASANO, S. A.; CAMARGO, L. M. A. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. **Rev. Bras. Epidemiol.** vol.7 no.3 São Paulo Sept. 2004.

GONTIJO, C. M. F.; MELO, M. N. Visceral Leishmaniasis in Brazil: current status, challenges and prospects. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000300011&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 05/03/2008.

TEODORO, U.; LONARDONI, M. V. C.; SILVEIRA, T. G. V.; DIAS, A. C.; ABBAS, M.; ALBERTON, D.; SANTOS, D. R. Luz e galinhas como fatores de atração de *Nyssomyia whitmani* em ambiente rural, Paraná, Brasil. **Rev. Saúde Pública** v.41 n.3 São Paulo jun. 2007.

EMATER. **Avicultura alternativa se expande na Paraíba**. 2007. Disponível em: http://portal.paraiba.pb.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=25352&Itemid=2. Acessado em: 05/03/2008.

DANTAS-TORRES, F. Situação atual da epidemiologia da leishmaniose visceral em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, 2006. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000300024&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05/03/2008.