

Classificação epidemiológica dos municípios do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral, 2017

Epidemiological classification of the municipalities of the State of São Paulo according to the Visceral Leishmaniasis Control and Surveillance Program, 2017

Roberto Mitsuyoshi Hiramoto^{I,II}; Silvia Silva de Oliveira^{I,IV}; Osias Rangel^{I,III}; Lúcia de Fátima Henriques^{I,III}; Helena Hilomi Taniguchi^{I,III}; José Eduardo de Raeffray Barbosa^{I,II}; Claudio Casanova^{I,III}; Affonso Viviani Junior^{I,IV}; Susy Mary Perpetuo Sampaio^{I,III}; Roberta Spinola^{I,IV}; Syla Rehder^I; José Ângelo Lauletta Lindoso^{I,V}; José Eduardo Tolezano^{I,II}

^IComitê da Leishmaniose Visceral da Secretaria de Estado da Saúde. ^{II}Instituto Adolfo Lutz.

^{III}Superintendência de Controle de Endemias. ^{IV}Centro de Vigilância Epidemiológica

“Prof. Alexandre Vranjac”. ^VInstituto de Infectologia Emílio Ribas. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. São Paulo – Brasil.

Situação Epidemiológica dos Casos Humanos de Leishmaniose Visceral no Estado de São Paulo

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo descritivo dos casos de Leishmaniose Visceral (LV) notificados no período de 1999 a 2017 no Estado de São Paulo (ESP).

Para a classificação epidemiológica dos municípios com transmissão humana de LV foram seguidas as recomendações do Ministério da Saúde¹ que considera: “Municípios com transmissão recente aqueles que apresentaram o primeiro registro da doença nos últimos três anos” e “Municípios endêmicos aqueles que apresentam transmissão contínua de LV humana há pelo menos três anos”.¹

Os municípios endêmicos foram classificados de acordo com a intensidade de transmissão da doença pelo cálculo da média de casos autóctones em três anos consecutivos. Para isso, foi considerado o período de 2014 a 2017, que compreende dois triênios, 2014-2016 e 2015-2017. A partir do resultado,

os municípios foram estratificados como: a) Transmissão Esporádica, o município que apresenta média maior que zero e menor que 2,4 casos; b) Transmissão Moderada, município com média maior ou igual a 2,4 e menor que 4,4; c) Transmissão Intensa, município com média a partir de 4,4 casos. Foram considerados “Prioritários” para as ações do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV) os municípios classificados como de transmissão moderada e intensa.¹

Para comparação dos estratos dos municípios de transmissão, utilizou-se a classificação por triênio a partir do ano de 2011.

A fonte de dados foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), bem como dados obtidos junto aos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE) na situação de investigação de ocorrência de primeiro caso autóctone dos municípios. Para análise dos dados foram utilizados os softwares Tabwin e Excel. Os mapas foram produzidos no Tabwin.

RESULTADOS

No período de 1999 a 2017 foram notificados 7.328 casos de LV, sendo 2.858 (38,9%) confirmados como autóctones do ESP, com uma média anual de 150,4 casos. O maior número de casos foi observado no ano de 2008, com 294 casos. No período avaliado ocorreram 246 óbitos, resultando em uma letalidade de 8,6%. (Figura 1)

No período de 2012 a 2016, observamos uma redução no número de casos da doença, (Figura 1), porém maior expansão territorial, passando de 76 municípios com transmissão autóctone em 2012, para 95 municípios no ano 2016, o que significa um incremento de 25% de municípios com transmissão de LV (Figura 2). A tendência de queda foi interrompida no ano de 2017, onde houve importante aumento se

comparado ao ano anterior (Figura 1), aumento esse atribuído a maior ocorrência de casos em municípios que já apresentavam histórico de transmissão, como Adamantina, Araçatuba, Dracena, Marília e Penápolis. Nesse ano, mais três municípios apresentaram o primeiro caso humano de LV, totalizando 98 municípios com transmissão humana no ESP (Figura 2).

Na distribuição dos municípios por Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), a maior representatividade foi do GVE Araçatuba, com transmissão de LV humana em 30 municípios, o que representa 75% (30/40) dos municípios desse GVE. Os outros GVE que apresentaram transmissão autóctone foram Marília, Presidente Venceslau, Bauru, Jales, São José do Rio Preto, Presidente Prudente, Santos e Sorocaba (Tabela 1 e Figura 3).

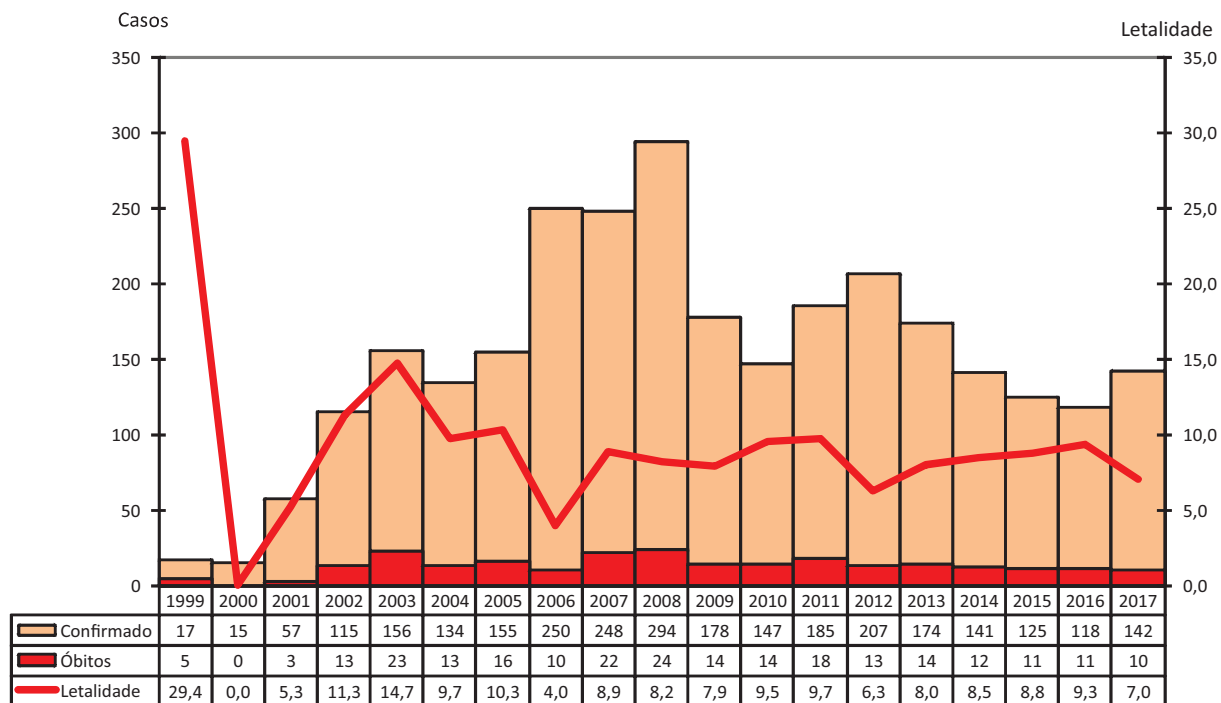


Figura 1. Casos autóctones de Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo, óbitos e letalidade, segundo ano de notificação, 1999 a 2017

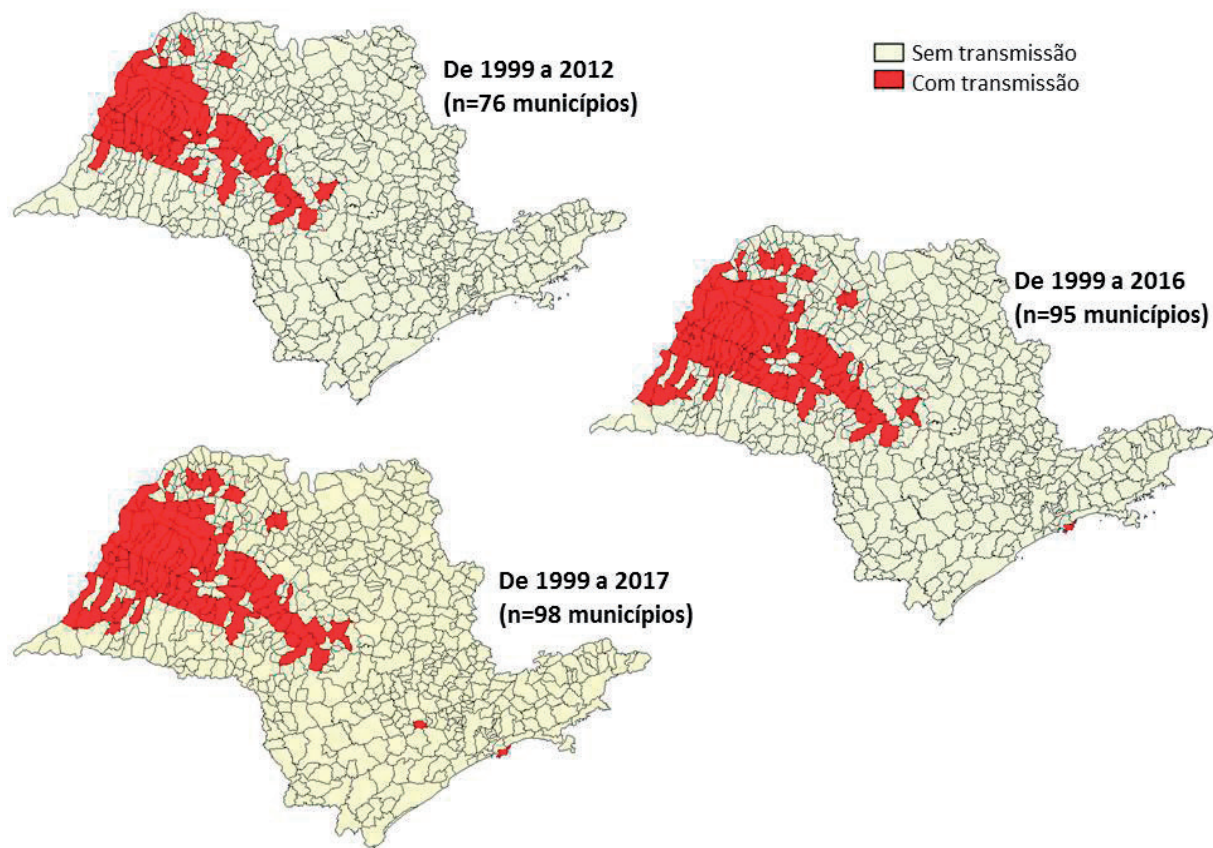
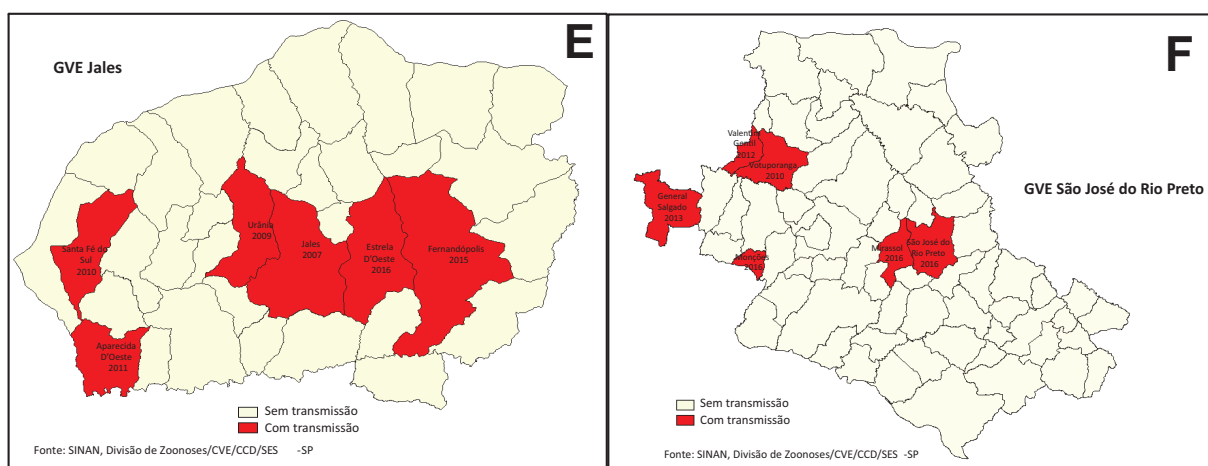
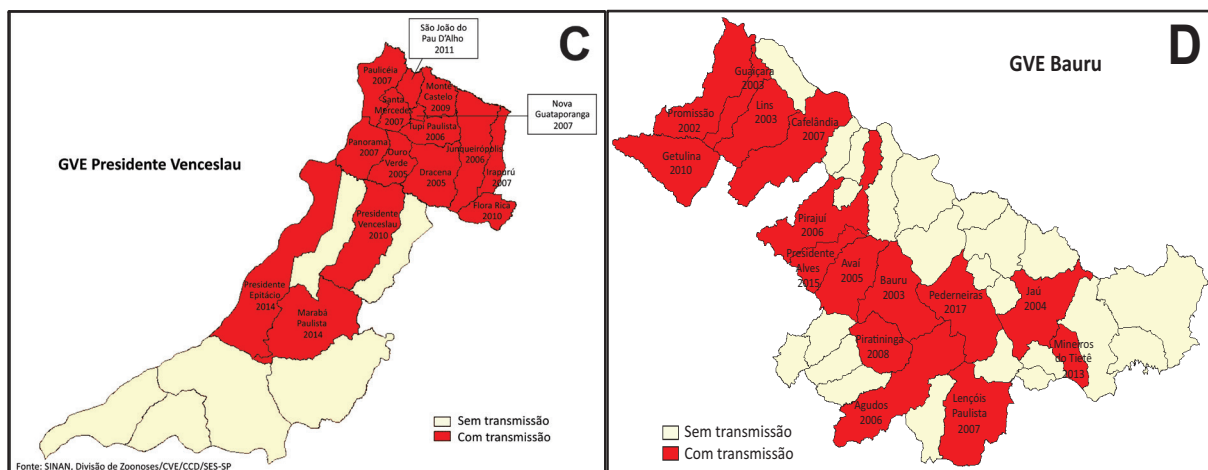
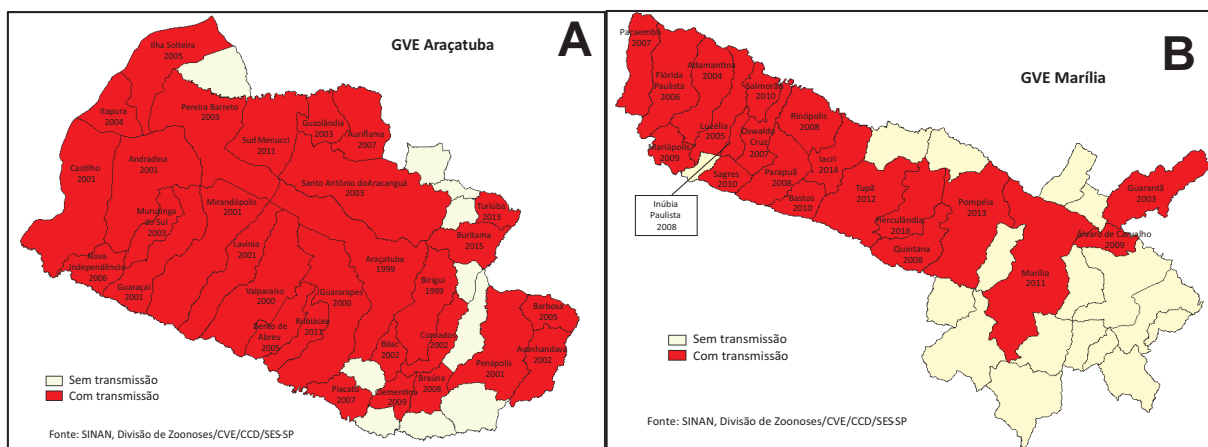


Figura 2. Municípios com casos humanos autóctones de LV no Estado de São Paulo, 1999 a 2017

Tabela 1. Distribuição dos municípios com transmissão autóctone de Leishmaniose Visceral por GVE, ESP, 1999 a 2017

GVE	Total de municípios do GVE	Municípios com transmissão autóctone de LV	
		n	%
Araçatuba	40	30	75,0
Marília	37	20	54,1
Presidente Venceslau	21	15	71,4
Bauru	38	15	39,5
Jales	35	6	17,1
São José do Rio Preto	66	6	9,1
Presidente Prudente	24	4	16,7
Santos	9	1	11,1
Sorocaba	33	1	3,0

Fonte: Sinan, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP



Classificação epidemiológica dos municípios do Estado do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral/Hiramoto RM et al.

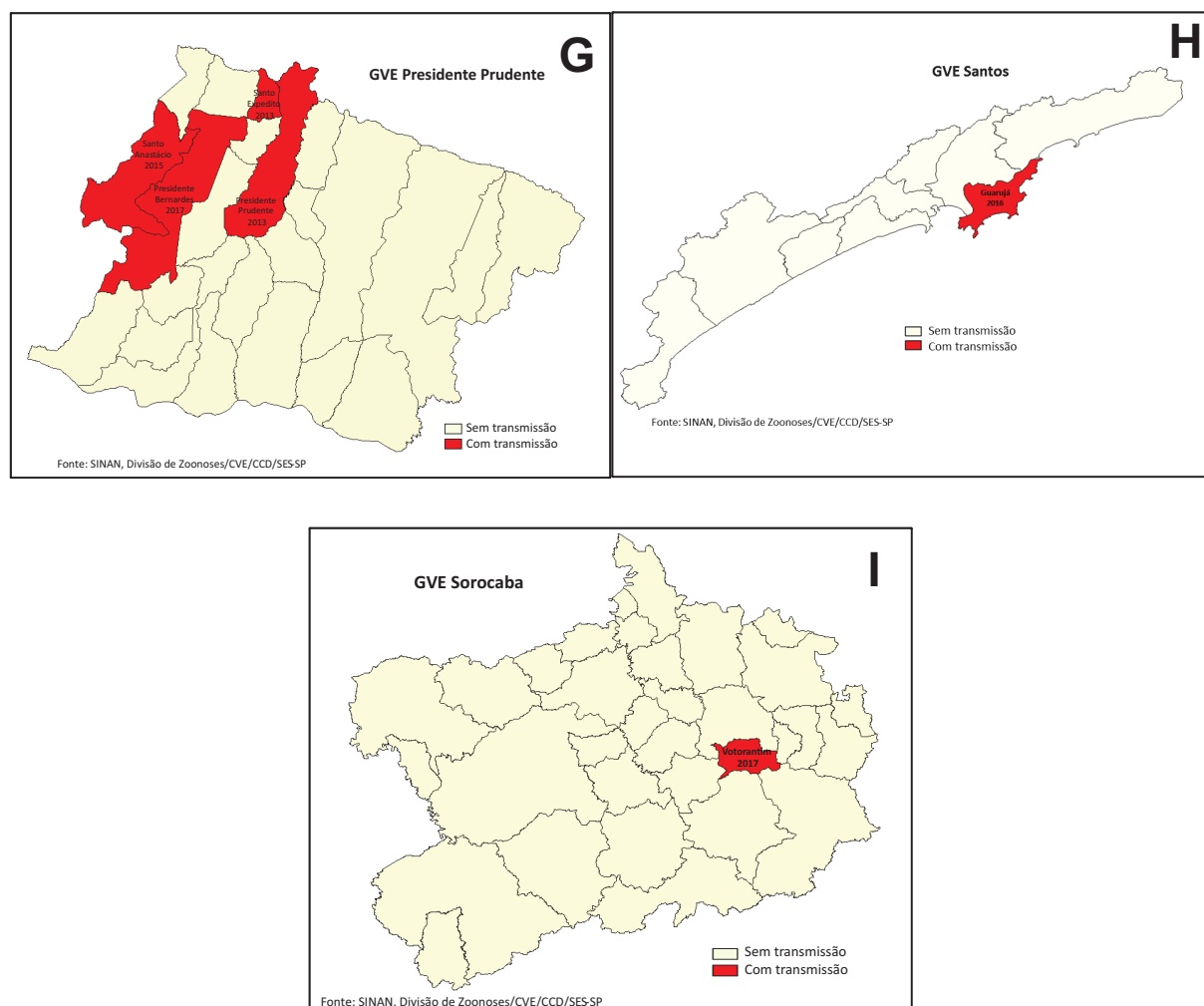


Figura 3 (A, B, C, D, E, F, G, H e I). Municípios com transmissão humana de LV e ano de ocorrência do primeiro caso, segundo GVE, ESP, 1999 a 2017. (A) GVE Araçatuba; (B) GVE Marília; (C) GVE Presidente Venceslau; (D) GVE Bauru; (E) GVE Jales; (F) GVE São José do Rio Preto; (G) Presidente Prudente; (H) GVE Santos e (I) GVE Sorocaba

Avaliação dos triênios de 2014 a 2017

No período avaliado foram confirmados 526 casos humanos autóctones, sendo 141 em 2014, 125 em 2015, 118 em 2016 e 142 em 2017 (Figura 1). A maior frequência de casos ficou concentrada na faixa etária de 40 a 59 anos, com 29,8% (157/526), porém vale destacar que o grupo de 0 a 4 anos, o qual concentra apenas o intervalo de cinco anos, correspondeu a 23,6% dos casos (124/526). No período avaliado, a letalidade foi de 8,4%

(44/526), sendo que o grupo etário de 60 anos e mais alcançou 24,1% (19/79). (Tabela 2)

Quando avaliadas outras variáveis, 66,5% (350/526) dos casos eram do sexo masculino, 95,8% (504/526) residentes de área urbana, somente 69,8% (367/526) preenchiam o critério de definição de caso (presença de febre e esplenomegalia), 93,0% (489/526) dos casos foram confirmados pelo critério laboratorial, 84% (442/526) foram notificados como caso novo e

82,5% (434/526) evoluíram com cura. A Anfotericina b lipossomal foi o medicamento mais utilizado para tratamento da LV, sendo indicada em 73,0% (384/526) dos casos (Tabela 3).

No triênio 2014-2016, 60 municípios apresentaram transmissão humana de LV. Conforme os parâmetros do Ministério da Saúde para classificação epidemiológica, esses municípios foram assim classificados: 13 (21,7%) municípios com transmissão recente, 33 (55,0%) com transmissão esporádica, 8 (13,3%) com transmissão moderada e 6 (10%) com transmissão intensa. Nesse triênio, 14 municípios do ESP foram considerados prioritários para as ações de vigilância e controle da LV (Tabela 4

e Figura 4). Vale destacar que o município de Guarujá, GVE Santos, apresentou confirmação dos primeiros casos autóctones no ano de 2016, sendo o primeiro município fora da região centro-oeste do Estado a apresentar transmissão da doença.

Particular atenção deve-se a municípios que, embora sejam classificados como de transmissão recente ou esporádica, em 2016 apresentaram elevado coeficiente de incidência (CI) indicando o risco de transmissão da doença, como: Nova Guataporanga (CI 87,11/100.00 hab.), Iacri (CI 61,95/100.000 hab.), Mariápolis (CI 49,03/100.000 hab.), Monções (CI 44,46) e Panorama (CI 32,18/100.000 hab.) (Tabela 4)

Tabela 2. Distribuição dos casos autóctones de LV segundo faixa etária, ESP, triênio 2014 a 2017

Faixa etária	Casos		Óbito	
	n	%	n	letalidade
< 1 ano	41	7,8	2	4,9
1 a 4 anos	83	15,8	2	2,4
5 a 9 anos	33	6,3	0	0,0
10 a 19 anos	29	5,5	0	0,0
20 a 39 anos	104	19,8	6	5,8
40 a 59 anos	157	29,8	15	9,6
60 anos e mais	79	15,0	19	24,1
Total	526	100,0	44	8,4

Fonte Sinan, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Tabela 3. Distribuição dos casos autóctones de LV segundo medicamento indicado para tratamento, ESP, triênio 2014 a 2017

Medicamento utilizado para tratamento da LV	Casos	
	n	%
Anfotericina b lipossomal	384	73,0
Antimonial Pentavalente	74	14,1
Anfo b desoxicolato	20	3,8
Outras	7	1,3
Não utilizado/sem informação	41	7,8
Total	526	100,0

Fonte: Sinan, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Tabela 4. Casos confirmados de Leishmaniose Visceral segundo LPI e ano de notificação, Estado de São Paulo, 2014 a 2016

Mun infec SP	2014		2015		2016		Total de casos de 2014 a 2016	Média de 2014 a 2016	Estratificação quanto a transmissão de casos humanos de LV ⁿ	Categoria quanto a prioridade para as ações de VE	População 2016 (Estimativa IBGE)	C/(100.000 hab em 2016)
	casos	óbitos	casos	óbitos	casos	óbitos						
GVE XI Araçatuba	34	2	37	6	13	2	84	28,0	Intensa	Prioritário	57.300	5,24
Andradina	7	1	8	4	3	1	18	6,0	Intensa	Prioritário	193.828	0,52
Araçatuba	12	0	3	0	1	0	16	5,3	Intensa	Prioritário	12.918	0,00
Avanhandava	0	0	2	1	0	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário	7.761	0,00
Bitac	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não prioritário	119.536	1,67
Birigui	3	1	8	0	2	0	13	4,3	Moderada	Prioritário	5.506	18,16
Braúna	0	0	1	1	1	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário	16.714	5,98
Buritama**	0	0	2	0	1	0	3	1,0	Recente	Não prioritário	20.120	4,97
Castilho	0	0	1	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário	8.495	0,00
Guaraçai	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não prioritário	26.443	0,00
Ilha Solteira	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não prioritário	2.145	0,00
Mirandópolis	4	0	2	0	0	0	6	2,0	Esporádica	Não prioritário	3.667	27,27
Nova Independência	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Prioritário	62.409	3,20
Penápolis	6	0	4	0	2	1	12	4,0	Moderada	Não prioritário	25.779	3,88
Pereira Barreto	1	0	1	0	1	0	3	1,0	Esporádica	Não prioritário	8.228	0,00
Santo Antônio do Aracanguá	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não prioritário	25.316	0,00
Valparaíso	0	0	2	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário		
GVE XV Bauru	38	1	27	1	26	2	91	30,3	Intensa	Prioritário	36.704	2,72
Aguás	3	0	0	0	1	1	4	1,3	Esporádica	Não prioritário	369.368	5,96
Bauru	27	1	24	1	22	0	73	24,3	Intensa	Prioritário	17.573	5,69
Catálândia	1	0	0	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário	11.325	0,00
Getulina	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não prioritário	66.664	0,00
Lençóis Paulista	1	0	1	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário	76.562	1,31
Lins	6	0	0	0	1	1	7	2,3	Esporádica	Não prioritário	4.167	0,00
Presidente Alves**	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Recente	Não prioritário	39.139	2,55
Promissão	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não prioritário		

Classificação epidemiológica dos municípios do Estado do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral/Hiramoto RM et al.

GVE XIX Marília	33	5	19	1	36	1	88	29,3	Intensa	Prioritário	
Adamantina	2	0	3	0	2	0	7	2,3	Esporádica	Não prioritário	35.094
Bastos	4	1	1	0	3	0	8	2,7	Moderada	Prioritário	21.070
Flórida Paulista	1	0	2	0	4	0	7	2,3	Esporádica	Não prioritário	14.143
Herculândia*	0	0	0	0	2	0	2	0,7	Recente		9.338
Iaci***	1	0	0	0	4	0	5	1,7	Recente		6.457
Lucélia	3	0	1	0	3	0	7	2,3	Esporádica	Não prioritário	21.330
Mariápolis	0	0	0	0	2	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário	4.079
Marília	2	1	2	0	10	1	14	4,7	Intensa	Prioritário	233.639
Oswaldo Cruz	6	0	2	0	1	0	9	3,0	Moderada	Prioritário	32.593
Pacaembu	2	0	1	0	0	0	3	1,0	Esporádica	Não prioritário	14.024
Pompeia	3	0	3	0	2	0	8	2,7	Moderada	Prioritário	21.526
Rinópolis	2	0	0	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário	10.116
Salmourão	1	0	2	1	0	0	3	1,0	Esporádica	Não prioritário	5.187
Tupã	6	3	2	0	3	0	11	3,7	Moderada	Prioritário	65.705
GVE XXI Pres. Prudente	0	0	4	2	4	1	8	2,7	Moderada	Prioritário	
Presidente Prudente	0	0	2	1	2	1	4	1,3	Esporádica	Não prioritário	223.749
Santo Anastácio**	0	0	2	1	2	0	4	1,3	Recente		21.037
GVE XXII Pres. Venceslau	19	2	29	0	31	1	79	26,3	Intensa	Prioritário	
Dracena	3	0	7	0	7	0	17	5,7	Intensa	Prioritário	46.088
Flora Rica	1	1	1	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não prioritário	1.602
Irapuru	0	0	2	0	1	0	3	1,0	Esporádica	Não prioritário	8.217
Junqueirópolis	2	0	5	0	4	0	11	3,7	Moderada	Prioritário	20.211
Marabá Paulista***	1	0	1	0	0	0	2	0,7	Recente		5.524
Nova Guataporanga	0	0	1	0	2	0	3	1,0	Esporádica	Não prioritário	2.296
Ouro Verde	2	0	2	0	1	0	5	1,7	Esporádica	Não prioritário	8.386
Panorama	1	0	2	0	5	1	8	2,7	Esporádica	Não prioritário	15.539
Presidente Epitácio***	1	0	3	0	8	0	12	4,0	Recente		43.718
Presidente Venceslau	6	1	4	0	1	0	11	3,7	Moderada	Prioritário	39.476
Tupi Paulista	2	0	1	0	2	0	5	1,7	Esporádica	Não prioritário	15.238
											5,70
											14,24
											28,28
											21,42
											61,95
											14,06
											49,03
											4,28
											3,07
											0,00
											9,29
											0,00
											0,00
											4,57
											0,89
											9,51
											15,19
											0,00
											12,17
											19,79
											0,00
											87,11
											11,92
											32,18
											18,30
											2,53
											13,13

Classificação epidemiológica dos municípios do Estado do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral/Hiramoto RM et al.

GVE XXV Santos	0	0	0	0	2	2	2	0,7	Recente	313.421	0,64
Guarujá*	0	0	0	0	2	2	2	0,7	Recente		
GVE XXIX S. J. do Rio Preto	14	2	6	0	5	2	25	7,7	Intensa	Prioritário	
Mirassol*	0	0	0	0	1	1	1	0,3	Recente	58.760	1,70
Moções*	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Recente	2.249	44,46
São José do Rio Preto*	0	0	0	0	1	1	1	0,3	Recente	446.649	0,22
Votuporanga	14	2	6	0	2	0	22	7,3	Intensa	Prioritário	2,17
GVE XXX Jales	3	0	3	1	1	0	7	1,7	Esporádica	Não prioritário	
Estrela d'Oeste*	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Recente	8.464	11,81
Fernandópolis**	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Recente	68.670	0,00
Jales	2	0	2	1	0	0	4	1,3	Esporádica	Não prioritário	0,00
Santa Fé do Sul	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não prioritário	0,00
Estado de São Paulo	141	12	125	11	118	11	384	126,7	Intensa	Prioritário	

Nota: *Estratificação quanto a ocorrência de casos humanos de LY: Esporádico < 2,4 casos; Moderada ≥ 2,4 e < 4,4 casos; Intensa ≥ 4,4 casos

*Município 1º caso em 2016; **Município 1º caso em 2015; ***Município 1º caso em 2014

Fonte: Casos - Sinan Net , 15/10/2018 e População - <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp>

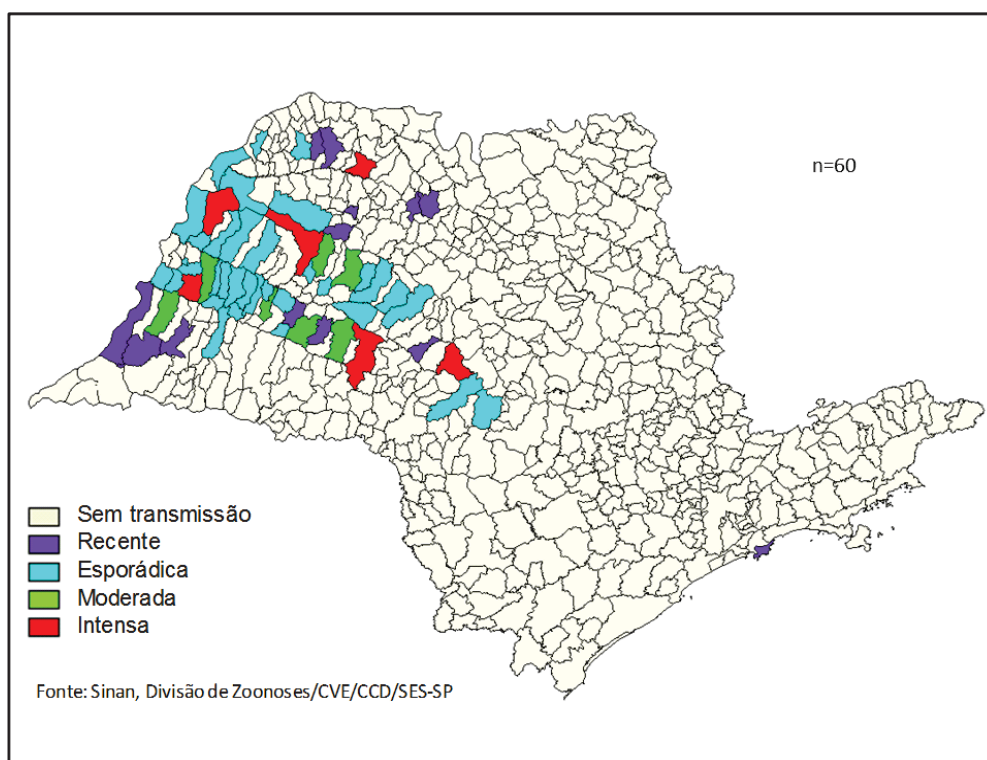


Figura 4. Classificação dos municípios com transmissão humana de Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, triênio 2014 a 2016

Já no triênio 2015-2017, 64 municípios que apresentaram casos humanos autóctones foram classificados como: 13 (20,3) com transmissão recente, 38 (59,4%) com transmissão esporádica, 7 (10,9) com transmissão moderada e 6 (9,4) com transmissão intensa (Tabela 5 e Figura 5). Assim, 13 municípios foram considerados como prioritários. No GVE Sorocaba, o município de Votorantim passou a apresentar transmissão humana de LV a partir de 2017.

Assim como no triênio anterior, municípios classificados como esporádico apresentaram alto CI, como Pauliceia (CI 41,98/100.000) e Ouro Verde (CI 35,55/100.000) (Tabela 5).

Quando comparamos os dados por triênio, observamos uma redução no número de municípios com transmissão intensa, passando de 12 no triênio 2011 a 2013, para seis nos dois últimos triênios, o que representa uma redução em 50% no período avaliado. (Tabela 6)

Vale destacar que, a partir de 2015, o Ministério da Saúde incluiu na classificação dos municípios com transmissão de casos humanos o estrato “Municípios com transmissão recente”, ou seja, aqueles que apresentaram o primeiro registro da doença nos últimos três anos,¹ sendo que no último triênio (2015 a 2017) foram 13 municípios.

Tabela 5. Casos confirmados de Leishmaniose Visceral segundo LPI e ano de notificação, Estado de São Paulo, 2015 a 2017

Mun intec SP	2015				2016				2017		Total de casos de 2015 a 2017	Média de 2015 a 2017	Estratificação quanto a transmissão de casos humanos de LV ⁿ	Categoria quanto a prioridade para as ações de VE	População 2017 (Estimativa IBGE)	C/(100.000 hab em 2017
	Casos		Óbitos		Casos		Óbitos		Casos	Óbitos						
	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos	Casos	Óbitos								
GVE XI ARAÇATUBA	37	6	13	2	31	4	81	27,0	Intensa	Prioritário	57.350	5,23				
Andradina	8	4	3	1	3	0	14	4,7	Intensa	Prioritário	194.874	5,13				
Araçatuba	3	0	1	0	10	1	14	4,7	Intensa	Prioritário	13.112	15,25				
Avanhandava	2	1	0	0	2	0	4	1,3	Esporádica	Não Prioritário	7.837	12,76				
Bilac	1	0	0	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Prioritário	120.692	1,66				
Birigui	8	0	2	0	2	1	12	4,0	Moderada	Não Prioritário	5.557	0,00				
Braúna	1	1	1	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	16.841	0,00				
Buritama***	2	0	1	0	0	0	3	1,0	Recente	Não Prioritário	20.362	0,00				
Castilho	1	0	1	0	0	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	8.466	11,81				
Guaraçai	1	0	0	0	1	1	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	26.540	0,00				
Ilha Solteira	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	29.315	6,82				
Mirandópolis	2	0	0	0	2	0	4	1,3	Esporádica	Não Prioritário	3.745	0,00				
Nova Independência	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Prioritário	62.738	11,16				
Penápolis	4	0	2	1	7	0	13	4,3	Moderada	Não Prioritário	25.790	7,75				
Pereira Barreto	1	0	1	0	2	0	4	1,3	Esporádica	Não Prioritário	25.632	3,90				
Valparaíso	2	0	0	0	1	1	3	1,0	Esporádica	Prioritário	36.880	2,71				
GVE XV Bauru	27	1	26	2	29	1	82	27,3	Intensa	Não Prioritário	371.690	6,73				
Agudos	0	0	1	1	1	0	2	0,7	Esporádica	Prioritário	17.645	0,00				
Baurú	24	1	22	0	25	1	71	23,7	Intensa	Não Prioritário	11.362	0,00				
Cafelândia	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	67.185	0,00				
Getulina	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	77.021	1,30				
Lençóis Paulista	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	45.708	2,19				
Lins	0	0	1	1	1	0	2	0,7	Esporádica	Recente	4.155	0,00				
Pederneiras*	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Recente	Recente	39.506	2,53				
Presidente Alves***	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Recente	Esporádica						
Promissão	0	0	1	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário						

Classificação epidemiológica dos municípios do Estado do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral/Hiramoto RM et al.

GVE XIX	Marília	19	1	36	1	35	0	90	30,0	Intensa	Prioritário	35.139	14,23
Adamantina	3	0	2	0	5	0	10	3,3	Moderada	Prioritário	Prioritário	21.073	14,24
Bastos	1	0	3	0	3	0	7	2,3	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	14.282	0,00
Flórida Paulista	2	0	4	0	0	0	6	2,0	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	9.397	0,00
Herculândia**	0	0	2	0	0	0	2	0,7	Recente	Não Prioritário	Não Prioritário	6.434	0,00
Iacri	0	0	4	0	0	0	4	1,3	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	3.933	25,43
Inúbia Paulista	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	21.461	4,66
Lucélia	1	0	3	0	1	0	5	1,7	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	4.087	24,47
Mariápolis	0	0	2	0	1	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	235.234	6,80
Marília	2	0	10	1	16	0	28	9,3	Intensa	Prioritário	Prioritário	32.709	6,11
Oswaldo cruz	2	0	1	0	2	0	5	1,7	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	14.086	0,00
Pacaembu	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	11.073	9,03
Parapuá	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	21.674	4,61
Pompeia	3	0	2	0	1	0	6	2,0	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	5.222	19,15
Salmouão	2	1	0	0	1	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	65.758	4,56
Tupã	2	0	3	0	3	0	8	2,7	Moderada	Prioritário	Prioritário		
GVE XXI Pres. Prudente	4	2	4	1	5	1	13	4,3	Moderada	Prioritário	Prioritário	13.420	7,45
Presidente Bernardes*	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Recente	Não Prioritário	Não Prioritário	225.271	1,33
Presidente Prudente	2	1	2	1	3	1	7	2,3	Esporádica	Não Prioritário	Não Prioritário	21.030	4,76
Santo Anastácio***	2	1	2	0	1	0	5	1,7	Recente				

Classificação epidemiológica dos municípios do Estado do Estado de São Paulo segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral/Hiramoto RM et al.

GVE XXII Pres. Venceslau	29	0	31	1	32	2	92	30,7	Intensa	Prioritário	46.324	23,75
Dracena	7	0	7	0	11	0	25	8,3	Intensa	Prioritário	46.324	23,75
Flora Rica	1	0	0	0	0	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	1.571	0,00
Irapuru	2	0	1	0	0	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário	8.248	0,00
Junqueirópolis	5	0	4	0	0	0	9	3,0	Moderada	Prioritário	20.353	0,00
Marabá Paulista	1	0	0	0	1	0	2	0,7	Esporádica	Não Prioritário	5.611	17,82
Monte Castelo	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário	4.190	23,87
Nova Guataporanga	1	0	2	0	0	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário	2.304	0,00
Ouro Verde	2	0	1	0	3	0	6	2,0	Esporádica	Não Prioritário	8.440	35,55
Panorama	2	0	5	1	4	2	11	3,7	Moderada	Prioritário	15.619	25,61
Pauliceia	0	0	0	0	3	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário	7.147	41,98
Presidente Epitácio	3	0	8	0	5	0	16	5,3	Intensa	Prioritário	43.897	11,39
Presidente Venceslau	4	0	1	0	2	0	7	2,3	Esporádica	Não Prioritário	39.544	5,06
Tupi Paulista	1	0	2	0	2	0	5	1,7	Esporádica	Não Prioritário	15.321	13,05
GVE XXV Santos	0	0	2	2	1	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário		
Guarujá**	0	0	2	2	1	0	3	1,0	Recente		315.563	0,32
GVE XXIX S. J. do Rio Preto	6	0	5	2	5	2	16	5,3	Intensa	Prioritário		
Mirassol**	0	0	1	1	0	0	1	0,3	Recente		58.760	0,00
Monções**	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Recente		2.249	0,00
São José do Rio Preto**	0	0	1	1	0	0	1	0,3	Recente		450.657	0,00
Votuporanga	6	0	2	0	5	2	13	4,3	Moderada	Prioritário	92.768	5,39
GVE XXX Jales	3	1	1	0	3	0	7	2,3	Esporádica	Não Prioritário		
Estrela d'Oeste**	0	0	1	0	0	0	1	0,3	Recente		8.466	0,00
Fernandópolis**	1	0	0	0	2	0	3	1,0	Recente		68.670	2,91
Jales	2	1	0	0	1	0	3	1,0	Esporádica	Não Prioritário	49.110	2,04
GVE XXXI Sorocaba	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Esporádica	Não Prioritário		
Votorantim*	0	0	0	0	1	0	1	0,3	Recente		119.898	0,83
Estado de São Paulo	125	11	118	11	142	10	385	128,3	Intensa	Prioritário	45.094.866	0,31

Nota: *Município 1º caso em 2017 – **Município 1º caso em 2016 – ***Município 1º caso em 2015

Fonte: Casos - Sinan Net, &15/10/2018 e População - <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp>

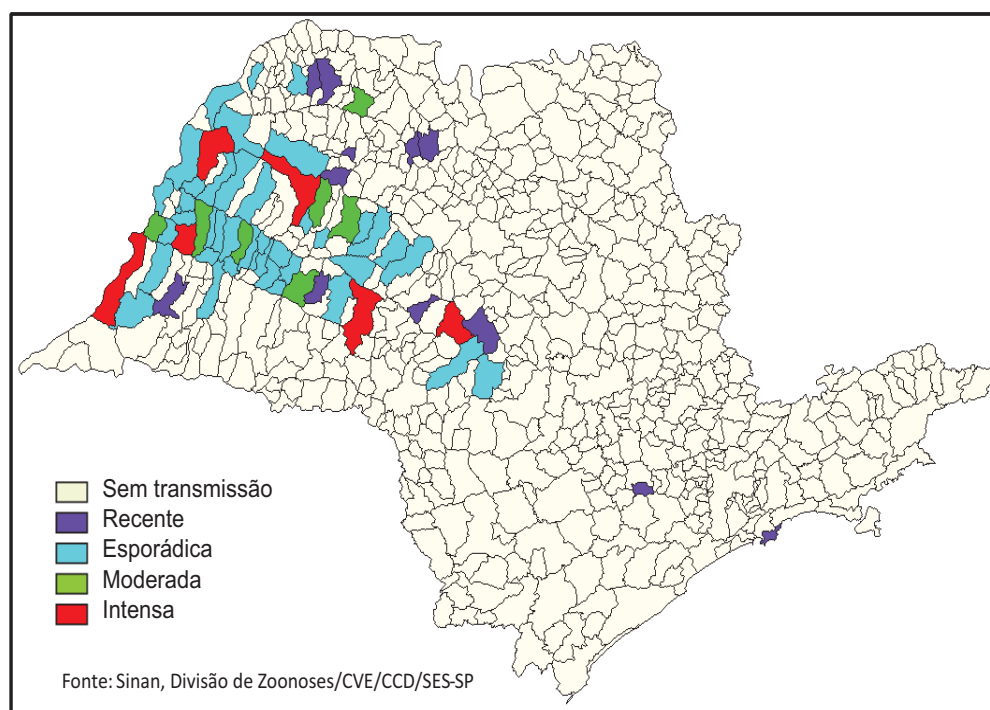


Figura 5. Classificação dos municípios com transmissão humana de Leishmaniose Visceral, Estado de São Paulo, triênio 2015 a 2017

Tabela 6. Classificação dos municípios com transmissão de casos humanos de LV segundo triênio, estado de São Paulo, 2011 a 2017

Classificação dos municípios quanto a transmissão de casos humanos	Triênio				
	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016	2015-2017
Recente*			12	13	13
Esporádica	42	42	37	33	38
Moderada	7	8	6	8	7
Intensa	12	10	8	6	6
Total de municípios	61	60	63	60	64

*Classificação incluída a partir de 2015

Fonte: Sinan, Divisão de Zoonoses/CVE/CCD/SES-SP

Diagnóstico Leishmaniose Visceral Humana – Teste Rápido Humano

No ano 2017, ocorreu o desabastecimento do teste rápido imunocromatográfico IT-LEISH® no segundo semestre e o diagnóstico recomendado foi o exame parasitológico e a Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) (Nota Informativa Conjunta Nº 01, de 2017/CGDT e CGLAB/DEVIT/SVS-MS);

com isso, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo fez a aquisição dos insumos que atenderam as demandas até o final de novembro. Em fevereiro de 2018, o abastecimento de testes rápidos foi normalizado pelo Ministério da Saúde, mas o kit foi substituído pelo teste rápido imunocromatográfico

OnSite™ da empresa Bio Advance Diagnóstico (Nota Informativa Nº 03 - CGLAB/DEVIT/SVS-MS).

O teste rápido imunocromatográfico OnSite™ pode ser realizado em soro sanguíneo, plasma ou sangue, mas no estado de São Paulo, devido à composição do insumo, recomendou-se o uso em amostras de soro. O kit recebido era composto por um frasco de solução tampão e 30 cartuchos individuais (tira-teste). A impossibilidade de fracionamento do tampão inviabilizou a descentralização do teste rápido para os municípios, permanecendo sua realização na rede do Instituto Adolfo Lutz naquele momento.

LV em reservatório canino

Seguindo o Algoritmo para confirmação de 1º caso autóctone de leishmaniose visceral canina, Ministério da Saúde, Brasil² nos anos de 2015 e 2016, em vários municípios das regiões de Marília, Presidente Prudente, São José do Rio Preto foram localizados animais autóctones com exames reagentes (DPP + ELISA + Parasitológico e/ou Imunohistoquímica), no entanto, o destaque seriam os municípios de Santos no litoral, onde animais foram localizados com exames reagentes e até o momento o vetor não foi localizado e o município de Caieiras na grande São Paulo, no qual foram detectados animais infectados e a presença do vetor foi localizada pela Sucen, sendo o primeiro da região metropolitana a apresentar esta característica.

Até o final de 2017, foram 156 municípios onde a presença do reservatório canino infectado foi detectada e, destes, 145 municípios onde o vetor foi localizado, além do município de Jaci, onde foi realizada a

técnica de Isoenzimas de isolados de animais autóctones² e dos municípios de Embu das Artes e Cotia, classificados anteriormente e assim caracterizada a transmissão canina, então totalizando neste período 145 municípios com Transmissão Canina no estado de São Paulo (Figura 6). No ano de 2017, os destaques foram a expansão da transmissão canina em municípios da Grande São Paulo, como Barueri, Jandira, Itapevi e Mogi das Cruzes, com outros municípios apresentando casos suspeitos e ainda em investigação.

LV e vetores

Em relação ao vetor, a presença desse foi assinalada em 196 municípios paulistas (Figura 7), sendo 151 deles com transmissão (Quadro 1), de modo que *Lutzomyia longipalpis* (*Lu.longipalpis*) encontra-se em todos os 93 municípios com transmissão canina e humana, em dois dos cinco municípios com transmissão humana e em 49, dos 53 municípios com transmissão canina. A circulação de *Leishmania infantum*, portanto, ainda não foi constatada em 52 municípios, que são classificados como Silenciosos Receptivos Vulneráveis – aqueles com presença do vetor e sem notificação de casos humanos e/ou caninos autóctones (Quadro 2).

Municípios que configuram maior probabilidade de circulação de fontes de infecção e sem o vetor são classificados como Silenciosos Não Receptivos Vulneráveis; sendo que para esses, é preconizada a atividade de Levantamento Entomológico, realizada pelos Serviços Regionais da Sucen, que tem como objetivo detectar a espécie do vetor, expressando indicador de receptividade à transmissão da LV e apontando às Secretarias

Municipais de Saúde a importância de incrementar as ações preventivas e de controle. Atualmente, 275 municípios estão classificados neste agrupamento.

Completando a classificação dos municípios do ESP, chegamos àqueles com a situação epidemiológica mais confortável, classificados como Silenciosos Não Receptivos Não Vulneráveis, sendo atualmente 158 como tal.

Dados disponíveis e analisados até dezembro de 2017 revelaram 151 municípios com transmissão de LV assim configurados: 93 municípios apresentaram casos humanos e caninos autóctones, cinco municípios registraram somente casos humanos autóctones, sem detecção de autoctonia canina e 53 municípios apresentaram somente transmissão canina (Figura 8).

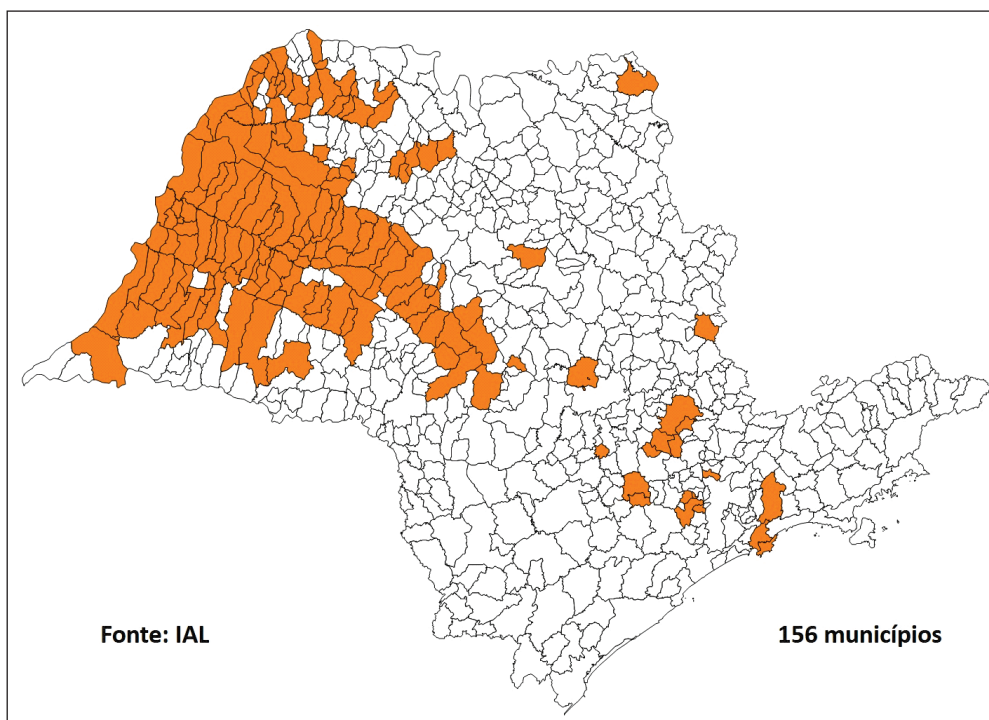


Figura 6. Distribuição de municípios onde foi confirmada a presença do reservatório canino infectado no Estado de São Paulo, dezembro de 2017

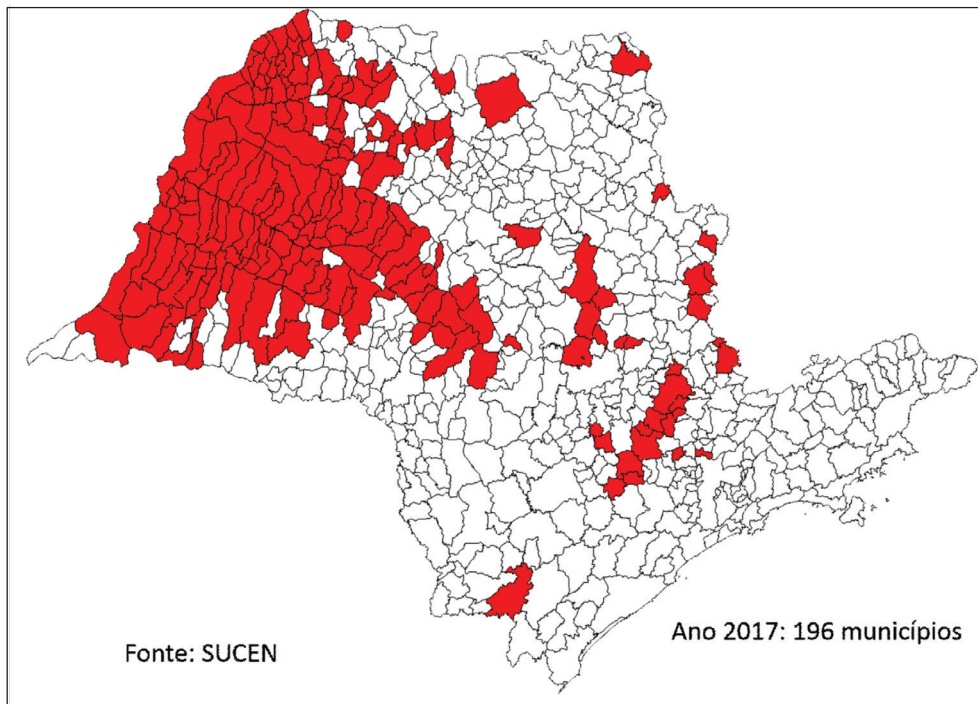


Figura 7. Distribuição de municípios com presença de *Lutzomyia longipalpis* no Estado de São Paulo, dezembro de 2017

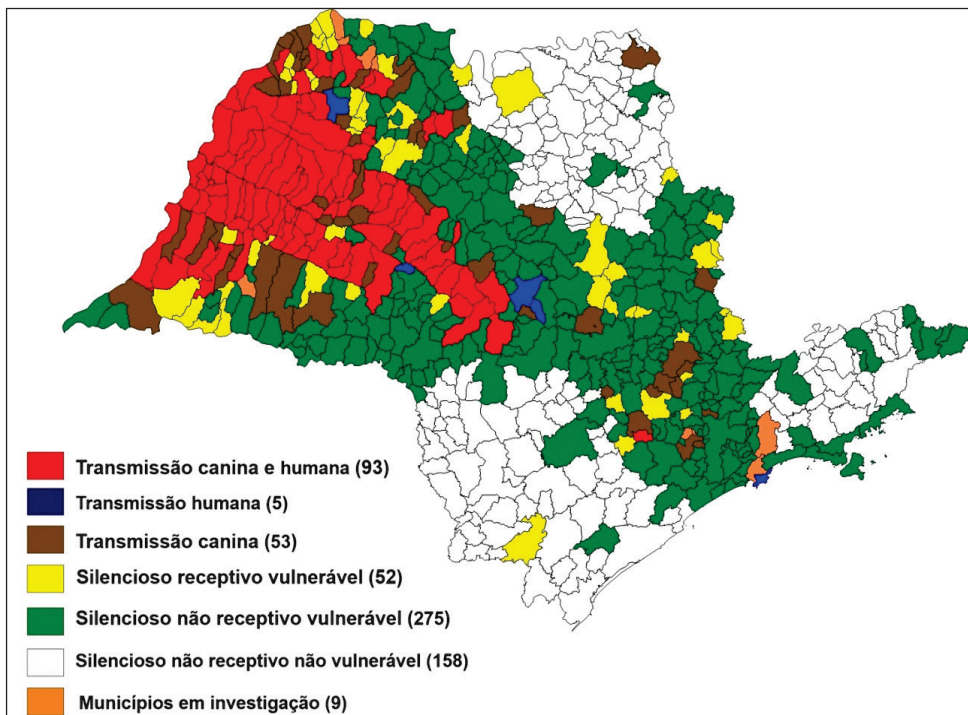


Figura 8. Distribuição de municípios segundo a classificação epidemiológica para leishmaniose visceral em dezembro de 2017, Estado de São Paulo

Quadro 1. Classificação epidemiológica dos municípios com transmissão de LV segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral, por Serviço Regional (SR) da Superintendência de Controle de Endemias, Departamento Regional de Saúde (DRS) e Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE), estado de São Paulo, 2017

MUNICÍPIO	SR	DRS	GVE	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
Caieiras	1	1	9	Transmissão canina
Cotia	1	1	10	Transmissão canina
Embu	1	1	10	Transmissão canina
Guarujá	2	4	25	Transmissão humana
Cerquilha	4	16	31	Transmissão canina
Salto	4	16	31	Transmissão canina
Sorocaba	4	16	31	Transmissão canina
Votorantim	4	16	31	Transmissão canina e humana
Campinas	5	7	17	Transmissão canina
Espírito Santo do Pinhal	5	14	26	Transmissão canina
Indaiatuba	5	7	17	Transmissão canina
Itupeva	5	7	17	Transmissão canina
São Pedro	5	10	20	Transmissão canina
Valinhos	5	7	17	Transmissão canina
Matão	6	3	12	Transmissão canina
Pedregulho	6	8	18	Transmissão canina
Américo de Campos	8	15	29	Transmissão canina
Aparecida d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina
Aspásia	8	15	30	Transmissão canina
Cosmorama	8	15	29	Transmissão canina
Estrela d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina e humana
Fernandópolis	8	15	30	Transmissão canina e humana
General Salgado	8	15	29	Transmissão humana
Guapiaçu	8	15	29	Transmissão canina
Jaci	8	15	29	Transmissão canina
Jales	8	15	30	Transmissão canina e humana
Meridiano	8	15	30	Transmissão canina
Mirassol	8	15	29	Transmissão canina e humana
Monções	8	15	29	Transmissão canina e humana
Neves Paulista	8	15	29	Transmissão canina
Palmeira d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina e humana
Pontalinda	8	15	30	Transmissão canina
Rubineia	8	15	30	Transmissão canina
Santa Albertina	8	15	30	Transmissão canina
Santa Clara d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina

Santa Fé do Sul	8	15	30	Transmissão canina e humana
Santa Rita d'Oeste	8	15	30	Transmissão canina
Santa Salete	8	15	30	Transmissão canina
Santana da Ponte Pensa	8	15	30	Transmissão canina
São José do Rio Preto	8	15	29	Transmissão canina e humana
Urânia	8	15	30	Transmissão canina e humana
Valentim Gentil	8	15	29	Transmissão canina e humana
Votuporanga	8	15	29	Transmissão canina e humana
Alto Alegre	9	2	11	Transmissão canina
Andradina	9	2	11	Transmissão canina e humana
Araçatuba	9	2	11	Transmissão canina e humana
Aurifloma	9	2	11	Transmissão canina e humana
Avanhandava	9	2	11	Transmissão canina e humana
Barbosa	9	2	11	Transmissão canina e humana
Bento de Abreu	9	2	11	Transmissão canina e humana
Bilac	9	2	11	Transmissão canina e humana
Birigui	9	2	11	Transmissão canina e humana
Braúna	9	2	11	Transmissão canina e humana
Brejo Alegre	9	2	11	Transmissão canina
Buritama	9	2	11	Transmissão canina e humana
Castilho	9	2	11	Transmissão canina e humana
Clementina	9	2	11	Transmissão canina e humana
Coroados	9	2	11	Transmissão canina e humana
Gabriel Monteiro	9	2	11	Transmissão canina
Glicério	9	2	11	Transmissão canina
Guaraçai	9	2	11	Transmissão canina e humana
Guararapes	9	2	11	Transmissão canina e humana
Guzolândia	9	2	11	Transmissão canina e humana
Ilha Solteira	9	2	11	Transmissão canina e humana
Itapura	9	2	11	Transmissão canina e humana
Lavínia	9	2	11	Transmissão canina e humana
Lourdes	9	2	11	Transmissão canina
Luiziânia	9	2	11	Transmissão canina
Mirandópolis	9	2	11	Transmissão canina e humana
Murutinga do Sul	9	2	11	Transmissão canina e humana
Nova Castilho	9	2	11	Transmissão canina
Nova Independência	9	2	11	Transmissão canina e humana
Penápolis	9	2	11	Transmissão canina e humana
Pereira Barreto	9	2	11	Transmissão canina e humana

Piacatu	9	2	11	Transmissão canina e humana
Rubiácea	9	2	11	Transmissão canina e humana
Santo Antônio do Aracangu	9	2	11	Transmissão canina e humana
Santópolis do Aguapeí	9	2	11	Transmissão canina
Sud Mennucci	9	2	11	Transmissão canina e humana
Suzanápolis	9	2	11	Transmissão canina
Turiúba	9	2	11	Transmissão canina e humana
Valparaíso	9	2	11	Transmissão canina e humana
Alfredo Marcondes	10	11	21	Transmissão canina
Álvares Machado	10	11	21	Transmissão canina
Caiuá	10	11	22	Transmissão canina
Dracena	10	11	22	Transmissão canina e humana
Flora Rica	10	11	21	Transmissão canina e humana
Irapuru	10	11	21	Transmissão canina e humana
Junqueirópolis	10	11	22	Transmissão canina e humana
Marabá Paulista	10	11	22	Transmissão canina e humana
Martinópolis	10	11	21	Transmissão canina
Monte Castelo	10	11	22	Transmissão canina e humana
Nova Guataporanga	10	11	22	Transmissão canina e humana
Ouro Verde	10	11	22	Transmissão canina e humana
Panorama	10	11	22	Transmissão canina e humana
Paulicéia	10	11	22	Transmissão canina e humana
Piquerobi	10	11	22	Transmissão canina
Presidente Bernardes	10	11	21	Transmissão canina e humana
Presidente Epitácio	10	11	22	Transmissão canina e humana
Presidente Prudente	10	11	21	Transmissão canina e humana
Presidente Venceslau	10	11	22	Transmissão canina e humana
Rancharia	10	11	21	Transmissão canina
Ribeirão dos Índios	10	11	22	Transmissão canina
Santa Mercedes	10	11	22	Transmissão canina e humana
Santo Anastácio	10	11	22	Transmissão canina e humana
Santo Expedito	10	11	21	Transmissão canina e humana
São João do Pau d'Alho	10	11	22	Transmissão canina e humana
Teodoro Sampaio	10	11	22	Transmissão canina
Tupi Paulista	10	11	22	Transmissão canina e humana
Adamantina	11	9	19	Transmissão canina e humana
Agudos	11	6	15	Transmissão canina e humana
Álvaro de Carvalho	11	9	19	Transmissão humana
Arealva	11	6	15	Transmissão canina

Avaí	11	6	15	Transmissão canina e humana
Balbinos	11	6	15	Transmissão canina
Barra Bonita	11	6	15	Transmissão canina
Bastos	11	9	19	Transmissão canina e humana
Bauru	11	6	15	Transmissão canina e humana
Cafelândia	11	6	15	Transmissão canina e humana
Flórida Paulista	11	9	19	Transmissão canina e humana
Getulina	11	6	15	Transmissão canina e humana
Guaiçara	11	6	15	Transmissão canina e humana
Guaimbê	11	9	19	Transmissão canina
Guarantã	11	9	19	Transmissão canina e humana
Herculândia	11	9	19	Transmissão canina e humana
Iacri	11	9	19	Transmissão canina e humana
Inúbia Paulista	11	9	19	Transmissão canina e humana
Jaú	11	6	15	Transmissão humana
Lençóis Paulista	11	6	15	Transmissão canina e humana
Lins	11	6	15	Transmissão canina e humana
Lucélia	11	9	19	Transmissão canina e humana
Mariápolis	11	9	19	Transmissão canina e humana
Marília	11	9	19	Transmissão canina e humana
Mineiros do Tietê	11	6	15	Transmissão humana
Oriente	11	9	19	Transmissão canina
Oswaldo Cruz	11	9	19	Transmissão canina e humana
Pacaembu	11	9	19	Transmissão canina e humana
Paraguaçu Paulista	11	9	13	Transmissão canina
Parapuã	11	9	19	Transmissão canina e humana
Pederneiras	11	6	15	Transmissão canina e humana
Pirajuí	11	6	15	Transmissão canina e humana
Piratininga	11	6	15	Transmissão canina e humana
Pompeia	11	9	19	Transmissão canina e humana
Presidente Alves	11	6	15	Transmissão canina e humana
Promissão	11	6	15	Transmissão canina e humana
Quintana	11	9	19	Transmissão canina e humana
Rinópolis	11	9	19	Transmissão canina e humana
Sabino	11	6	15	Transmissão canina
Sagres	11	9	19	Transmissão canina e humana
Salmourão	11	9	19	Transmissão canina e humana
Tupã	11	9	19	Transmissão canina e humana

Total de Municípios = 151

Quadro 2. Classificação epidemiológica dos municípios do Estado do Estado de São Paulo com presença de vetor (*Lutzomyia longipalpis*) segundo o Programa de Vigilância e Controle de Leishmaniose Visceral, por Serviço Regional (SR) da Superintendência de Controle de Endemias, Departamento Regional de Saúde (DRS) e Grupo de Vigilância Epidemiológica (GVE). 2017

SR	DRS	GVE	MUNICÍPIO	CLASSIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
5	14	26	Águas da Prata	Silencioso receptivo vulnerável
5	7	17	Águas de Lindoia	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	Álvares Florence	Silencioso receptivo vulnerável
5	10	20	Analândia	Silencioso receptivo vulnerável
11	9	19	Arco-Íris	Silencioso receptivo vulnerável
6	5	14	Barretos	Silencioso receptivo vulnerável
4	16	31	Boituva	Silencioso receptivo vulnerável
10	11	21	Caiabu	Silencioso receptivo vulnerável
6	13	24	Cássia dos Coqueiros	Silencioso receptivo vulnerável
5	10	20	Cordeirópolis	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Dirce Reis	Silencioso receptivo vulnerável
5	14	26	Divinolândia	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Dolcinópolis	Silencioso receptivo vulnerável
11	6	15	Duartina	Silencioso receptivo vulnerável
10	11	21	Emilianópolis	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	Floreal	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	Gastão Vidigal	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	Icém	Silencioso receptivo vulnerável
5	10	20	Ipeúna	Silencioso receptivo vulnerável
2	12	23	Iporanga	Silencioso receptivo vulnerável
5	10	20	Itirapina	Silencioso receptivo vulnerável
4	16	31	Itu	Silencioso receptivo vulnerável
5	7	17	Jaguariúna	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	José Bonifácio	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	Magda	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Marinópolis	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Mesópolis	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Mira Estrela	Silencioso receptivo vulnerável
10	11	22	Mirante do Paranapanema	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	Monte Aprazível	Silencioso receptivo vulnerável
10	11	21	Narandiba	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Nova Canaã Paulista	Silencioso receptivo vulnerável
9	2	11	Nova Luzitânia	Silencioso receptivo vulnerável
11	9	19	Oscar Bressane	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Paranapuã	Silencioso receptivo vulnerável
1	1	10	Pirapora do Bom Jesus	Silencioso receptivo vulnerável
10	11	21	Pirapozinho	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	Planalto	Silencioso receptivo vulnerável

8	15	30	Populina	Silencioso receptivo vulnerável
11	9	19	Pracinha	Silencioso receptivo vulnerável
10	11	21	Quatá	Silencioso receptivo vulnerável
4	16	31	Salto de Pirapora	Silencioso receptivo vulnerável
10	11	21	Sandovalina	Silencioso receptivo vulnerável
5	10	20	Santa Gertrudes	Silencioso receptivo vulnerável
6	3	12	São Carlos	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	São Francisco	Silencioso receptivo vulnerável
5	14	26	São João da Boa Vista	Silencioso receptivo vulnerável
5	7	17	Socorro	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Três Fronteiras	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	30	Turmalina	Silencioso receptivo vulnerável
8	15	29	Uchoa	Silencioso receptivo vulnerável
5	7	17	Vinhedo	Silencioso receptivo vulnerável

Total de Municípios = 52

Ações Educativas do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral do Estado de São Paulo, PVCLV- SP

A educação em saúde no PVCLV-SP tem demonstrado ser uma importante estratégia para o controle da doença, quando desenvolvida de maneira a despertar a consciência crítica da realidade em prol da melhoria da qualidade de vida.² Além disto, sua prática deve estar instaurada no cotidiano dos serviços por uma gestão compartilhada de vigilância e controle da doença centrada na intersectorialidade, interdisciplinariedade e participação social.³

Desde quando a Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose foi instituída no Brasil, em 2012,⁴ a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo realiza anualmente a Semana Estadual de Prevenção e Controle de Leishmaniose Visceral. Sua finalidade está pautada em ações que visem à apropriação de saberes pela população com relação à transmissão da doença, manejo

ambiental para controle do vetor, aliada às responsabilidades de saúde, higiene e de guarda responsável dos animais de estimação.

A cada ano, há uma nova proposta temática para as práticas educativas serem desenvolvidas, como: 2012 “*conhecendo e aprendendo sobre LV*”; 2013 “*leishmaniose visceral: mobiliza-ção para prevenção*”; 2014 “*leishmaniose visceral é realidade, prevenção é nossa responsabilidade*”; 2015 “*leishmaniose visceral: o controle depende da participação de todos*”; 2016 “*unir forças para não expandir*”; 2017 “*leishmaniose visceral: eu apoio e faço parte*”.

Do ponto de vista de sistematização, realizamos uma análise da produção das atividades compreendida entre 2015 a 2017 durante as Semanas Estaduais.

A categoria de atividades compreenderam as ações que foram realizadas preferencialmente – ou majoritariamente – pelas equipes dos serviços municipais de saúde responsáveis pelo programa da LV

(tabelas 1 e 2), porém, isso não impede que elas possam ter sido promovidas no âmbito de outros serviços da comunidade, como o caso da vigilância sanitária ou defesa civil.

Considerando o período e o total das atividades educativas desenvolvidas pelos municípios, (22634/27850) 81,3% foram em 2017. A distribuição de cartazes e folhetos se mostrou como uma das práticas mais retratadas neste ano (19304/20378) 94,7%, ao se confirmar como um recurso de comunicação junto à comunidade.

Entretanto, a repercussão desta prática não foi observada nos anos de 2015 e 2016. Na maioria das vezes se desconhece o papel que os materiais impressos efetivamente desempenham na comunicação entre

profissionais e usuários dos serviços de saúde.⁴ Embora a panfletagem atinja sua finalidade, se pensarmos na complexidade das medidas de enfrentamento da LV, esta prática deveria vir associada a uma exposição verbal de seu conteúdo para ser mais efetiva.

A categoria de feira de ciências em praças públicas, considerada como um elemento importante de mobilização social, foi mais difundida em 2015 (64/183) 34% e 2016 (87/183) 47,5%. Também, destaca-se nesta análise, a prática de informação disseminada nas mídias (577/969) 59,5% em 2016, além das atividades junto aos demais departamentos de saúde municipais (577/969) 60%, cujos recursos utilizados foram palestras e capacitações.

Tabela 7. Tipo de atividades educativas desenvolvidas pelos municípios durante as Semanas Estaduais de Combate a Leishmaniose Visceral no Estado de São Paulo, no período de 2015 - 2017

Atividades educativas	2015	2016	2017	Total
At. Informações em Mídias	218	577	174	969
At. para Serviços de Saúde	165	882	353	1.400
At. para Profissionais de Saúde e Médicos Veterinários	154	176	275	605
At. Escolas	143	125	249	517
At. Eq. de Vetores, Zoonoses e Estratégia Saúde da Família	522	708	1.851	3.081
At. Distribuição de Cartazes e Folhetos	428	646	19.304	20.378
At. Feiras de Ciências em Praças Públicas	64	87	32	183
At. Outras Práticas	142	179	396	717
Total	1.836	3.380	22.634	27.850

Fonte: Planilha de Condensado das Ações dos Serviços Regionais da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen)

Tabela 8. Número de municípios envolvidos com práticas educativas durante as Semanas Estaduais de Combate a Leishmaniose Visceral no Estado de São Paulo, no período de 2015-2018

Municípios com transmissão de LV	2015	2016	2017
Transmissão Humana e Canina	179	91	66
Sem Transmissão	23	36	63

Fonte: Planilha de Condensado das Ações dos Serviços Regionais da Superintendência de Controle de Endemias (Sucen)

No contexto das práticas educativas do ano de 2017, um dos principais alvos das atividades foram as escolas de ensino (249/517) 48,2%.

Não obstante, conclui-se que as ações das Semanas Estaduais têm alcançado grande número de pessoas e integrado múltiplos sujeitos para conscientização da LV por meio dos diversos eventos comunitários realizados. Sobretudo, reconhecendo o saber como fonte de valor para o processo de consciência social e ambiental da LV,³ podemos inferir que esta experiência tem proporcionado aprendizagens significativas de LV nos diferentes espaços e grupos de suas práticas, com ênfase para a potencialidade das equipes de controle de vetores, zoonoses e agentes comunitários de saúde.

Os desafios despontam à consolidação de práticas mais dialógicas e transformadoras, midiaticizadas entre os serviços e as comunida-

des afetadas, de modo que se passe a trabalhar com pessoas, e não para as pessoas, como pressupõe o processo de trabalho de educação em saúde para promoção da saúde.²

Neste sentido, as instituições envolvidas com política de vigilância e controle da doença no estado, no caso o Comitê Estadual de Leishmaniose Visceral, tem contribuído com os gestores municipais na busca de um olhar aprofundado das realidades locais onde ocorre a doença, ajudando a refletirem as dimensões mais amplas associadas a transmissão, como por exemplo fatores sociais e ambientais, além de fatores estruturais de serviços, no caso problemas de esgoto e de limpeza urbana. Isso tem possibilitado um diagnóstico situacional participativo capaz de articular melhor as estratégias de ação do programa às realidades locais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose Visceral. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017, p. 477-96.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília (DF); 2007.
3. Secretaria da Saúde (SP), Coordenadoria de Controle de Doenças, Comitê de Leishmaniose Visceral Americana. Classificação epidemiológica dos municípios segundo o Programa de Vigilância e Controle da leishmaniose visceral americana no estado de São Paulo. BEPA, Bol. epidemiol. paul. 2015; 12(143):1-8.
4. Rangel O, et al. Classificação epidemiológica dos municípios segundo o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo, para 2013. BEPA, Bol. epidemiol. paul. [internet].2013. [acesso em 3 nov. 2018]. Disponível em http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722013000300002&lng=pt&nrm=iso
5. Freitas FV, Rezende Filho LA. Communication models and use of printed materials in healthcare education: a bibliographic survey. Interface. 2011;15(36):243-56.