

Leishmaniose tegumentar americana: perfil e controle da doença no extremo oeste do Brasil

Victor Cavalcante Muricy¹, Aline Ferreira da Silva¹, Maria Gabriela Silva Guimarães¹, Paula Rubia Jornada Bastos¹, Ana Caroline Santana dos Santos¹, Pedro Henrique de Almeida Andrade¹, Mônica da Silva-Nunes^{2*}

¹Graduando de Medicina, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil, ² Professora do Curso de Medicina, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil. *monicamamtra@gmail.com

Recebido em: 12/11/2020

Aceito em: 10/02/2021

Publicado em: 20/03/2021

RESUMO

A Leishmaniose Tegumentar Americana, causada pelo protozoário *Leishmania* e transmitida pelo vetor flebotomíneo, é uma importante doença no Brasil, em especial no Acre. Este estudo descreve o perfil epidemiológico e avalia o programa de controle da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) em Mâncio Lima (AC) entre 2012 e 2013. As fichas de notificação dos casos confirmados de LTA do município foram revisadas e as frequências comparadas utilizando-se o Teste Exato de Fisher ou Qui-quadrado. Notificaram-se 45 casos de LTA, com um coeficiente de detecção de 29,6 casos por 10.000 habitantes. Os casos ocorreram mais em homens (97,8%), em moradores da zona rural (64,4%) e com ocupação relacionada a agricultura (60%). Houve apenas um caso alóctone (de Cruzeiro do Sul), com predomínio da forma cutânea (84,4%) e um número considerável de recidivas (42,9%). O diagnóstico foi confirmado preferencialmente pelo exame parasitológico direto (68,9%), sendo a intradermorreação de Montenegro pouco utilizada (31,1%). Criou-se uma ficha de avaliação do controle da doença com 15 dimensões a serem analisadas, em que o município cumpriu apenas com 41,9% do proposto pelo Ministério da Saúde. Há no local uma deficiência de recursos humanos para a execução dos testes diagnósticos necessários e para o preenchimento da ficha de notificação, portanto melhorias na rede de atenção básica são importantes para o controle adequado dessa endemia na região.

Palavras-chave: Leishmaniose Tegumentar Americana. Vigilância. Perfil epidemiológico. Amazônia. Acre.

American tegumentary leishmaniasis: disease profile and control in the extrem west of Brazil

ABSTRACT

American Tegumentary Leishmaniasis, caused by the protozoan *Leishmania* and transmitted by the vector phlebotomine, is an important disease in Brazil, especially in Acre. This study describes the epidemiological profile and evaluates the American Tegumentary Leishmaniasis (LTA) control program in Mâncio Lima (AC) between 2012 and 2013. Leishmaniasis case files were reviewed and frequencies compared using the Fisher Exact Test or Chi-square. There were 45 cases recorded, with a detection coefficient of 29.6 cases per 10,000 inhabitants (45 cases, and population of 15,206). Cases were more frequent in males (97.8%), rural dwellers (64.4%) and agriculture-related occupations (60%). There was only one allochthonous case (Cruzeiro do Sul), with predominance of cutaneous form (84.4%) and a considerable number of recurrences (42.9%). The diagnosis was confirmed preferentially by direct parasitological examination (68.9%), with intradermal test being poorly used (31.1%). A disease control

assessment form was created with 15 dimensions to be analyzed, in which the municipality complied with only 41.9% of that proposed by government. There is an apparent lack of human resources for diagnosis and case notification, and therefore improvements in the basic public health system are needed for efficient disease control.

Keywords: American Cutaneous Leishmaniasis. Surveillance. Epidemiological profile. Amazônia. Acre.

INTRODUÇÃO

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) possui como fator etiológico protozoários do gênero *Leishmania* transmitidos pela picada de flebotomíneos de diversas espécies, que atuam como vetores da doença (BRASIL, 2013). É uma antroponose com distribuição mundial de elevada prevalência em áreas tropicais e subtropicais; e no continente americano há casos registrados do extremo sul dos Estados Unidos ao norte da Argentina (BRASIL, 2013; LAINSON et al., 1994).

Os programas de controle de doenças do Ministério da Saúde baseiam-se na detecção de casos suspeitos, investigação clínico-epidemiológica, investigação de contatos, tratamento (seja ele supervisionado ou não) e medidas de controle da transmissão (BRASIL, 2013).

A LTA passou a ser diagnosticada em todo território brasileiro a partir de 2003 (BRASIL, 2007). Em 2004, o estado do Acre já possuía o maior coeficiente de detecção da doença (257,41/100.000 habitantes) (OLIART-GUZMÁN et al., 2013).

Até 1996, no entanto, o Programa Nacional de Controle da Leishmaniose Tegumentar concedia informações apenas para a produção de relatórios padronizados com indicadores operacionais, consolidando-se os dados para unidades federadas (BRASIL, 2007). A LTA, portanto, não possuía uma vigilância epidemiológica adequada e o programa era voltado para o diagnóstico precoce da doença, tratamento adequado dos casos e redução do contato do homem com o vetor através de medidas ambientes e de proteção individual (OLIART-GUZMÁN et al., 2013).

Posteriormente, o sistema de informação do programa de controle da leishmaniose tegumentar passou por um processo de reestruturação, e o componente de vigilância do programa reestruturado possibilitou avaliar a viabilidade de construção de um banco de dados na escala de localidade para orientar ações de controle direcionadas à redução da incidência e do risco de transmissão da LTA (OLIART-GUZMÁN et al., 2013).

O Programa de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana (PV-LTA) prioriza o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos detectados, reduzindo as

deformidades provocadas pela doença (BRASIL, 2013). Além disso, são objetivos específicos do PV-LTA: identificar e monitorizar unidades territoriais de relevância epidemiológica; investigar e caracterizar surtos; monitorizar formas graves com destruição de mucosas; identificar precocemente os casos autóctones em áreas consideradas não-endêmicas; reduzir o número de casos em áreas de transmissão domiciliar; adotar medidas de controle pertinentes após investigação epidemiológica em áreas de transmissão domiciliar e monitorizar os eventos adversos aos medicamentos (BRASIL, 2013). A epidemiologia da leishmaniose é dicotômica, com surtos epidêmicos advindos do processo de desmatamento para a expansão agrícola e construção de rodovias, seguidos de casos em áreas de colonização antiga associada ao processo de urbanização das periferias de centros urbanos (CAMPBELL-LENDRUM et al., 2001). A crescente adaptação do vetor aos ambientes próximos às moradias, possibilitada pela intervenção do homem no meio ambiente, justifica o achado até o momento (AMPUERO et al., 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde, em 2016 foram diagnosticados 12.690 casos novos de LTA no Brasil, sendo o maior número de notificações advindos da Região Norte a qual contribuiu com 5.075 casos (cerca de 40% do total no período) (BRASIL, 2021). Entre 1990 a 2008, a taxa média de incidência na região foi de 83 por 100.000 habitantes, valor quase cinco vezes superior à média nacional (17 por 100.000 habitantes) (OLIART-GUZMÁN et al., 2013). Tais dados revelam a importância da região Amazônica não só na epidemiologia, mas também na transmissão da LTA no Brasil, devido ao grande número de vetores e reservatórios que favorecem a circulação de diversas espécies de *Leishmania* (LAINSON et al., 1994).

O objetivo deste estudo foi avaliar a adequação do programa de controle e tratamento da leishmaniose tegumentar americana no município de Mâncio Lima, no interior do Acre, bem como identificar as características clínicas e epidemiológicas dos casos.

MATERIAL E MÉTODOS

Área e população de estudo

Mâncio Lima, município do estado do Acre, criado em 1977, proveniente de um povoado denominado Vila Japiim, situa-se na fronteira com o Peru e é considerada a cidade mais ocidental do Brasil. Possui uma população de 17.545 habitantes, sendo

42,46% residente da zona rural. A população estimada em 2018 no município foi de 18.638 habitantes. Ocupa uma área de 5474,51 km² e está situada a 560 km a noroeste de Rio Branco. A cidade possui limites territoriais com o Estado do Amazonas ao norte, com o Peru ao sul e a oeste, com o município de Rodrigues Alves a leste e a nordeste com o município de Cruzeiro do Sul. Possui clima tropical, com temperatura média anual de 25,4° C, e na maior parte do ano a pluviosidade é significativa (2212 mm de pluviosidade média) (GOVERNO DO ACRE, 2017). A vegetação nativa da região é composta por floresta aberta com grande concentração de bambu, entremeada por áreas de floresta densa e campinaranas.

O índice de desenvolvimento humano (IDH) do município, em 2010, segundo dados do IBGE, foi de 0.625, com uma taxa de mortalidade infantil média de 14.53 para 1.000 nascidos vivos, e uma taxa de internações por diarreias de 2.8 para 1.000 habitantes. Já a taxa de analfabetismo da população maior de 15 anos do município foi de 23,1, enquanto no estado do Acre essa taxa foi de 16,6% no mesmo ano (GOVERNO DO ACRE, 2017).

Em se tratando do território/ambiente, 8% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado, enquanto 7.5% dos domicílios urbanos situam-se em vias públicas com arborização e apenas 4.7% dos domicílios urbanos em vias públicas contam com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (GOVERNO DO ACRE, 2017).

Coleta de dados clínico-epidemiológicos para LTA

As informações dos casos de LTA no município de Mâncio Lima, notificados entre Janeiro de 2012 e Dezembro de 2013, foram obtidas no serviço de vigilância epidemiológica da cidade, no final de 2013. Os dados clínicos e epidemiológicos da doença foram coletados por meio de consulta às fichas de notificação da LTA utilizadas pelo Ministério da Saúde na unidade notificadora, os quais foram digitados no programa SPSS Statistics 20. Foram analisadas as seguintes variáveis: ano de notificação, local de residência, sexo, idade, escolaridade, raça, profissão, tipo de caso (novo ou recidiva), forma clínica, realização de testes diagnósticos, número de lesões, droga utilizada no tratamento, dose prescrita e tempo de tratamento.

Avaliação das fichas de notificação de LTA

A avaliação das fichas de notificação foi separada por blocos, sendo eles: características epidemiológicas do paciente (idade, sexo, raça, ocupação e zona de moradia), características clínicas (forma clínica, leishmaniose anterior ou recidiva), formas de diagnóstico (intradermorreação de Montenegro, exame parasitológico direto e exame histopatológico) e variáveis relacionadas ao tratamento (droga prescrita, dose utilizada e tempo de tratamento).

Consideraram-se casos confirmados de LTA apenas as fichas que continham informações sobre lesões cutâneas ou mucosas, com preenchimento do critério clínico-laboratorial mínimo, definido pelo Ministério da Saúde: (1) residência, procedência ou deslocamento em/para área com confirmação de transmissão; (2) um exame laboratorial positivo (encontro do parasito nos exames parasitológicos diretos e/ou indiretos) ou intradermorreação de Montenegro positiva, ou ainda outros métodos diagnósticos positivos.

Avaliação do programa de controle da LTA

Com o intuito de avaliar o programa de controle da LTA em Mâncio Lima, foi criada uma ficha de avaliação da doença baseada no Manual de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (2013). Para isso, 15 “dimensões” foram estudadas, sendo elas: capacitação, detecção ativa de casos, detecção passiva de casos, diagnóstico clínico e epidemiológico, investigação epidemiológica nas UBS, diagnóstico imunológico, diagnóstico parasitológico, diagnóstico histopatológico, sorologia para HIV, equipe de profissionais envolvidos no manejo de pacientes com LTA, tratamento, medidas preventivas, vigilância, controle químico e educação em saúde.

Posteriormente, atribuiu-se uma pontuação específica para cada “dimensão” de acordo com o número de itens pertencentes as mesmas, como descrito a seguir:

Na dimensão “capacitação” foi avaliada a existência de treinamento profissional para a equipe de endemias do município (1 ponto). Para a “detecção ativa de casos” avaliou-se a busca ativa de residentes em áreas de transmissão de LTA; enquanto para a “detecção passiva de casos” foi analisada a detecção de casos nas UBS (1 ponto para cada uma dessas dimensões).

Na dimensão “diagnóstico clínico e epidemiológico” investigou-se a existência de um responsável pela identificação de casos de LTA; a periodicidade das consultas durante o tratamento e a periodicidade das consultas após o tratamento (3 pontos). A “investigação epidemiológica”, por outro lado, usou como parâmetro para a pontuação a existência de um responsável pela investigação epidemiológica nas UBS do município (1 ponto).

O “diagnóstico imunológico” usou 3 itens: a disponibilidade de microscopistas para a realização da Intradermoreação de Montenegro (IDRM), a disponibilidade do antígeno para a IDRM e a capacitação dos profissionais para a realização do exame (3 pontos). Em paralelo, o “diagnóstico parasitológico” pontuou de acordo com a disponibilidade do exame parasitológico e a presença de profissionais capacitados para a análise laboratorial (2 pontos); com o “diagnóstico histopatológico” pontuando apenas a existência de biópsia no município (1 ponto).

Posteriormente, a dimensão “sorologia para HIV” analisou a disponibilidade do município em ofertar exame sorológico para HIV, para paciente diagnosticados com LTA (1 ponto). Já a dimensão “profissionais” foi avaliada de acordo com a presença de um profissional capacitado pela busca ativa de casos, e a existência de uma equipe multiprofissional (2 pontos).

O “tratamento” foi o que obteve a maior quantidade de itens a serem julgados, sendo eles: a prescrição de antimonial pentavalente e sua oferta no local; a disponibilidade de drogas de segunda linha; a supervisão regular do tratamento por 12 meses; a disponibilidade das medicações nas UBS; o acompanhamento regular após o término do tratamento; o acesso da população rural e ribeirinha aos serviços de saúde; a conduta em caso de abandono ao esquema terapêutico e a conduta em caso de recidiva da doença (9 pontos).

A dimensão “medidas preventivas” teve como objetivo a análise de medidas preventivas padronizadas para a orientação da população (1 ponto), procurando-se, também, a existência de um responsável pela ficha de investigação da LTA, a investigação dos pacientes que evoluíram para óbito e a presença de vigilância entomológica através da dimensão intitulada “vigilância” (3 pontos).

O “controle químico”, por fim, permitiu avaliar a conduta tomada em áreas com mais de um caso humano de LTA no período de 6 meses; enquanto a “educação em

saúde” foi a dimensão responsável pela análise da implantação de um programa de educação em saúde no município (1 ponto cada).

Após a avaliação do controle das doenças no município, foi considerada “totalmente satisfatória” as dimensões em que todos os itens estavam de acordo com preconizado pelo ministério da saúde, “totalmente insatisfatória” aquelas em que todos os itens se mostraram inadequados ou ausentes e, “parcialmente satisfatória” as dimensões em que nem todos os itens estavam adequados.

Análise estatística

Para as análises estatísticas utilizou-se o software SPSS para Windows versão 20. Duas ou mais proporções foram comparadas com o Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher. As variáveis contínuas foram analisadas com o Teste de Anova. As diferenças foram consideradas significativas quando a probabilidade (P) da ocorrência do evento foi inferior a 5% ($P < 0,05$).

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Acre, CEP Ufac, Protocolo nº 22645713.9.0000.5010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Avaliação da execução do programa de vigilância epidemiológica da Leishmaniose Tegumentar Americana

Dos 31 itens avaliados, o município de Mâncio Lima cumpriu apenas com 41,9% do total, sendo os demais considerados inadequados ou ausentes. Desse modo, apenas 4 dimensões foram “totalmente satisfatórias”, sendo elas: capacitação, detecção passiva de casos, investigação epidemiológica nas UBS e vigilância. Por outro lado, 7 dimensões mostraram-se “totalmente insatisfatórias”: detecção ativa de casos, diagnóstico histopatológico, sorologia para HIV, profissionais, medidas preventivas, controle químico e educação em saúde. As 4 dimensões restantes foram “parcialmente satisfatórias”: diagnóstico clínico e epidemiológico, diagnóstico imunológico, diagnóstico parasitológico e tratamento (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação da execução do Programa de Vigilância Epidemiológica da Leishmaniose Tegumentar Americana

Dimensão	Pontos Máximos	Σ da pontuação	Σ da pontuação
		obtida	obtida
		N	%
Capacitação	1,0	1,0	100,0
Detecção ativa de casos	1,0	00	00
Detecção passiva de casos	1,0	1,0	100,0
Diagnóstico clínico e epidemiológico	3,0	1,0	33,3
Investigação epidemiológica nas UBS	1,0	1,0	100,0
Diagnóstico Imunológico	3,0	1,0*	33,3
Diagnóstico parasitológico	2,0	1,0	50,0
Diagnóstico histopatológico	1,0	00	00
Sorologia para HIV	1,0	00	00
Profissionais da equipe	2,0	00	00
Tratamento	9,0	4,0	44,4
Medidas preventivas	1,0	00	00
Vigilância	3,0	3,0	100,0
Controle químico	1,0	00	00
Educação em saúde	1,0	00	00
TOTAL	31,0	13,0	41,9

Características clínico-epidemiológicas dos casos confirmados

Foram notificados somente 45 casos de LTA em Mâncio Lima, no período de Janeiro de 2012 a Dezembro de 2013 – 34 casos em 2012 e 11 casos em 2013 – o que alerta tanto para casos subnotificados, quanto para casos não detectados da doença. Em se tratando da unidade notificadora, houve apenas um caso alóctone (importado do município de Cruzeiro do Sul) e em 4 casos, a unidade de notificação não foi informada. Além disso, 28.9% das notificações foram realizadas no hospital do município, dado que sugere uma falha na atenção primária e a importância da atenção secundária na localidade.

Quanto aos extremos de idade, a idade mínima foi 7 e a máxima 70 anos, não sendo notificado nenhum caso em menores de 10 anos e apenas 2 casos em pacientes maiores de 60. É possível, portanto, que os pacientes com LTA no município adquiram a doença em locais afastados do domicílio já que os idosos e as crianças menores 5 anos tendem a permanecer a maior parte do tempo no ambiente intra e peri-domiciliar.

Avaliando-se o sexo, percebe-se que a LTA em Mâncio Lima é uma doença majoritariamente masculina, com 44 casos (97.8%) em homens, e apenas uma mulher acometida. Em relação à ocupação, a agricultura lidera com 27 casos (60% do total), seguida das profissões de agente indígena de saúde (1 caso); estudante (1 caso); soldador (1 caso), sendo que 15 pacientes não tiveram sua profissão informada na ficha de notificação. Ao todo, 26.7% dos casos vieram da zona urbana e 64.4% da zona rural, o restante teve a informação ignorada. Ao se confrontar a ocupação do paciente com a área em que residia, dos 27 agricultores, 20 eram provenientes da zona rural; apenas 5 da zona urbana; e 2 tiveram a informação ignorada. Já o agente indígena de saúde e o estudante, ambos provinham da zona rural; e o soldador não teve a informação registrada na notificação. Pode-se dizer, portanto, que o homem que trabalha no ambiente rural (81.48%) está mais sujeito a ser infectado pela *Leishmania*, comparando-se com aqueles que trabalham na zona urbana (18.51%).

Em se tratando das características clínicas da LTA no município acreano, 84.4% dos pacientes apresentavam lesão cutânea e 15.6% lesão mucosa. Ao serem avaliadas possíveis recidivas mucosas – reaparecimento de lesão leishmaniótica em mucosa no período de até um ano após a cura da lesão cutânea - 3 pacientes (42.9%) com LTA mucosa possuíam cicatriz de LTA cutânea, sendo que todos foram diagnosticados ou pelo exame parasitológico direto ou pela Intradermorreação de Montenegro (IDRM).

Em relação aos exames diagnósticos disponíveis no município, 31 pacientes (68.9%) fizeram o exame parasitológico direto e 1 deles teve o diagnóstico confirmado também pela IDRM. Dos 14 pacientes (31.1%) que não realizaram o parasitológico direto, 13 foram diagnosticados pela IDRM e 1 não realizou nenhum exame (tratado apenas pela suspeição clínico-epidemiológica). A histopatologia, por sua vez, não é um recurso disponível em Mâncio Lima.

Por fim, de todos os casos de LTA notificados no período, apenas 4 pacientes foram acompanhados a fim de avaliar a cura da doença; o restante não obteve constatação da cura clínica caracterizando abandono do tratamento.

O coeficiente de detecção de casos de LTA do Acre é o maior do Brasil desde 2002, com um coeficiente de 98,0 casos por 100.000 habitantes em 2016, sendo superior ao do Amapá (79,6 casos por 100.000 habitantes), de Rondônia (47,6 casos por 100.000 habitantes) e do Mato Grosso (50,4 casos por 100.000 habitantes) para o mesmo ano (BRASIL, 2021).

Em 2009, foram notificados 906 casos de leishmaniose tegumentar americana no Acre, e a maior parte (53,2%) ocorreu nos municípios de Rio Branco, Xapuri, Brasileia e Sena Madureira. Cerca de 80,9% dos casos incidiram em indivíduos com mais de 10 anos de idade e 72,1% em pessoas do sexo masculino. Apenas 19,6% eram da forma mucosa (BRASIL, 2011).

Demograficamente, a LTA em Mâncio Lima, comporta-se de forma semelhante à descrita em outros municípios do Acre (da Silva-Nunes et al., 2008). Houve predomínio da doença em adultos do sexo masculino, com menor prevalência nos extremos de idade. A atividade agrícola foi a ocupação mais frequente, aliada ao contato com o ambiente rural que favorece a transmissão da *Leishmania*. O caráter ocupacional da LTA, associado principalmente com trabalhadores da zona rural, é uma característica defendida também por TEMPONI et al., (2018). Esses dados, no entanto, diferem de alguns estudos realizados em São Paulo, onde a LTA atingiu mais crianças e estudantes, e menos adultos com ocupações relacionadas ao meio ambiente (MENSATO; CUNHA, 2007; SUCEN, 2004).

O diagnóstico da LTA em Mâncio Lima é realizado, em sua maioria, através do exame parasitológico direto, demonstrando a presença de microscopistas treinados no município. A utilização desse método diagnóstico significa um atendimento com maior custo-benefício ao paciente infectado, por ser menos oneroso para o estado e permitir uma confirmação adequada da doença (BRASIL, 2013). Sugere-se, portanto, atualização técnica constante dos servidores, bem como atividades de capacitação contínuas a fim de ampliar o acesso a esse exame, por ser mais rápido, de menor custo e de fácil execução. Em estudo realizado na Amazônia peruana, técnicos de saúde foram capacitados para o diagnóstico e acompanhamento clínico dos casos de LTA notificados em San Martín de Pangoa, Peru (GUTHMANN et al., 2005). Com isso, observou-se a melhoria do diagnóstico e acompanhamento dos pacientes. Esse treinamento poderia inclusive auxiliar no correto preenchimento das fichas de notificação e sanar as deficiências encontradas na vigilância epidemiológica do município (BRASIL, 2013).

A intradermoreação de Montenegro (IDRM), embora menos utilizada, também é um recurso disponível no município. A IDRM fundamenta-se na indução da resposta de hipersensibilidade celular retardada. Geralmente, persiste positiva após o tratamento, ou cicatrização da lesão cutânea que foi curada espontaneamente ou com medicação, podendo negatar nos indivíduos fraco-reatores e naqueles precocemente tratados. Em

áreas endêmicas, no entanto, a IDRМ positiva pode ser interpretada como leishmaniose anterior ou mesmo aplicação anterior de antígeno para realização do teste, exposição ao parasito sem desenvolvimento da LTA (infecção), alergia ao diluente da IDRМ ou reação cruzada com outras doenças (como doença de Chagas, esporotricose, hanseníase virchowiana, tuberculose e cromomicose). Dessa forma, em áreas endêmicas, mesmo na ausência de lesão ativa ou cicatriz, o exame pode positivar em 20 a 30% dos casos (BRASIL, 2013). Isso significa que em Mâncio Lima, devido a elevada prevalência de LTA, a IDRМ talvez não seja o melhor método para o diagnóstico da doença, tendo em vista sua baixa especificidade diagnóstica.

O acompanhamento dos pacientes também tem sido insatisfatório, visto que apenas 4 pacientes foram avaliados após o término do tratamento. Portanto, supõe-se que Mâncio Lima encontra dificuldades no acompanhamento longitudinal dos pacientes, orientando-se um maior vínculo das unidades de saúde local com a população. Dessa forma, há oportunidade de flagrar recidivas da doença e falha terapêutica, minimizando os danos causados pela leishmaniose (BRASIL, 2013).

O município cumpriu com menos da metade do proposto no Manual de Vigilância do Ministério da Saúde (2013), alertando para a necessidade de melhoria no controle da Leishmaniose Tegumentar Americana. Em Mâncio Lima, a suspeição e investigação dos casos de LTA é feita exclusivamente por médicos, havendo escassez de equipe multidisciplinar capacitada para a busca ativa de casos e orientação da população a respeito da doença, medidas de controle individuais e coletivas para a prevenção da infecção pela *Leishmania*.

Entre as medidas preventivas individuais poderia ser orientado aos moradores do município: uso de repelentes nos ambientes onde os vetores possam ser encontrados, evitar a exposição nos horários de atividades do vetor (crepúsculo e noite), manejo do ambiente através da limpeza de quintais e terrenos visando alterar as condições ambientais que facilitem o estabelecimento de criadouros para formas imaturas do vetor, poda de árvores a fim de aumentar a insolação e diminuir o sombreamento do solo favorável ao desenvolvimento de larvas do flebotomíneo, destino adequado do lixo orgânico evitando-se mamíferos comensais no peridomicílio (ex. roedores), os quais são fontes de infecção para o mosquito, limpeza periódica dos abrigos de animais domésticos e manutenção desses animais distantes do intradomicílio à noite (BRASIL, 2013).

Entre as medidas de prevenção coletivas, sugere-se a adoção do controle químico ainda ausente no município, feito através da utilização de inseticidas de ação residual. Essa medida se aplica apenas para o flebotômio adulto, e objetiva evitar e reduzir o contato do inseto transmissor da doença com a população humana exposta no domicílio e, conseqüentemente, diminuir o risco de transmissão da doença (BRASIL, 2013).

Além disso, é de fundamental importância a educação em saúde viabilizada pelos serviços de ações de vigilância e controle da LTA. Para isso, faz-se necessária a divulgação à população sobre a presença de LTA no município, orientando-se a respeito do reconhecimento de sinais clínicos para o diagnóstico e tratamento precoce; capacitação das equipes dos programas de agentes comunitário de saúde (PACS), saúde da família (PSF), vigilâncias ambiental e epidemiológica, além de outros profissionais inseridos na atenção básica; estabelecimento de parcerias institucionais, com a implementação de ações sanitárias como a limpeza pública e o destino adequado do lixo orgânico; criação de programa de educação em saúde, divulgando informações, educando e permitindo a comunicação entre a comunidade e serviços de saúde. Essas medidas permitem a detecção ativa de casos na comunidade por outros profissionais além do médico, aumentam o diagnóstico e tratamento precoces e evitam complicações da doença (BRASIL, 2013).

Orienta-se, também, o acompanhamento regular dos pacientes com LTA, pois ainda não há no município uma periodicidade das consultas durante ou após o tratamento. Entende-se como acompanhamento regular, o retorno mensal do doente a consulta durante os três meses consecutivos da conclusão do esquema terapêutico a fim de avaliar a cura clínica. Posteriormente, o acompanhamento passa a ser realizado de dois em dois meses até completar 12 meses do término do tratamento. Dessa forma, como em Mâncio Lima não há retorno do paciente à consulta, muitos casos são classificados como “abandono” do tratamento (BRASIL, 2013). Alerta-se, portanto, para a importância do acompanhamento da doença ao longo do tempo.

É importante ressaltar que o diagnóstico de certeza de um processo infeccioso é realizado pelo encontro do parasito, ou de seus produtos, nos tecidos ou fluidos biológicos do hospedeiro (BRASIL, 2013). No município, há uma escassez de microscopistas experientes para o diagnóstico parasitológico da doença; procedimento de primeira escolha, devido a sua rapidez, baixo custo e fácil execução. Acredita-se que

com a especialização em andamento dos microscopistas, a sensibilidade desse método diagnóstico aumente no local, trazendo benefícios para a população que ali reside. Em relação aos exames imunológicos, o teste de intradermorreação de Montenegro está disponível em Mâncio Lima, porém o antígeno utilizado fica por períodos prolongados (por mais de 3 meses) em falta no local. Assim, em caso de exame parasitológico negativo, alguns pacientes são tratados pelos achados clínico-epidemiológicos, já que em algumas situações não há outro método diagnóstico disponível.

Em Mâncio Lima o antimoníato de N-metilglucamina, droga de primeira escolha, é prescrita e está disponível, porém não havendo resposta satisfatória a essa droga ou em caso de contraindicação ao seu uso, não há no município disponibilidade de drogas de segunda linha (anfotericina B e pentamidinas) (BRASIL, 2013). Desse modo, gestantes e paciente com restrições ao uso do antimoníato (maiores de 50 anos, cardiopatas, nefropatas, hepatopatas e portadores de doença de Chagas), ficam sem arsenal terapêutico, devendo ser tratados em outros locais ou submetidos a risco de efeitos adversos da droga.

O acesso à população rural e ribeirinha ao tratamento é realizado apenas com o auxílio do assistente social do município. Portanto, devem ser tomadas medidas imediatas para a melhoria da assistência a essa população, sujeita a maior morbimortalidade pela leishmaniose. Para isso, sugere-se o acesso ao esquema terapêutico nas unidades básicas de saúde, que no momento encontra-se disponível apenas no hospital municipal, fortalecendo o vínculo com a unidade básica e atendendo uma parcela maior dos doentes (BRASIL, 2013).

CONCLUSÃO

O programa de controle da LTA no município de Mâncio Lima enfrenta várias dificuldades, com déficit de infraestrutura diagnóstica e de recursos humanos. Provavelmente está ocorrendo subnotificação da LTA devido a esses problemas na execução do programa. Além disso o tratamento da LTA é complexo, por ainda necessitar de tratamento endovenoso diário por um longo período, o que acarreta enormes dificuldades para as populações ribeirinhas e indígenas da Amazônia. A ampla distribuição geográfica da doença, a falta de equipe estruturada, as dificuldades inerentes ao tratamento, associadas ao cenário amazônico traz grandes obstáculos a realização do programa e contribui para a perpetuação dessa endemia.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Secretaria Municipal de Saúde de Mâncio Lima e as autoridades locais pela viabilização do estudo.

REFERÊNCIAS

AMPUERO, J.; MACÊDO, V.; MARSDEN, P. Características clínicas da leishmaniose tegumentar em crianças de 0 a 5 anos em uma área endêmica de *Leishmania (Viannia) braziliensis*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 39, n. 1, p. 22–26, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana**, 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 180 p.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Sistema nacional de vigilância em saúde**: Relatório de situação. Acre / Secretaria de Vigilância em Saúde. [Manual na internet]. 5. ed. Brasília (DF), 2011, 35 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/sistemanacionalvigilanciasaudeac5ed.pdf>. Acesso em: 3 nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2. ed. atual., Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 180 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS. Casos notificados de LTA em 2016. 2021**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinanet/cnv/ltabr.def>. Acesso em: 20 dez 2019.

CAMPBELL-LENDRUM, D.; DUJARDIN, J. P.; MARTTINEZ, E.; FELICIANGELI, M. D.; PEREZ, J. E.; SILANS, L. N. M. P; DESJEUX, P. Domestic and Peridomestic Transmission of American Cutaneous Leishmaniasis: Changing Epidemiological Patterns Present New Control Opportunities. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 96, n. 2, p. 159–162, 2001.

DA SILVA-NUNES, M.; CAVASINI, C. E.; SILVA, N. S.; GALATI, E. A. B. Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar e descrição das populações de flebotomíneos no município de Acrelândia, Acre, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 241-251, 2008.

GOVERNO DO ACRE. **Acre em Números 2017**. p. 178, 2017. Disponível em: <http://acre.gov.br/wp-content/uploads/2019/02/acre-em-numeros-2017.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2020.

GUTHMANN, J. P.; ARLT, D.; GRACIA, L. M. L.; ROSALES, M.; SANCHEZ, J. J.; ALVAREZ, E.; LONLAS, S.; CONTE, M.; BERTELLOTTI, C.; FOURNIER, C.; HUARI, R.; TOREELI, E.; LLANOS-CUENTAS, L. Control of mucocutaneous leishmaniasis, a neglected disease: Results of a control programme in Satipo Province, Peru. **Tropical Medicine and International Health**, v. 10, n. 9, p. 856–862, 2005.

LAINSON, R. SHAW, J. J., SILVEIRA, F. T., SOUZA, A. A. A. DE, BRAGA, R. R., ISHIKAWA, E. A. Y. The dermal leishmaniasis of Brazil, with special reference to the eco-epidemiology of the disease in Amazonia. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 89, n.3, p. 435-443, 1994.

MENSATO, L.; CUNHA, P. R. A urbanização da leishmaniose tegumentar americana no município de Campinas – São Paulo (SP) e região: magnitude do problema e desafios. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, v. 82, n. 6, p. 515-519, 2007.

OLIART-GUZMÁN, H.; MARTINS, A. C.; MANTOVANI, S. A. S.; BRANA, A. M. Características Epidemiológicas Da Leishmaniose Tegumentar Americana Na Fronteira Amazônica: Estudo Retrospectivo Em Assis Brasil, Acre. **Revista de Patologia Tropical**, v. 42, n. 2, p. 187–200, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS (SUCEN). Aspectos epidemiológicos do leishmaniose tegumentar americana no município de Ubatuba, litoral de São Paulo, Brasil, 1993-2003. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 331-332, 2004.

TEMPONI, A. O. D.; BRITO, M. G.; FERRAZ, M. L.; DINIZ, S. A.; SILVA, M. X.; CUNHA, T. N. Ocorrência de casos de leishmaniose tegumentar americana: uma análise multivariada dos circuitos espaciais de produção, Minas Gerais, Brasil, 2007 a 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 1-14, 2018.