

Controle da leishmaniose visceral no Brasil: o fim de um ciclo?

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença de transmissão vetorial com ampla distribuição mundial, ainda que 90% dos casos ocorram em apenas seis países: Índia, Bangladesh, Sudão, Sudão do Sul, Brasil e Etiópia. Estima-se em 200 a 400 mil casos novos a cada ano no mundo, cerca de 10% deles evoluindo para óbito, afetando particularmente populações vivendo em situação de pobreza e vulnerabilidade social.

No Brasil, o ciclo da transmissão é zoonótico, sendo o cão doméstico considerado o principal reservatório, e o flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis* o vetor de maior importância epidemiológica. Desde o início do século XX, quando foi identificada no país e o ciclo de transmissão elucidado, o controle da doença se configurou em um desafio para pesquisadores e profissionais de saúde.

Inicialmente descrita como uma endemia rural, a partir da década de 1980 a doença passou por um processo de urbanização e expansão territorial. No quinquênio de 2010-2014 foram registrados cerca de 17 mil novos casos de LV e mais de 1.100 óbitos, com autoctonia em 1/4 dos municípios brasileiros de 21 Unidades da Federação. Hoje, mais de 70% dos casos ocorrem em cerca de 200 municípios, sendo 1/4 deles com mais de 100 mil habitantes, incluindo Aracaju (Sergipe), Araguaína (Tocantins), Bauru (São Paulo), Belo Horizonte (Minas Gerais), Campo Grande (Mato Grosso do Sul), Fortaleza (Ceará), Montes Claros (Minas Gerais), São Luís (Maranhão) e Teresina (Piauí).

O Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV) do Ministério da Saúde prevê ações para a redução da transmissão e da morbimortalidade. Para diminuir a força de transmissão recomenda-se o controle vetorial e inquéritos soropidemiológicos caninos com posterior eutanásia dos cães soropositivos. Ações para a redução da letalidade envolvem o aperfeiçoamento dos procedimentos para o diagnóstico precoce e a pronta disponibilidade de medicamentos para o tratamento. Apesar dos esforços e dos recursos empenhados para o pleno funcionamento do PVCLV, consolida-se na comunidade científica a percepção de que as ações direcionadas para a redução da transmissão não vêm surtindo o efeito desejado. A LV e o dengue são os principais fracassos no contexto do controle de doenças transmissíveis no país¹.

O artigo de von Zuben & Donalísio, que integra este fascículo de CSP, traz novos elementos empíricos que podem ajudar a explicar a inefetividade das ações de controle para reduzir a incidência e limitar a disseminação geográfica da doença. Ao contrário de estudos que demonstraram os resultados insuficientes da eliminação de cães infectados e do controle vetorial, esse artigo aborda as dificuldades operacionais para a consecução dos objetivos do PVCLV. Aqui as autoras exploram o papel do próprio processo de execução das ações preconizadas como elemento definidor de seu desempenho.

Baseando-se em entrevistas com gestores dos PVCLV de seis municípios de grande porte, as autoras reforçam evidências anedóticas ou de base local de que problemas estruturais estão no cerne da questão. Por um lado, há uma crônica insuficiência de insumos e de recursos humanos e financeiros contribuindo para a descontinuidade e/ou baixa cobertura das ações de controle. Por outro, há uma crescente resistência social a permitir o acesso às residências pelas equipes do PVCLV para a execução dessas ações, principalmente no que tange à eutanásia canina. A esse contexto somam-se outras dificuldades como a baixa prioridade da LV frente a outras doenças, particularmente o dengue; a relativa inacurácia dos testes diagnósticos para a detecção da infecção canina; a crescente interferência judicial em resposta à atuação de organizações não governamentais e de clínicos veterinários contra a eutanásia; o baixo impacto das ações de educação em saúde baseadas em uma

lógica em que a população é vista como passiva e não artífice, e os problemas crônicos de saneamento ambiental. Em suma, mesmo se as ações preconizadas fossem altamente eficazes, algo que não está cabalmente demonstrado, todos os problemas apontados seriam suficientes para produzir um programa de intervenção incapaz de atingir plenamente seus objetivos.

Mudanças são necessárias e elas já estão ocorrendo. Da ênfase à redução da transmissão, o PVCLV voltou seu leme para priorizar a redução da letalidade. Evitar as cerca de 250 mortes anuais por LV deve mesmo ser a meta prioritária, não só pela relevância do desfecho, mas também pela maior factibilidade em atingi-la em comparação à redução substancial da incidência. O objetivo de redução do risco de infecção não foi abandonado, tendo sido inclusive aperfeiçoado com base em uma lógica em que as estratégias de vigilância e controle são implementadas de acordo com os níveis de transmissão, ainda que existam muitas críticas aos métodos utilizados para definir estes níveis.

Seriam essas mudanças suficientes? Ainda que bem-vindas, a resposta é um sonoro NÃO! Os pilares do atual PVCLV são os mesmos estabelecidos pelo *Decreto Presidencial nº 51.838* de 14 de março de 1963, ou seja, há mais de 50 anos. Na década de 1960, a LV era tipicamente uma endemia rural, concentrada na Região Nordeste do país, onde quase 2/3 da população residiam em áreas rurais, a taxa de analfabetismo era de 60%, a esperança de vida era de 45 anos e menos de 1/3 dos domicílios tinha acesso à água tratada. Um cenário completamente diferente do atual.

Nas grandes cidades, as dificuldades de atuação de um programa que necessita combinar agilidade com alta cobertura são potencializadas. Não só a magnitude do desafio é imensa, mas crescem também as barreiras à atuação das equipes do PVCLV, seja pela complexidade do tecido urbano e a violência restringindo o acesso a territórios específicos ou pela menor passividade da população para aceitar sem questionamento intervenções como o sacrifício canino. Há um claro anacronismo nessas estratégias, de maneira que modificações pontuais são meros paliativos.

Há que se mudar, mas mudanças precisam ser abrangentes. Zélia Profeta da Luz e Gustavo Romero, debatedores do artigo, lembram algumas condições para que mudanças no PVCLV sejam exitosas: melhoria no acesso e cuidado ao paciente com LV; primazia da pesquisa científica de qualidade para prover evidências sólidas de custo-efetividade que guiem a incorporação de novas ferramentas de controle; fortalecimento de abordagens educativas que fomentem a participação ativa da população nas ações de controle e investimento em saneamento ambiental. Para isso, há ainda muito o que fazer, mas o fortalecimento do Sistema Único de Saúde deve ser o norte desta luta.

Guilherme L. Werneck

Editor Associado

1. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *Lancet* 2011; 377:1877-89.