

LEISHMANIOSE VISCERAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

RIO DE JANEIRO, AGOSTO DE 2022

© 2022 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

1ª Edição

Informação:

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro / Secretaria Municipal de Saúde / Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde / Superintendência de Vigilância em Saúde / Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE)

Rua Ulisses Guimarães, 300, Cidade Nova, Rio de Janeiro / RJ - CEP 20211-225

Eduardo Paes

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Rodrigo Prado

Secretário Municipal de Saúde

Ana Luiza F. R. Caldas

Subsecretária de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

Aline Pinheiro Borges

Presidente do Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária

Márcio Garcia

Superintendente de Vigilância em Saúde

Coordenação e Revisão Técnica

Flavio Dias da Silva

Gislani Mateus O. Aguilar

Márcio Garcia

Valéria Saraceni

Colaboradores

Ana Carolina Cardoso Arruda C. de Moura

Amanda Meneleu Marques

Betina Durovni

Carla Oliveira de Castro

Carolina Monteiro da Costa

Caroline Dias Ferreira

Felipe de Carvalho Vommaro Marincola

Flavio Dias da Silva

Gislani Mateus O. Aguilar

Luciana Freire de Carvalho

Rafael do Nascimento Pinheiro

Thais Irene Souza Riback

Valéria Saraceni

Assessoria de Comunicação da SMS-Rio

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

Clarissa Mello

Patricia Avolio

Bruna Campos

Projeto Gráfico, capa e diagramação

Luciano Freitas



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA LEISHMANIOSE VISCERAL	6
3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	7
3.1. DEFINIÇÃO DE CASO	7
3.1.1. CASO HUMANO SUSPEITO	7
3.1.2. CASO HUMANO CONFIRMADO	8
3.2. VIGILÂNCIA DO RESERVATÓRIO	8
3.2.1. CASO CANINO SUSPEITO	8
3.2.2. CASO CANINO CONFIRMADO	8
3.2.3. CÃO INFECTADO	9
3.2.4. VIGILÂNCIA DA LVC NO MRJ	9
3.3 VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA	10
4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA NO MRJ	10
5. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA	16
6. CENÁRIO ENTOMOLÓGICO	18
7. PERSPECTIVAS E DESAFIOS	20
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
9. REFERÊNCIAS	23

LISTA DE ABREVIATURAS

AP - Área programática

APS - Atenção Primária em Saúde

ASCOM - Assessoria de Comunicação

CADV- Coordenação de Vigilância em Análise de Dados Vitais

CJV - Centro de Medicina Veterinária Jorge Vaistman

CCZ - Centro de Controle de Zoonoses Paulo Dacorso Filho

CIEVS- Coordenação de Informação Estratégica de Vigilância em Saúde

CVE- Coordenação de Vigilância Epidemiológica

CVSA- Coordenação de Vigilância em Saúde Ambiental

DPP - Teste Rápido Dual Path Platform

GM - Gabinete do Ministro

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

ICL - Indicador composto de Leishmaniose

IVISA-Rio - Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária

LASP - Laboratório Municipal de Saúde Pública

LIRAA - Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes aegypti*

LV - Leishmaniose Visceral

LVC - Leishmaniose Visceral Canina

MRJ - Município do Rio de Janeiro

MS - Ministério da Saúde

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

RT PCR - Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMS-RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SAP - Superintendência de Atenção Primária

SVS- Superintendência de Vigilância em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV), ou *calazar*, é uma doença zoonótica sistêmica que tem como agente etiológico protozoários do gênero *Leishmania*. É transmitida ao homem e aos animais pela picada de insetos infectados denominados flebotomíneos, sendo o cão a principal fonte de infecção (reservatório) para o vetor (BRASIL, 2022).

Em humanos, a LV caracteriza-se por um amplo espectro clínico, que pode variar desde as manifestações clínicas discretas (oligosintomáticas), moderadas e graves. Quando não tratada adequadamente, a doença pode evoluir para formas mais graves e, conseqüentemente, ao óbito (BRASIL, 2022). A leishmaniose visceral canina (LVC) é uma doença sistêmica severa, sendo as manifestações clínicas mais comuns a perda de apetite, emagrecimento progressivo, feridas na pele (principalmente no focinho, orelhas, articulações e cauda) e crescimento anormal das unhas (BRASIL, 2014).

A LV é considerada como uma das enfermidades mais negligenciadas em todo o mundo e afeta, principalmente, populações pobres da África, Ásia e América Latina. A ocorrência de casos está associada à desnutrição, más condições de moradia e pobreza. Os indivíduos com maior risco de contrair a LV são os que apresentam algum comprometimento imunológico, como os idosos, crianças menores de 5 anos e pessoas vivendo com HIV (OPAS, 2017).

No Brasil, a LV é uma antropozoonose (doença própria de animais que pode ser transmitida a humanos) endêmica, característica de ambientes rurais e periurbanos. A doença vem apresentando alterações importantes no seu padrão de transmissão e, mais recentemente, casos de LV estão sendo identificados em áreas urbanas de médio e grande porte como Rio de Janeiro (RJ), Corumbá (MS), Belo Horizonte (MG), Araçatuba (SP), Palmas (TO), Três Lagoas (MS), Campo Grande (MS), entre outros (BRASIL, 2014).

O primeiro caso humano de leishmaniose visceral identificado no Estado do Rio de Janeiro ocorreu em 1977 em um residente no município do Rio de Janeiro, no bairro de Bangu (MARZOCHI et al., 1985). Desde então, casos autóctones de LV humana passaram a ser frequentemente identificados no município. Além disso, o MRJ possui identificação da LV canina, e segundo BRASIL (2021), a infecção em cães, embora mais prevalente que no homem, tem precedido a ocorrência de casos humanos.

A leishmaniose visceral é um importante problema de saúde pública, não apenas por sua magnitude e expansão geográfica, mas também pela alta letalidade. Quando não tratada, a doença pode ter como desfecho a morte em 90% dos casos, devido ao envolvimento sistêmico causado pela presença de parasitas em órgãos como medula óssea, baço e fígado. A redução da letalidade da LV representa um grande desafio, uma vez que é uma das metas que devem ser alcançadas para eliminar a LV como um problema de saúde pública na região das Américas até 2030, segundo iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS, aprovada em 2019 (OPAS, 2021).

O objetivo deste boletim epidemiológico é caracterizar a LV e descrever seu cenário epidemiológico no MRJ nos últimos 10 anos, considerando casos humanos, reservatórios e monitoramento entomológico. Vale destacar que o documento agrega a análise de

quatro (4) sistemas de informações diferentes e pela primeira vez na cidade incorpora a análise espacial integrada dos casos humanos, dados dos cães e monitoramento entomológico. Espera-se que este documento técnico contribua para o direcionamento das ações de vigilância em saúde e para a sensibilização dos profissionais de saúde quanto à identificação e diagnóstico oportuno de casos humanos de LV no município de modo a reduzir a morbimortalidade do agravo.

2. CARACTERÍSTICAS GERAIS DA LEISHMANIOSE VISCERAL

A leishmaniose visceral humana é uma doença crônica e sistêmica, **de notificação compulsória** semanal, conforme portaria GM/MS 1.102 de 13/05/2022. Todo caso suspeito deve ser notificado e investigado, utilizando como instrumento de coleta de dados a Ficha de Investigação de Leishmaniose Visceral do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN.

Segundo BRASIL (2022), as características gerais da doença são:

- **Agente Etiológico** - Protozoários tripanossomatídeos do gênero *Leishmania*. Nas Américas, a *Leishmania (Leishmania) infantum* é a espécie mais comumente envolvida na transmissão da LV.
- **Reservatório** - Na área urbana, o cão (*Canis familiaris*) é a principal fonte de infecção. A LV canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem. No ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas (*Dusicyon vetulus* e *Cerdocyon thous*) e os marsupiais (*Didelphis albiventris*).
- **Vetores** - Dípteros da família Psychodidae, subfamília Phlebotominae, são os transmissores das leishmanioses, sendo *Lutzomyia longipalpis* a principal espécie transmissora. São conhecidos popularmente como mosquito-palha, tatuquira e birigui, entre outros, dependendo da região geográfica.
- **Modo de Transmissão** - A transmissão ocorre pela picada dos vetores infectados pela *Leishmania (L.) infantum*. Não ocorre transmissão de pessoa a pessoa.
- **Manifestações clínicas** - doença crônica, sistêmica, caracterizada por febre de longa duração, perda de peso, astenia, adinamia, hepatoesplenomegalia e anemia, entre outras manifestações.
- **Diagnóstico** - pode ser realizado no âmbito da Atenção Primária à Saúde e, por se tratar de uma doença de notificação compulsória e com características clínicas de evolução grave, deve ser feito de forma precisa e mais oportuna possível. O diagnóstico pode ser **clínico-epidemiológico** ou **laboratorial** por método imunológico ou parasitológico (padrão-ouro para identificação do parasita). No MRJ, os exames de entrada para diagnóstico laboratorial da LV (*Teste Rápido e*

Sorológico) são realizados pelo Laboratório Central de Saúde Pública Noel Nutels, havendo suporte na Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública para provas mais específicas (*RT PCR, Parasitológico por observação direta*). Também é relevante realizar diagnóstico diferencial para outros agravos como enterobacteriose de curso prolongado, malária, brucelose, febre tifóide, esquistossomose hepatoesplênica, forma aguda da doença de Chagas, linfoma, mieloma múltiplo, anemia falciforme e leucemia, entre outras. Em áreas com reprodutibilidade do ciclo de transmissão (presença de casos humanos, casos em animais e de vetores) a LV deve ser considerada hipótese inicial, considerando as características clínicas de caso suspeito.

- **Tratamento** - O tratamento engloba terapêutica específica e medidas adicionais de suporte terapêutico. No Brasil, os medicamentos utilizados para o tratamento da LV são o antimoniato de meglumina (ou antimoniato de N-metil glucamina), anfotericina B e anfotericina B lipossomal. A escolha terapêutica deverá considerar a faixa etária, a presença de gravidez e as comorbidades. Exames laboratoriais e eletrocardiográficos deverão ser realizados durante o tratamento, a fim de acompanhar a evolução e identificar possível toxicidade medicamentosa. Para os casos confirmados, o início precoce do tratamento deve ser oportunizado. Os casos com maior risco de agravamento devem ser assistidos na rede hospitalar de referência.

3. VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

As ações de vigilância epidemiológica têm por objetivo geral reduzir a letalidade e a morbidade por meio do diagnóstico e do tratamento precoce dos casos, bem como diminuir os riscos de transmissão mediante o controle da população de reservatórios e do agente transmissor. (BRASIL, 2022)

3.1. DEFINIÇÃO DE CASO

3.1.1. 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

3.1.2. CASO HUMANO CONFIRMADO

Critério laboratorial

A confirmação dos casos deverá atender a pelo menos um dos seguintes critérios:

- Presença do parasito no exame parasitológico direto ou cultura.
- Teste rápido imunocromatográfico reagente.
- Imunofluorescência reagente com título de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos diferenciais.

Critério clínico-epidemiológico

Paciente suspeito sem confirmação laboratorial, mas com resposta favorável ao tratamento terapêutico.

Os casos humanos confirmados podem ser classificados como:

- **Caso novo:** confirmação da doença por um dos critérios anteriormente 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 a cura clínica.
- **Infecção:** todo indivíduo com exame sorológico reagente ou parasitológico positivo, sem manifestações clínicas. Esses casos não devem ser notificados nem tratados.

3.2. VIGILÂNCIA DO RESERVATÓRIO

3.2.1. CASO CANINO SUSPEITO

Todo cão proveniente de área endêmica ou onde esteja ocorrendo surto, com manifestações clínicas compatíveis com LVC, como febre irregular, apatia, emagrecimento, descamação furfurácea e úlceras na pele – em geral no focinho, orelhas e extremidades, conjuntivite, paresia dos membros posteriores, fezes sanguinolentas e crescimento exagerado das unhas.

3.2.2. CASO CANINO CONFIRMADO

Critério laboratorial

Cão com manifestações clínicas compatíveis com LVC e que apresente teste sorológico reagente ou exame parasitológico positivo.

Critério clínico-epidemiológico

Cão proveniente de áreas endêmicas ou onde esteja ocorrendo surto e que apresente quadro clínico compatível com LVC, sem a confirmação do diagnóstico laboratorial.

3.2.3. CÃO INFECTADO

Todo cão assintomático com sorologia reagente ou exame parasitológico positivo, em município com transmissão confirmada.

3.2.4. VIGILÂNCIA DA LVC NO MRJ

No MRJ as ações de vigilância da LV canina são realizadas pelo Instituto Municipal de Vigilância Sanitária, Vigilância de Zoonoses e Inspeção Agropecuária (IVISA-Rio). Desde março de 2021, as notificações dos casos suspeitos e/ou confirmados de LVC no MRJ são realizadas a partir de um formulário de notificação específico, disponível na página da web do IVISA-Rio. Este formulário pode ser acessado e preenchido por qualquer cidadão que desejar notificar um caso suspeito de LVC. Normalmente as notificações são realizadas por profissionais que atuam em clínicas veterinárias particulares e tutores de animais. As duas unidades do IVISA-Rio que desenvolvem atividades de vigilância e controle de zoonoses no município, o Centro de Medicina Veterinária Jorge Vaistman (CJV) e Centro de Controle de Zoonoses Paulo Darcoso Filho (CCZ) também utilizam o formulário para notificar casos.

Assim, o fluxo para investigação dos casos suspeitos de LVC segue de acordo com a origem da notificação. A entrada de casos suspeitos pelo CJV ocorre no atendimento clínico realizado nesta unidade. A notificação é feita pelo Laboratório Municipal de Saúde Pública (LASP), que recebe a amostra biológica do atendimento junto com os dados necessários para notificar o caso no formulário. Após esta etapa, é realizado o teste rápido (DPP). Se o resultado for negativo, o caso será descartado. Se for positivo, é realizado o teste sorológico confirmatório ELISA. Os casos positivos no teste ELISA serão confirmados para LVC e as informações sobre o caso serão repassadas à equipe do CCZ, que dá prosseguimento à investigação epidemiológica.

A equipe do CCZ é responsável pelas informações dos casos oriundos das ações de campo e dos que são informados a partir da plataforma 1746 da Prefeitura do Rio. Os casos que entram notificados pelas clínicas particulares ou por tutores de animais também são encaminhados à equipe para realizar coleta de amostra biológica com realização do teste rápido (DPP) e o teste confirmatório ELISA, quando necessário. **Todos os casos caninos confirmados são notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por se tratar de ocorrência de epizootia.**

3.3 VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA

A vigilância entomológica tem por objetivo levantar as informações de caráter quantitativo e qualitativo sobre a existência dos flebotomíneos envolvidos na transmissão do agente etiológico responsável pela LV. Ela ocorre por meio de três ações: levantamento entomológico, monitoramento entomológico e investigação entomológica.

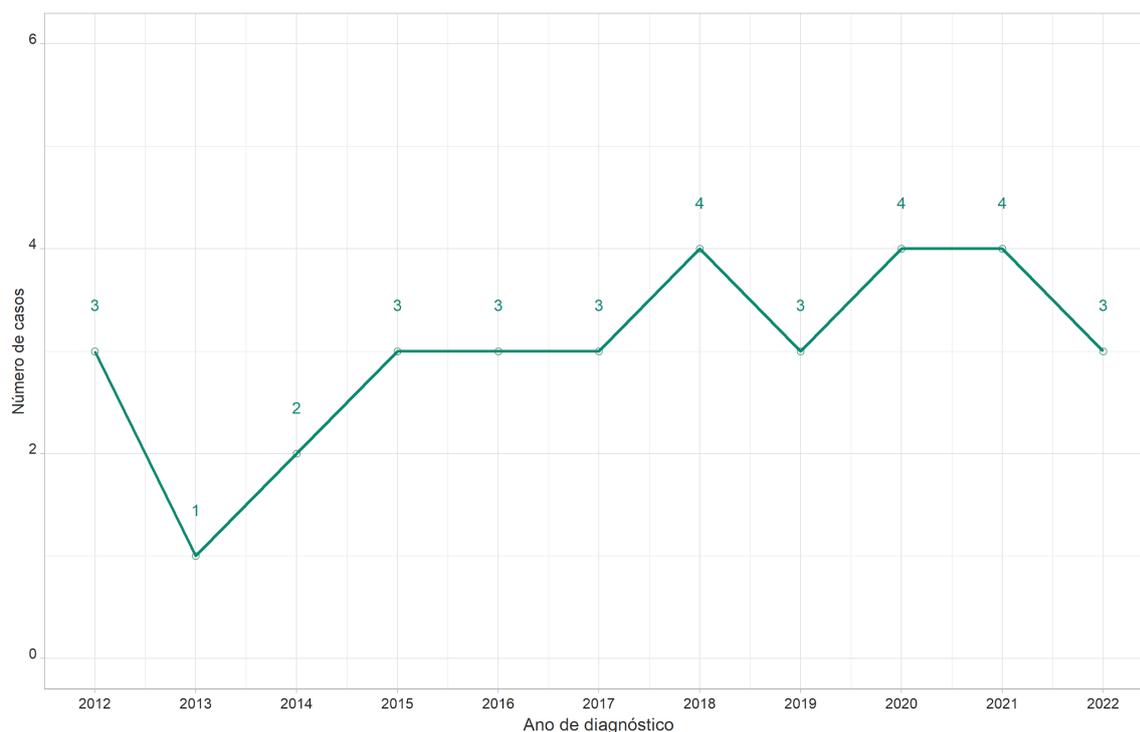
Até um período recente, as ações de vigilância do vetor no MRJ compreendiam apenas a estratégia de **investigação entomológica** para identificação da presença do vetor *L. longipalpis* e *Lutzomyia cruzi* disparada pela ocorrência de casos de LV e para confirmar uma área como de transmissão autóctone. A partir da semana epidemiológica 32/2022, a Superintendência de Vigilância em Saúde da SMS-RJ passou a realizar o **levantamento entomológico** no município, com o intuito de verificar a presença do vetor incriminado na transmissão da LV nas áreas sem casos humanos ou áreas silenciosas, verificar a presença de flebotomíneos em áreas com transmissão e que não tenham sido realizadas investigações anteriores e, também, para conhecer a dispersão do vetor no território.

Após a conclusão do levantamento entomológico, pretende-se iniciar a estratégia de **monitoramento entomológico**, que permitirá conhecer a distribuição sazonal e abundância relativa das espécies vetoras indicando, assim, o período mais favorável para a transmissão da LV e direcionando as medidas de prevenção e controle do vetor.

4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA NO MRJ

Nos últimos 10 anos, foram confirmados 33 casos humanos de LV no MRJ. Na série retratada, ainda que com predomínio na notificação de casos alóctones, não originários do MRJ, há que se destacar que foi a partir do ano de 2012 que a doença passou a ter registros esporádicos de transmissão comunitária no município. A primeira transmissão autóctone, originária no MRJ, identificada ocorreu na AP 1.0 (Caju), com reprodutibilidade do ciclo de transmissão urbano, sendo identificados o reservatório canino e o vetor incriminado na transmissão (*L. longipalpis*).

Figura 1 - Número de casos humanos de leishmaniose visceral por ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Tabela 1 - Número de casos humanos de leishmaniose visceral e taxa de incidência por 100 mil habitantes por ano, MRJ, 2012-2022

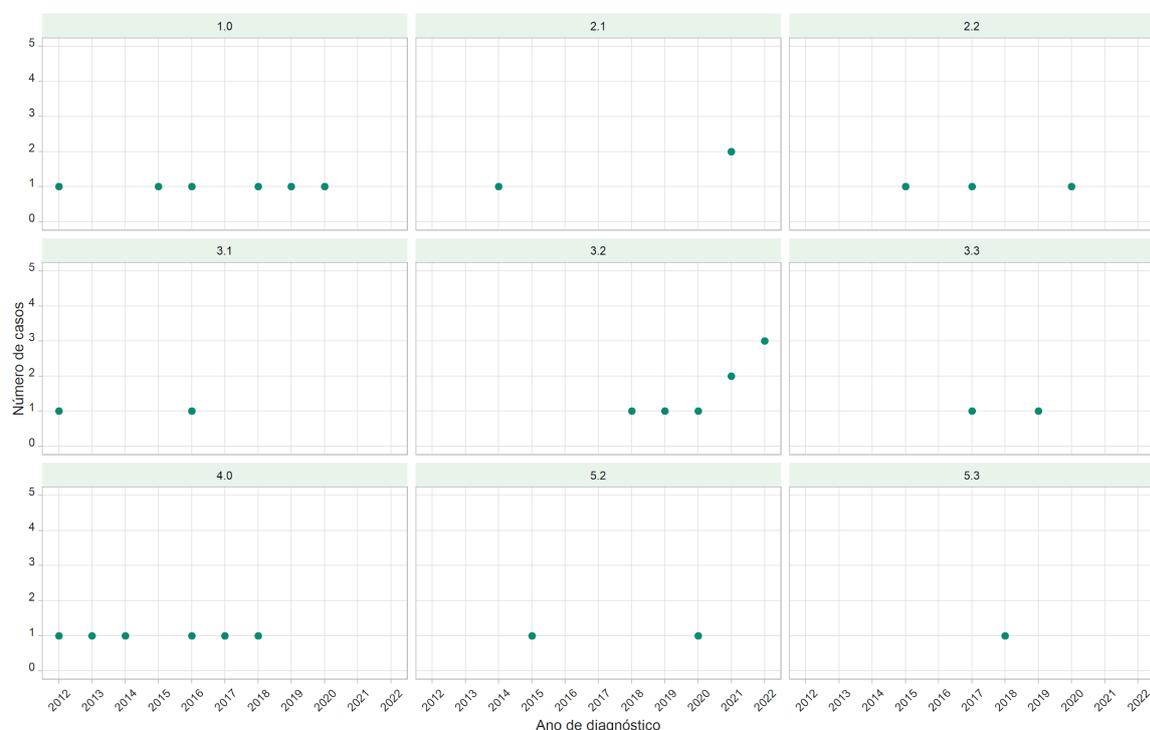
Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Casos	3	1	2	3	3	3	4	3	4	4	3
Taxa de incidência	0,05	0,02	0,03	0,05	0,05	0,05	0,06	0,05	0,06	0,06	0,04

Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Observa-se, no MRJ, baixa intensidade na transmissão da doença, verificada na estabilidade da taxa de incidência no período (Tabela 1). Todavia, ao se observar a espacialização por território de residência (Figura 2), a AP 3.2 (Grande Méier e Grande Inhaúma) apresenta, desde 2018, uma tendência de incremento na incidência de casos humanos. Em 2019, a área registrou seus primeiros casos de transmissão comunitária, em uma região de adentramento de mata na encosta da Estrada Grajaú- Jacarepaguá, no

complexo da Camarista Meier. Desde então, tornou-se a principal área de notificação de casos humanos autóctones do município.

Figura 2 - Número de casos de Leishmaniose visceral por AP e ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

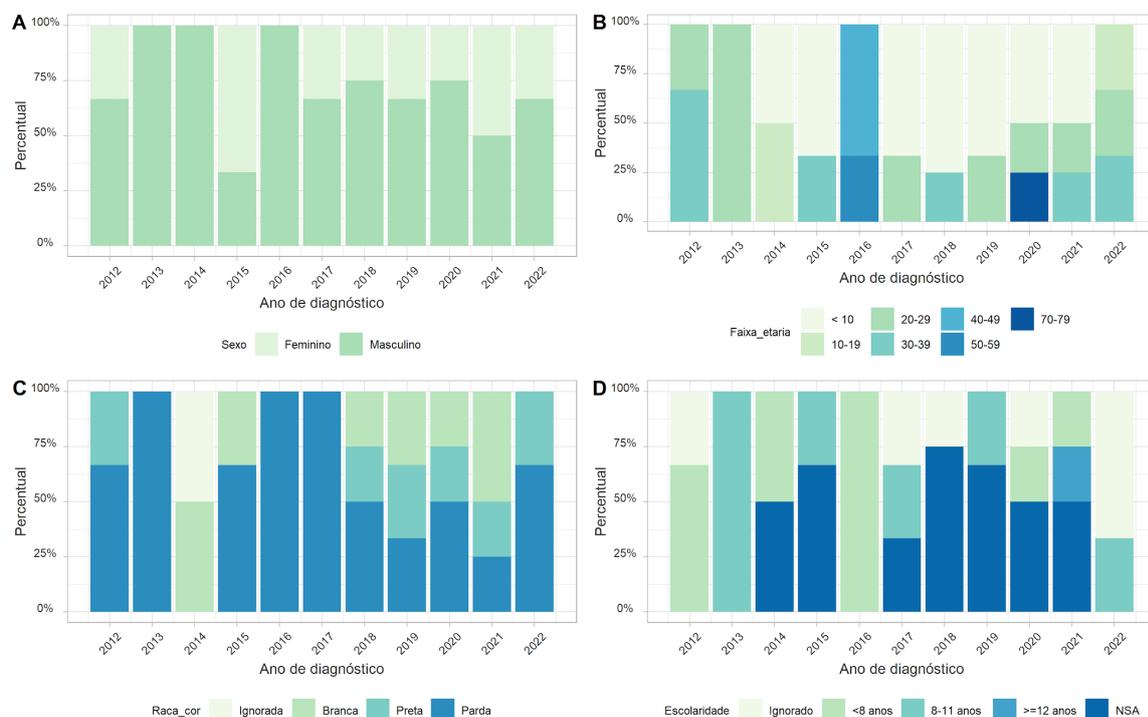
Nota: A AP 5.1 não apresentou casos no período.

Considerando as características sociodemográficas, observa-se maior prevalência do sexo masculino ao longo de toda série história, exceto no ano de 2015. Lima et al (2021) discute os possíveis fatores associados a maior frequência de casos no sexo masculino, tais como a maior exposição corporal em relação ao sexo feminino e/ou fatores hormonais. Todavia, não há consenso na literatura sobre esta questão. Há ainda que se considerar a atividade profissional nas faixas economicamente ativas e a finalidade do deslocamento, na situação de exposição em local diferente da residência.

Com relação à distribuição por faixa etária, observou-se maior frequência de casos em crianças e adultos jovens entre os casos ocorridos no MRJ. Em geral, crianças e idosos são mais suscetíveis à LV. A maior suscetibilidade em crianças pode ser explicada pelo estado de relativa imaturidade imunológica celular, que pode ser agravado por estados de desnutrição, além de uma maior exposição ao vetor no peridomicílio nessa faixa etária (BRASIL, 2014).

A distribuição por raça/cor evidencia maior proporção na população negra (parda e preta), seguido da população branca. Com relação à escolaridade, observa-se prevalência da variável “NSA” ou “não se aplica”, considerando o perfil etário da maior parte dos casos, seguido da variável “ignorada”.

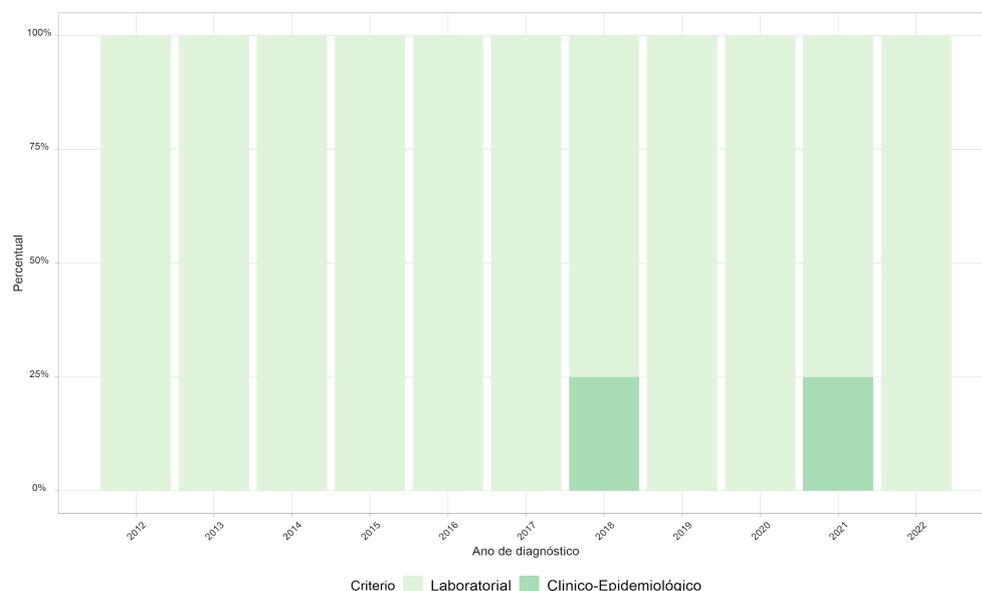
Figura 3 - Distribuição segundo sexo (A), faixa etária (B), raça/cor (C) e escolaridade (D) dos casos humanos de leishmaniose visceral por ano de diagnóstico, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Todo caso suspeito de LV deve ser submetido a investigação clínica, epidemiológica e laboratorial. Observou-se, ao longo do período avaliado, que a maior proporção das confirmações dos casos no MRJ ocorreu por critério laboratorial (Figura 4). A confirmação de casos a partir do critério clínico-epidemiológico deve ser reservada a situações de deslocamento a área de transmissão com suspeita clínica, sem confirmação laboratorial, mas que apresente resposta favorável ao tratamento terapêutico instituído.

Figura 4 - Distribuição do critério de confirmação dos casos humanos de leishmaniose visceral por ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Nos últimos 10 anos o MRJ registrou 4 óbitos por LV (Tabela 2), representando uma letalidade de 12,1%. Segundo Oliveira et al (2010) a associação da doença com comorbidades, diagnóstico tardio e presença de complicações como infecções bacterianas e hemorragias são intervenientes em uma maior letalidade. A sensibilização da rede de atenção, com vistas a maior oportunidade no diagnóstico e tratamento é medida basilar de avaliação de qualidade da assistência. Ainda assim, cabe destacar um importante papel da Atenção Primária à Saúde na busca ativa de casos em seu território de abrangência.

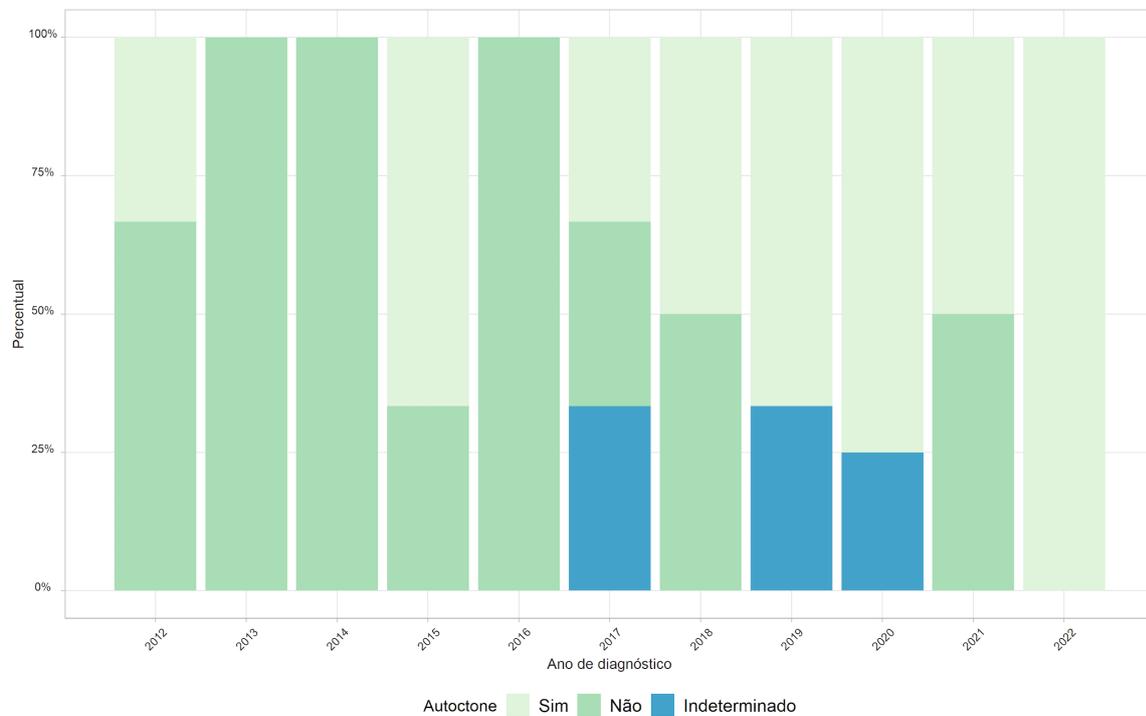
Tabela 2 - Distribuição do desfechos dos casos humanos de leishmaniose visceral por ano, MRJ, 2012-2022

Ano	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Tota I	%
Cura	2	1	2	3	2	3	3	3	4	4	2	29	87,9
Óbito por LV	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	4	12,1
Total	3	1	2	3	3	3	4	3	4	4	3	33	100,0

Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Analisando a distribuição por autoctonia (Figura 5) observa-se que, nos últimos quatro anos, houve maior proporção de casos autóctones.

Figura 5 - Distribuição proporcional dos casos humanos de leishmaniose visceral segundo autoctonia por ano, MRJ, 2012-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

A distribuição de casos autóctones por AP ao longo da série histórica evidencia maior concentração de casos autóctones na AP 3.2 (Grande Méier), seguida da AP 1.0 (Centro e Caju).

Tabela 3 - Distribuição da autoctonia dos casos de leishmaniose visceral por AP, MRJ, 2012-2022

AP	AP 1.0	AP 2.1	AP 2.2	AP 3.1	AP 3.2	AP 3.3	AP 4.0	AP 5.1	AP 5.2	AP 5.3	Total	%
Sim	4	-	1	-	8	-	-	-	2	1	16	48,5
Não	2	3	1	2	-	1	5	-	-	-	14	42,4
Indeterminada	-	0	1	-	0	1	1	-	-	-	3	9,1
Total	6	3	3	2	8	2	6	-	2	1	33	100

Fonte: SINAN, SMS-RJ. Dados sujeitos a alterações. Dados de 2022 até o mês de julho.

Vale ressaltar que a identificação da área de transmissão é fundamental para desdobramento de ações de vigilância epidemiológica. Para caracterização da área de transmissão deve-se investigar se houve deslocamento para área endêmica nos 6 meses anteriores ao início dos sinais e sintomas, realizar busca ativa de casos humanos e animais, realizar levantamento entomológico e caracterizar a espécie de *Leishmania*. A consulta às fontes primárias chave (prontuários, familiares, equipes de atenção) são essenciais para a redução de imprecisões na avaliação de todos os quesitos na caracterização da autoctonia do local provável de infecção.

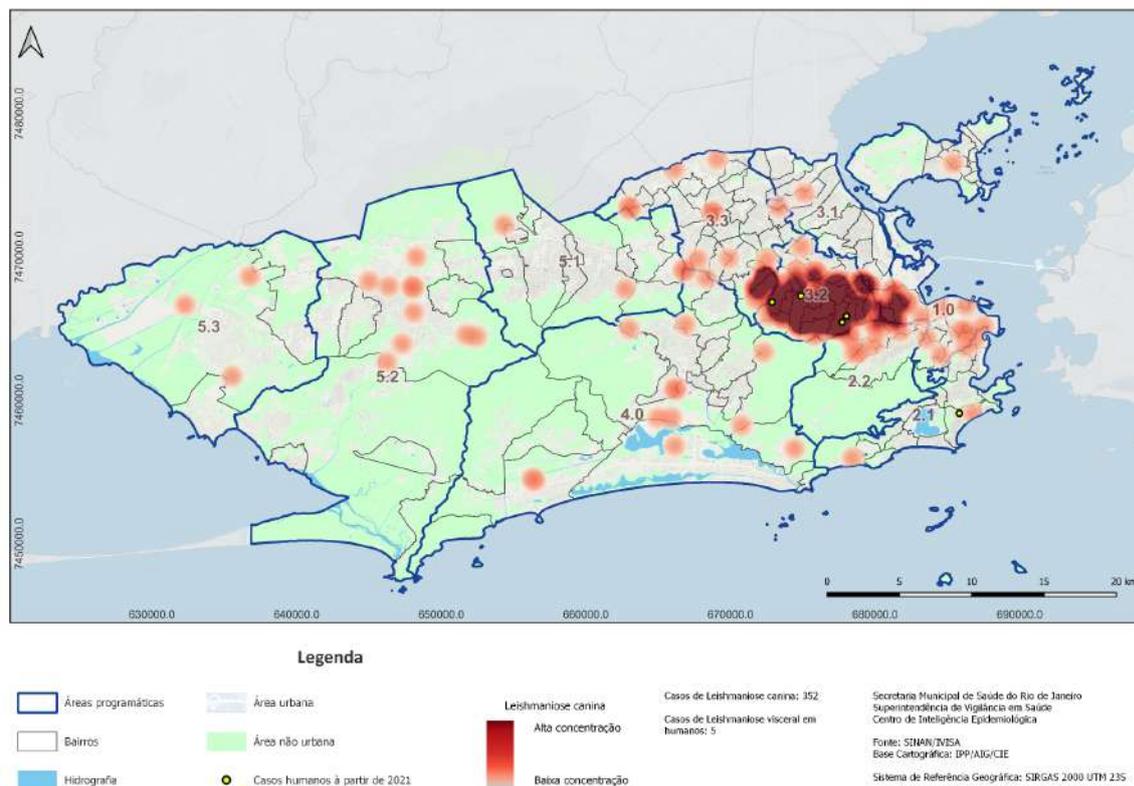
5. CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL CANINA

A LVC é uma zoonose de grande preocupação no município do Rio de Janeiro. A urbanização da doença segue cenário semelhante a outros centros urbanos. A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente do que no homem.

Casos de LVC são frequentemente identificados nas diversas AP do MRJ. No entanto, desde 2020, percebe-se um deslocamento espacial, com concentração de casos caninos e humanos nos bairros da AP 3.2 (Figuras 6 e 7). Mais de 67% dos casos caninos no período

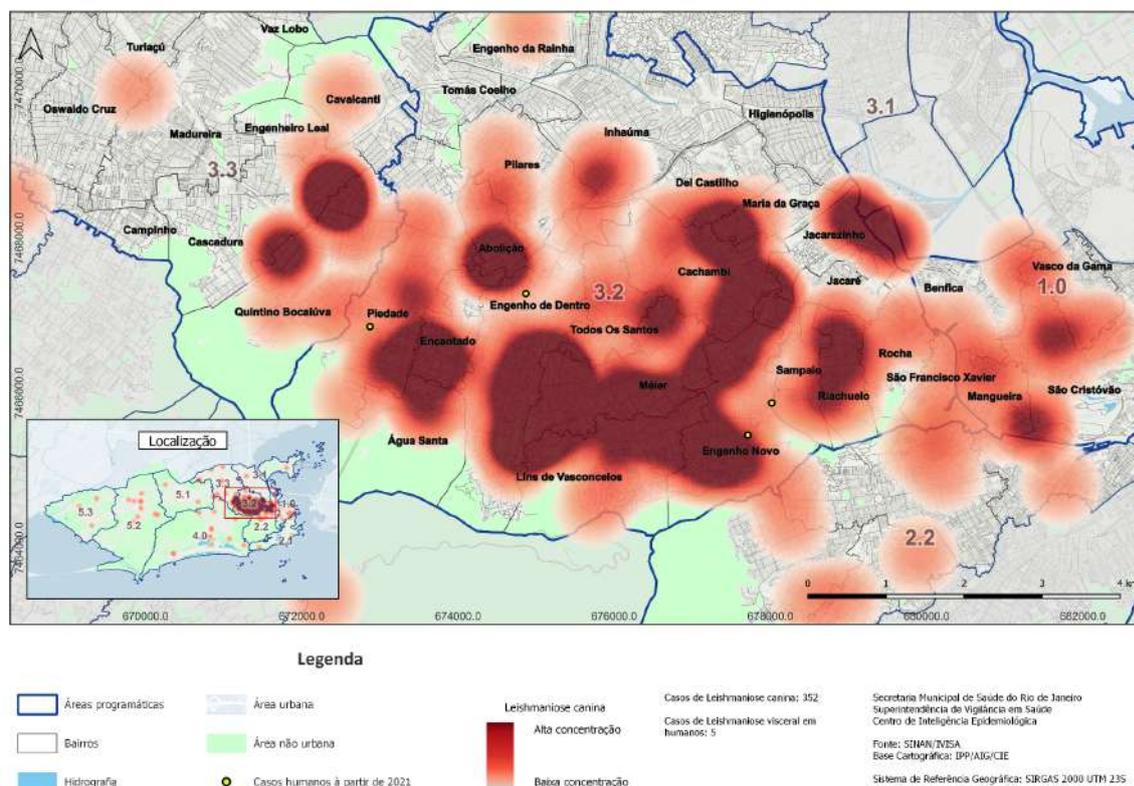
de 2021 à julho de 2022 são provenientes desta AP (Figura 7), sendo a maior frequência registrada nos bairros do Méier, Lins, Maria da Graça, Engenho Novo, Riachuelo, Cachambi, Engenho de Dentro, Encantado, Piedade e Abolição, além de outras concentrações próximas em Benfica, Mangueira, São Cristóvão (AP 1.0) e Quintino e Cascadura (AP 3.3).

Figura 6 - Distribuição espacial dos casos de leishmaniose visceral humana e canina, MRJ, 2021-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ e formulário de notificação de LVC, IVISA-Rio. Dados de 2022 até o mês de julho.

Figura 7 - Distribuição espacial dos casos de leishmaniose visceral humana e canina, com destaque para as AP 1.0, 2.2, 3.1, 3.2 e 3.3. MRJ, 2021-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ e formulário de notificação de LVC, IVISA-Rio. Dados de 2022 até o mês de julho.

Inquéritos caninos têm sido realizados na área para melhor elucidação desta zoonose, conforme preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). A identificação de cães positivos, orientação à população quanto ao uso de coleira impregnada com Deltametrina 4% em cães e a retirada do acúmulo de matéria orgânica que favorece a presença do vetor da doença são medidas essenciais no controle desta zoonose.

6. CENÁRIO ENTOMOLÓGICO

O MRJ é classificado como área com transmissão esporádica da LV. Portanto, as ações referentes ao vetor estão restritas ao conhecimento da espécie e a dispersão da população flebotomínica, que orientará a delimitação da área para a realização do inquérito canino. Cabe salientar que nenhuma ação de controle químico deverá ser realizada (BRASIL, 2014).

A principal espécie vetora da LV e LVC, *L. longipalpis*, vem sendo identificada no MRJ nos últimos anos a partir das ações de investigação entomológica (Tabela 5). No Brasil, é possível que uma terceira espécie, *Lutzomyia migonei* (*Migonemyia migonei*), também participe da transmissão de LV, em áreas com ausência de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi*. A

competência vetorial dessa espécie foi comprovada recentemente (BRASIL, 2022). Ressalta-se que espécimes de *L. migonei* foram identificadas no MRJ nos anos de 2017, 2018 e 2020.

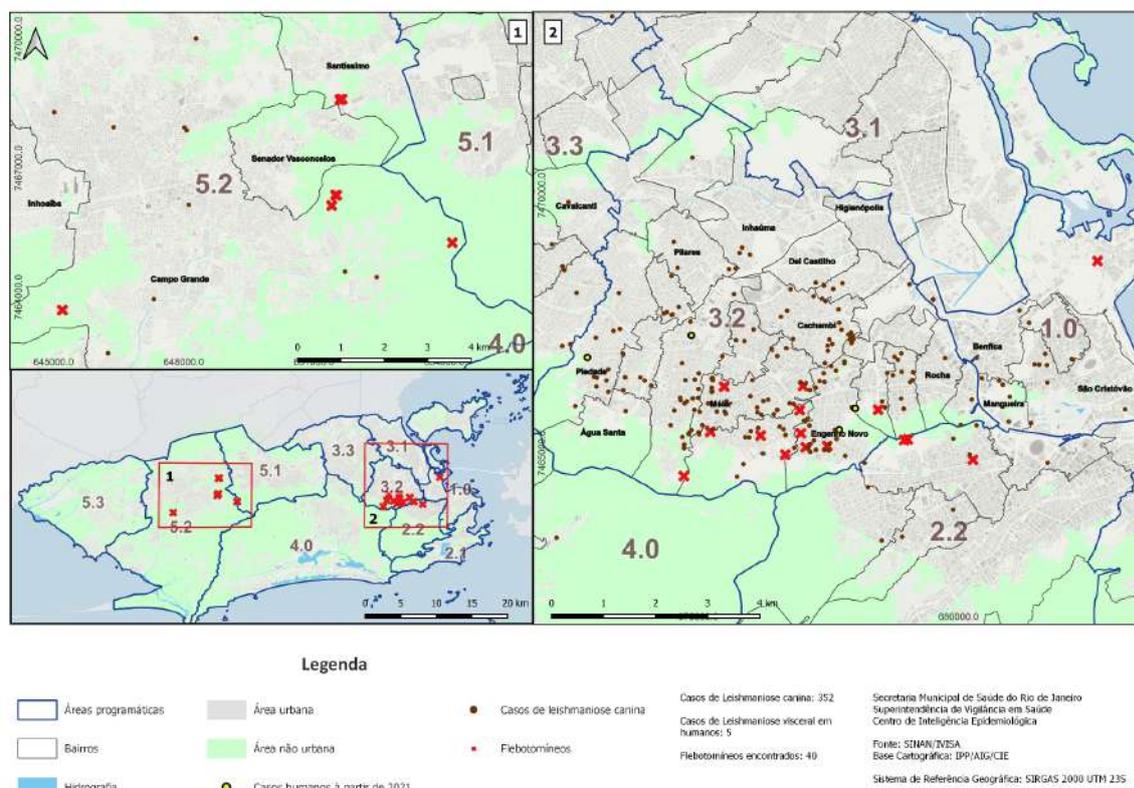
Tabela 5 - Distribuição dos flebotomíneos capturados nas investigações entomológicas relacionadas a LV, MRJ, 2017-2022

Flebotomíneos identificados	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Brumptomyia brumpti</i>	2	0	0	0	0	0
<i>Lutzomyia fischeri</i>	2	0	0	0	0	0
<i>Lutzomyia intermedia</i>	4	0	0	7	0	0
<i>Lutzomyia longipalpis</i>	0	1	8	0	4	0
<i>Lutzomyia migonei</i>	5	1	0	1	0	0
<i>Lutzomyia sallesi</i>	1	0	1	0	0	0

Fonte: CVSA/SVS/SUBPAV/ SMS-RJ. Dados sujeitos à alterações. Dados de 2022 até a Semana Epidemiológica 32.

A análise espacial da distribuição de vetores de LV corrobora com os achados da distribuição espacial de casos humanos e caninos no MRJ, indicando uma concentração na AP 3.2 em relação às demais áreas, seguido pela AP 5.2 (Figura 8).

Figura 8 - Distribuição espacial dos casos de leishmaniose visceral humana e canina e de flebotomíneos, MRJ, 2021-2022



Fonte: SINAN, SMS-RJ; formulário de notificação de LVC, IVISA-Rio; CVSA, SMS-RJ. Dados de 2022 até o mês de julho.

7. PERSPECTIVAS E DESAFIOS

As mudanças no cenário epidemiológico da LV no MRJ apresentadas, em destaque a urbanização do vetor, elevação e concentração na intensidade de detecção da LVC e identificação de casos e óbitos autóctones, ainda que num contexto de baixa intensidade na transmissão da doença em humanos (ICL LV OPAS 2020), imputam a necessidade de estruturar a preparação e resposta da gestão municipal aos eventos emergentes e o fortalecimento das ações de vigilância, diagnóstico e assistência de LV.

A partir desse cenário, considerando a multifatorialidade do enfrentamento da LV, foi estruturada uma matriz de ações integradas entre os atores envolvidos na resposta à prevenção e controle da LV no município do Rio de Janeiro que compõem o Grupo Técnico de Leishmaniose da SMS-RJ, que tem por objetivos:

- Fortalecimento das ações de vigilância e controle da Leishmaniose Visceral (LV) com foco na redução da morbidade e da mortalidade, mediante o fortalecimento do diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, prevenção, vigilância e controle.

- 
- Reduzir o número de casos de Leishmaniose Visceral em Humanos (LVH), por meio de ações de educação em saúde, mobilização social, controle de reservatórios e do controle de vetores;
 - Reduzir o número de óbitos, por meio da qualificação e atualização dos profissionais que prestam assistência aos casos suspeitos ou confirmados, com foco no diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado;
 - Articular, prover e racionalizar os materiais e insumos necessários para o controle das Leishmanioses no âmbito municipal de acordo com a competência do nível de gestão.

Para tanto, é recomendado a adoção das seguintes medidas para vigilância e qualificação da assistência da Leishmaniose Visceral:

- Caracterização dos cenários de risco de transmissão por meio do monitoramento epidemiológico, entomológico e de reservatórios;
- Caracterização da urbanização do vetor;
- Estratégias que ampliem a identificação de animais suspeitos e medidas de controle de reservatórios caninos;
- Realização de vigilância ativa dos indivíduos expostos a partir da implementação de um serviço de vigilância sentinela em áreas consideradas quentes para a transmissão de LV;
- Sensibilização e qualificação para equipes de Atenção Primária visando garantir o diagnóstico precoce e o manejo clínico adequado de casos humanos;
- Garantir o acesso ao diagnóstico de casos humanos por meio da disponibilização de testagem;
- Promover a investigação de causas de óbito associadas a LV (sem LV mencionada na causa básica).

Adicionalmente, considerando a concentração na AP 3.2, estão em desenvolvimento projetos de intervenção para controle e monitoramento da situação entomológica e epizootica específicos para a área. Do ponto de vista da situação entomológica, a SVS/CVSA está em fase de implementar a ampliação do levantamento entomológico sistemático por estrato (*recortes territoriais*) para verificar a presença e dispersão dos flebotomíneos transmissores da LV. Em médio prazo a perspectiva é repercutir a mesma intervenção nas demais AP do MRJ.

Com relação à Epizootia em cães, a Superintendência de Vigilância em Saúde e o IVISA-Rio estão em discussão com a Coordenação Geral de Vigilância de Zoonoses e Doenças de Transmissão Vetorial do Ministério da Saúde para a implementação de um projeto que visa o aprimoramento das ações de controle da LVC, a partir do uso de coleiras com deltametrina 4%, tendo em vista que esta é uma das medidas de controle em cães.



Na ótica da comunicação de risco, a equipe da Assessoria de Comunicação (ASCOM) da SMS-RJ desenvolveu peças para comunicação e sensibilização nos territórios.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dar luz à leishmaniose visceral no cenário epidemiológico do MRJ é o ponto de partida para o encadeamento da preparação e resposta a esta potencial emergência de saúde pública. Apesar da caracterização das mudanças no cenário epidemiológico da LV no MRJ apresentadas, existem algumas questões cruciais e para as quais ainda buscamos respostas: Qual a real extensão do problema? Quais são os fatores de risco para as populações? Como avaliar o impacto das intervenções de controle e como antecipar as epidemias?

A urbanização da doença demonstra a limitação das medidas de mitigação e controle nacionalmente adotadas até o momento, nos impondo a necessidade de ampliar os investimentos nos diferentes fatores intervenientes. A SMS-Rio, por meio de seu grupo técnico, representado por todas as áreas técnicas envolvidas, tem articulado ações e planejado melhor caracterização e mitigação desse agravo.

O engajamento de toda a rede municipal de vigilância em saúde e de assistência à saúde, nos seus diferentes níveis, bem como da sociedade civil, é crucial para a identificação precoce dos casos, ações de vigilância e o direcionamento das medidas de controle vetorial, de reservatórios e, por fim, de casos humanos, a fim de reduzir assim a morbimortalidade pela doença.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 1. ed., 5. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

GONTIJO, Célia Maria Ferreira et.al. **Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas**. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2004, v.7(3), pp.338-348. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1415-790X2004000300011>>. Acessado em 16/08/2022.

LIMA, Ricardo Goes de et al. **Perfil epidemiológico da leishmaniose visceral no Brasil, no período de 2010 a 2019**. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021, v. 13(4), pp. 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e6931.2021>.

MARZOCHI, Mauro Celio de A. et al. **Leishmaniose visceral na cidade do Rio de Janeiro - Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1985, v. 1, n. 1 [Acessado 11 Agosto 2022] , pp. 5-17. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1985000100002>>.

OLIVEIRA, Janaina Michelle de O. et al. **Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2010, v.43(2), pp.188-193 .Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822010000200016>>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Plano de Ação para Fortalecer a Vigilância e Controle da Leishmaniose nas Américas 2017-2022** [Internet]. Washington D.C.: OPAS; 2017. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34144>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Leishmanioses: Informe epidemiológico das Américas**. Núm. 10, dezembro de 2021. [Internet]. Washington, D.C.: OPAS; 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55386>.