



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS – LICENCIATURA

SOLANGE GONÇALVES DOS SANTOS

LEISHMANIOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS EM
CAJAZEIRAS ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017

CAJAZEIRAS – 2018

SOLANGE GONÇALVES DOS SANTOS

**LEISHMANIOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS EM
CAJAZEIRAS ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017**

Artigo apresentada à banca examinadora
como requisito obrigatório para obtenção
do título de Licenciada em Ciências
Biológicas da Universidade Federal de
Campina Grande.

Orientadora: Professora Ms. Veruska
Pedrosa Barreto

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S2371 Santos, Solange Gonçalves dos.
Leishmaniose: perfil epidemiológico dos casos notificados em
Cajazeiras entre os anos de 2007 a 2017 / Solange Gonçalves dos Santos. -
Cajazeiras, 2018.
37f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Veruscka Pedrosa Barreto.
Monografia (Licenciatura em Ciências Biológicas) UFCG/CFP, 2018.

1. Leishmaniose Visceral. 2. Epidemiologia. 3. Saúde Pública. 4.
Zoonose- Perfil epidemiológico- Cajazeiras- Paraíba. 5. Notificação
compulsória. I. Barreto, Veruscka Pedrosa. II. Universidade Federal de
Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU -616.993.161

SOLANGE GONÇALVES DOS SANTOS

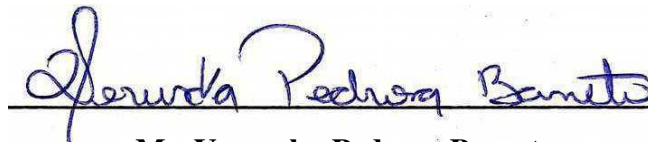
**LEISHMANIOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS EM
CAJAZEIRAS ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017**

Artigo apresentada à banca examinadora como
requisito obrigatório para obtenção do título de
Licenciada em Ciências Biológicas da
Universidade Federal de Campina Grande.

Orientadora: Professora Ms. Veruscka Pedrosa
Barreto

Aprovada em 22 de Março de 2018.

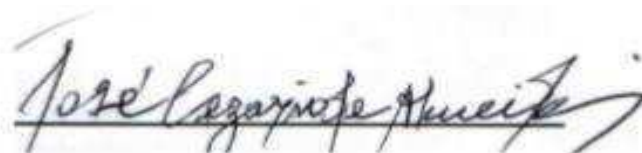
BANCA EXAMINADORA



Ms. Veruscka Pedrosa Barreto
CFP / UFCG – Orientadora



Esp. Franklin Herik Soares de Matos Lourenço
SEE - Examinador



Dr. José Cezário de Almeida
UFCG / CFP - Examinador

Dedico este trabalho aos meus pais, amigos e mestres que me auxiliarem na minha
formação acadêmica

AGRADECIMENTOS

A DEUS

Primeiramente, que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo de minha vida e não somente nestes anos como universitária, mas em todos os momentos dando-me saúde e força para superar as dificuldades.

AOS MEUS FAMILIARES

À minha mãe, Maria Inez, por ser um exemplo de mulher guerreira. Ao meu pai, Luiz (*In memoriam*), por me ensinar a lutar enquanto vida tiver. Ao meu irmão Thiago e demais familiares.

À UFCG/CFP/UACEN

Por dar-me a oportunidade de concluir a minha formação acadêmica.

AOS MEUS MESTRES

Agradeço a todos os professores que fizeram parte da minha vivência e formação acadêmica.

A MINHA ORIENTADORA

A Professora Mestre e minha amiga Veruscka Pedrosa Barreto, por ter me despertado para abordar a temática a ser desenvolvida no meu trabalho levando em consideração os meus gostos e afinidades, agradeço por ter ajudar desde o início da pesquisa e por contribuir imensamente na realização deste trabalho.

A BANCA EXAMINADORA

A orientadora Prof^a. Ms. Veruscka Pedrosa Barreto, Prof. Dr. José Cezário de Almeida, Prof. Esp. Franklin Herik Soares de Matos Lourenço e a Suplente Esp. Rosana Ferreira de Alencar, pelas relevantes contribuições.

A TODOS OS MEUS AMIGOS (AS)

A todos os meus colegas da turma 2011.1, em especial à Fernanda, Franklin, Rosângela, Nathalia, Charliane, Paulo, Marcel, Jackeline, Wylly e Doglas, pelo companheirismo nesses longos anos, juntos passamos por dificuldades, erros e acertos,

vitórias e alegrias, e agora vamos chegando ao fim dessa etapa de nossos estudos com a certeza de dever cumprido e a felicidade de sabermos que construímos durante esse tempo amizades sinceras.

Agradeço também a pessoa de Anna Stella C. Pacha, chefe do núcleo de doenças transmissíveis do Estado, que me auxiliou na coleta de dados, sempre com muita presteza e delicadeza.

A todos os meus amigos de patas, aos do Campus e aos de casa, assim como os que passaram, estão e irão passar por minha vida. A vocês os meus sinceros agradecimentos por me fazerem ser a pessoa que hoje sou e por me fazer enxergar com melhores olhos o meu e o mundo de vocês.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”

Madre Tereza de Calcuta

**LEISHMANIOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS
EM CAJAZEIRAS ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017**

Artigo elaborado de acordo com as normas da Revista de
Políticas Públicas - SANARE (ISSN 2317- 7748) **Anexo 01**

**LEISHMANIOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS
EM CAJAZEIRAS ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017**

SOLANGE GONÇALVES DOS SANTOS*

VERUSCKA PEDROSA BARRETO**

* Graduanda do Curso de Licenciatura em Ciências Biológicas - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de formações de Professores, Unidade Acadêmica de Ciências Exatas e da Natureza, Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/nº, Casas Populares. CEP 58900-000, Cajazeiras – PB, Brasil.

**Professora Mestre em Genética pela Universidade Federal da Paraíba, Docente dos Cursos Enfermagem e Medicina do Centro de formações de Professores, Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/nº, Casas Populares. CEP 58900000, Cajazeiras – PB, Brasil. Orientador.

* Autor para Contato

solanggoncalves@gmail.com

LEISHMANIOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS NOTIFICADOS EM CAJAZEIRAS ENTRE OS ANOS DE 2007 A 2017

RESUMO

Alisando os principais aspectos epidemiológicos da leishmaniose visceral (LV), dados extraídos do Sistema Nacional de Notificações e Agravos (SINAN) do Ministério da Saúde (MS) e fornecidos pela Secretária de Saúde do Estado (SSE), esta pesquisa tem como objetivo montar o perfil epidemiológico da zoonose no município de Cajazeiras, Paraíba, no período de 2007 a 2017. Os dados foram processados por meio da confecção de tabelas, gráficos e aplicação de estatística simples. As informações encontradas foram submetidas á análise descritiva. Os dados revelaram 53 registros de LV, onde as maiores incidências ocorreram em pacientes do sexo masculino, raça parda, faixa etária de 1 a 4 anos, houveram 3 óbitos por LV, e a zona Urbana foi a que apresentou maior ocorrência. Este estudo confirma que o município está dentro de uma área endêmica, e com transmissão ativa. Portanto é fundamental que haja por parte do poder público, a implantação de ações que visem o combate ao vetor desta zoonose e que envolvam a participação da comunidade em geral.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral; Notificação compulsória; Epidemiologia; Saúde Pública.

LEISHMANIOSE: EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CASES NOTIFIED IN CAJAZEIRAS BETWEEN THE YEARS FROM 2007 TO 2017

ABSTRAT

By smoothing the main epidemiological aspects of visceral leishmaniasis (VL), data extracted from the National System of Notices and Diseases (SINAN) of the Ministry of Health (MS) and provided by the State Health Secretary (SSE), this research aims to epidemiological profile of zoonosis in the municipality of Cajazeiras, Paraíba, between 2007 and 2017. The data were processed through the preparation of tables, graphs and simple statistical application. The information found was submitted to descriptive analysis. The data revealed 53 VL records, where the highest incidence occurred in males, brown, 1 to 4 year olds, 3 VL deaths, and the Urban zone presented the highest occurrence. This study confirms that the municipality is within an endemic area, and with active transmission. Therefore, it is fundamental that the public power, the implementation of actions aimed at combating the vector of this zoonosis and involving the participation of the community in general.

Keywords: Visceral Leishmaniasis; Compulsory notification; Epidemiology; Public health.

LEISHMANIOSE: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LOS CASOS NOTIFICADOS EN CAJAZERAS ENTRE LOS AÑOS DE 2007 A 2017

RESUMEN

En el presente trabajo se analizaron los resultados obtenidos en el análisis de los resultados obtenidos en el estudio, el perfil epidemiológico de la zoonosis en el municipio de Cajazeiras, Paraíba, en el período de 2007 a 2017. Los datos fueron procesados por medio de la confección de tablas, gráficos y aplicación de estadística simple. La información encontrada fue sometida al análisis descriptivo. Los datos revelaron 53 registros de LV, donde las mayores incidencias ocurrieron en pacientes del sexo masculino, raza parda, grupo de edad de 1 a 4 años, hubo 3 muertes por LV, y la zona Urbana fue la que presentó mayor ocurrencia. Este estudio confirma que el municipio está dentro de un área endémica, y con transmisión activa. Por lo tanto es fundamental que haya por parte del poder público, la implantación de acciones que apunte al combate al vector de esta zoonosis y que involucren la participación de la comunidad en general.

Palabras clave: Leishmaniosis Visceral; Notificación obligatoria; epidemiología; Salud pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
LTA	Leishmaniose Tegumentar Americana
LV	Leishmaniose Visceral
LVA	Leishmaniose Visceral Americana
MS	Ministério da Saúde
PB	Paraíba
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SINAN	Sistema Nacional de Notificações e Agravos

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Número de casos de LV notificados em Cajazeiras, PB, no período de 2007 a 2017.	20
Figura 02 - Número de casos de LV notificados nos sete municípios do Estado com maior incidência da zoonose, no período de 2007 a 2017.	21
Figura 03 - Número de casos de LV notificados, segundo o sexo em Cajazeiras-PB, no período de 2007 a 2017.	22
Figura 04 - Número de casos de LV notificados, segundo faixa etária, em Cajazeiras- PB acumulado no período de 2007 a 2017.	23
Figura 05 - Número de casos de LV notificados, segundo zona de residência em Cajazeiras- PB, acumulado no período de 2007 a 2017.	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 METODOLOGIA.....	17
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	20
4 CONCLUSÕES.....	25
CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO.....	30
Anexo 01: Normas da Revista.....	31

1 INTRODUÇÃO

As leishmanioses são doenças causadas por protozoários do gênero *Leishmania*, seres unicelulares que se apresentam “nas formas promastigota e paramastigota, flageladas livres ou aderidas ao trato digestório dos hospedeiros invertebrados, e amastigotas, sem flagelo livre, parasito intracelular”¹.

As leishmanioses são divididas em dois grandes grupos: a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) que tem suas manifestações clínicas classificadas de acordo com seus aspectos clínicos, patológicos e imunológicos, tendo como principais característica as lesões ulcerosas cutaneomucosas¹. Na LTA os protozoários relacionados com a doença descrita são a *Leishmania mexicana*, *Leishmania brasiliensis* e *Leishmania tropica*². Já a Leishmaniose Visceral Americana (LVA) popularmente conhecida como calazar, “caracteriza-se pela gravidade e fatalidade dos casos, [...]. Os protozoários pertencentes a este grupo são *Leishmania donovani* e *Leishmania chagasi*, sendo apenas esta última encontrada no Brasil”². A leishmaniose visceral (LV) é considerada o tipo mais grave dentre as leishmanioses³.

Os vetores da doença são conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquiara, birugui, cangalha, asa branca, asa dura, entre outros².

As fêmeas dos flebotomídeos são os únicos hospedeiros invertebrados¹, entre os hospedeiros vertebrados que podem ser infectados, estão incluso uma vasta diversidade de mamíferos, como roedores, endentados, marsupiais, procionídeos, ungulados primitivos, primatas, canídeos e até o homem, sendo os dois últimos os mais atingidos pela infecção.

A transmissão da doença ao vertebrado ocorre no momento da hematofagia do inseto no animal infectado. A transmissão ao vertebrado ocorre por mecanismo complexo, através da picada do inseto infectado¹.

Atualmente, encontra-se entre as seis endemias consideradas prioritárias no mundo⁵. A LV está dentre as endemias consideradas pela Organização Mundial de Saúde com caráter de prioridade, todo ano são notificados cerca de 12 milhões de casos positivos que afetam principalmente a população que vive em situação de pobreza. É estimado que 90 % de todos os casos notificados na América Latina ocorram no Brasil⁶. Até a década de 70, no Brasil a doença foi considerada majoritariamente rural de transmissão doméstica e peridoméstica. Nos últimos anos tem ocorrido uma expansão, tanto em número quanto a distribuição geográfica dos casos, tornando-se um sério problema em áreas antes não notificadas, inclusive de grandes cidades. A alta prevalência da doença tem sido observada em áreas urbanas e esse fenômeno pode ser

atribuído a elevada densidade populacional, aumento das migrações, alterações ambientais, condições de vida da população inadequada e adaptação do vetor ao meio urbano⁷. Estes eventos promoveram a desestruturação socioambiental de em algumas comunidades, contribuindo para tornar a leishmaniose que originalmente era considerada uma afecção rural, em uma enfermidade urbana.

No decorrer da pesquisa ficou evidenciado que LV incide em todos os estados do Brasil, tendo a região nordeste o maior número de casos³. Levando em consideração esse cenário, o levantamento aqui feito, retrata de forma importante a ocorrência da Leishmaniose Visceral na cidade de Cajazeiras – PB, esta sendo uma importante cidade do alto sertão Paraibano.

Esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer e avaliar os principais aspectos epidemiológicos da LV no município de Cajazeiras, Paraíba, nos períodos de 2007 a 2017 e assim montar o perfil epidemiológico da zoonose no município. Com esses resultados é possível a formulação de propostas de políticas públicas no âmbito da saúde coletiva, tais como promoção de campanhas educativas e /ou de programas de combate e controle a doença que possam a vir minorar a ocorrência da afecção no município bem como os perigos desta a para a população.

2 METODOLOGIA

O estudo configura-se como pesquisa documental retrospectiva com abordagem quantitativa⁹, na qual foram utilizados os dados disponíveis sobre os casos notificados de leishmaniose visceral registrados no Sistema Nacional de Notificações e Agravos (SINAN), do Ministério da Saúde (MS), essas informações foram obtidas junto ao setor de epidemiologia da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba – SES/PB.

Cajazeiras é o município objeto do estudo e fica situada na extremidade ocidental do estado da Paraíba, região nordeste do país, 565, 899 km² é o total da área dessa região¹⁰, limita-se com São João do Rio do Peixe (a norte e a leste), Nazarezinho (a sudeste), São José de Piranhas (a sul), Cachoeira dos Índios e Bom Jesus (ambos a oeste) e Santa Helena (a noroeste), além de Barro, no Ceará (sudoeste). Cajazeiras possui uma população estimada em 2017 de 62.187 habitantes¹¹. Possui clima quente e seco, com temperatura média anual em torno de 26,1 graus centígrados. Possuindo as coordenadas geográficas de latitude 6° 53'25" S e longitude 38°33'19" W¹².

A pesquisa teve como sujeitos os casos notificados de leishmaniose visceral da cidade de Cajazeiras que foram notificados ao SINAN entre os anos de 2007 e 2017, dados contidos no portal eletrônico do MS e obtidos junto ao setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde, que fica localizada na capital do Estado.

As leishmanioses estão na lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, estas devem ser notificadas semanalmente no SINAN¹³, sua utilização efetiva permite a realizar diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, e indicar riscos aos quais a população está sujeita, desta forma vindo a contribuir para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica¹⁴.

Sendo assim um recurso de extrema importância para facilitar o planejamento da saúde, indicar prioridades de intervenção, bem como permitir a avaliação dos impactos das intervenções.

Das informações epidemiológicas solicitadas e recebidas as variáveis analisadas foram às seguintes: gênero (Masculino e Feminino), cor/raça (Parda e Branca), faixa etária (<1 ano, 1- 4 anos, 5 – 9 anos, 10 – 14 anos, 15 – 19 anos, 20 – 39 anos, 40 – 59 anos, 60 – 64 anos, 65 – 69 anos, 70 – 79 anos, 80 anos a mais), evolução (Cura, Abandono, Óbito por LV) e zona da notificação (Rural e Urbana), bem como dados gerais das notificações do Estado e seus municípios.

Os dados encontrados foram analisados e processados por meio da confecção de tabelas, de gráficos e de estatística simples. Isso foi realizado com auxílio do programa Microsoft Excel 2007.

O presente estudo não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa local (CEP), pois fez uso exclusivo de informações disponíveis em plataforma de dados online.

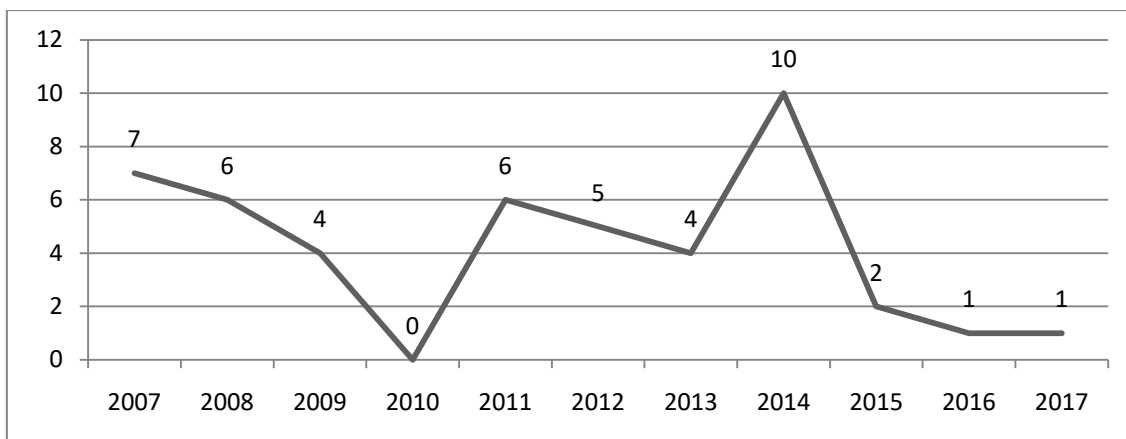
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), foram notificados por volta de 53 casos de leishmaniose visceral, em Cajazeiras, PB nos últimos 11 anos.

Durante este período, observou-se uma tendência decrescente nas notificações nos anos de 2007 a 2009, chegando a zerar o número de casos no ano de 2010, com recidiva de casos no ano seguinte com 6 casos, decrescendo novamente nos anos de 2011, 2012 e 2013, o ano de 2014 é o que apresenta o maior número de notificações com aumento de casos chegando a o registro de 10 casos, tendo esses números caídos nos três seguintes anos do estudo, apresentado apenas um caso no ano de 2017.

Assim sendo, os maiores percentuais foram registrados para os anos de 2007 com 7 casos (ou 13,21%), 2008 e 2011 com 6 casos (ou 11,32%) e 2014 com 10 casos (ou 18,9 %) (Figura 1).

Pode-se observar uma irregularidade no número de casos da leishmaniose visceral ao longo dos anos estudados, o que pode sugerir entre outras causas que as medidas para o controle do vetor não estão sendo suficientes ou devidamente aplicadas ao longo desse período.

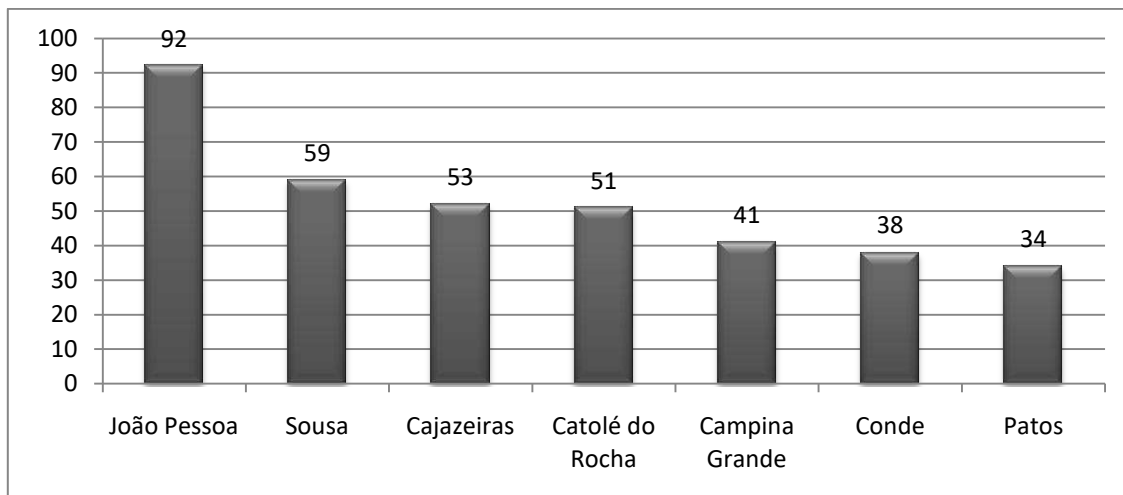


Fonte: SES/SINAN/Ministério da Saúde, 2017.

Figura 01 - Número de casos de LV notificados em Cajazeiras, PB, no período de 2007 a 2017.

O estado da Paraíba tem um somatório de notificações no período estudado de 910 casos, dentre as sete cidades com maior expressividade de notificações temos em ordem decrescente as de João Pessoa (92), Sousa (59), Cajazeiras (53), Catolé (51), Campina Grande (41), Conde (38) e Patos (34).

Cajazeiras aparece em terceiro lugar com, perdendo somente para os municípios de Sousa e João Pessoa (Figura 2).



Fonte: SES/SINAN/Ministério da Saúde, 2017.

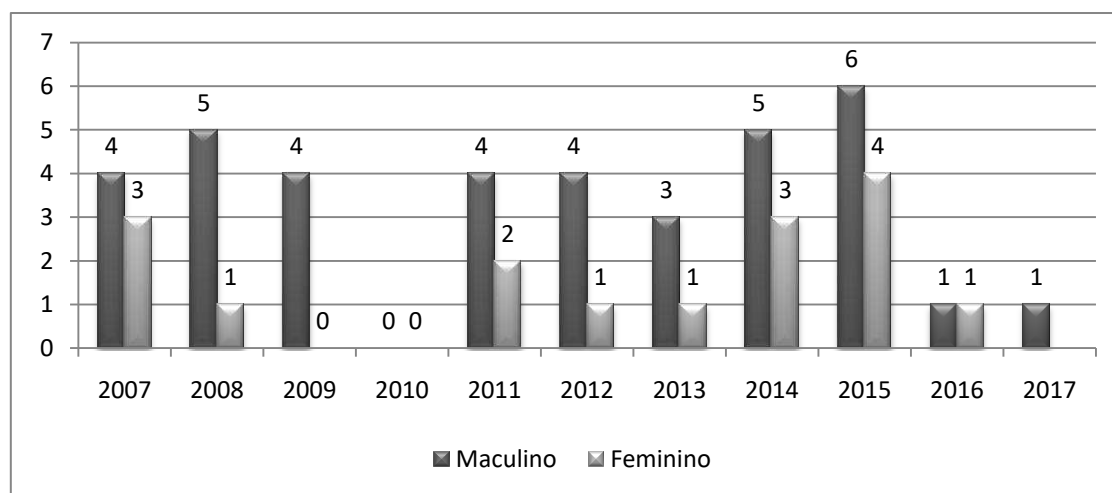
Figura 02 - Número de casos de LV notificados nos sete municípios do Estado com maior incidência da zoonose, no período de 2007 a 2017.

O acumulado de casos da LV no Brasil é o maior da América Latina, com cerca de 90%, sendo a região Nordeste a possuidora da maioria dos casos, a região do Sul não tem registros de casos autóctone⁷.

No município de Cajazeiras quando analisado a distribuição do número de casos notificados da doença por sexo, verificamos uma maior proporção de casos em pessoas do sexo masculino, tendo um acumulado nos 11 anos de 37 casos, o que representa 69,81% do total das notificações, que são em número de 53. (Figura 3).

Esta maior incidência do sexo masculino sobre o feminino também foi observada em diversos outros estudos em diferentes localidades, tais como no realizados por Oliveira, Neto e Braga em Sobral, Ceará, entre os anos de 2001 a 2010¹⁵, também foi encontrada no estudo realizado por Braga e Araújo, em Fortaleza, Ceará, no período de 2001 a 2007⁷.

Esse achado não se dá em função de uma maior susceptibilidade do sexo masculino, mas provavelmente em função de maior exposição aos vetores, assim permanecendo sem explicação científica¹⁵.



Fonte: SES/SINAN/Ministério da Saúde, 2017.

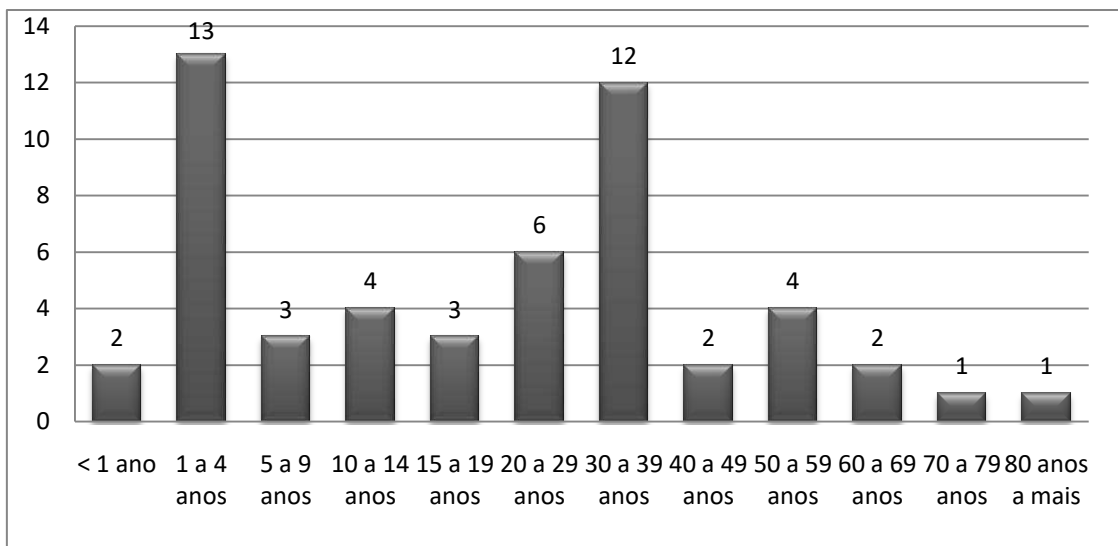
Figura 03 - Número de casos de LV, segundo o sexo, notificados em Cajazeiras, PB, no período de 2007 a 2017.

Quanto à raça as informações recebidas deram conta de dois grupos, brancos e pardos, onde a parda apresentou 33 casos dos 48 notificados, o que representa 68,75% da totalidade. Como não há estudos que determine o risco pela etnia no adoecimento com a zoonose, e sim pelas condições sociais, pode-se atribuir estes achados ao fato da população de cor parda concentrar-se mais em pessoas com baixa escolaridade, mais expostas ao vetor e sem acesso a informações das medidas de prevenção da LV.

Em relação à faixa etária, observamos notificações de casos em pacientes menores de 1 ano até 80 anos a mais, a maior incidência ficou entre a faixa etária de 1 a 4 anos, com 13 casos seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos apresentando 12 casos, o que corresponde respectivamente a 24,52% e 22,64% das notificações. A maior incidência nessas respectivas faixas etárias também foi observada por Oliveira, Neto e Braga em estudo feito em Sobral, CE nos anos de 2001 a 2010¹⁵.

Os outros 28 casos notificados tiveram ocorrência nas seguintes faixas etárias: menores de 1 ano, 40 a 49 anos e 60 a 69 anos com 2 casos cada (ou 3,8%); 5 a 9 anos e 15 a 19 anos ambas apresentando 3 casos (ou 5,7%); 10 a 14 anos, 50 a 59 anos com 4 casos cada(ou 7,5%), 20 a 29 nos com 6 casos (ou 11,32%) e 70 a 79 anos, 80 anos cada uma com 1 caso (ou 1,8%) (Figura 04).

As crianças são mais susceptíveis a essa zoonose por possuírem ainda sistema imunológico imaturo, fator que também pode agravado pela desnutrição que é comum em áreas endêmicas, também possui maior exposição peridomicílio ao vetor⁵.



Fonte: SES/SINANWEB/Ministério da Saúde, 2017.

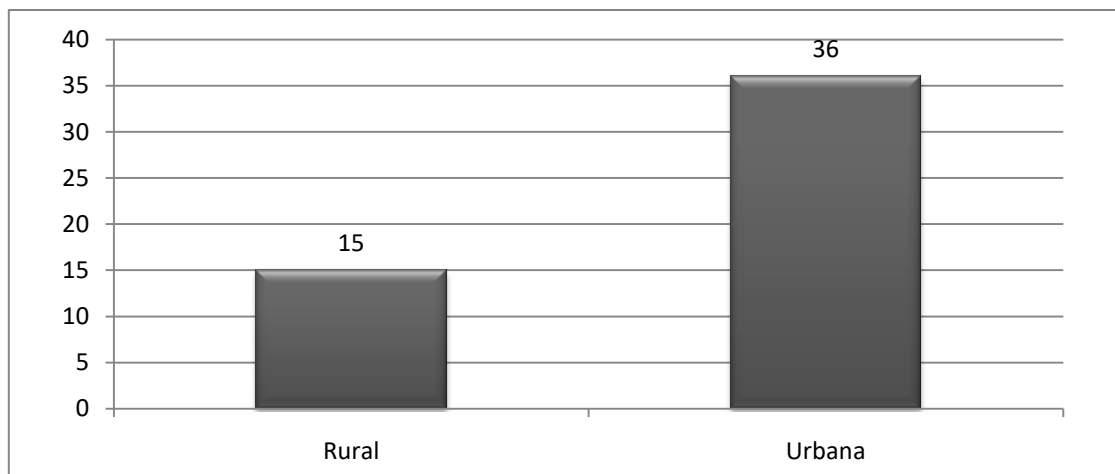
Figura 04 - Número de notificações de LV por faixa etária, em Cajazeiras, PB acumulado no período de 2007 a 2017.

Ao analisar os dados da evolução dos casos, durante o período de 2007 a 2017 foram registrados 25 casos, destes, 21 casos (ou 84%) evoluíram para a cura da doença, 1 caso de abandono do tratamento (ou 4%) e 3 casos evoluíram para óbito (ou 12%), sendo estes 2 casos no ano de 2011 e 1 no ano de 2015.

A falta de informação sobre a LV é algo ainda preocupante visto que ainda se registra mortes pela doença.

Para o restante do quantitativo das notificações subentende-se que as mesmas não foram devidamente preenchidas, deixando essa lacuna na informação ou que os casos ainda não foram encerrados.

Quando avaliado o número de notificações de LV por zona de residência, temos um acumulado de 51 casos, destes 15 (ou 29,41%) pertencentes à zona rural e 36 (ou 70,59%) a zona urbana (Figura 05). Confirmando no município a leishmaniose como uma enfermidade urbana, onde em um todo era originalmente considerada uma afecção rural⁷. Com a migração do homem do campo para a zona urbana veio junto os costumes lá utilizados por eles, as cidades cresceram de forma rápida e sem as estruturas adequadas, tais como saneamento básico, o que também causou um aumento dos locais propícios a criadores dos vetores⁷.



Fonte: SES/SINAN/Ministério da Saúde, 2017.

Figura 05 - Número de notificações de LV por zona de residência em Cajazeiras- PB, acumulado no período de 2007 a 2017.

Ao longo do estudo ficou evidente a inexatidão dos números nas notificações, quando comparadas as categorias que foram avaliadas, muitas das vezes os dados solicitados na pesquisa não estavam preenchidos, sendo assim suprimidas pelo banco de dados no momento da pesquisa, fato esse que retrata a insuficiência na qualidade dos registros dos Sistemas de Informação em Saúde, o que dificulta a realização de bons estudos epidemiológicos sobre os problemas de saúde da população. As informações corretas auxiliam na tomada de decisões e na elaboração de políticas públicas voltadas a saúde coletiva que melhorem a qualidade de vida da população.

4 CONCLUSÕES

O trabalho proporcionou melhor conhecimento e avaliação do o perfil epidemiológico da leishmaniose visceral no município de Cajazeiras - PB, no período de 2007 a 2017, os dados utilizados foram compilados do SINAN.

No espaço de tempo analisado, podemos verificar uma incidência considerada de LV no município, o que sugere uma reavaliação das estratégias de combate e controle da zoonose, adotadas na cidade.

Verificou – se a presença de casos de LV em todos os anos do período analisado com exceção do ano de 2010, sendo 2014 o ano que apresentou a maior taxa de incidência.

No intervalo de tempo analisado o perfil epidemiológico da doença firmou – se sob as categorias: sexo (masculino), raça (parda), faixa etária (de 1 a 4 anos), zona de residência (urbana), sendo a cura a maior taxa entre as evoluções.

Durante o intervalo estudado houve 3 mortes por LV, este dado é preocupante, pois mostra que mesmo com tratamentos eficientes contra a doença, ainda existem falhas significativas nas medidas de combate e controle do vetor, bem como na propagação da informação sobre sinais e sintomas dessa zoonose, o que retarda o início do tratamento aumentando as chances de evolução para óbito.

Ao longo do estudo dos dados foi possível perceber a falha na alimentação do SINAN pelos municípios, as notificações por muitas vezes foram feitas de forma incompleta, deixando sem preenchimento campos de informações importantes, a exemplo do campo evolução.

O SINAN deve ser alimentado semanalmente, com as informações dos casos novos bem como atualizado de acordo com que o tratamento do paciente vai evoluindo. A falta ou preenchimento incorreto dessas notificações, muitas vezes se dar falta de capacitação das pessoas que trabalham no setor responsável, pois as mesmas informações solicitadas a SES foram antes solicitadas ao epidemiológico da Secretária Municipal de Saúde do município, porém sem êxito, pois as poucas informações repassadas foram incompletas e inconclusivas.

No entanto mesmo com esse déficit, as informações obtidas foram importantes para melhor compreensão do cenário da doença e assim traçar o perfil da zoonose no município de Cajazeiras, reafirmando o município como pertencente à área endêmica de leishmaniose visceral.

No estudo a morte por Leishmaniose Visceral ainda está presente, o que é preocupante, a falta de informação sobre os sinais e sintomas da doença podem adiar o início do tratamento, aumentando as chances de evolução para óbito por LV.

Dessa forma os achados encontrados nesta pesquisa vêm reforçar a necessidade de uma reavaliação e de promoção de novas estratégias no combate e controle da doença, tais como, campanhas educativas que possam munir a população com informações sobre a LV e como seus mecanismos de transmissão atuam, de modo a minimizar a ocorrência de casos e também o preconceito que ainda existe em relação à doença.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Solange Gonçalves dos Santos participou do levantamento bibliográfico, do delineamento da pesquisa, da coleta e análise dos dados e da redação do manuscrito; Veruscka Pedrosa Barreto participou da revisão do aporte conceitual e metodológico da pesquisa e da revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. GENARO, O. REIS, A. B. Leishmaniose Tegumentar Americana. In: Neves DP, organizador. Parasitologia humana. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. P. 47-64.
2. FOGANHOLI, J. N. ZAPPA, V. Importância da Leishmaniose na Saúde Pública. Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária [Internet]. 2011 Available from: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/fA4b0h8gC5IQUuu_2013-6-27-15-48-34.pdf
3. SANTOS, M. K, et al. Epidemiologia da Leishmaniose em Humana no Município de João Pessoa – PB. [Internet]. 2011 Available from: http://arquivos.info.ufrn.br/arquivos/2016149126cdd1374992772f7886fe193/SANTOS_et_al_2016_-_EPIDEMIOLOGIA_DA_LEISHMANIOSE_EM_HUMANA_NO....pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. 2006.
5. SILVA, A. B, et al. Casos De Leishmaniose Visceral Notificados na Paraíba, Brasil. In: Anais do II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde; 2017; Campina Grande: Realize;2017. p. 9.
6. RODRIGUES, A. C. M, et al . Epidemiologia da leishmaniose visceral no município de Fortaleza, Ceará. Pesq. Vet. Bras., Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, p. 1119-1124, Oct. 2017. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-736X2017001001119&lng=en&nrm=iso
7. GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ed. São Paulo: Atlas, 2002. p.175
8. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>
9. Conteúdo Aberto. In: Wikipédia: a enciclopédia livre disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Cajazeiras>
10. Conteúdo Aberto. In: <http://www.geografos.com.br/cidades-paraiba/cajazeiras.php>
Acesso em: 24.02.2018
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro, que define a lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html

12. Brasil. Ministério da Saúde. O que é o Sinan. [Internet]. Disponível em: <http://www.portalsinan.saude.gov.br/> Acesso em: 25.02.2018.
13. OLIVEIRA, L. S. NETO, R. V. D. BRAGA, P. E. T. Perfil Epidemiológico dos casos de Leishmaniose Visceral em Sobral, Ceará no período de 2001 a 2010. Sobral: SANARE, v. 12, n. 1, jan./jun. 2013, p. 13-19.

ANEXO

DIRETRIZES PARA AUTORES

SANARE (tornar sã, em latim) é uma revista que tem por finalidade divulgar toda e qualquer experiência, prática e teórica, em políticas públicas na área de Saúde Coletiva, como forma de contribuir com o processo de elaboração e sistematização voltado para a construção de novos paradigmas sobre a gestão governamental. A Revista, de periodicidade semestral, publica artigos que contribuem com saberes e práticas na área da saúde coletiva passando pelo debate da construção da interdisciplinaridade nessa seara. A submissão dos artigos far-se-á pela plataforma online: <http://sanare.emnuvens.com.br>

CATEGORIAS DE ARTIGOS

A SANARE – Revista de Políticas Públicas publica artigos temáticos, originais, relatos de experiências, revisões sistemáticas e integrativas.

A apresentação dos manuscritos deve obedecer às regras de formatação definidas nessas Diretrizes para Autores, diferenciando-se apenas pelo número permitido de palavras em cada uma das categorias.

- **Artigo Original:** de caráter original, podendo ser revisão crítica, meta-análise ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto, avaliação de programas e análises de custo-efetividade. Cada artigo deve conter objetivos e/ou hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde coletiva. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido (entre 4.000 a 5.000 palavras – exceto folha de rosto, resumos e seção referênci
- **Relatos de Experiência:** São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde coletiva de caráter intervencionista, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior aprofundamento (entre 3.000 a 4.000 palavras – exceto folha de rosto, resumo e seção referênci
- **Revisão Sistemática ou Integrativa:** compreende a análise da literatura sobre temas específicos. Deve incluir uma seção que descreva os métodos utilizados

para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados e as conclusões (entre 4.000 a 5.000 palavras – exceto folha de rosto, resumo e seção referências).

Do ineditismo do material

O conteúdo dos artigos enviados para publicação não pode ter sido publicado anteriormente ou encaminhado simultaneamente a outro periódico. A identificação de plágio implica em exclusão imediata do sistema de avaliação.

Da autoria

O número máximo de autores do manuscrito está limitado a seis.

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Importante!

Após a aprovação do Artigo e recebimento de Carta de Aprovação, os autores devem atender os seguintes passos:

- Confirmar a intenção de publicação dentro de 72 horas e, na sequência, cumprir os requisitos do processo de edição de texto,
- enviando o manuscrito para o Editor de Texto oficial da Revista.

A Revista não cobra taxas de submissão e publicação. Contudo, o processo de revisão da língua portuguesa e tradução dos títulos e resumos para o inglês e espanhol serão financiados pelos autores.

FORMA E PREPARO DOS MANUSCRITOS

Formato

O arquivo contendo o manuscrito deve ser elaborado no Editor de Textos MS Word com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, margens de 2 cm em todos os lados; fonte Times New Roman, tamanho 12 com espaçamento entrelinhas de 1,5 pt.

Estrutura

I. A ordem dos elementos que compõem o corpo do manuscrito deve obedecer ao seguinte padrão: título em português, inglês e espanhol; resumo e descritor; abstract e descriptor; resumen e descriptor; texto; contribuição dos autores e referências.

II. Deverá conter as seguintes informações no cabeçalho, na seguinte ordem: 1) título do artigo, com no máximo 15 palavras em cada idioma (Português, Inglês e Espanhol). O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados de todos os autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão (Passo 3 – Inclusão de Metadados).

III. Resumo: Português/Inglês/Espanhol. O resumo deverá conter de 150 a 200 palavras em cada um dos idiomas, apresentando: objetivo da pesquisa, metodologia adotada, principais resultados e as conclusões. Deverão ser destacados os novos e mais importantes aspectos do estudo. Os resumos em inglês e espanhol são de responsabilidade dos autores. Porém, pode ser revisto e solicitadas modificações a partir do parecer do Conselho Editorial da SANARE – Revista de Políticas Públicas. Apresentar sequencialmente os resumos nesta página de identificação.

IV. Descritores: incluir 3 a 5 descritores segundo o índice dos Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br>), separados entre si por ponto-e-vírgula.

V. Às tabelas e quadros deve-se atribuir um título breve. Notas explicativas podem ser colocadas abaixo da tabela/quadro. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista; devem ser elaboradas para reprodução direta pelo Editor de Layout, sem cores, inseridas no texto, com a primeira letra da legenda em maiúscula descrita na parte superior, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem em que foram citadas no texto. Conteúdo em fonte 12pt com a primeira letra em maiúscula, apresentadas em tamanho máximo de 14 x 21 cm (padrão da Revista) e comprimento não deve exceder 55 linhas, incluindo título.

VI. As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, utilize escala de cinza e outros recursos para impressão em preto e branco. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem fazer a citação do autor e revista.

VII. A quantidade de Tabelas e Figuras não deve ser superior a cinco (05). **VIII.** Abreviaturas e símbolos: Não deve conter abreviações no título e no resumo. Os termos

por extenso aos quais as abreviações correspondem devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

IX. Aspectos Éticos: nas pesquisas que envolvem seres humanos, os autores deverão deixar claro que as mesmas atenderam à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e apresentar número do protocolo de aprovação e ano. O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deve ser encaminhado sob a forma de documento digitalizado via Documentos Suplementares (Passo 4 da submissão do artigo).

X. Citação de Referência: numerar as referências de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as referências no texto por números arábicos sobrescritos e antes da pontuação necessária, sem a identificação do autor e ano, e sem uso de parênteses. Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex: 1-3); quando intercalados, use vírgula (ex: 1,3,5). Quando a citação for direta, deve acrescer o número da página (ex.: 4:54).

XI. NÃO USAR rodapé/notas/espacamento entre parágrafos.

XII. Cada autor deverá assinar uma "Declaração de Responsabilidade" na qual seja especificada a contribuição de cada um, conforme modelo (Anexo 1), e anexada via Documentação Suplementar. Entretanto, no corpo do manuscrito deve conter a CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES; este item deve ser apresentado antes da seção **“Referências”**.

Exemplo:

Eliany Nazaré Oliveira contribuiu com a concepção e preparação do manuscrito, Maristela Inês Osawa Vasconcelos e Maria Socorro de Araújo Dias contribuíram com a preparação do manuscrito, Paulo César de Almeida participou desenvolvendo a análise estatística, Sara Cordeiro Eloia e Tamires Alexandre Felix colaboraram com a revisão final do artigo.

Referências

Serão aceitas, no máximo, 30 referências, orientando-se incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Os autores são os responsáveis pela exatidão das referências.

I. As referências seguem o estilo Vancouver, tendo como base as normas adotadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas

no ICMJE - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (<http://www.icmje.org/index.html>).

II. Os títulos de periódicos devem ser referidos abreviados, de acordo com o Index Medicus: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

III. Para abreviatura dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos, consultar o site: <http://portal.revistas.bvs.br> eliminando os pontos da abreviatura, com exceção do último ponto para separar do ano.

IV. As referências devem ser numeradas consecutivamente, conforme a ordem que foram mencionadas pela primeira vez no texto.

V. NÃO APRESENTAR referências de monografias, dissertações e teses (exceto quando a pesquisa incluir Banco de dissertações/teses em pesquisas de Revisões).

Exemplos:

- Livros como um todo:

Dias FAC, Dias MAS. Território, cultura e identidade. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010.

- Capítulo de livro:

Lachapelle R. L'expertise Québécoise D'Action Territoriale en Promotion de La Santé. In: Dias FAC, Dias MSA, organizadores. Território, Cultura e Identidade. Rio de Janeiro (RJ): Abrasco; 2010. p. 48-79.

- Trabalhos apresentados em eventos científicos:

Moreira V. O método fenomenológico mundano na pesquisa em saúde. In: Anais do 4º Congresso de Pesquisa Ibero americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde; 2010; Fortaleza: Abrasco; 2010. p.143.

- Artigos de periódicos:

1) Artigo Padrão

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet 2010;15(5):2297-305.

2) Com mais de seis autores

Carneiro Neto MC, Carneiro JC, Moreira AP, Soares CHA, Pinto VPT, Melo MSS, et al. Aspectos jurídicos do enfrentamento da dengue no município de Sobral, Ceará. Sanare 2010;9(1):27-8.

3) Instituição como autor

Fundação Oswaldo Cruz. O legado de Oswaldo Cruz. Hist Cienc Saude Mangueiras. 2007;10:40-1.

- Material eletrônico

4) Artigo de revista em formato eletrônico

Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003 [cited 2012 Apr 21];11(4):525-31. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a16.pdf>

Castro SS, Pelicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alves MCGP et al. Uso de medicamentos por pessoas com deficiências em áreas do estado de São Paulo. Rev saúde pública [Internet]. 2010 [cited 2012 Jun 10];44(4):601-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/03.pdf>

Rozenfeld M. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. Cad saúde pública [Internet]. 2003 [cited 2012 May 10];19(3):717-24. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15875.pdf>

Matéria publicada na Internet

Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança - 2006 [home-page on the Internet]. [cited 2014 Mar 20]. Available from: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds>