Análise Temporal do Número de Casos de Doença de Chagas Aguda, Esquistossomose e Leishmanioses no Brasil entre 2018 e 2023

Lucas Emanuel de Carvalho Ferreira, Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário Atenas - UniAtenas
https://orcid.org/0009-0005-6822-2384
lucasecf1@gmail.com
Pedro Henrique Gonçalves Neto, , Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário Atenas - UniAtenas
https://orcid.org/0009-0007-3633-7712
pedrohenpsn@gmail.com
Prof. Dr. Márden Estêvão Mattos Junior, Docente do Centro Universitário Atenas - UniAtenas
https://orcid.org/0000-0003-2978-0701
marden.professor@uniatenas.edu.br

RESUMO

As parasitoses intestinais ainda são prevalentes em diversas regiões do Brasil, principalmente devido a falhas estruturais e sanitárias. Esta revisão tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico da Doença de Chagas em sua forma aguda, da esquistossomose e da leishmaniose nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul do país. O estudo baseou-se em dados do DataSUS (SINAN), entre janeiro de 2018 e dezembro de 2023. A esquistossomose concentrou-se sobretudo nas regiões Sudeste e Nordeste, associada à ausência de saneamento básico e ao contato com coleções hídricas contaminadas. A leishmaniose, na forma tegumentar, destacou-se na região Centro-Sul, enquanto a forma visceral manteve-se endêmica no Norte e Nordeste. A adaptação dos vetores a áreas rurais e urbanas favorece sua persistência nessas localidades. Quanto à Doença de Chagas Aguda, cerca de 90% dos casos ocorreram na Região Norte, refletindo a eficácia do controle vetorial nas demais regiões. No entanto, nessa área, a transmissão permanece relacionada ao consumo de alimentos contaminados, como o açaí. Em síntese, os resultados revelam que, apesar dos avanços no monitoramento e no controle de vetores, essas parasitoses ainda apresentam incidência significativa no Brasil. Assim, políticas públicas voltadas ao saneamento básico e à melhoria das condições sociais tornam-se essenciais para reduzir a ocorrência e a refratariedade dos casos em diferentes regiões.

Palavras-chave: Doença de Chagas, Esquistossomose, Leishmaniose visceral, Leishmaniose tegumentar, Epidemiologia

ABSTRACT

Intestinal parasitoses remain prevalent in several regions of Brazil, mainly due to structural and sanitary deficiencies. This review aims to analyze the epidemiological profile of acute Chagas disease, schistosomiasis, and leishmaniasis in the North, Northeast, Midwest, and South regions of the country. The study was based on data from DataSUS (SINAN), covering the period from January 2018 to December 2023. Schistosomiasis was primarily concentrated in the Southeast and Northeast, associated with the lack of basic sanitation and exposure to contaminated water collections. Cutaneous leishmaniasis was prevalent in the Center-South, while visceral leishmaniasis remained endemic in the North and Northeast. The persistence of leishmaniasis in both forms is linked to the adaptability of vectors to rural and urban environments. Regarding acute Chagas disease, about 90% of cases occurred in the North, reflecting the effectiveness of vector control measures in other regions. However, in the North, transmission remains strongly associated with the consumption of contaminated food, particularly açaí. In summary, the findings demonstrate that, despite advances in surveillance and vector control, these parasitic diseases still show considerable incidence in Brazil. Therefore, public policies focused on basic sanitation and the improvement of social conditions are essential to reduce both the occurrence and refractoriness of cases across different regions.

Key-words: Chagas Disease, Schistosomiasis, Visceral Leishmaniasis, Cutaneous Leishmaniasis, Epidemiology

INTRODUÇÃO

As parasitoses intestinais e sistêmicas representam um desafio contínuo para a saúde pública no Brasil, sobretudo em regiões marcadas por desigualdades socioeconômicas e deficiências estruturais em saneamento básico. Essas doenças, frequentemente negligenciadas em termos de políticas públicas, ainda acometem milhares de brasileiros anualmente, causando morbidade significativa e, em alguns casos, letalidade evitável (Gonzáles et al.[1]). Entre os principais agravos parasitários endêmicos no país, destacam-se a Doença de Chagas aguda, a esquistossomose, a leishmaniose visceral e a leishmaniose tegumentar americana.

A epidemiologia dessas infecções tem apresentado padrões regionais distintos, refletindo os contextos ambientais, sociais e econômicos específicos de cada área. A Doença de Chagas aguda, por exemplo, vem demonstrando uma concentração crescente na Região Norte, sobretudo associada à transmissão oral por alimentos contaminados, como o açaí (Sampaio et al.[2]). A esquistossomose mantém sua endemicidade tradicional nas regiões Sudeste e Nordeste, especialmente em zonas ribeirinhas com cobertura sanitária precária (Ferreira et al.[3]). Já a leishmaniose visceral permanece endêmica no Nordeste e Norte, afetando majoritariamente populações vulneráveis expostas a condições ambientais favoráveis à proliferação do vetor (Melo et al.[4]). A leishmaniose tegumentar americana, por sua vez, exibe ampla distribuição geográfica, com predomínio no Sudeste e Centro-Oeste, e estabilidade do padrão endêmico ao longo do tempo (Temponi et al.[5]).

Entre 2018 e 2023, observou-se uma oscilação nos registros dessas doenças, com reduções significativas no ano de 2020, atribuídas à pandemia de COVID-19, e posterior recuperação nos anos seguintes. Conforme Dantas et al.[6], o redirecionamento de recursos humanos e financeiros para o enfrentamento da pandemia contribuiu para a subnotificação de agravos endêmicos, distorcendo temporariamente a vigilância epidemiológica.

A análise dos dados consolidados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) ao longo desse período permite não apenas traçar a evolução dos casos confirmados por região, mas também identificar tendências, lacunas de cobertura e necessidades prioritárias de intervenção. Conforme evidenciado por estudos recentes, a persistência dessas parasitoses está fortemente relacionada à vulnerabilidade social, à precariedade ambiental e à ineficiência na manutenção de políticas sustentáveis de controle vetorial e diagnóstico precoce (Portella et al.[7]).

Diante desse panorama, o presente estudo tem como objetivo analisar a evolução epidemiológica de quatro importantes parasitoses: Doença de Chagas aguda, esquistossomose, leishmaniose visceral e leishmaniose tegumentar americana, no Brasil entre os anos de 2018 e 2023, com base nos dados oficiais do Ministério da Saúde, identificando os padrões regionais, as oscilações temporais e os possíveis impactos externos sobre o sistema de notificação.

MÉTODOS

Este estudo adotou uma abordagem descritiva e documental, fundamentada na extração de dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) via portal DataSUS e em revisão de literatura em bases indexadas. Para a coleta dos casos confirmados de Doença de Chagas Aguda, Esquistossomose, Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana, foram obtidos arquivos em formato CSV cobrindo o período de 1º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2023. Esses arquivos foram importados para planilhas eletrônicas, onde se procedeu à limpeza dos dados — incluindo remoção de duplicatas, padronização de nomenclaturas regionais e verificação de registros marcados como “ignorado” — e ao cálculo dos totais anuais por macrorregião (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), com versionamento e registro de data e hora de cada extração (último acesso em julho de 2025).

Paralelamente, foi realizada revisão de literatura nas bases PubMed, SciELO, Scopus e Web of Science, de modo a abranger tanto estudos históricos quanto diretrizes e relatórios técnicos que apresentem dados quantitativos por ano e região. Empregaram-se descritores em português e inglês — tais como “Doença de Chagas”, “acute Chagas disease”, “esquistossomose”, “visceral leishmaniasis”, “cutaneous leishmaniasis” e “epidemiology”.

Para o tratamento e apresentação dos resultados, foram utilizadas planilhas no Microsoft Excel. Os quadros e figuras foram exportados e inseridos no manuscrito, assegurando completa transparência e reprodutibilidade.

RESULTADOS

Avaliação do número de casos na Doença de Chagas Aguda entre 2018 e 2023.

De acordo com a Tabela 1, entre 2018 e 2023 foram confirmados 2.208 casos de Doença de Chagas Aguda no Brasil. A Região Norte concentrou 2.079 casos (94,2%), seguida pelo Nordeste com 95 (4,3%), Sudeste 15 (0,7%), Sul 10 (0,5%) e Centro-Oeste 9 (0,4%). O ano com maior incidência foi 2023, com 516 casos (23,4% do total do período), enquanto o menor número ocorreu em 2020, com 168 casos (7,6%).

TABELA 1: Casos Confirmados de Doença de Chagas Aguda entre 2018 e 2023.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	TOTAL
2018	355	29	0	0	0	384
2019	350	32	0	0	3	385
2020	162	1	4	0	1	168
2021	324	9	1	4	2	340
2022	387	16	7	2	3	415
2023	501	8	3	4	0	516
TOTAL	2079	95	15	10	9	2208

Fonte: Elaborado pelos autores.

Avaliação do número de casos na Esquistossomose entre os anos de 2018 e 2023.

De acordo com a Tabela 2, no período analisado, foram registrados 16.086 casos de esquistossomose. O Sudeste foi a região mais afetada, com 11.700 casos (72,7%), seguido pelo Nordeste com 4.387 (27,3%). As demais regiões apresentaram ocorrência muito inferior: Norte 270 (1,7%), Sul 231 (1,4%), Centro-Oeste 252 (1,6%), além de 6 casos ignorados (0,04%). O ano de maior registro foi 2018, com 4.185 casos (26,0%), enquanto o menor ocorreu em 2020, com 1.855 casos (11,5%).

TABELA 2: Casos Confirmados de Esquistossomose entre 2018 e 2023.

Ano	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Ignorado	TOTAL
2018	73	941	3059	65	46	1	4185
2019	46	590	2478	51	53	1	3219
2020	23	530	1222	23	55	2	1855
2021	36	695	1492	34	41	0	2298
2022	63	737	1717	28	38	0	2583

2023	29	894	1732	30	19	2	2706
TOTAL	270	4387	11700	231	252	6	16846

Fonte: Elaborado pelos autores

Avaliação do número de casos na Leishmaniose Visceral entre 2018 e 2023.

De acordo com a Tabela 3, foram confirmados 10.292 casos de leishmaniose visceral no período. A maior parte ocorreu no Nordeste, com 7.994 casos (77,7%), seguido pelo Norte com 1.668 (16,2%), Sudeste 1.465 (14,2%), Centro-Oeste 442 (4,3%) e Sul 49 (0,5%). Houve uma tendência de queda ao longo dos anos, passando de 2.235 casos em 2018 (21,7%) para 1.330 em 2023 (12,9%).

TABELA 3: Casos Confirmados de Leishmaniose Visceral (2018–2023)

ANO	**Norte**	**Nordeste**	**Sudeste**	**Sul**	**Centro-Oeste**	**Ignorado**	**TOTAL**
2018	337	1567	253	13	65	1	2236
2019	358	1584	242	15	77	1	2277
2020	311	1021	214	9	72	1	1628
2021	257	1037	233	5	88	0	1620
2022	208	988	263	4	67	1	1531
2023	197	797	260	3	73	2	1332
TOTAL	1668	6994	1465	49	442	6	10624

Fonte: Elaborado pelos autores

Avaliação do número de casos na Leishmaniose Tegumentar Americana entre 2018 e 2023.

De acordo com a Tabela 4, entre 2018 e 2023 foram notificados 22.960 casos de leishmaniose tegumentar americana. O Sudeste liderou em número absoluto, com 12.288 casos (53,5%), seguido do Centro-Oeste com 8.046 (35,0%), Nordeste 7.361 (32,0%), Norte 4.841 (21,1%), Sul 1.605 (7,0%) e 249 casos ignorados (1,1%). O maior número ocorreu em 2019, com 5.887 casos (25,6%), e o menor em 2021, com 5.860 casos (25,5%), evidenciando relativa estabilidade no período, mas com forte concentração no Sudeste e Centro-Oeste.

TABELA 4: Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana (2018–2023)

ANO	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Ignorado	TOTAL
2018	819	1319	1791	213	1823	33	5998
2019	849	1172	1718	319	1786	43	5887
2020	763	1226	2134	274	1922	47	6366
2021	753	1096	2241	247	1479	44	5860
2022	765	1164	2234	276	1476	45	5960
2023	792	1384	2172	276	1560	37	6221
TOTAL	4741	7361	12290	1605	10046	249	36292

Fonte: Elaborado pelos autores

DISCUSSÃO

Análise dos Casos Confirmados de Doença de Chagas Aguda entre 2018 e 2023.

A fase aguda da infecção por *Trypanosoma cruzi* caracteriza-se pela rápida disseminação do parasita na corrente sanguínea, com potencial de evolução para formas graves como miocardite e meningoencefalite, observadas em até 10 % dos casos (Santos et al.[2]). Estima-se que o Brasil registre dezenas de milhares de novos casos agudos a cada ano, embora a subnotificação seja elevada em função da apresentação frequentemente oligossintomática e da cobertura limitada de exames laboratoriais em áreas remotas (Sampaio et al.[2]). Além da transmissão vetorial, rotas transfusional e congênita mantêm-se relevantes para a manutenção da endemia, exigindo rigorosos protocolos de triagem em bancos de sangue e acompanhamento de gestantes. O diagnóstico laboratorial na fase aguda baseia-se em métodos parasitológicos diretos e testes sorológicos de alta sensibilidade, cujo acesso ainda é desigual nos serviços de saúde pública, o que reforça a necessidade de fortalecimento das redes de vigilância ativa e de capacitação técnica nas regiões afetadas (Santos et al.[8]; Sampaio et al.[2]).

Conforme Santos et al.[8], os dados nacionais do SINAN apontam que, entre 2001 e 2018, houve três diferentes períodos epidemiológicos: um aumento até 2005, seguido por queda até 2009, e em seguida uma retomada significativa até 2018, com crescimento expressivo de casos na Região Norte, sobretudo associados à transmissão oral (Santos et al.[8]). Com base nesses achados e nas tendências observadas nos resultados referentes aos casos de Doença de Chagas Aguda (DCA) de 2018 a 2023, é possível propor as seguintes explicações.

No período analisado (2018–2023), verifica-se que mais de 90 % dos casos confirmados ocorreram na Região Norte. Isso corrobora a conclusão de Santos et al.[8], segundo a qual a transmissão oral passou a ser a via predominante em razão de surtos relacionados ao consumo de alimentos contaminados, especialmente em áreas do Pará e Amapá, que concentraram a maior parte dos registros. Além disso, estudos locais em Breves (Pará) revelaram que “a infecção ocorreu principalmente em ambiente domiciliar (96,2 %)

por via oral (98,1 %)" (Sampaio et al.[2]), evidenciando o impacto da manipulação de açaí in natura contaminado.

Conforme Xavier et al.[9], os chamados surtos definidos como "*distantiae transmission*" ocorrem quando triatomíneos infectados são transportados involuntariamente junto com frutos de origem silvestre, como o açaí de ilhas amazônicas, gerando infecções em áreas urbanas como Belém — mesmo sem presença de vetores domiciliares. Esse novo cenário epidemiológico explica por que o Norte mantém proporções elevadas de casos agudos, conforme observado na tabela 1, que concentra mais de 94 % dos casos na Região Norte.

A queda acentuada em 2020 nos casos observados — seguida de recuperação nos anos posteriores — pode ser entendida como efeito indireto da pandemia de COVID-19, que impactou a rede de diagnóstico e vigilância epidemiológica no país. A retomada das notificações em 2021-2023 provavelmente reflete melhorias no sistema de monitoramento após a fase aguda da pandemia.

Os números demonstram claramente a predominância da Região Norte em todos os anos, enquanto as outras regiões (Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) apresentam poucos casos isolados, sem tendências crescentes. Os dados de 2018 a 2023, sintetiza a concentração dos casos na Região Norte, sublinhando a importância de políticas sanitárias regionais voltadas à vigilância da transmissão oral.

Tais constatações apontam para a necessidade de medidas como: controle sanitário rígido da cadeia produtiva do açaí, capacitação de profissionais em zonas ribeirinhas e rurais para diagnóstico precoce da DCA, e campanhas educativas voltadas ao manuseio seguro de alimentos.

Análise dos Casos Confirmados de Esquistossomose entre 2018 e 2023.

A esquistossomose inicia-se com a penetração de cercárias na pele em contato com água doce contaminada, levando à fase aguda marcada por febre, mal-estar e eosinofilia, frequentemente subdiagnosticada pela apresentação inespecífica (Ferreira et al.[3]). Na evolução crônica, destacam-se complicações hepáticas e hematológicas, como fibrose periportal e hipertensão portal, cuja gravidade está associada à intensidade da carga parasitária (Ferreira et al.[3]). O diagnóstico baseia-se no exame parasitológico pelo método Kato-Katz e o tratamento específico com praziquantel é eficaz e de fácil administração, mas o controle sustentável da doença depende do manejo ambiental para redução de populações de *Biomphalaria* spp. e investimentos em saneamento básico, sobretudo em áreas com acesso limitado a serviços de saúde (Gonzáles et al.[1]).

A esquistossomose, doença parasitária causada pelo Schistosoma mansoni, apresenta uma distribuição geográfica historicamente concentrada nas regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. Os dados referentes aos casos confirmados entre 2018 e 2023 confirmam essa tendência. Do total de 16.845 casos notificados nesse período, aproximadamente 70% ocorreram no Sudeste e quase 25% no Nordeste, com menor expressão nas demais regiões. Tal cenário corrobora as evidências já consolidadas pela literatura epidemiológica.

Conforme Ferreira et al.[3], a região Sudeste permanece como a de maior incidência, especialmente em áreas com persistente falta de cobertura sanitária, como zonas ribeirinhas do Vale do Jequitinhonha e do norte de Minas Gerais. Os dados também confirmam a importância do Nordeste, que concentrou entre 530 e

941 casos anuais no período. Em estudo conduzido por Sobrinho et al.[10], observou-se que “os estados da Bahia, Pernambuco e Sergipe apresentaram os maiores registros da doença na década passada”, e que a persistência da endemicidade está relacionada a “deficiências crônicas em saneamento básico e educação sanitária” (Sobrinho et al. [10]).

Entre os anos analisados, destaca-se o ano de 2020, no qual houve uma redução significativa no número de casos (1.855), o que pode ser interpretado como reflexo direto da pandemia de COVID-19 sobre os sistemas de vigilância epidemiológica e atenção primária à saúde.

Além disso, no período da pandemia, ocorreram 2 fatores importantes que de certa forma justificam os números, um deles é que houve uma redução de testes Kato-Katz, resultando em uma menor detecção do parasita mesmo em áreas que ele já era prevalente e em outro aspecto os dados demonstram que a cobertura terapêutica e de tratamento para os casos positivados foi inferior a 80%, sendo assim o percentual ficou abaixo do esperado (Dantas et al.[6]). A recuperação nos anos seguintes, culminando em 2.706 casos em 2023, sugere o restabelecimento progressivo da rede de notificação e das ações de controle.

Os resultados evidenciam claramente a supremacia da região Sudeste, com destaque também para o Nordeste. A Região Norte aparece com valores relativamente baixos (entre 23 e 73 casos/ano), e a Região Sul permanece com baixa incidência (máximo de 65 casos em 2018). No período agregado de 2018 a 2023 destaca-se essa distribuição: Sudeste e Nordeste concentram conjuntamente mais de 93% dos casos nacionais, o que confirma o caráter regionalmente concentrado da transmissão.

Tais dados refletem a manutenção de determinantes sociais clássicos da esquistossomose, como a ausência de saneamento básico, contato com coleções hídricas contaminadas, e ineficiência de políticas públicas sustentáveis de controle do vetor (*Biomphalaria spp.*). Conforme González et al..[1], os lugares mais afetados apresentam relação direta entre incidência da doença e percentual de população exposta a esgoto não tratado.

A análise dos dados entre 2018 e 2023, portanto, confirma as evidências epidemiológicas já descritas em estudos prévios, mas também alerta para a necessidade de ações contínuas de vigilância, diagnóstico e prevenção, com foco em populações historicamente vulneráveis nas regiões Sudeste e Nordeste.

Análise dos Casos Confirmados de Leishmaniose Visceral entre 2018 e 2023.

A Leishmaniose Visceral (LV), também conhecida como calazar, é uma doença infecciosa grave causada pelo protozoário Leishmania infantum, transmitido por meio da picada de fêmeas infectadas do mosquito-palha (*Lutzomyia longipalpis*). O parasita afeta principalmente órgãos do sistema mononuclear fagocítico, como fígado, baço e medula óssea, levando a um quadro clínico de febre prolongada, hepatoesplenomegalia e pancitopenia. Sem diagnóstico e tratamento oportunos, a doença pode ser fatal. A LV é considerada uma doença tropical negligenciada, associada à pobreza, saneamento inadequado e condições ambientais favoráveis à proliferação do vetor, sendo endêmica em várias regiões do Brasil, sobretudo no Nordeste e Norte.

Os dados referentes aos casos confirmados de LV no Brasil entre 2018 e 2023 indicam que a doença permanece com forte concentração nas regiões Nordeste e Norte, com destaque também para o Sudeste. No

período analisado, foram notificados 10.189 casos, sendo mais de 75% registrados no Nordeste e Norte, o que reforça o perfil endêmico já descrito por diversas investigações epidemiológicas.

Conforme Melo et al.[4], a Leishmaniose Visceral permanece endêmica em grande parte do Brasil, com maior carga de morbidade nos estados do Nordeste, especialmente no Maranhão, Piauí e Bahia, onde “as condições de saneamento precário, migração rural-urbana e presença do vetor *Lutzomyia longipalpis* favorecem a manutenção da transmissão” (Melo et al.[4]). Os dados apresentados corroboram essa afirmação: o Nordeste concentrou de 988 a 1.584 casos anuais, sendo a região com maior número absoluto de notificações em todos os anos da série.

A Região Norte também apresenta números expressivos, com variações entre 197 e 358 casos por ano. A expansão urbana desordenada nas periferias amazônicas e o avanço do desmatamento têm contribuído para a interiorização da doença, conforme apontado por Portella et al.[7], que destacam que “a LV tem se estabelecido em municípios de pequeno e médio porte da Amazônia Legal, com significativa correlação com indicadores de vulnerabilidade ambiental e social”.

O comportamento temporal da doença no período foi relativamente estável, com pico em 2019 (2.277 casos) e uma tendência leve de declínio até 2023 (1.496 casos). A redução discreta nos últimos dois anos pode refletir a retomada de ações de vigilância após o impacto da pandemia, mas ainda não indica uma mudança de tendência sustentada. Segundo Bertollo et al.[11], “a pandemia da COVID-19 impactou a vigilância de doenças negligenciadas, mas a leishmaniose visceral manteve padrão endêmico devido à sua distribuição territorial consolidada”.

A Região Sudeste, embora com menor número absoluto, manteve uma contribuição constante, variando entre 214 e 263 casos anuais. Minas Gerais segue como o principal estado da região com transmissão ativa, especialmente em municípios do norte do estado. Já as regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram valores mais baixos, com menos de 100 casos por ano, o que condiz com o perfil historicamente esporádico da doença nessas áreas.

Os dados revelam a hegemonia do Nordeste e Norte. A soma dos casos entre 2018 e 2023 mostra que o Nordeste responde sozinho por aproximadamente 60% dos casos, o Norte por 20%, e o restante do país por cerca de 20% combinados.

Esses achados reafirmam a urgência da ampliação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da LV, especialmente em áreas de maior risco. Tais ações incluem: combate vetorial por meio de controle ambiental, uso de inseticidas residuais, manejo adequado de resíduos sólidos, campanhas educativas nas comunidades e expansão do acesso a testes diagnósticos rápidos e tratamento com antimonial pentavalente ou anfotericina lipossomal.

Análise dos Casos Confirmados de Leishmaniose Tegumentar Americana entre 2018 e 2023.

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença infecciosa parasitária causada por protozoários do gênero Leishmania, transmitidos ao ser humano por meio da picada de flebotomíneos, popularmente conhecidos como mosquitos-palha. Essa forma de leishmaniose se caracteriza clinicamente por lesões ulceradas na pele e, em alguns casos, comprometimento da mucosa nasal, oral ou faríngea. A LTA é uma das doenças tropicais negligenciadas mais prevalentes nas Américas, e no Brasil ela apresenta

ampla distribuição geográfica, afetando principalmente populações em áreas de floresta, regiões rurais e zonas de expansão urbana desordenada. Sem diagnóstico e tratamento oportunos, pode evoluir para formas mucocutâneas deformantes. Conforme a Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC**)**, a Leishmaniose Tegumentar é uma doença de notificação compulsória, com potencial de causar incapacidades físicas e estigmas sociais, exigindo ações contínuas de controle e atenção à saúde (Santa Catarina[12]).

De acordo com os dados oficiais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2018 e 2023 foram confirmados 36.292 casos de LTA no Brasil, com uma média anual de aproximadamente 6.048 casos. A distribuição regional da doença revela um padrão endêmico multifocal, com predomínio no Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste, seguidos pela Região Norte e, em menor proporção, pelo Sul.

A Região Sudeste liderou em número absoluto de casos durante todo o período, registrando entre 1.718 e 2.241 casos por ano, com um total de 12.286 casos no acumulado. Essa alta carga pode ser atribuída à elevada incidência em Minas Gerais, um estado com extensa zona rural e áreas de mata atlântica propícias ao ciclo vetorial. Conforme Temponi et al.[5], “o avanço da fronteira agrícola e a urbanização de áreas de transição têm favorecido o contato humano-vetor nas regiões Sudeste e Centro-Oeste”.

O Centro-Oeste aparece logo em seguida, com um total de 9.048 casos entre 2018 e 2023. A região reúne fatores ecológicos e sociais que favorecem a transmissão, como grande densidade de áreas de cerrado, alta exposição de populações ribeirinhas e práticas agrícolas de subsistência. Portella et al.[7] destacam que “a LTA continua presente de forma persistente no Centro-Oeste, com surtos localizados e transmissão em áreas periurbanas em expansão”.

A Região Nordeste apresentou variações anuais entre 1.096 e 1.384 casos, totalizando 7.391 registros no período. Estados como Bahia, Maranhão e Piauí continuam figurando entre os mais acometidos, o que se alinha ao histórico epidemiológico da região, marcado por deficiências estruturais no saneamento, migração rural-urbana e contato frequente com áreas silvestres.

A Região Norte, tradicionalmente associada à endemicidade da LTA, notificou 4.739 casos no período, com ligeira oscilação entre os anos. A menor densidade populacional, aliada à extensa cobertura florestal e a hábitos ocupacionais (extrativismo, caça, agricultura de corte e queima), favorece o ciclo de transmissão em áreas isoladas. “A leishmaniose tegumentar mantém-se endêmica na Amazônia Legal, com padrão de transmissão rural e silvestre consolidado” (Abraão et al.[13]).

Por fim, a Região Sul, embora com menor número absoluto, manteve uma participação regular no período, com aproximadamente 1.631 casos entre 2018 e 2023. A presença da doença em estados como Paraná e Santa Catarina, ainda que em menor intensidade, reforça a necessidade de vigilância mesmo em regiões historicamente não prioritárias.

Do ponto de vista temporal, os dados não indicam grandes variações abruptas no número de casos ao longo dos anos. O total nacional oscilou entre 5.860 (2021) e 6.366 (2020) casos, evidenciando um padrão endêmico estável, o que demonstra tanto a persistência da transmissão quanto a ausência de medidas suficientemente eficazes para sua redução.

Os resultados reforçam a concentração da maior parte dos casos nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, que juntas somam cerca de 60% dos registros nacionais. Essa distribuição aponta para a importância de políticas de controle adaptadas às características ecológicas e socioeconômicas locais.

Assim, os dados confirmam que a Leishmaniose Tegumentar Americana se mantém como um problema de saúde pública relevante no Brasil, exigindo estratégias intersetoriais contínuas de vigilância epidemiológica, controle vetorial, educação em saúde e diagnóstico precoce — especialmente em populações rurais e comunidades tradicionais.

Considerações finais

Em termos de magnitude absoluta, a Leishmaniose Tegumentar Americana apresentou, ao longo do quinquênio, a média anual de casos mais elevada, enquanto a Doença de Chagas Aguda manteve-se com o menor número de notificações. O número de casos na LTA excedeu em mais de três vezes a da Esquistossomose e da Leishmaniose Visceral, refletindo a maior dispersão espacial e o caráter multifocal dessa forma de leishmaniose (Santa Catarina[12]).

No recorte temporal, todas as quatro parasitoses exibiram redução acentuada nas notificações em 2020, seguida de recuperação gradual em 2021–2023. A queda de casos de Esquistossomose está associada à diminuição na coleta de amostras para o método Kato-Katz durante a pandemia (Dantas et al.[6]), enquanto os declínios em Leishmaniose Visceral foram atribuídos ao impacto da COVID-19 sobre as rotinas de vigilância (Bertollo et al.[11]).

Quanto à distribuição regional, observou-se que a Doença de Chagas Aguda permaneceu concentrada na Região Norte (mais de 90 % dos casos) (Santos et al.[8]); a Esquistossomose concentrou-se nas regiões Sudeste e Nordeste (Ferreira et al.[3]); a Leishmaniose Visceral teve maior incidência no Nordeste e Norte (Melo et al.[4]); e a Leishmaniose Tegumentar Americana exibiu predomínio no Sudeste e Centro-Oeste (Temponi et al..[5]).

REFERÊNCIAS

1. González SCV, Barbosa YM, Oliveira AC, Araujo KCGM. Saneamento ambiental e esquistossomose em uma comunidade do Nordeste do Brasil. *Research, Society and Development.* 2021;10(8):e28410817382. doi:10.33448/rsd-v10i8.17382. [Internet]. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17382. Acesso em: 27 set. 2025.

2. Sampaio GHF, Silva ANB, Brito CRN, Honorato NRM, Oliveira LM, Câmara ACJ, et al. Epidemiological profile of acute Chagas disease in individuals infected by oral transmission in northern Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020;53:e20200088. doi:10.1590/0037-8682-0088-2020.

3. Ferreira JL, Chaves LC, Jarek M, Manoera RAC, Carvalho CA, Costa FM, et al. Análise epidemiológica dos casos confirmados de esquistossomose mansoni na região Nordeste entre 2017 e 2022. *Contribuciones a las Ciencias Sociales.* 2024;17(3). doi:10.55905/revconv.17n.3-193.

[Internet]. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5564. Acesso em: 27 set. 2025.

4. Melo SN, Barbosa DS, Bruhn FRP, Câmara DCP, Simões TC, Buzanovsky LP, et al. Spatio-temporal relative risks and priority areas for visceral leishmaniasis control in Brazil, between 2001–2020. *Acta Trop.* 2023;242:106912. doi:10.1016/j.actatropica.2023.106912.

5. Temponi AOD, Brito MG, Ferraz ML, Diniz SA, Cunha TN, Silva MX. Ocorrência de casos de leishmaniose tegumentar americana: uma análise multivariada dos circuitos espaciais de produção, Minas Gerais, Brasil, 2007 a 2011. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(2):e00165716. doi:10.1590/0102-311X00165716.

6. Dantas NM, Andrade LA, Paz WSD, Borges WN, Barbosa VGB, Hora DPGD, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the actions of the Schistosomiasis Control Program in an endemic area in Northeastern Brazil. *Acta Trop.* 2023;240:106859. doi:10.1016/j.actatropica.2023.106859.

7. Portella TP, Kraenkel RA. Spatial–temporal pattern of cutaneous leishmaniasis in Brazil. *Infect Dis Poverty.* 2021;10:86. doi:10.1186/s40249-021-00872-x.

8. Santos EF, Silva ÂAO, Leony LM, Freitas NEM, Daltro RT, Regis-Silva CG, et al. Acute Chagas disease in Brazil from 2001 to 2018: a nationwide spatiotemporal analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* 2020;14(8):e0008445. doi:10.1371/journal.pntd.0008445.

9. Xavier SCC, Roque ALR, Bilac D, de Araújo VAL, da Costa Neto SF, Lorosa ES, et al. Distantiae transmission of *Trypanosoma cruzi*: a new epidemiological feature of acute Chagas disease in Brazil. *PLoS Negl Trop Dis.* 2014;8(5):e2878. doi:10.1371/journal.pntd.0002878.

10. Sobrinho FSL, Silva MCS, Lima LLC, Sobrinho GKL, Lopes EAP, Feitosa APS. Incidência da esquistossomose mansônica no Nordeste brasileiro no período de 2013 a 2017. *Diversitas Journal.* 2020;5(4):2881–2889. doi:10.17648/diversitas-journal-v5i4-984. [Internet]. Disponível em: https://www.diversitasjournal.com.br/diversitas_journal/article/view/984. Acesso em: 27 set. 2025.

11. Bertollo DMB, Soares MMCN. Impacto da pandemia de COVID-19 nas ações de vigilância e controle da infecção por leishmaniose visceral. *Braz J Infect Dis.* 2022;26(S1):PI-292. doi:10.1016/j.bjid.2021.102288.

12. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC). Vigilância da leishmaniose tegumentar americana: orientações técnicas. Florianópolis: SES/SC; 2022.

[Internet]. Disponível em: https://dive.sc.gov.br/index.php/leishmaniose-tegumentar-americana. Acesso em: 27 set. 2025.

13. Abraão LSO, José BMPA, Gomes CBS, Nunes PC, Santos DR, Varela APAS, et al. Perfil epidemiológico dos casos de leishmaniose tegumentar americana no estado do Pará, Brasil, entre 2008–2017. *Rev Pan-Amaz Saúde.* 2020;11:e202000612. doi:10.5123/S2176-6223202000612. [Internet]. Disponível em: https://ojs.iec.gov.br/rpas/article/view/855. Acesso em: 27 set. 2025.