

**BOLETIM
EPIDEMIOLÓGICO**

Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral

Nº 01 | 21/02/2025



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará
Elmano de Freitas da Costa

Secretária da Saúde do Ceará
Tânia Mara Silva Coelho

**Secretário Executivo de Vigilância
em Saúde**
Antonio Silva Lima Neto

**Coordenadora de Vigilância
Epidemiológica e Prevenção em Saúde**
Ana Maria Peixoto Cabral Maia

**Coordenadora de Vigilância Ambiental e
Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**
Roberta de Paula Oliveira

**Orientador da Célula de Vigilância e
Prevenção de Doenças Transmissíveis e
Não Transmissíveis**
Carlos Garcia Filho

**Orientador da Célula de Vigilância
Entomológica e Controle de Vetores**
Luiz Osvaldo Rodrigues da Silva

Elaboração e Revisão

Ana Paula Cunha Gomes
Carlos Henrique Moraes de Alencar
Emanuelle Mateus Torres
Francisco Cleiton Rodrigues da Silva
Iva Maria Lima Araújo Melo
Kellyn Kessiene de Sousa Cavalcante
Meirielyn dos Santos Lopes

APRESENTAÇÃO

O objetivo deste boletim é descrever os aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Visceral (LV) no estado do Ceará, no período de janeiro de 2007 à Semana Epidemiológica (SE) 40 de 2024, com base nos dados das Fichas de Notificação/Investigação de LV do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) e nas planilhas específicas de controle vetorial/reservatório canino, da Coordenadoria de Vigilância Epidemiológica e Prevenção em Saúde, e da Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Pretende-se aperfeiçoar a capacidade de elaboração, análise e monitoramento dos principais indicadores operacionais da LV, com base nas informações do Ministério da Saúde (MS) do Brasil



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

1 INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como Calazar, é uma zoonose crônica e sistêmica que, quando não tratada, pode evoluir para óbito em mais de 90% dos casos. Devido à magnitude da sua morbidade e mortalidade, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a LV uma das cinco doenças negligenciadas prioritárias para eliminação. Sua ocorrência está relacionada a fatores sociais e ambientais, o que pode influenciar diretamente a epidemiologia da doença.

2 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA LV

A vigilância epidemiológica da LV abrange desde a detecção de casos até sua confirmação, o registro da terapêutica, das variáveis básicas, o fluxo de atendimento e a comunicação das informações.

A LV humana é uma **doença de notificação compulsória semanal**. Todo caso suspeito deve ser notificado e investigado pelos serviços de saúde, por meio da Ficha de Investigação da LV do Sinan.

A **Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024**, atualmente vigente, especifica a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

Todo caso deve ser encerrado no Sinan, no período máximo de **60 dias**.

3 DEFINIÇÃO DE CASO

3.1 Caso Humano Suspeito

Todo indivíduo proveniente de área com transmissão de LV, apresentando febre e esplenomegalia; ou todo indivíduo de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartados os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

3.2 Caso Humano Confirmado

Laboratorial: A confirmação deverá preencher, no mínimo, um dos seguintes critérios:

- ✓ Teste rápido imunocromatográfico reagente;
- ✓ Encontro do parasita no exame parasitológico direto ou na cultura;
- ✓ Imunofluorescência reativa com título de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos diferenciais.

Clínico-epidemiológico: Paciente de área com transmissão de LV, com suspeita clínica e sem confirmação laboratorial, mas com resposta favorável ao tratamento.

3.3 Outras Classificações de Caso

Caso novo: Confirmação da doença por um dos critérios acima descritos pela primeira vez em um indivíduo ou o recrudescimento da sintomatologia após 12 meses da cura clínica, desde que não haja evidência de imunodeficiência.

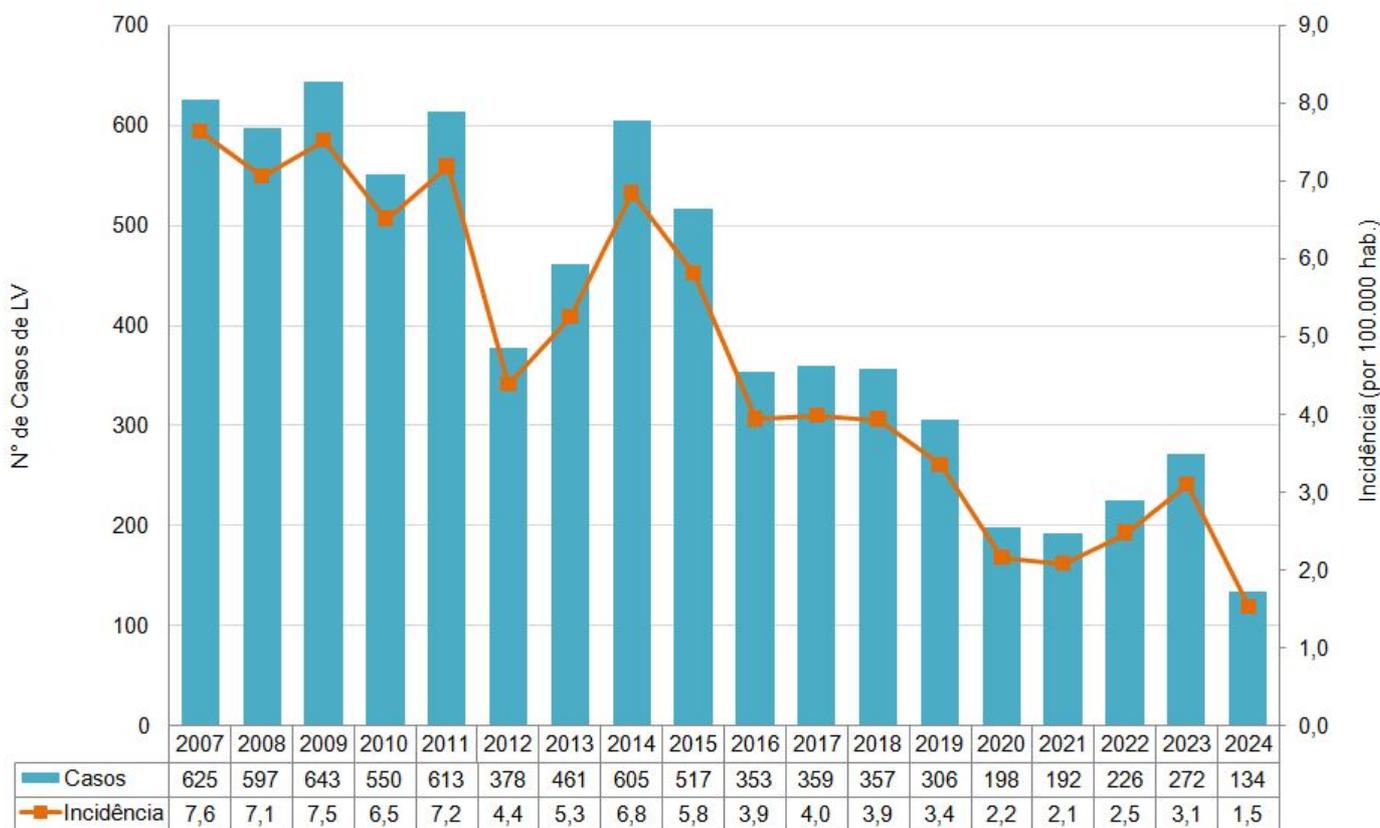
Recidiva: Recrudescimento da sintomatologia em até 12 meses após a cura clínica.

4 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

4.1 Cenário Epidemiológico da Leishmaniose Visceral no Estado do Ceará

No estado do Ceará, a LV é registrada desde a década de 1930. No entanto, passou a ser notificada de forma contínua a partir de 1986. Entre janeiro de 2007 e a Semana Epidemiológica (SE) 40 de 2024, foram registrados 7.386 casos humanos confirmados, com uma média anual de 410 casos. A maioria foi autóctone (6.364; 86,2%). Os coeficientes de incidência apresentaram declínio sustentável entre 2007 e 2012, aumentaram no biênio 2013-2014 e registraram nova redução entre 2015 e 2021, sugerindo uma melhoria na vigilância e controle da doença. Ressalta-se que os dados preliminares de 2024 sinalizam para um coeficiente de incidência inferior ao ano de 2023, representando uma redução de 52% (Figura 1).

Figura 1. Distribuição dos casos e coeficientes de incidência de LV (por 100.000 hab.), Ceará, 2007-2024* (N=7.386)



Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

Desde o ano de 2004, o MS adotou a estratificação de risco de LV para apoiar na definição de políticas públicas e orientar as ações de vigilância e controle no Brasil. A partir de 2013, a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a nova estratificação de risco de LV para apoiar na definição de políticas públicas e orientar as ações de vigilância e controle no Brasil. Disponível pelo Sistema de Informação das Leishmanioses–SisLeish, fundamenta-se no Indicador Índice Composto do triênio para LV (ICTLv), baseado no número médio de casos e na incidência média da doença.

Uma vez calculadas as médias dos últimos três anos de casos e incidência de LV (por 100.000 habitantes) para o estado ou municípios, calcula-se a média geral e o desvio padrão para cada indicador, seguidos pelos índices normalizados de casos e de incidências.

O ICTLv para cada unidade territorial analisada é categorizado pelo cálculo dos pontos de ruptura naturais, que permitem gerar cinco estratos de risco de transmissão: **baixo, médio, alto, intenso e muito intenso**. A última estratificação corresponde ao indicador “índice composto” do triênio 2021 a 2023 (Tabela 1).

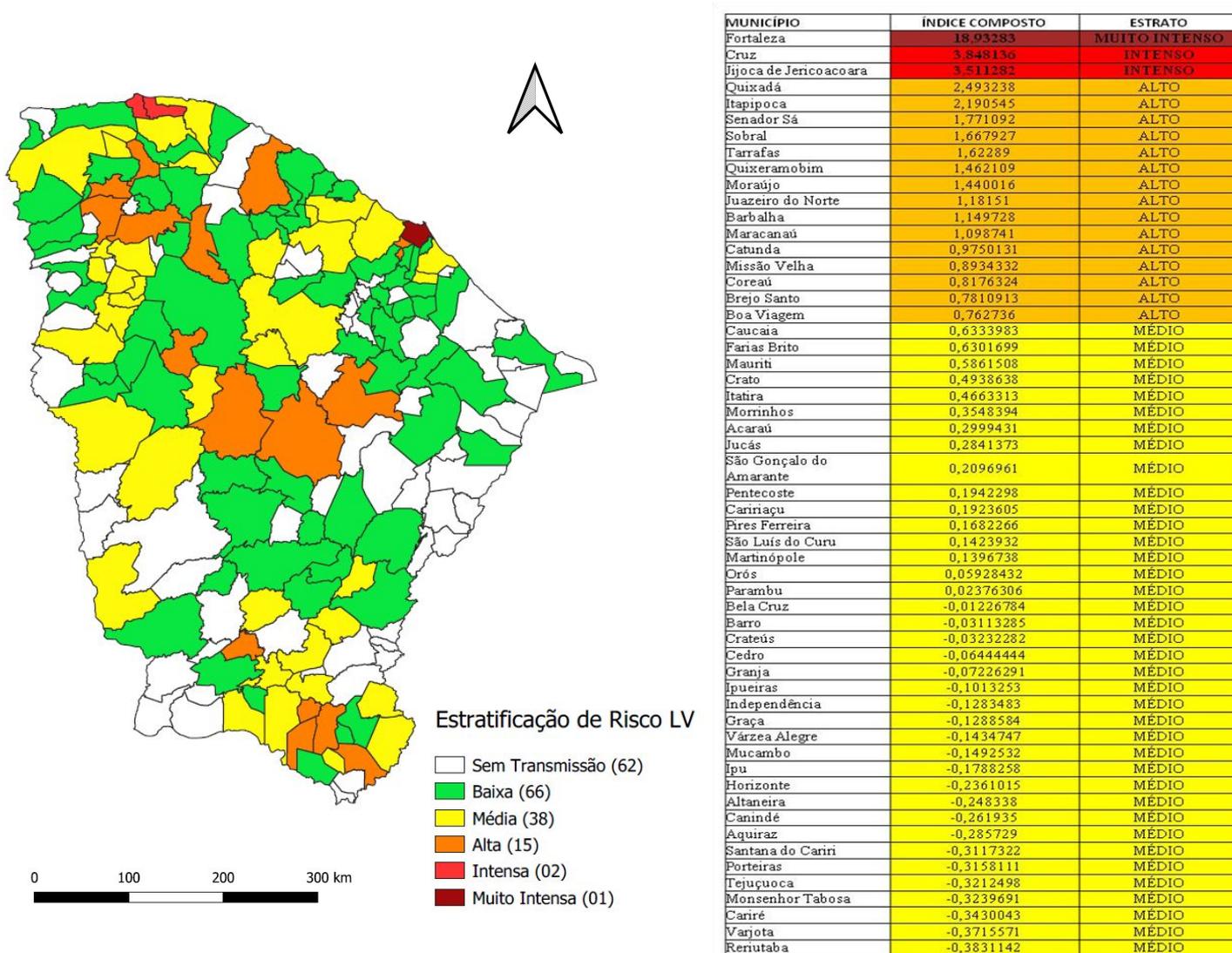
Tabela 1. Classificação da transmissão da LV segundo o indicador índice composto, 2021-2023

	Índice composto		Casos		Incidência	
 Muito intenso	7,04	----- 18,93	28,67	----- 48,67	28,34	----- 60,16
 Intenso	2,56	----- 7,04	11,33	----- 28,67	14,29	----- 28,34
 Alto	0,67	----- 2,56	5	----- 11,33	7,75	----- 14,29
 Médio	-0,4	----- 0,67	1,67	----- 5	3,43	----- 7,75
 Baixo	-1,24	----- -0,4	0,33	----- 1,67	0,03	----- 3,43

Fonte: OPAS, 2024.

Conforme a nova estratificação de risco definida para a LV, considerando-se o índice composto do triênio 2021 a 2023, o estado do Ceará possui 122 (66,3%) municípios com transmissão de LV, sendo 66 (54,1%) de baixa transmissão, 38 (31,1%) de média transmissão; e 18 (14,7%) municípios prioritários. Destes, um foi classificado como transmissão muito intensa (Fortaleza); dois como transmissão intensa (Cruz e Jijoca de Jericoacoara) e 15 como transmissão alta (Quixadá, Itapipoca, Senador Sá, Sobral, Tarrafas, Quixeramobim, Moraújo, Juazeiro do Norte, Barbalha, Maracanaú, Catunda, Missão Velha, Coreaú, Brejo Santo e Boa Viagem) (Figura 2).

Figura 2. Mapa da nova estratificação de risco da LV no estado do Ceará, 2021-2023



Fonte: BRASIL, 2024. Dados de 2021 a 2023, sujeitos à alteração.

A Tabela 2 mostra as frequências dos casos confirmados de LV segundo escolaridade, raça/cor e zona de residência. Observa-se que 34,0% não responderam o campo escolaridade, fato que prejudica uma melhor compreensão dessa variável. No tocante à raça/cor, 84,0% declararam ser parda, e a zona de residência urbana foi informada por 71,8% dos casos.

Tabela 2. Frequências dos casos de LV segundo escolaridade, raça/ cor e zona de residência, Ceará, 2007-2024* (N=7.386)

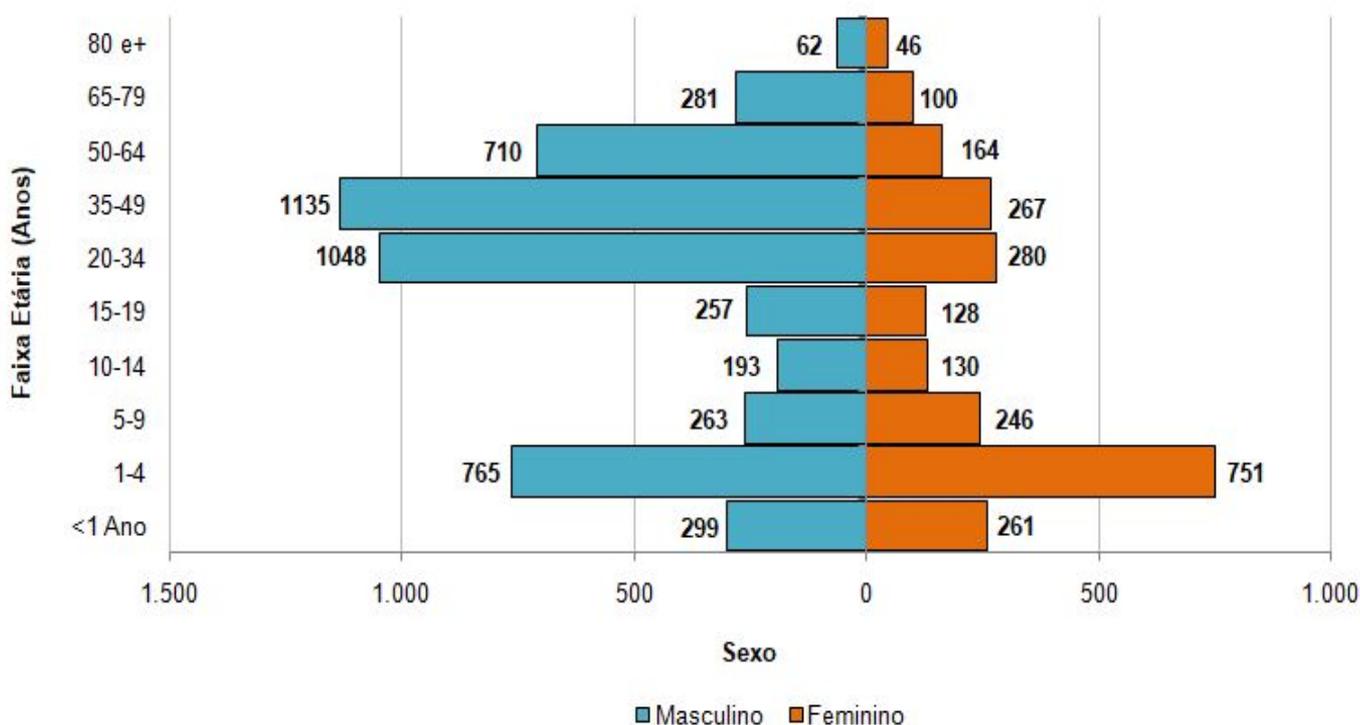
Escolaridade	n	%
Analfabeto	212	2,9
Ensino fundamental incompleto	1259	17,0
Ensino fundamental completo	441	6,0
Ensino médio incompleto	220	3,0
Ensino médio completo	346	4,7
Educação superior incompleta	27	0,4
Educação superior completa	45	0,6
Não se aplica	2328	31,5
Ign./Branco	2508	34,0
Raça	n	%
Parda	6203	84,0
Branca	527	7,1
Preta	182	2,5
Indígena	34	0,5
Amarela	29	0,4
Ign/Branco	411	5,6
Zona Residência	n	%
Urbana	5306	71,8
Rural	1783	24,1
Periurbana	64	0,9
Ign./Branco	233	3,2

Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

A distribuição dos casos confirmados segundo os grupos populacionais mostra um predomínio da doença no sexo masculino (67,9%), especialmente em adultos de 20 a 49 anos (2.183; 43,5%). Vale ressaltar que os casos de LV no sexo masculino sugerem a presença de fatores hormonais e ligados à exposição ao vetor como responsáveis pelo aumento do risco de transmissão da doença (Figura 3).

No sexo feminino, os casos foram mais frequentes em crianças de 1 a 9 anos (997; 42,0%). De maneira geral, os casos em idosos representaram 11,8%, em adolescentes 9,6% e crianças 7,6%, corroborando que o risco de adoecer foi maior nos idosos, com 4,0 casos por 100.000 habitantes (Figura 3).

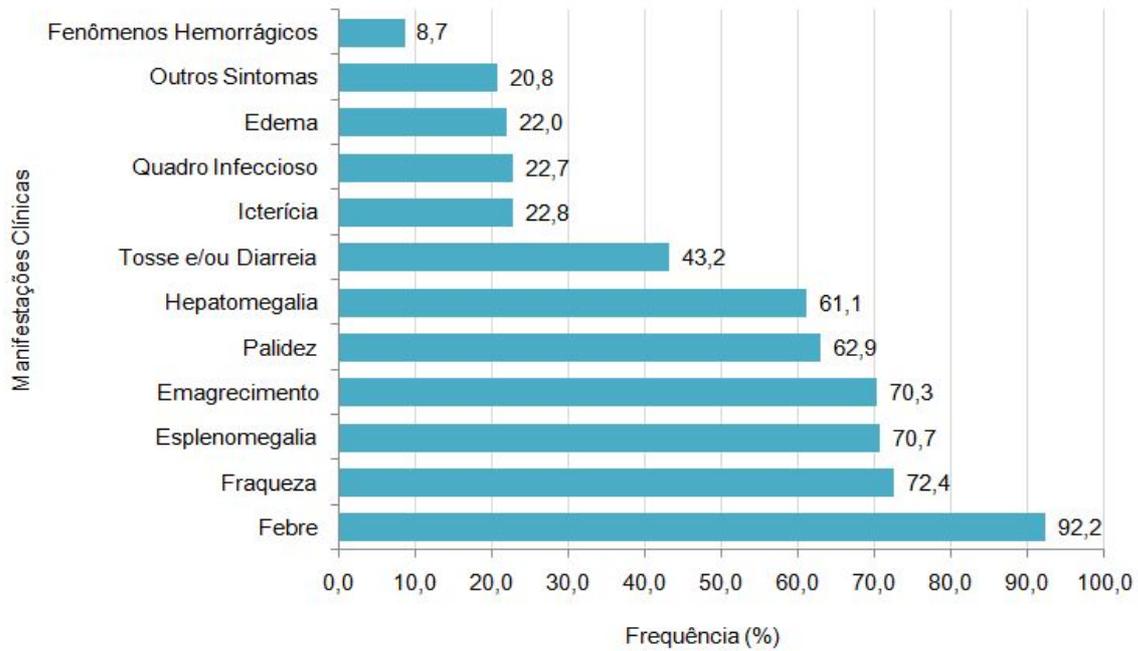
Figura 3. Distribuição do número de casos de LV segundo a faixa etária e o sexo, Ceará, 2007-2024* (N=7.386)



Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

Quanto às manifestações clínicas, na LV geralmente se desenvolvem de forma gradual, semanas a meses após a inoculação do parasita, mas podem ser agudas. No cenário epidemiológico do Ceará, os principais sintomas apresentados incluíram febre (6.810; 92,2%), fraqueza (5.348; 72,4%), esplenomegalia (5.222; 70,7%) e emagrecimento (5.192; 70,3%) (Figura 4).

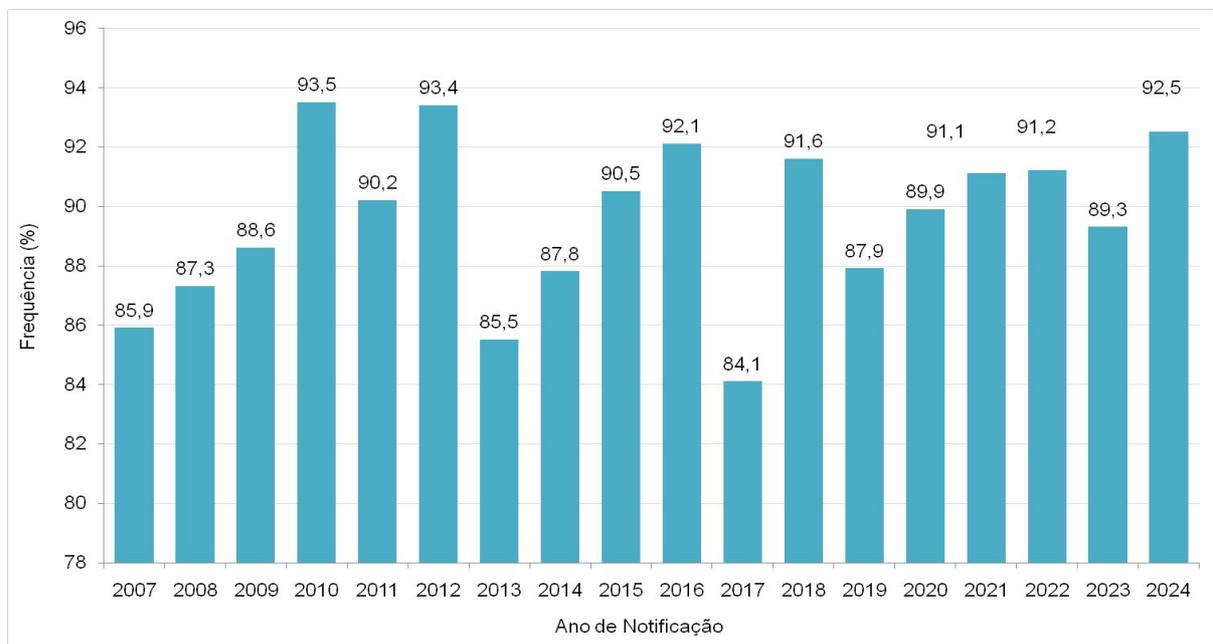
Figura 4. Frequências dos casos de LV segundo as manifestações clínicas, Ceará, 2007-2024* (N=7.386)



Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

O estado do Ceará alcançou 89,2% de confirmação por critério laboratorial ao longo dos 18 anos analisados. De maneira geral, observou-se um aumento no acesso aos exames laboratoriais, com as maiores proporções registradas em 2010, 2012 e 2024 (93,5%, 93,4% e 92,5, respectivamente). Os menores valores, registrados nos anos de 2007, 2013 e 2017, foram devido à escassez de testes rápidos para o diagnóstico (Figura 5).

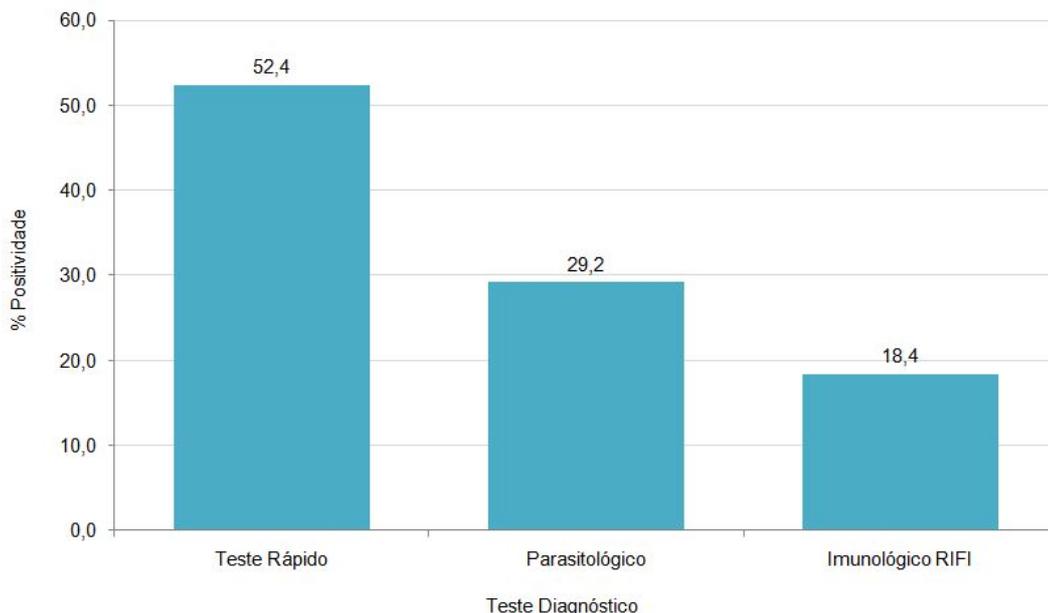
Figura 5. Proporção dos casos de LV confirmados por critério laboratorial, segundo o ano de notificação, Ceará, 2007-2024* (N=6.590)



Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

A positividade foi detectada, principalmente, por meio dos Testes Rápidos (TR) Imunocromatográficos (3.871; 52,4%). Os outros testes diagnósticos mais frequentes foram, na sequência, o Parasitológico (2.155; 29,2%) e o Imunológico Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) (1.360; 18,4%) (Figura 6).

Figura 6. Frequências das positivities de LV por teste diagnóstico, Ceará, 2007-2024* (N=7.386)



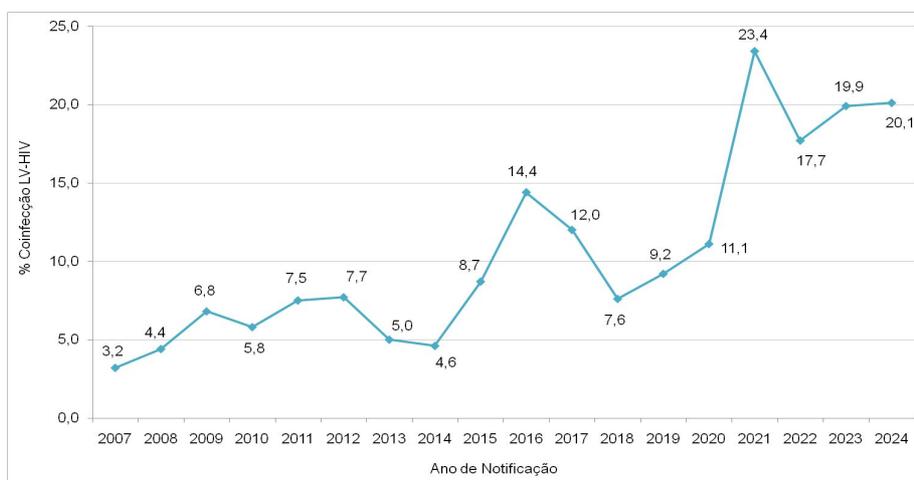
Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

Ressalta-se que a solicitação dos TR Imunocromatográficos acontece de forma descentralizada via Sistema de Insumos Estratégicos em Saúde (SIES), partindo do serviço de saúde, com liberação/dispensação pelo Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen), localizado na capital Fortaleza/CE. Link do formulário eletrônico para o cadastramento do estabelecimento de saúde e do profissional responsável: <https://redcap.link/cadastro.usotrlvh>

As rotinas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes necessitam ser implantadas, obrigatoriamente, em todas as áreas com transmissão ou em risco de transmissão.

A coinfeção LV-HIV foi diagnosticada em 630 casos (8,5%). Apresentou um crescimento discreto da proporção entre 2007 e 2012, seguido de declínio no biênio 2013-2014. No período seguinte, houve tendência ascendente até 2016 e nos anos 2019-2021, quando a coinfeção LV-HIV alcançou patamar de 23,4%. Nos últimos dois anos, as proporções foram similares com, respectivamente, 19,9% e 20,1% (Figura 7). A coinfeção LV-HIV é considerada um problema de Saúde Pública que requer caracterização, identificação e resolução das dificuldades envolvidas na contenção da progressão de ambas as doenças.

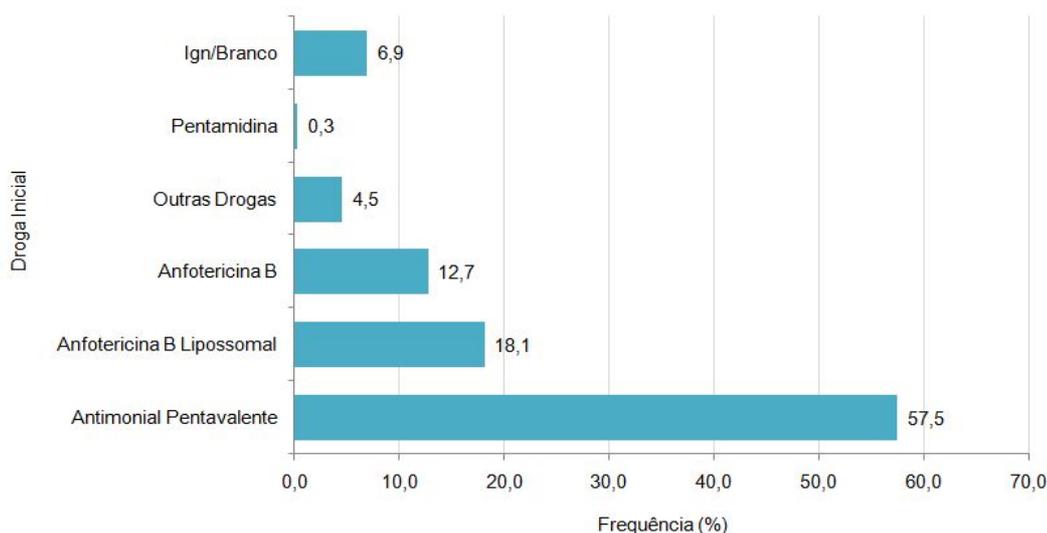
Figura 7. Distribuição das proporções de coinfeção LV-HIV, Ceará, 2007-2024* (N=630)



Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

O tratamento foi prescrito para 7.220 (97,8%) casos, sendo o Antimonial Pentavalente a droga inicial mais indicada (4.150; 57,5%), seguida da Anfotericina B Lipossomal (1.308; 18,1%) (Figura 8).

Figura 8. Frequências dos casos de LV segundo a droga inicial prescrita, Ceará, 2007-2024* (N=7.220)



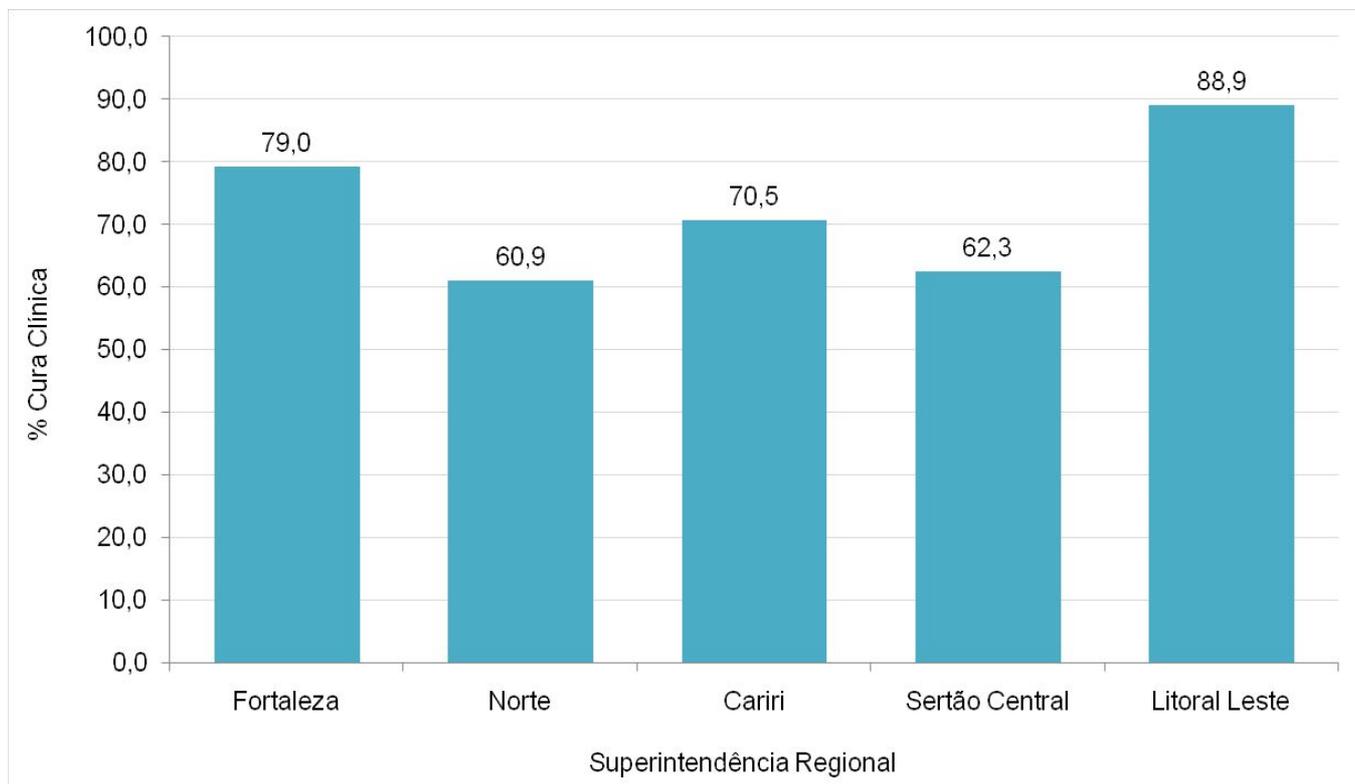
Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

A partir da confirmação do caso, inicia-se o tratamento e acompanha-se o paciente mensalmente (para avaliação da cura clínica). O seguimento do paciente tratado deve ser feito aos 3, 6 e 12 meses após o início do tratamento, e na última, avaliação, se permanecer estável, o paciente é considerado curado.

A informação da cura clínica é um indicador operacional que está relacionado com o diagnóstico precoce, o tratamento e o acompanhamento adequados dos pacientes com LV. Permite avaliar de forma indireta o serviço, bem como a sua organização e a necessidade de implementação das ações de vigilância e assistência.

Dos pacientes diagnosticados com LV no estado do Ceará, 5.390 (73,1%) evoluíram para a cura clínica. As regiões Litoral Leste e Fortaleza apresentaram as proporções mais elevadas, com, respectivamente, 88,9% e 79,0% (Figura 9).

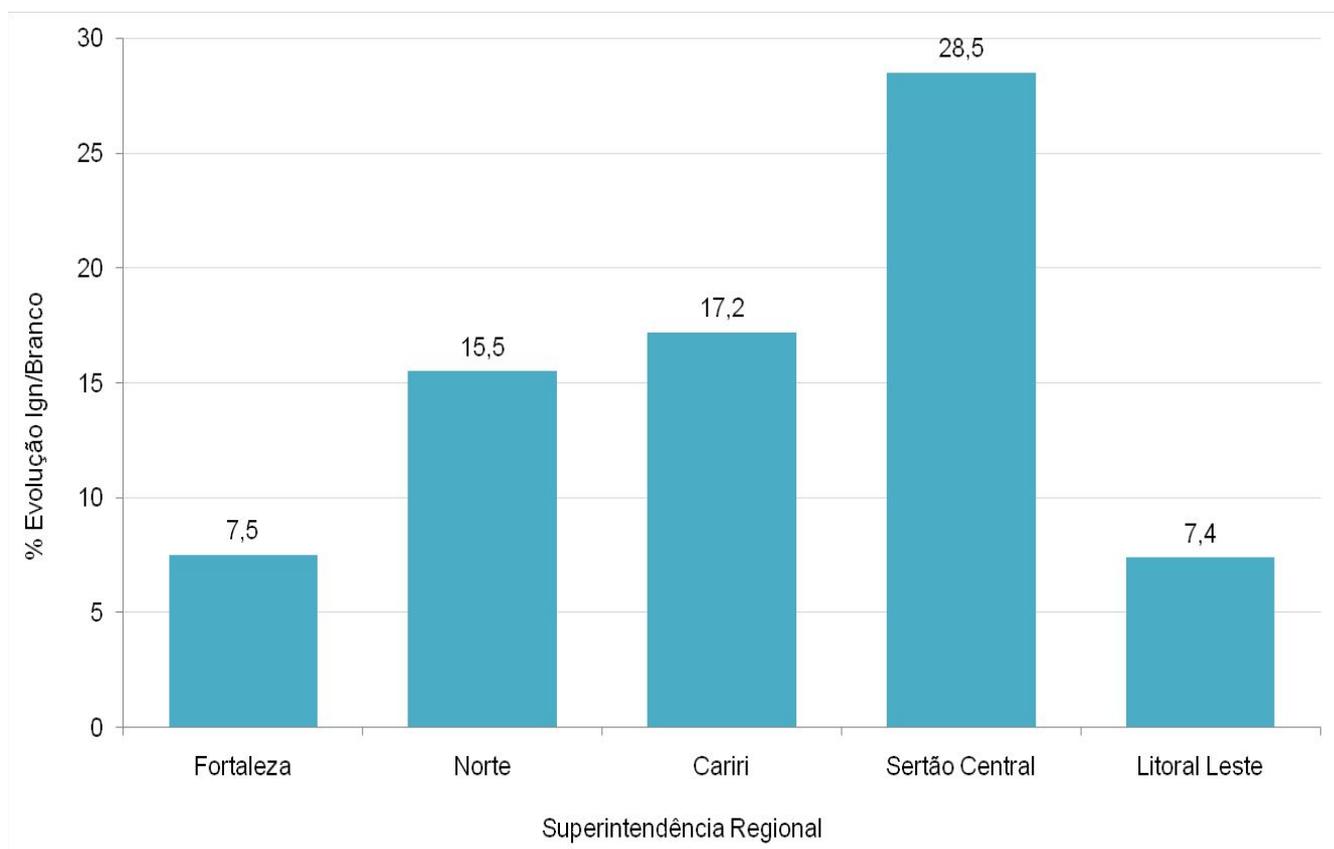
Figura 9. Proporção de casos de LV que evoluíram para a cura clínica segundo a Região de Saúde, Ceará, 2007-2024* (N=5.390)



Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

Houve 891 (11,4%) casos de LV com evolução ignorada ou em branco no estado do Ceará. A região do Sertão Central apresentou a proporção mais elevada (28,5%) no período analisado, seguida das regiões Cariri e Norte, com 17,2% e 15,5%, respectivamente. Esse indicador permite analisar o acompanhamento e o encerramento dos casos de LV (Figura 10).

Figura 10. Proporções de casos de LV com evolução ignorada ou em branco segundo a Região de Saúde, Ceará, 2007-2024* (N=891)

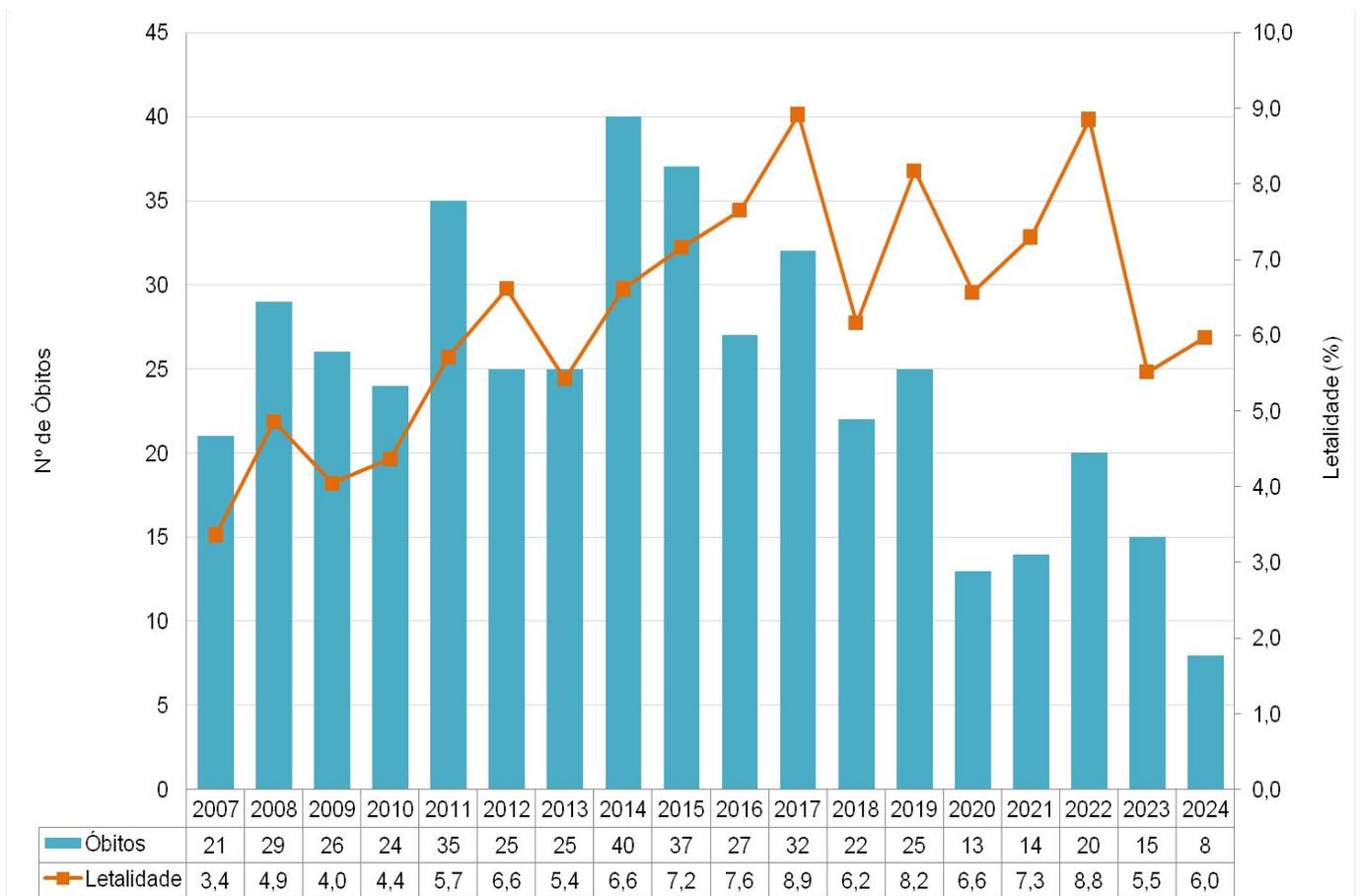


Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

Na série histórica de 2007 à SE 40 de 2024, foram registrados 438 óbitos por LV, com uma taxa de letalidade de 5,9% no estado do Ceará. A letalidade não apresentou tendência definida, com picos identificados nos anos de 2017 (8,9%) e 2022 (8,8%); e um declive entre 2022 e 2023 (Figura 11).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil identificou redução de letalidade como objetivo do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVC-VL). As diretrizes para atingir este objetivo incluem diagnóstico e tratamento precoces, inquérito sorológico em cães, controle de vetores e educação em saúde.

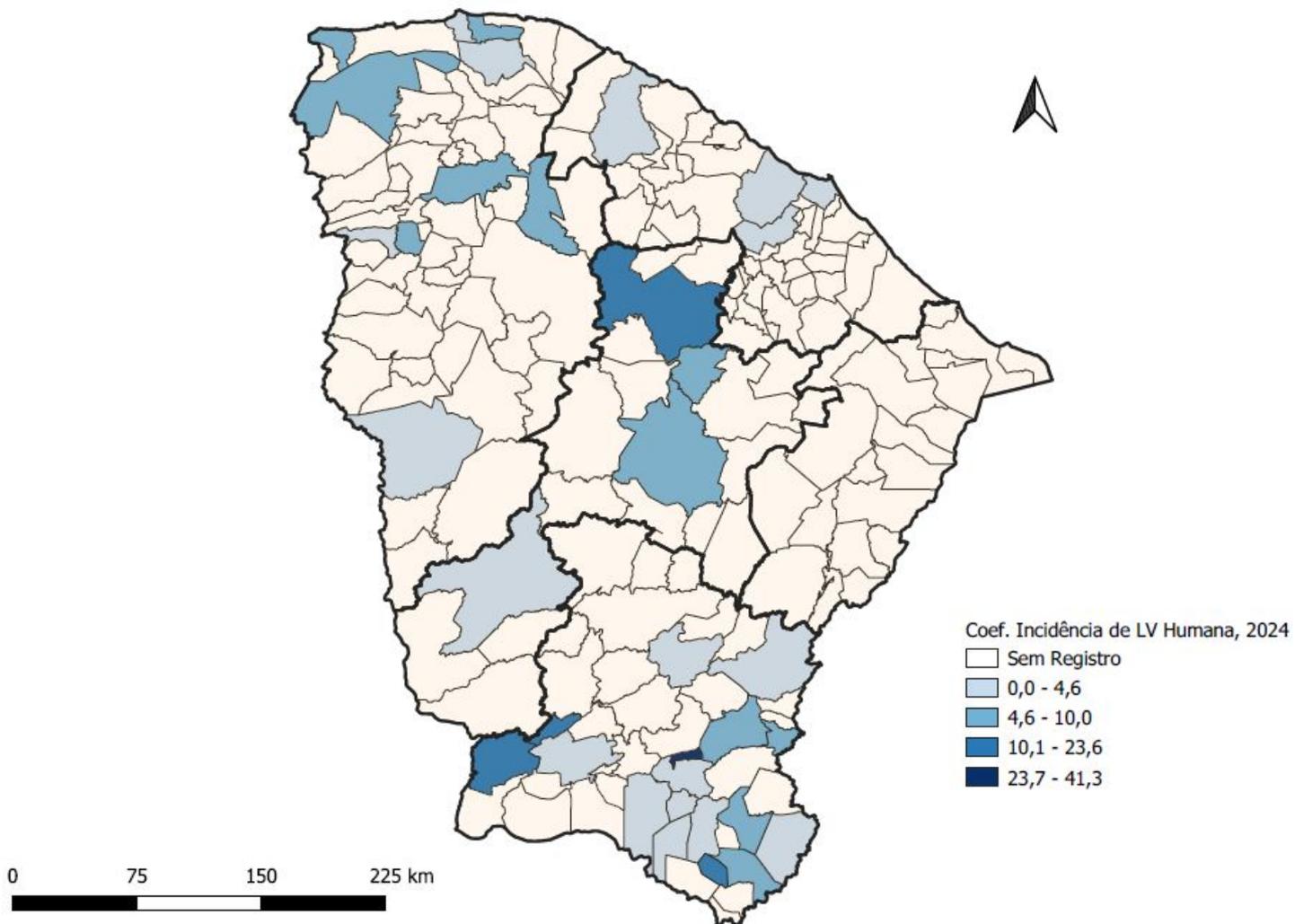
Figura 11. Número de óbitos e taxas de letalidade por LV por ano, Ceará, 2007-2024* (N=438)



Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

No ano de 2024, até a SE 40, foram diagnosticados 134 casos de Leishmaniose Visceral (LV) em 36 municípios do Ceará. As regiões Norte, Cariri e Sertão Central apresentaram coeficientes de incidência superiores a 10,0 casos por 100.000 habitantes. Os maiores foram registrados em Granjeiro (41,3) e Santana do Cariri (23,6). Outros que se sobressaíram: Canindé (17,8); Antonina do Norte (13,8); Campos Sales (11,9); Porteiras (11,7) e Abaiara (10,0) (Figura 12).

Figuras 12. Distribuição dos coeficientes de incidência de LV (por 100.000 habitantes), Ceará, 2024* (N=134)



Fonte: Sinan CEVEP/COVEP/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

5 VIGILÂNCIA DO RESERVATÓRIO

O cão é a principal fonte de infecção para o vetor na área urbana. A vigilância do reservatório canino é realizada por meio de inquéritos sorológicos, que são fundamentais para verificar a ausência de enzootia, avaliar as taxas de prevalência em cada local, possibilitando, assim, a identificação dos animais infectados e das áreas prioritárias a serem trabalhadas.

5.1 Definição de caso de Leishmaniose Visceral Canina (LVC)

Caso canino suspeito

Animal com manifestações clínicas compatíveis com a doença (febre irregular; emagrecimento; apatia; úlceras na pele, em geral no focinho, orelhas e extremidades; crescimento exagerado das unhas; esplenomegalia) provenientes de área endêmica ou onde esteja ocorrendo surto.

Caso canino confirmado

Laboratorial: animal com manifestações clínicas compatíveis com LV e que apresente teste sorológico reagente e/ou exame parasitológico positivo.

Clínico-epidemiológico: todo animal proveniente de áreas endêmicas ou onde esteja ocorrendo surto, apresentando quadro clínico compatível de LVC, sem a confirmação do diagnóstico laboratorial.

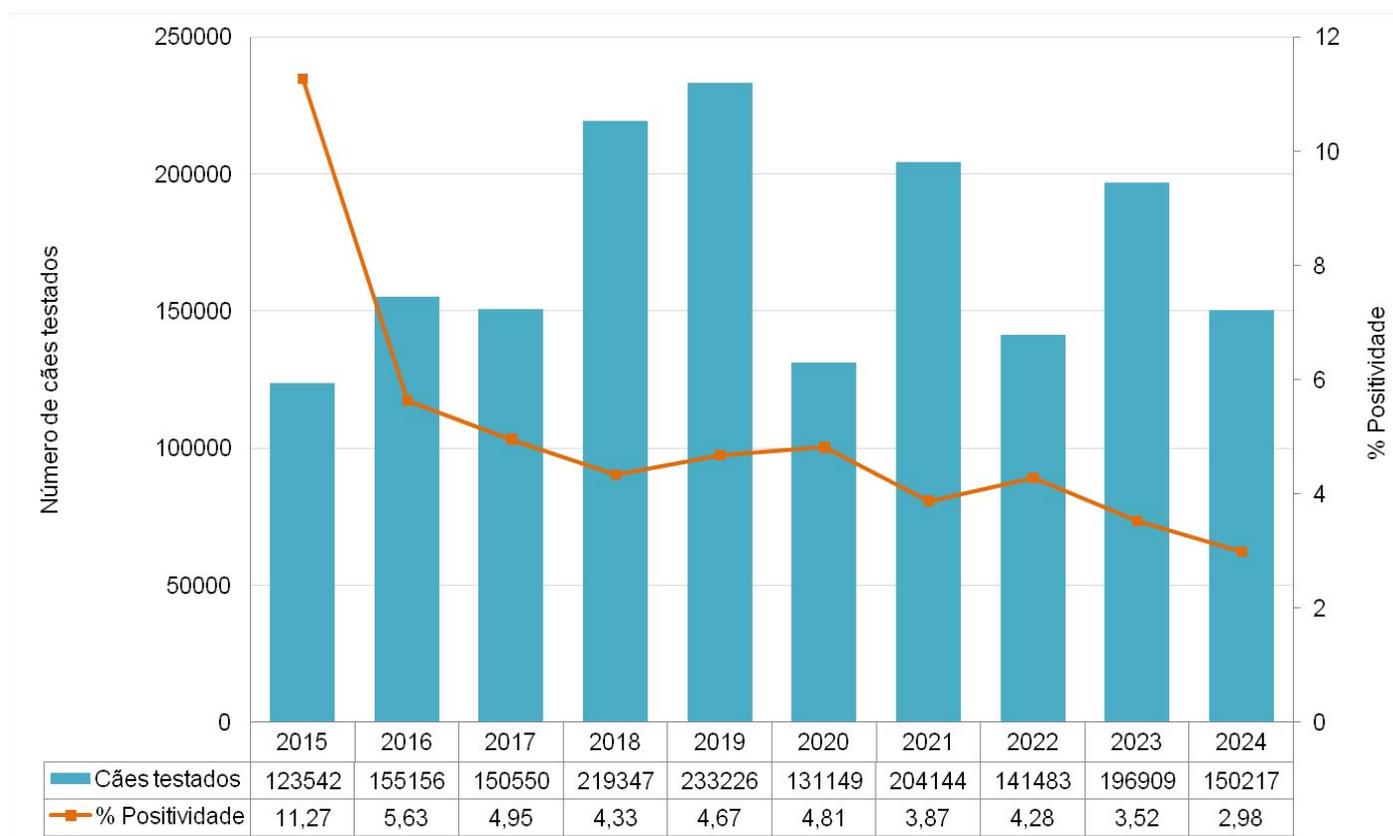
Cão infectado: animal assintomático com sorologia reagente e/ou parasitológico positivo em área com transmissão confirmada ou procedente de área endêmica.

5.2 Diagnóstico da Leishmaniose Visceral Canina

O Ministério da Saúde recomenda a realização de duas técnicas sorológicas sequenciais para o diagnóstico da LVC: o teste rápido (TR) imunocromatográfico, utilizado para a triagem dos cães negativos e o teste imunoenzimático (ELISA), para a confirmação da infecção. Os animais reagentes no TR devem encaminhar uma amostra de soro sanguíneo ao Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará - LACEN a fim de confirmar o diagnóstico.

No período de janeiro de 2015 à SE 40 de 2024, foram testados 1.705.723 cães no estado do Ceará, apresentando média anual de 170.572 testes. Dos animais testados, 82.194 (4,81%) foram confirmados no ELISA. Nos anos de 2018 (219.347; 12,9%), 2019 (233.226; 13,7%), 2021 (204.144; 12,0%) e 2023 (196.909; 11,5%) foi possível verificar os números mais expressivos de testes realizados. A análise do ano de 2015 mostrou, uma elevação significativa na positividade. A justificativa para este fato pode ser a demanda espontânea, pois, a maioria dos cães testados, foi de animais com sintomatologia sugestiva de leishmaniose visceral levados pelos tutores ao serviço de saúde para confirmar o diagnóstico, o que acarretou o aumento da taxa de positividade. Observa-se que, no período analisado, a positividade média ficou em torno de 5,0% no estado (Figura 14).

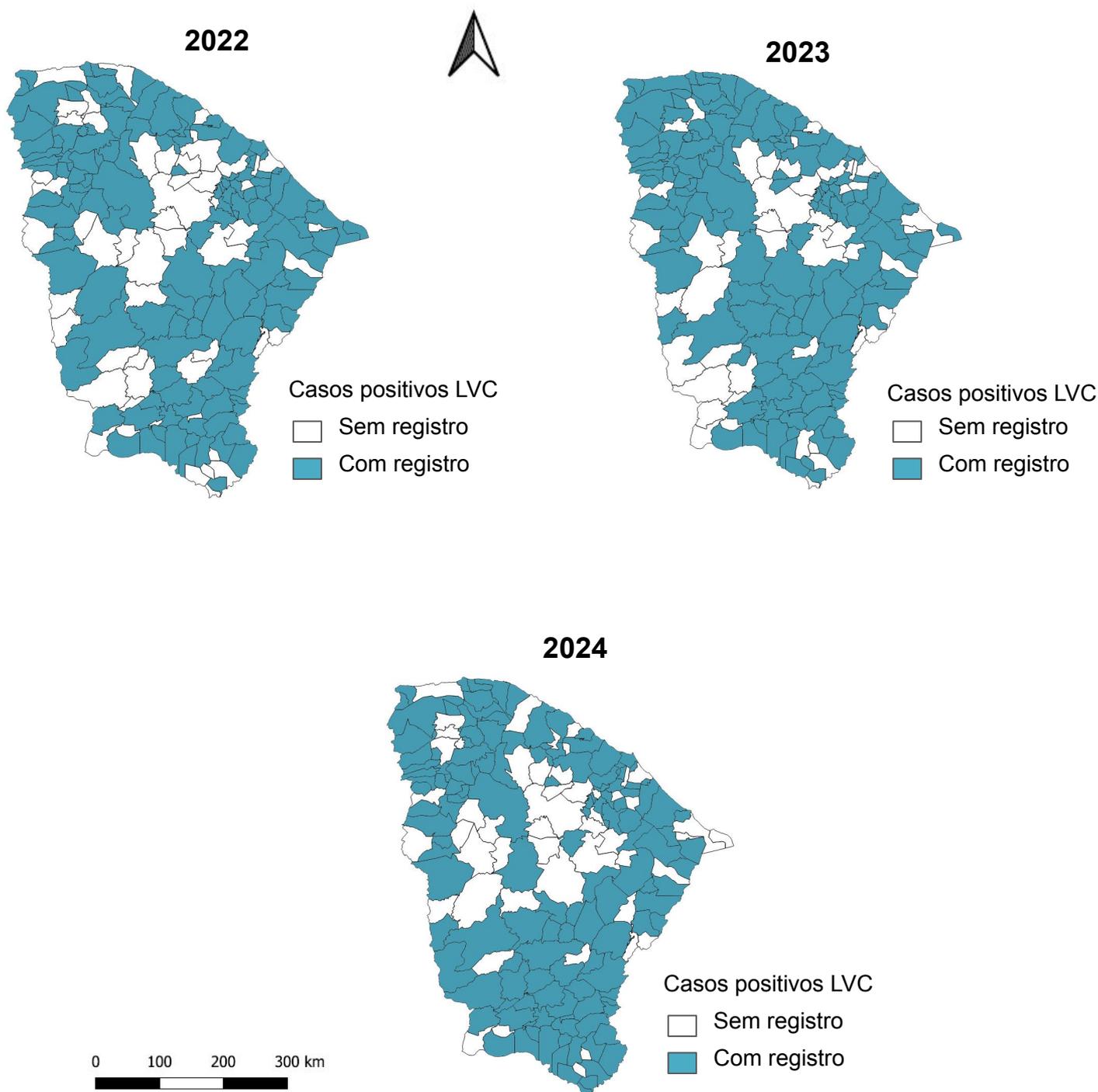
Figura 14. Número de cães testados e positividade Leishmaniose Visceral Canina, Ceará, 2012-2024* (N=1.705.723)



Fonte: CEVET/COVAT/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

No Ceará, anualmente, a LVC é registrada em todas as Regiões de Saúde. A confirmação de animais positivos em municípios classificados anteriormente como silenciosos ou sem transmissão evidencia a expansão geográfica da infecção no estado (Figura 15).

Figura 15. Distribuição espacial dos casos positivos de Leishmaniose Visceral Canina, Ceará, 2022-2024*



Fonte: CEVET/COVAT/SESA; *dados até a SE 40/2024, sujeitos à alteração.

6 VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA

A vigilância entomológica fundamenta-se nas características biológicas e ecológicas dos vetores nas diferentes interações com o hospedeiro humano e reservatório animal, considerando os fatores ambientais a fim de aprimorar as ações de controle das doenças com base na redução da densidade vetorial, de forma a interromper a transmissão ou reduzir a incidência a níveis aceitáveis.

As principais atividades desenvolvidas pela vigilância entomológica são **o levantamento, a investigação e o monitoramento.**

6.1. Levantamento Entomológico

Possibilita a verificação da presença do vetor em municípios sem casos humanos, municípios silenciosos e com transmissão de LV, independentemente da classificação de risco, que não tenham investigações anteriores realizadas.

A realização do levantamento entomológico fornece o conhecimento da dispersão do vetor e aponta os municípios sem registros de casos autóctones, as áreas receptivas para o inquérito amostral canino e, nos municípios com transmissão da doença, orienta as medidas de controle vetorial.

6.2. Investigação Entomológica

Indicada para verificar a presença de *Lutzomyia longipalpis* ou *Lu. cruzi* em municípios com registro de primeiro caso de LV ou em situações de surto, bem como confirmar a autoctonia na área.

6.3. Monitoramento Entomológico

Recomendado para municípios com transmissão alta, intensa e muito intensa. Tem por finalidade conhecer a distribuição sazonal e a abundância relativa das espécies transmissoras da LV. Por meio dessa ação, é possível definir o período mais favorável à transmissão na área e direcionar adequadamente as ações de prevenção e controle químico do vetor.

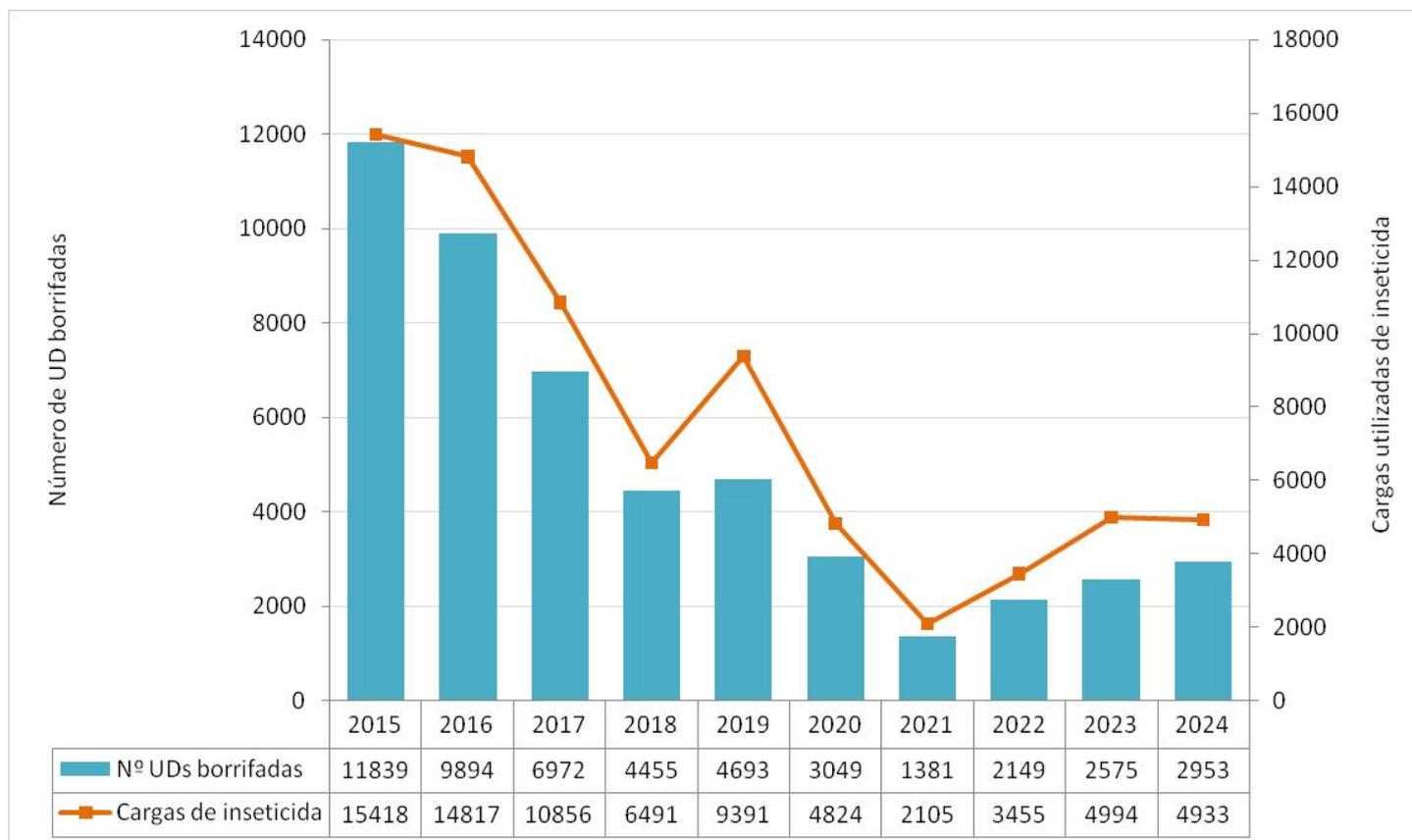
7 CONTROLE QUÍMICO

As atividades indicadas para o controle químico vetorial dependem das características epidemiológicas e entomológicas da área.

Esta medida de controle consiste no uso de produto inseticida de ação residual, recomendada no âmbito da proteção coletiva e direcionada apenas para o inseto adulto, a fim de evitar ou reduzir o contato entre o vetor e o ser humano, buscando diminuir o risco de transmissão da doença.

No intervalo de janeiro de 2015 até a SE 40 de 2024, foram borrifadas 49.960 unidades domiciliares (UD), sendo utilizadas 77.284 cargas de inseticida para o controle da LV no Ceará, o que representa uma média de 1,5 carga por UD. O período analisado foi caracterizado por um decréscimo acentuado das ações de controle químico no intervalo entre 2016 e 2021. A partir do ano de 2022, evidencia-se um cenário com discreto aumento das atividades (Figura 16).

Figura 16. Número de unidades domiciliares borrifadas e cargas utilizadas de inseticida, Ceará, 2015-2024* (N=49.960)



Fonte: CEVET/COVAT/SESA; dados sujeitos à alteração.

8 MATERIAL DE CONSULTA RÁPIDA



**Manual de
Vigilância e
Controle da LV**

**Recomendações
Clínicas para
Redução da
Letalidade**

**Leishmaniose
Visceral Guia
de Bolso**

**Nota Técnica
Diagnóstico da
LV**

**Nota Técnica
Tratamento das
Leishmanioses**

Todos os arquivos relacionados à Leishmaniose Visceral Humana, para consulta rápida, podem ser acessados no link e no QR Code a seguir:



https://drive.google.com/drive/folders/1T6l4g23XQUU1kVT1pz2bt_YBwAWfEsQP?usp=sharing

9 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.P.; CAVALCANTE, F.R.A.; MORENO, J.O.; FLORÊNCIO, C.M.G.D.; CAVALCANTE, K.K.S.; ALENCAR, C.H. Leishmaniose visceral: distribuição temporal e espacial em Fortaleza, Ceará, 2007-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 19p. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500002>. Acesso em: 05 dez 2024.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina Veterinária - CFMV. Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária do Conselho Federal de Medicina Veterinária. **Guia de Bolso Leishmaniose Visceral**. Comissão Nacional de Saúde Pública Veterinária – 1. ed., – Brasília - DF: CFMV, 194 p.: il., 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**: volume único [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 3 v.: il., 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Caderno de Indicadores – Leishmaniose Tegumentar e Leishmaniose Visceral**. Volume único [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 4ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 31 p.: il., 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 78 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 5.201, de 15 de agosto de 2024**. In: Ministério da Saúde. Imprensa Nacional. Brasília (DF); 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.201-de-15-de-agosto-de-2024-579010765>. Acesso em: 05 dez 2024.

CAVALCANTE, K.K.S.; ALMEIDA, C.P.; BOIGNY, R.N.; CAVALCANTE, F.R.A.; CORREIA, F.G.S.; FLORÊNCIO, C.M.G.D.; ALENCAR, C.H. Epidemiological and clinical factors associated with lethality from Human Visceral Leishmaniasis in Northeastern Brazil, 2007 to 2018. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 64, 2022.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde, 2022. **Leishmanioses: Informe Epidemiológico das Américas**. Disponível em: <http://www.paho.org/leishmaniose-visceral-nas-americas>. Acesso em: 13 dez 2024.

SOUSA, J.M.D.S.; RAMALHO, W.M.; MELO, M.A. Demographic and clinical characterization of human visceral leishmaniasis in the State of Pernambuco, Brazil between 2006 and 2015. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 5, p. 622-630, 2018.

10 ANEXOS

ANEXO A. Número e média de casos confirmados de LV na Superintendência Regional Fortaleza, Ceará, 2015-2024

(continua)

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Média de Casos
Superintendência Fortaleza	252	162	132	143	97	78	93	99	101	55	121
1ª ADS Fortaleza	140	93	64	68	45	43	57	60	63	30	66
.... Aquiraz	5	2	3	1	3	0	4	1	2	1	2
.... Eusébio	3	1	0	4	3	0	0	1	2	0	1
.... Fortaleza	128	89	61	61	37	43	51	58	58	29	62
.... Itaitinga	4	1	0	2	2	0	2	0	1	0	1
2ª ADS Caucaia	35	21	21	30	18	9	9	16	11	6	18
.... Apuiarés	1	1	0	2	1	0	0	0	0	1	1
.... Caucaia	20	14	14	15	12	6	3	9	1	3	10
.... General Sampaio	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
.... Itapagé	5	1	2	2	0	1	1	0	1	0	1
.... Paracuru	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0
.... Paraipaba	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
.... Pentecoste	3	2	2	3	0	1	0	3	2	0	2
.... São Gonçalo do Amarante	0	0	0	3	2	0	3	2	3	0	1
.... São Luis do Curu	0	0	2	3	1	0	0	0	2	2	1
.... Tejuçuoca	5	0	1	2	2	0	0	1	2	0	1
3ª ADS Maracanaú	34	22	21	10	9	9	13	8	11	5	14
.... Acarape	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Barreira	3	4	1	2	0	0	1	0	0	0	1
.... Guaiúba	1	1	2	0	1	0	1	0	0	1	1
.... Maracanaú	12	8	7	5	2	4	8	5	6	2	6
.... Maranguape	7	7	6	1	1	4	2	0	2	2	3
.... Pacatuba	4	1	4	2	2	1	1	2	1	0	2
.... Palmácia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Redenção	5	0	1	0	3	0	0	1	2	0	1
4ª ADS Baturité	7	2	3	10	2	5	2	0	2	2	4
.... Aracoiaba	2	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1
.... Aratuba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
.... Baturité	3	1	2	3	2	1	0	0	1	0	1
.... Capistrano	0	0	0	4	0	1	1	0	0	0	1
.... Guarimiranga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Itapiúna	2	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1
.... Mulungu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0
.... Pacoti	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6ª ADS Itapipoca	23	18	18	21	16	9	7	11	9	10	14
.... Amontada	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Itapipoca	16	13	9	16	10	7	6	8	7	5	10
.... Miraima	1	0	1	1	0	0	0	0	0	2	1
.... Trairi	1	2	1	2	0	1	0	2	1	1	1
.... Tururu	0	0	0	1	3	1	0	1	0	0	1
.... Umirim	4	3	4	0	2	0	1	0	0	2	2
.... Uruburetama	0	0	3	1	1	0	0	0	1	0	1
22ª ADS Cascavel	13	6	5	4	7	3	5	4	5	2	5
.... Beberibe	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.... Cascavel	5	1	1	1	2	0	1	0	2	1	1
.... Chorozinho	0	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1
.... Horizonte	2	1	3	0	1	3	3	2	2	1	2
.... Ocara	2	0	0	2	1	0	0	0	0	0	1
.... Pacajus	4	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1
.... Pindoretama	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: CEVET/COVAT/SESA; dados sujeitos à alteração.

ANEXO A. Número e média de casos confirmados de LV na Superintendência Regional Norte, Ceará, 2015-2024

(continuação)

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Média de Casos
Superintendência Norte	110	85	78	63	102	32	36	55	95	35	69
11ª ADS Sobral	64	44	34	19	28	14	14	19	40	7	28
.... Alcântaras	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
.... Cariré	1	0	1	1	0	0	1	0	2	0	1
.... Catunda	0	0	0	0	1	2	0	0	5	0	1
.... Coreaú	5	3	2	2	0	0	3	1	1	0	2
.... Forquilha	4	2	4	1	0	0	0	0	2	0	1
.... Frecheirinha	7	1	3	2	0	0	0	0	0	0	1
.... Graça	1	1	0	1	0	1	0	0	3	2	1
.... Groaíras	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
.... Hidrolândia	1	2	1	0	2	0	0	0	1	0	1
.... Ipu	1	3	3	0	0	3	0	3	4	0	2
.... Iruçuba	1	1	0	0	1	1	0	0	2	0	1
.... Massapê	4	2	3	1	3	0	0	2	1	0	2
.... Meruoca	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
.... Moraújo	2	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1
.... Mucambo	6	4	4	1	0	0	1	0	1	1	2
.... Pacujá	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0
.... Pires Ferreira	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
.... Peruiatuba	7	3	2	1	0	0	0	2	0	0	2
.... Santa Quitéria	3	2	3	3	10	1	2	0	1	0	3
.... Santana do Acaraú	1	0	4	1	2	0	0	1	0	0	1
.... Senador Sá	1	1	0	0	0	0	1	0	4	0	1
.... Sobral	13	10	2	3	5	6	3	7	7	3	6
.... Uruoca	0	2	1	0	2	0	0	0	3	0	1
.... Varjota	2	1	1	0	2	0	1	0	2	0	1
12ª ADS Acaraú	11	8	3	12	16	10	9	18	27	12	13
.... Acaraú	1	0	0	0	1	0	2	3	6	3	2
.... Bela Cruz	4	2	0	2	0	3	1	1	2	1	2
.... Cruz	1	0	0	0	1	3	3	7	9	6	3
.... Itarema	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	1
.... Jijoca de Jericoacoara	1	1	0	6	4	1	1	4	7	2	3
.... Marco	2	0	2	3	5	1	1	0	1	0	2
.... Morrinhos	2	5	1	1	3	0	0	3	1	0	2
13ª ADS Tianguá	16	9	16	4	8	1	4	5	5	8	8
.... Carnaubal	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
.... Croatá	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	1
.... Guaraciaba do Norte	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
.... Ibiapina	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.... São Benedito	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2	1
.... Tianguá	1	0	1	0	3	1	1	2	0	4	1
.... Ubajara	6	1	8	0	0	0	0	1	1	0	2
.... Viçosa do Ceará	5	6	4	3	3	0	2	0	2	2	3
15ª ADS Crateús	10	15	17	15	39	5	5	9	14	1	13
.... Ararendá	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0
.... Crateús	4	4	2	4	4	0	2	0	7	0	3
.... Independência	0	2	1	0	0	0	0	2	1	0	1
.... Ipaoranga	1	2	3	0	24	4	2	0	0	0	4
.... Ipueiras	1	4	5	3	2	0	0	1	3	0	2
.... Monsenhor Tabosa	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1
.... Nova Russas	0	1	0	1	1	0	0	2	0	0	1
.... Novo Oriente	2	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1
.... Poranga	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
.... Quiterianópolis	1	0	1	2	2	0	0	1	0	0	1
.... Tamboril	0	1	3	2	2	0	0	2	1	1	1
16ª ADS Camocim	9	9	8	13	11	2	4	4	9	7	8
.... Barroquinha	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
.... Camocim	2	2	3	0	2	1	2	0	2	0	1
.... Chaval	0	1	1	1	1	0	0	0	4	1	1
.... Granja	7	5	4	12	8	1	2	4	1	5	5
.... Martinópole	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0

**ANEXO A. Número e média de casos confirmados de LV na Superintendência Regional Cariri,
Ceará, 2015-2024**

(continuação)

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Média de Casos
3ª Superintendência Cariri	117	72	129	95	64	57	43	43	48	31	70
17ª ADS Icó	10	5	9	8	13	3	0	6	4	5	6
.... Cedro	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1
.... Icó	4	3	4	1	9	1	0	4	0	1	3
.... Ipaumirim	0	0	1	3	1	0	0	0	0	1	1
.... Lavras da Mangabeira	3	1	3	3	1	2	0	0	0	2	2
.... Orós	2	0	1	0	1	0	0	1	3	1	1
.... Umari	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18ª ADS Iguatú	15	10	19	14	7	10	6	5	3	1	9
.... Acopiara	4	5	1	1	2	1	2	0	0	0	2
.... Cariús	1	0	1	2	0	1	0	0	0	0	1
.... Catarina	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
.... Deputado Irapuan Pinheiro	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
.... Iguatú	8	3	6	3	2	3	0	1	0	1	3
.... Jucás	0	0	3	1	0	0	1	1	2	0	1
.... Mombaça	1	1	6	6	3	4	2	1	0	0	2
.... Quixelô	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
.... Saboeiro	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0
19ª ADS Brejo Santo	24	14	32	15	18	13	13	7	7	8	15
.... Abaiara	0	0	1	2	2	1	1	0	2	1	1
.... Aurora	3	1	2	0	1	3	0	1	0	0	1
.... Barro	3	0	3	0	4	2	2	0	2	0	2
.... Brejo Santo	6	8	5	1	5	1	5	2	1	2	4
.... Jati	1	1	4	1	0	1	0	0	0	0	1
.... Mauriti	9	3	6	6	3	4	3	3	1	1	4
.... Milagres	1	1	5	0	1	0	2	0	0	2	1
.... Penaforte	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Porteiras	0	0	5	5	2	1	0	1	1	2	2
20ª ADS Crato	40	20	28	32	16	12	7	9	17	10	19
.... Altaneira	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	0
.... Antonina do Norte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
.... Araripe	1	2	4	3	2	0	0	1	1	0	1
.... Assaré	6	0	3	8	4	2	1	0	0	1	3
.... Campos Sales	3	1	0	0	1	1	0	0	2	3	1
.... Crato	19	8	9	11	6	5	3	2	5	1	7
.... Farias Brito	1	2	1	1	0	1	1	1	2	0	1
.... Nova Olinda	6	2	1	3	0	0	1	1	0	0	1
.... Potengi	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
.... Salitre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Santana do Cariri	0	1	2	1	0	0	0	1	1	4	1
.... Tarrafas	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0
.... Várzea Alegre	3	4	7	3	1	3	0	3	2	0	3
21ª ADS Juazeiro Norte	28	23	41	26	10	19	17	16	17	7	20
.... Barbalha	9	9	13	11	5	5	2	3	5	0	6
.... Caririáçu	1	0	1	4	0	1	1	1	4	1	1
.... Granjeiro	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
.... Jardim	1	3	5	1	1	2	1	1	1	0	2
.... Juazeiro do Norte	10	5	17	9	3	9	8	9	7	1	8
.... Missão Velha	7	6	5	1	0	2	5	2	0	3	3

Fonte: CEVET/COVAT/SESA; dados sujeitos à alteração.

ANEXO A. Número e média de casos confirmados de LV nas Superintendências Regionais Sertão Central e Litoral Leste, Ceará, 2015-2024

(conclusão)

SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Média de Casos
Superintendência Sertão Central	31	24	13	39	32	23	20	26	23	10	24
5ª ADS Canindé	17	9	7	16	9	8	9	10	4	4	9
.... Boa Viagem	2	2	1	6	2	1	2	5	2	0	2
.... Canindé	12	5	5	3	1	4	4	1	2	4	4
.... Caridade	2	1	0	2	4	0	0	1	0	0	1
.... Itaira	1	1	1	3	1	1	1	2	0	0	1
.... Madalena	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
.... Paramoti	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	1
8ª ADS Quixadá	9	14	5	21	18	15	11	15	15	3	13
.... Banabuiú	3	1	1	3	3	2	0	0	0	0	1
.... Choró	2	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1
.... Ibareta	0	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1
.... Ibicuitinga	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Milhã	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
.... Pedra Branca	0	4	0	9	0	1	0	1	1	0	2
.... Quixadá	1	2	1	3	1	6	7	6	6	2	4
.... Quixeramobim	1	2	1	4	7	5	3	8	6	0	4
.... Senador Pompeu	1	1	0	0	4	1	0	0	1	0	1
.... Solonópole	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0
14ª ADS Tauá	5	1	1	2	5	0	0	1	4	3	2
.... Aiuaba	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
.... Arneiroz	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.... Parambu	3	0	0	2	1	0	0	1	3	1	1
.... Tauá	1	1	1	0	2	0	0	0	0	2	1
Superintendência Litoral Leste	7	9	5	12	10	8	0	2	3	3	6
7ª ADS Aracati	2	2	2	5	2	1	0	1	0	1	2
.... Aracati	2	0	2	4	2	0	0	1	0	1	1
.... Fortim	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
.... Icapuí	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
9ª ADS Russas	4	5	2	3	7	2	0	0	2	2	3
.... Jaguaratama	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Jaguaruana	2	4	1	2	5	0	0	0	0	0	1
.... Morada Nova	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
.... Palhano	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.... Russas	2	0	1	1	1	2	0	0	1	2	1
10ª ADS Limoeiro do Norte	1	2	1	4	1	5	0	1	1	0	2
.... Alto Santo	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
.... Ererê	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
.... Iracema	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
.... Jaguaribe	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0
.... Limoeiro do Norte	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
.... Pereiro	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
.... Quixeré	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
.... São João do Jaguaribe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
.... Tabuleiro do Norte	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0

Fonte: CEVET/COVAT/SESA; dados sujeitos à alteração.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE