

Situação epidemiológica da filariose linfática no Brasil

Introdução

A filariose linfática (FL) é uma doença parasitária de caráter crônico que pode apresentar sério impacto social e econômico. Esta endemia acomete, sobretudo, populações com baixas condições socioeconômicas, residentes em áreas urbanas com infraestrutura pública deficiente.¹

O agente etiológico é a *Wuchereria bancrofti*, um nematoide transmitido ao ser humano pela picada da fêmea do mosquito *Culex quinquefasciatus*. Os vermes adultos causam lesões nos vasos linfáticos, onde se desenvolvem, provocando o quadro clínico típico da doença, a qual pode levar a incapacidades físicas permanentes ou por longos períodos de tempo.¹

Devido às suas características epidemiológicas, a FL é uma das doenças com potencial para eliminação como problema de saúde pública. Em decorrência desta situação, a Organização Mundial da Saúde (OMS), na 5ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em 1997, conclamou os países endêmicos para a adoção do Plano Global de Eliminação da Filariose Linfática (PGEFL).

De acordo com a OMS, a FL é endêmica em 73 países na Ásia, na África e nas Américas, com estimativa de, aproximadamente, 120 milhões de pessoas afetadas. A FL é um sério problema de saúde pública em países como Índia, Indonésia e partes leste, central e oeste da África.^{2,3}

Até o final de 2014, 62 dos 73 países endêmicos haviam implementado o *Mass Drug Administration* (MDA), conhecido no país como tratamento coletivo. Quinze desses países, inclusive, já alcançaram as metas para interromper a transmissão e suspenderam essa atividade.²

Nas Américas, a transmissão ativa desta enfermidade ocorre apenas no Haiti, na República Dominicana, na Guiana e no Brasil, com cerca de 12 milhões de pessoas em risco, sendo 92% no Haiti.⁴ Já houve comprovação da interrupção da transmissão da FL na Costa Rica, no Suriname e em Trinidad e Tobago, áreas endêmicas em passado recente.³

No Brasil, em consonância ao PGEFL e por recomendação do Conselho Nacional de Saúde

(Resolução nº 190, de 13 de junho de 1996), foi criado, em 1996, o Plano Nacional de Eliminação da Filariose Linfática no Brasil, elaborado pelo Ministério da Saúde, quando foram concebidos os programas locais visando à eliminação dessa enfermidade como problema de saúde pública em áreas ainda com transmissão ativa.¹

Este boletim descreve os aspectos epidemiológicos da FL no Brasil e a estratégia utilizada para verificar a interrupção da sua transmissão, para se alcançar a certificação de eliminação.

Método

Trata-se de uma breve descrição do histórico no Brasil, desde 1950, das estratégias adotadas para a redução do percentual de positividade da FL e do processo de verificação da interrupção da transmissão dessa doença no país. Foram consultados artigos científicos publicados e documentos internos do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de atuais e antigas áreas endêmicas de FL no país.

As informações relativas à eliminação da FL no Brasil serão mais detalhadas no dossiê que está sendo preparado para envio à OMS até 2021, necessário para a obtenção do certificado de eliminação desta enfermidade.

Evolução histórica da filariose linfática no Brasil

No Brasil, durante o período de 1951 a 1958, além da realização de inquéritos entomológicos, foram pesquisadas 852 localidades de 24 Unidades da Federação, tendo sido examinadas 811.361 pessoas, através de inquéritos hemoscópicos para diagnóstico da FL.^{5,6}

Esses inquéritos permitiram a identificação de focos autóctones de FL em várias cidades de norte a sul do país, tendo sido encontrados portadores de microfilárias de *W. bancrofti* em oito diferentes Unidades da Federação. Verificou-se, simultaneamente, a presença de mosquitos vetores com larvas infectantes do parasito. Constatou-se a transmissão autóctone nos municípios apresentados a seguir, com as respectivas prevalências expressas em percentual de positividade: Ponta Grossa/PR, 13,9%; Belém/PA, 9,8%; Barra de Laguna/SC, 9,4%; Recife/PE,

6,9%; Castro Alves/BA, 5,9%; Florianópolis/SC, 1,4%; São Luís/MA, 0,6%; Salvador/BA, 0,4%; Maceió/AL, 0,3%; Manaus/AM, 0,2%; e Porto Alegre/RS, 0,1%.⁶

Após esses inquéritos, não foi realizado nenhum outro levantamento epidemiológico geral no país para redesenhar o mapa da distribuição geográfica dessa enfermidade, sendo os dados disponíveis provenientes de inquéritos pontuais.

As medidas de controle adotadas naquela época levaram a um declínio nas taxas de infecção, e na década de 1980 somente as cidades de Belém/PA e Recife/PE foram consideradas endêmicas para FL no Brasil.⁷ Na década de 1990, além dessas duas cidades, foram verificados focos de transmissão ativa de FL em Maceió/AL, Olinda/PE, Jaboatão dos Guararapes/PE e Paulista/PE.

O último caso notificado em Belém/PA ocorreu em 2001, e em 2004 houve o último registro em Maceió/AL. A partir de 2005, a área endêmica brasileira ficou restrita à Região Metropolitana do Recife/PE, que inclui os municípios de Recife, Olinda, Jaboatão dos Guararapes e Paulista, com população em risco estimada em 385 mil habitantes.

Em 2012, foi lançado o Plano Integrado de Ações Estratégicas para eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como problema de saúde pública, Tracoma como causa de cegueira e controle das Geo-helminthiases, com o objetivo de fortalecer a resposta a esse

grupo de doenças para o qual o Brasil assumiu o compromisso público de eliminação ou redução drástica da carga.⁸

Estratégias para redução do percentual de positividade

Em Alagoas e no Pará, a busca ativa de portadores do parasito foi intensificada nas décadas de 1980 e 1990, com realização de inquéritos hemoscópicos. Foram realizados exames parasitológicos através de gota espessa de sangue para identificação de casos infectados entre os moradores das áreas endêmicas e adjacentes, além de outras áreas com suspeita de transmissão da FL. A detecção de um indivíduo microfilarêmico desencadeava a busca de novos casos entre seus familiares e vizinhos, pois é sabido que as prevalências de portadores do parasito são mais elevadas nas casas onde residem microfilarêmicos, devido à maior probabilidade de contato com vetores infectados. Os indivíduos parasitados eram encaminhados para as unidades de referência, a fim de serem tratados por clínicos especialistas ligados ao Programa de Eliminação da Filariose Linfática.^{9,10}

Após a confirmação da parasitemia, era iniciado o tratamento supervisionado com dietilcarbamazina por 12 dias (6mg/Kg de peso/dia). Um mês após o encerramento do tratamento, era feita nova coleta de sangue noturna (entre 23h e 1h do dia seguinte) para avaliação da microfilaremia

© 1969. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Comitê Editorial

Antônio Carlos Figueiredo Nardi, Sônia Maria Feitosa Brito, Alexandre Fonseca Santos, Cláudio Maierovitch Pessanha Henriques, Elisete Duarte, Fábio Caldas de Mesquita, Geraldo da Silva Ferreira, Gilberto Alfredo Pucca Jr., Márcia Beatriz Dieckmann Turcato, Marcos da Silveira Franco, Maria de Fátima Marinho de Souza.

Equipe Editorial

Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço/SVS/MS: Eliane Ignotti, Gilberto Fontes, Rosa Castália França Ribeiro Soares (Editores Científicos) e Izabel Lucena Gadioli (Editora Assistente).

Colaboradores

Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação/DEVIT/SVS/MS: Jeann Marie da Rocha Marcelino, Karina Silva Fiorillo, Larissa Lopes Silva Scholte, Ronaldo Guilherme Carvalho Scholte.

Secretaria Executiva

Raíssa Christófaro (CGDEP/SVS)

Projeto gráfico e distribuição eletrônica

Núcleo de Comunicação/SVS

Diagramação

Thaís Abreu Oliveira (CGDEP/SVS)

Revisão de texto

Maria Irene Lima Mariano (CGDEP/SVS)

por meio da técnica de filtração de sangue em membrana de policarbonato. Se o paciente ainda apresentasse microfilaremia residual, era submetido a novo tratamento e avaliado após um mês. Eram feitos tantos tratamentos quanto necessário, até que o indivíduo apresentasse resultado negativo para microfilarírias.^{9,10}

A manutenção do número elevado de exames realizados a cada ano em relação à população total do município e do tratamento dos casos confirmados contribuíram para a eliminação das fontes de infecção e o sucesso da eliminação naquelas Unidades da Federação.

Na Região Metropolitana do Recife/PE, última área endêmica brasileira para FL, durante as últimas décadas, houve redução consistente do coeficiente de positividade ao exame de hemoparasitoscopia por gota espessa, que se intensificou após a implementação da estratégia de tratamento coletivo em 2003 (Figura 1).

Inquéritos realizados nos municípios endêmicos indicaram que em 2004 foram examinadas cerca de 190 mil pessoas e diagnosticados 1.339 casos de microfilarêmicos (positividade=0,69%). Em 2014, o exame foi realizado em aproximadamente 100 mil pessoas, e nenhum caso positivo para FL foi encontrado.

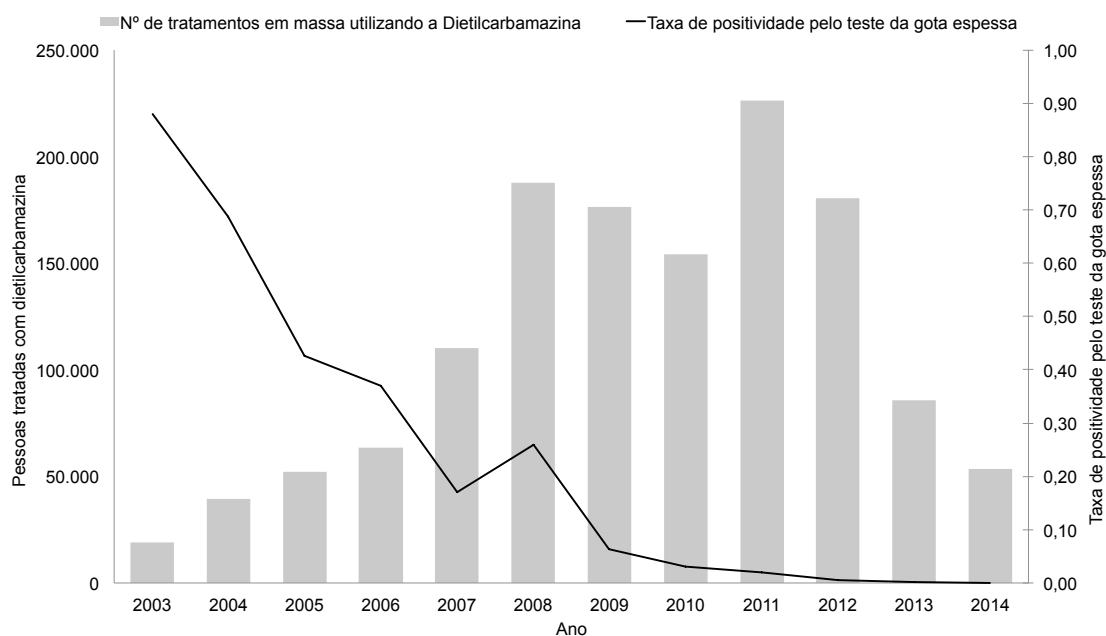
As populações de localidades que apresentaram positividade superior ou igual a 1% na antigenemia (utilizando cartões de imunocromatografia– “ICT

card test”) ou a 2% na microfilaremia (utilizando a técnica da gota espessa) foram submetidas ao tratamento coletivo para redução da positividade.³ Em 2013 e 2014, houve redução do número de tratamentos realizados na Região Metropolitana do Recife/PE, porque algumas áreas já haviam encerrado essa atividade com extensa cobertura populacional e atualmente estão submetidas à avaliação da interrupção da transmissão.

Verificação da interrupção da transmissão

Desde 2013, Pernambuco está seguindo uma metodologia definida pela OMS para comprovação da interrupção da transmissão de FL, denominada TAS (*Transmission Assessment Survey*). O TAS é uma ferramenta de tomada de decisão, no qual se decide pela interrupção ou não do tratamento coletivo. Essa pesquisa deve ser repetida pelo menos duas vezes após o MDA ser encerrado, com intervalos de dois a três anos, para assegurar que não haja recrudescência.¹¹

Os resultados parciais do TAS nas áreas submetidas à estratégia de tratamento coletivo são satisfatórios e indicam a eliminação da FL na última região considerada como área de transmissão ativa no país. Como mencionado anteriormente, é necessário realizar um total de três inquéritos de verificação em cada área, com intervalos mínimos de dois anos.¹¹ Portanto, esse estudo será finalizado em 2021.



Fonte: Secretarias Municipais de Saúde de Recife, Olinda e Jaboatão dos Guararapes.

Figura 1 – Número de pessoas tratadas com dietilcarbamazina e taxa de microfilarêmicos por ano, Região Metropolitana do Recife/PE, Brasil, 2003-2014

O estudo TAS foi realizado apenas em Pernambuco, visto que, nos últimos 12 anos, esta foi a única Unidade da Federação com casos reportados de FL e, conseqüentemente, implementou o tratamento coletivo no país.

Após essa etapa, será elaborado o dossiê que irá consolidar os resultados do TAS em Pernambuco e as informações de todas as Unidades da Federação para, assim, ser solicitada à OMS a certificação de eliminação da FL no Brasil.

Por ainda existirem países endêmicos para FL com fluxo de migração constante para o Brasil, é necessário manter uma vigilância eficiente, a fim de se assegurar a inexistência de casos de FL entre migrantes ou autóctones em outras áreas do país.

Situação atual e estratégias de vigilância recomendadas

O Programa de Eliminação da Filariose Linfática tem como pilares o monitoramento da área endêmica, utilizando triagens hemoscópicas, tratamento individual e manutenção dos níveis de cobertura de tratamento coletivo onde ainda for indicado, além de controle vetorial e do ambiente.

É necessário, também, documentar a eliminação da doença nas antigas áreas endêmicas do país e orientar as Unidades da Federação sobre os riscos decorrentes de fluxos de imigração, mantendo os profissionais informados e capacitados para a realização de testes diagnósticos, tratamento e educação em saúde.

O Ministério da Saúde adota uma estratégia de vigilância baseada em dois cenários distintos: nos municípios ainda considerados endêmicos e no restante do país.

Nos municípios da Região Metropolitana do Recife/PE, área endêmica, realiza-se uma vigilância ativa, com utilização de triagens hemoscópicas em postos fixos e volantes de verificação e sítios sentinelas e xenomonitoramento. Haverá uma redução progressiva no quantitativo de exames realizados, para que, ao longo do processo de verificação da interrupção, a vigilância se torne passiva, como é preconizado nas demais localidades do país.

Para que haja uma vigilância passiva efetiva no controle de novos focos, os profissionais de saúde devem estar orientados e capacitados para atuar na investigação no diagnóstico, no tratamento e no controle de cura dos casos eventualmente comprovados de FL em áreas até então indenes,

bem como estar atentos à migração de doentes provenientes da área endêmica brasileira e de outros países.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica e eliminação da Filariose Linfática. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 80 p.
2. World Health Organization. Global Health Observatory, 2013 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. [citado em 2015 nov 05]. Disponível em http://www.who.int/gho/neglected_diseases/lymphatic_filariasis/en/
3. World Health Organization. Monitoring and epidemiological assessment of mass drug administration in the global programme to eliminate lymphatic filariasis: a manual for national elimination programmes, 2011. Geneva: World Health Organization; 2011. 78 p.
4. Pan American Health Organization. Lymphatic filariasis in the Region of the Americas, 2001-2013. In.: 16th Regional Lymphatic Filariasis Elimination Program Managers' Meeting; Recife: Pan American Health Organization; 2015. 83 p.
5. Ministério da Saúde (BR). O controle das endemias no Brasil: demonstrativo dos resultados obtidos em 1985 e projeções para 1986. Brasília: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública; 1986. p. 83-7.
6. Rachou RG. Conceito e programa de profilaxia da filariose bancroftiana no Brasil. Rev Bras Malariol Doenças Trop. 1960;12:11-40.
7. Ministério da Saúde (BR). O controle das endemias no Brasil (de 1979 a 1984). Brasília: Superintendência de Campanhas de Saúde Pública; 1985. p.130-3.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíases: plano de ação 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série C.

Projetos, programas e relatórios).

9. Amoras, WW, Braun RF, Freitas H, Rocha A. *et al.* Relatório sobre a eliminação da transmissão da filariose linfática no Município de Belém, Pará, Brasil. Documento técnico (em publicação); 2016. 70p.
10. Fontes G. Consolidação dos inquéritos e estudos sobre a Filariose Linfática realizados nos estados de Alagoas e Pará, visando

à eliminação da enfermidade no país, Documento Técnico, MS/OPAS; 2015. 75p.

11. World Health Organization. Global Programme to Eliminate Lymphatic Filariasis. Progress report on mass drug administration in 2010. Wkly Epidemiol Rec. 2011 Aug;86(35):377-88.