

Artigo original

Leishmaniose tegumentar americana no Brasil entre 2007 e 2024: estudo epidemiológico

American cutaneous leishmaniasis in Brazil between 2007 and 2024: epidemiological study

Marcelo José da Silva de Magalhães¹  | João Pedro Batista Amorim¹  | Thalyta Emanuele Souza Silva¹ 

¹Centro Universitário do Norte de Minas (Uninorte Minas), Montes Claros, MG, Brasil. [ROR: <https://ror.org/05t3h0r03>]

Resumo

Objetivo: realizar uma análise epidemiológica da leishmaniose tegumentar no Brasil entre os anos de 2007 e 2024, com base nos dados de pacientes notificados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). **Materiais e Métodos:** estudo descritivo, baseado em dados secundários obtidos na base do DATASUS. Foram incluídos todos os pacientes com diagnóstico confirmado de leishmaniose cutânea americana no período analisado. As variáveis observadas foram: ano de notificação, sexo dos pacientes e região de ocorrência. **Resultado:** foram registrados 340.624 novos casos de leishmaniose cutânea americana no Brasil entre 2007 e 2024. O pico de notificações ocorreu em 2012 (25.204 casos), enquanto o menor número foi em 2024 (8.316 casos), evidenciando uma tendência de redução ao longo dos anos. Em relação à distribuição geográfica, a região Norte concentrou o maior número de casos, com pico em 2014 (11.160), seguida pelo Nordeste, com maior incidência em 2010 (9.553). A doença mostrou predomínio em homens, com maior proporção em 2015 (75,4%). No entanto, houve uma leve elevação proporcional nos casos femininos, alcançando 29,3% em 2024. **Conclusão:** a análise epidemiológica indica uma redução gradual nos casos de leishmaniose tegumentar no Brasil entre 2007 e 2024, com destaque para a região Norte como área de maior incidência. A doença continua afetando majoritariamente homens, embora a proporção de casos femininos tenha aumentado nos anos mais recentes. Esses dados reforçam a importância de estratégias regionais de vigilância e controle da doença.

Palavras-chave: Leishmaniose cutânea americana. Epidemiologia. Incidência. Brasil.

Abstract

Objective: To perform an epidemiological analysis of tegumentary leishmaniasis in Brazil between 2007 and 2024, based on data from patients reported to the Brazilian Unified Health System (SUS). **Materials and Methods:** This is a descriptive study based on secondary data obtained from the DATASUS database. All patients with a confirmed diagnosis of American cutaneous leishmaniasis during the study period were included. The variables analyzed were year of notification, patient sex, and region of occurrence. **Results:** A total of 340,624 new cases of American cutaneous leishmaniasis were reported in Brazil between 2007 and 2024. The peak number of notifications occurred in 2012 (25,204 cases), while the lowest number was recorded in 2024 (8,316 cases), indicating a downward trend over time. Regarding geographic distribution, the Northern region accounted for the highest number of cases, with a peak in 2014 (11,160), followed by the Northeast region, with the highest incidence in 2010 (9,553 cases). The disease predominantly affected males, with the highest proportion observed in 2015 (75.4%). However, there was a slight proportional increase in female cases, reaching 29.3% in 2024. **Conclusion:** The epidemiological analysis indicates a gradual reduction in cases of cutaneous leishmaniasis in Brazil from 2007 to 2024, with the Northern region remaining the most affected area. The disease continues to predominantly affect males, although the proportion of female cases has increased in recent years. These findings highlight the importance of region-specific surveillance and control strategies.

Keywords: Cutaneous leishmaniasis. Epidemiology. Incidence. Brazil.

Autor correspondente: Marcelo José da Silva de Magalhães | marcelo7779@yahoo.com.br

Recebido em: 28|09|2025. **Aprovado em:** 01|04|2026.

Avaliado pelo processo de *double blind review*.

Como citar este artigo: Magalhães MJS, Amorim JPB, Silva TES. Leishmaniose tegumentar americana no Brasil entre 2007 e 2024: estudo epidemiológico. Bionorte. 2026;15:e1262. <https://doi.org/10.47822/bn.v15i1.1262>





Introdução

A leishmaniose é uma doença infecciosa, porém não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania*, sendo os principais subgêneros pertencentes ao grupo *Leishmania Viannia*. A transmissão ocorre por meio da picada de fêmeas de mosquitos flebotômicos do gênero *Lutzomyia*, que infectam indivíduos suscetíveis. Os principais reservatórios desses protozoários incluem animais silvestres, como roedores e marsupiais, além de alguns animais domésticos. No entanto, o papel dos animais domésticos na disseminação da doença ainda não está completamente esclarecido¹⁻³.

Após a transmissão sanguínea pelos vetores, o protozoário invade as células de defesa presentes na pele. Entretanto, por meio de mecanismos especializados, ele consegue evitar a fagocitose. O controle da sua disseminação depende, principalmente, da resposta imunológica celular do tipo 1³. As principais manifestações clínicas da leishmaniose incluem duas variantes: cutânea e mucosa. A leishmaniose cutânea americana ou leishmaniose tegumentar americana caracteriza-se, na maioria dos casos, por úlceras típicas indolores, de bordas elevadas e bem delimitadas, com formato arredondado ou ovalado e fundo avermelhado com granulações grosseiras^{1,2}. Uma das possíveis complicações associadas a essa forma da doença são as infecções secundárias decorrentes das lesões ulceradas^{1,2}.

O diagnóstico da leishmaniose cutânea americana pode ser realizado por diferentes técnicas, com destaque para os métodos parasitológicos, imunológicos e moleculares. Os exames recomendados incluem a pesquisa direta do parasita, cultura, exames histopatológicos, testes moleculares como PCR e métodos imunológicos, como a reação de Montenegro³. A Imunorreação de Montenegro geralmente apresenta resultado positivo na Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) após dois meses, exceto na forma difusa, mas sua interpretação requer correlação clínica. O diagnóstico diferencial inclui a esporotricose, enquanto a histopatologia pode variar conforme a região do Brasil, influenciando a resposta tecidual e o padrão das lesões⁴.

O controle da leishmaniose cutânea americana é desafiador devido à diversidade de agentes etiológicos, reservatórios e vetores, sendo a imunoterapia a principal abordagem terapêutica^{4,5}. O tratamento medicamentoso utiliza o antimoniato de meglumina como primeira escolha, enquanto a anfotericina B é recomendada em casos de resistência ou contraindicação¹. O sucesso da terapia depende do monitoramento clínico e laboratorial para minimizar efeitos adversos e garantir a eficácia, aliado a estratégias preventivas, como o controle do vetor e a adoção de medidas de proteção individual contra picadas de flebotômicos⁶.

A leishmaniose ainda é considerada uma das grandes doenças infecciosas do mundo, com um aumento na sua prevalência desde 1980 com certo declínio nos últimos anos desde 2005, considerada endêmica em cerca de 90 países e com relato de, aproximadamente, 272 mil novos casos em 2023⁷⁻⁹. Dentre os 51 países que notificaram casos de leishmaniose cutânea americana, o Brasil permanecia entre os 11 países com mais casos da doença⁷⁻⁹.

Em 2021, foram registrados mais de 48 mil novos casos de leishmaniose cutânea americana distribuídos em todas as unidades federativas do Brasil, com uma maior prevalência entre as regiões Norte e Nordeste. Minas Gerais é considerado um dos estados com grande incidência de novos casos, dentro da classificação de risco para leishmaniose, entra como um Estado de médio risco, em especial a cidade de Montes Claros se encaixa na classificação de alto risco para a doença^{3,10,11}.

Objetivou-se analisar o perfil epidemiológico da leishmaniose tegumentar americana em pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde, no Brasil, entre os anos de 2007 e 2024.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, longitudinal e retrospectivo, com abordagem quantitativa. A população analisada corresponde a pacientes notificados no Brasil atendidos pelo Sistema Único de Saúde, com diagnóstico confirmado de leishmaniose cutânea americana. Os dados foram obtidos por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), utilizando o banco do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), acessado via plataforma TABNET¹². Foram incluídos todos os registros com o código LT18, correspondente à leishmaniose cutânea americana, no período de 2007 a 2024.

Foram considerados como critérios de inclusão os registros confirmados de leishmaniose cutânea americana com informações completas referentes ao sexo, ano de notificação e região de ocorrência. Foram excluídos os registros duplicados, incompletos ou com inconsistência de dados. As variáveis analisadas foram: ano de notificação, sexo, critério de confirmação, forma clínica e evolução do caso. A organização e tabulação dos dados foram realizadas manualmente por meio de tabelas elaboradas no programa Microsoft Word, sem o uso de softwares estatísticos adicionais.

Resultados

Ao analisar os dados disponíveis pelo DATASUS referentes à leishmaniose cutânea americana no Brasil entre os anos de 2007 a 2024, observa-se o registro de 340.624 novos casos no período. O maior número de casos foi registrado em 2012, com 25.204 notificações, sendo esse o

ano com a maior incidência da doença. Já o ano com menor número de casos foi 2024, totalizando 8.316 notificações em todo o país.

Quadro 1. Incidência de novos casos de leishmaniose cutânea americana por região/ano entre 2007 e 2024, com base nos dados de pacientes notificados pelo Sistema Único de Saúde.

Ano	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Total	Valor médio anual
2007	10.122	6.093	2.038	543	3.252	22.048	4.584
2008	9.299	6.586	1.769	670	3.230	21.554	4.360
2009	8.886	7.349	1.791	519	4.748	23.293	4.649
2010	7.725	9.415	2.639	307	3.437	23.523	4.754
2011	9.220	8.504	2.432	362	2.504	23.022	4.587
2012	11.014	8.860	1.616	484	3.361	25.335	5.040
2013	9.082	5.757	1.371	344	3.150	19.704	3.932
2014	11.168	5.408	1.701	416	3.278	21.971	4.398
2015	9.630	5.577	1.993	540	3.188	20.928	4.141
2016	5.861	3.761	1.675	316	2.308	13.921	2.789
2017	8.822	4.907	2.106	293	2.790	18.918	3.793
2018	8.504	4.409	2.250	254	2.502	17.919	3.572
2019	7.408	3.741	2.633	253	2.859	16.894	3.370
2020	8.293	3.459	2.530	272	2.950	17.504	3.506
2021	7.454	4.100	2.613	247	2.119	16.533	3.294
2022	6.763	3.683	1.775	221	1.836	14.278	2.827
2023	6.659	3.500	1.685	295	2.279	14.418	2.858
2024	3.660	2.389	1.120	251	1.441	8.861	1.663
Total	149.570	97.498	35.737	6.587	51.232	340.624	-

Doi: <https://doi.org/10.47822/bn.v15i1.1262>

A análise da média anual de casos por região reforça a tendência de declínio. Os valores médios anuais por região foram (Número total ano/5): 2007 (4.584), 2008 (4.360), 2009 (4.649), 2010 (4.754), 2011 (4.587), 2012 (5.040), 2013 (3.932), 2014 (4.398), 2015 (4.141), 2016 (2.789), 2017 (3.793), 2018 (3.572), 2019 (3.370), 2020 (3.506), 2021 (3.294), 2022 (2.827), 2023 (2.858) e 2024 (1.663). Esses dados demonstram uma redução expressiva na média de novos casos, especialmente a partir de 2013 (Quadro1).

Número de casos por região

No recorte por macrorregiões, a Região Norte se destacou por concentrar os maiores números de casos ao longo dos anos, com pico em 2014, registrando 11.160 casos, seguida pela Região Nordeste, que atingiu 9.553 casos em 2010. A partir desses picos, ambas as regiões passaram a apresentar uma trajetória de queda. A Região Centro-Oeste apresentou um padrão de redução contínua, indo de 4.792 casos em 2009 para 1.396 em 2024. A Região Sudeste, embora com menor incidência, oscilou entre 1.200 e 2.900 casos ao longo dos anos, encerrando 2024 com

1.014 casos. Por sua vez, a Região Sul sempre apresentou os menores números, variando de 262 a 689 casos, com 338 registros em 2024 (Quadro 1).

Variável sexo

Ao analisar a variável sexo, observa-se que, durante todo o período de 2007 a 2024, a prevalência da leishmaniose cutânea americana foi maior no sexo masculino (Quadro 2). Em 2007, registraram-se 16.877 casos em homens (73,7%) e 6.042 em mulheres (26,4%). Em 2008, foram 15.929 casos masculinos (73,0%) e 5.868 femininos (26,9%). Nos anos seguintes, essa proporção se manteve: 2009 com 72,8% (n=16.927) dos casos em homens; 2010 com 71,2% (n=16.924); 2011 com 74,1% (n=16.270); 2012 com 72,3% (n=18.172); 2013 com 74,1% (n=14.564); 2014 com 73,1% (n=16.251) e 2015 com 75,4% (n=15.096) dos casos no sexo masculino. O ano com maior proporção de homens foi em 2012 (n=18.172) e o menor em 2024 (n=5.876).

Quadro 2. Incidência de novos casos de leishmaniose cutânea americana por sexo e ano entre 2007 e 2024, com base nos dados de pacientes notificados pelo Sistema Único de Saúde.

Ano	Masculino	Feminino	Ignorado	Total
2007	16.877	6.042	1	22.920
2008	15.929	5.868	4	21.801
2009	16.927	6.321	1	23.249
2010	16.924	6.850	0	23.774
2011	16.270	6.667	1	22.938
2012	18.172	7.024	8	25.204
2013	14.564	5.097	2	19.663
2014	16.251	5.742	1	21.994
2015	15.096	5.608	4	20.708
2016	10.143	3.806	0	13.949
2017	13.766	5.199	1	18.966
2018	13.206	4.656	1	17.863
2019	12.597	4.253	1	16.851
2020	12.918	4.611	2	17.531
2021	12.006	4.450	14	16.470
2022	10.352	3.780	3	14.135
2023	10.457	3.831	4	14.292
2024	5.876	2.440	0	8.316
Total	248.331	92.245	48	340.624
Média anual	13.796	5.124	2.66	18.923

Doi: <https://doi.org/10.47822/bn.v15i1.1262>

A partir de 2016, houve uma redução nos números absolutos, porém a predominância masculina continuou. Foram registrados 72,7% (n=10.143) dos casos em homens em 2016; 72,6% (n=13.766) em 2017; 74,3% (n=13.206) em 2018; 74,4% (n=12.597) em 2019; 75,5% (n=12.918)

em 2020; 73,1% (n=12.006) em 2021; 73,2% (n=10.352) em 2022; 73,3% (n=10.352) em 2023 e 70,6% (n=5.876) em 2024. Ao longo dos 18 anos analisados, a média anual (número total de casos masculino/18) de casos no sexo masculino foi de 13.796, enquanto no feminino (número total de casos feminino/18) foi de 5.124. A média total anual foi de 18.923 casos. No total acumulado, foram registrados 248.331 casos em homens e 92.245 em mulheres, totalizando 340.624 casos com gênero identificado.

Critérios de confirmação

No SUS os dois métodos mais realizados para a confirmação do diagnóstico da leishmaniose tegumentar americana é o parasitológico realizado pela identificação do parasita por exame direto (raspado, biópsia), cultura, ou outros métodos parasitológicos e o teste de intradermorreação de Montenegro em que se trata de um teste de hipersensibilidade (teste cutâneo) positivo⁴.

O diagnóstico clínico-laboratorial foi predominante em 81,2% (n=278.001) dos casos de leishmaniose tegumentar americana no Brasil (Quadro 3). A Região Norte, com o maior número absoluto de casos (150.143), apresentou a maior proporção de confirmações por esse critério 90,2% (n=135.384), indicando uma melhor estrutura diagnóstica. O Nordeste teve 33,4% (n=65.275) dos casos confirmados por critério clínico-epidemiológico, refletindo limitações no acesso a exames laboratoriais. No Sudeste, embora baixo, 0,7% (n=242) dos casos apresentaram dados ignorados, apontando falhas na notificação. As regiões Sul e Centro-Oeste mantiveram a predominância do diagnóstico laboratorial (78,2%, n=5.188 e 84,8%, n=43.592, respectivamente).

Quadro 3. Critério de confirmação por macrorregião de notificação do diagnóstico de leishmaniose cutânea americana entre 2007 e 2024, com base nos dados de pacientes notificados pelo Sistema Único de Saúde.

Região de notificação/ critério de confirmação	Ignorado/branco	Clínico-laboratorial	Clínico- epidemiológico	Total
Região Norte	-	135.384	14.759	150.143
Região Nordeste	-	65.275	32.670	97.945
Região Sudeste	242	28.562	7.387	36.191
Região Sul	1	5.188	1.441	6.630
Região Centro-Oeste	-	43.592	7.802	51.394
Total	243	278.001	64.059	342.303

Doi: <https://doi.org/10.47822/bn.v15i1.1262>

Evolução dos casos

Ao analisar os dados disponíveis é possível realizar uma relação entre eles, é possível ver que dentre o total de casos, excluído os casos onde a evolução do caso foi ignorado/branco, transferidos ou que houve mudança do diagnóstico, observa-se que o total de cura obtido foi de aproximadamente 95% (n=240.647) dos casos (Quadro 4). Seguindo os mesmos critérios anteriores,

desconsiderando os dados em branco e ignorados e ao analisar individualmente as macrorregiões, há pouca diferença nos números de casos que evoluíram para cura, dentre eles a região Nordeste se destaca com aproximadamente 97% (n=63.882) de cura, seguida pela região Sudeste (96,5%, n=24.804), Centro-Oeste (96,4%, n=35.760), Norte (94,6%, n=111.945) e por fim a região Sul com 94,4% (n=4.256) de cura. Em relação aos óbitos por leishmaniose tegumentar americana, correspondem ao desfecho de 0,08% (n=290) de todos os casos registrados. E em análise individual a região Sul apresenta o maior desfecho relacionado a óbitos (0,40%, n=22) e a Região Norte com a menor porcentagem (0,05%, n=64).

Quadro 4. Evolução dos casos de leishmaniose cutânea americana por macrorregião de notificação entre 2007 e 2024, com base nos dados de pacientes notificados pelo Sistema Único de Saúde.

Evolução dos casos/ região de notificação	Ignora do/bran co	Cura	Abando no	Óbito por LTA	Óbito por outra causa	Transferê ncia	Mudan ça de Diagnóstic o	Total
Região Norte	29.922	111.945	5.965	64	357	1.364	526	150.143
Região Nordeste	29.665	63.882	1.397	81	437	876	1.607	97.945
Região Sudeste	7.615	24.804	485	78	340	1.398	1.471	36.191
Região Sul	1.738	4.256	132	22	100	108	274	6.630
Região Centro-Oeste	13.234	35.760	921	45	357	593	484	51.394
Total	82.174	240.647	8.900	290	1.591	4.339	4.362	342.303

LTA: leishmaniose tegumentar americana.

Doi: <https://doi.org/10.47822/bn.v15i1.1262>

Ainda há muitos dados que poderiam ser preenchidos para a melhor avaliação dos desfechos relacionados à cura e óbitos por LTA, contudo, uma considerável porcentagem dos casos registrados foi preenchida como ignorados/branco ou com transferência, correspondendo a 25,28% (n=86.536) dos casos registrados, na qual a região Nordeste lidera com o maior número de casos não especificados ou transferidos, com aproximadamente 31% (n=30.541), o que poderia falsear a porcentagem obtida dos dados relacionados à cura e obtidos. E mesmo a região Norte, que possui a menor porcentagem de casos não especificados, ainda apresenta uma alta taxa destes, cerca de 20% (n=31.286).

Forma clínica

Quanto à forma clínica da doença, a forma mucosa apresenta uma leve concentração nas regiões Sudeste (19,76%, n=4.076) e Centro-Oeste 21,22%, n=4.378), indicando uma maior proporção relativa dessa forma clínica nessas regiões, quando comparadas às demais, Nordeste (17,03%, n=3.513) e Sul (4,94%, n=1.020).

No geral, a forma cutânea é amplamente predominante, correspondendo a 93,8% (n=319.599) dos registros, enquanto a forma mucosa representa 6,1% (n=20.627), e os casos ignorados ou em branco, 0,1% (n=398) (Quadro 5).

Quadro 5. Apresentação da forma clínica da leishmaniose cutânea americana por macrorregião de Notificação, entre 2007 e 2024, com base nos dados de pacientes notificados pelo Sistema Único de Saúde.

Forma clínica/região de notificação	Ignorados/ branco		Cutânea		Mucosa		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Região Norte	21	5,2	141.909	44,4	7.640	37,03	149.570	100
Região Nordeste	187	46,98	93.798	29,34	3.513	17,03	97.498	100
Região Sudeste	150	37,68	31.511	8,82	4.076	19,76	35.737	100
Região Sul	3	0,75	5.564	1,74	1.020	4,94	6.587	100
Região Centro-Oeste	37	9,2	46.817	14,64	4.378	21,22	51.232	100
Total	398	100%	319.599	100%	20.627	100%	340.624	100

Doi: <https://doi.org/10.47822/bn.v15i1.1262>

Discussão

A análise dos dados coletados durante o período avaliado evidencia uma tendência geral de redução dos casos de leishmaniose tegumentar americana no Brasil, ainda que de forma heterogênea entre as regiões. Essa diminuição pode estar relacionada à intensificação das ações de vigilância, ao diagnóstico precoce e ao controle vetorial promovidos pelo Sistema Único de Saúde, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁹.

A comparação entre macrorregiões revela que a Região Norte concentrou a maior parte das notificações, especialmente em determinados anos, o que pode ser atribuído à ampla presença de vetores e à alta vulnerabilidade ambiental. Essa região também apresentou incidência expressiva, sendo historicamente reconhecida como área endêmica da doença^{10,13}. Por outro lado, a Região Centro-Oeste demonstrou uma redução considerável no número de registros, possivelmente em virtude de melhorias nas estratégias de controle vetorial e na qualidade das notificações^{13,14}. As regiões Sudeste e Sul mantiveram os menores índices de ocorrência, com flutuações pontuais que podem estar relacionadas à urbanização, à cobertura da atenção básica e à eficácia das ações de vigilância^{3,14}.

No que se refere ao perfil por sexo, observou-se predominância de casos entre indivíduos do sexo masculino, sobretudo nos anos iniciais do período analisado. Esse padrão pode ser justificado pela maior exposição ocupacional dos homens a ambientes de risco, como áreas de mata e locais de trabalho em zonas rurais ou em expansão urbana^{9,11}. No entanto, nos anos mais recentes, percebeu-se um aumento proporcional dos casos entre mulheres, o que pode indicar mudanças nos padrões de exposição ou, ainda, maior acesso feminino aos serviços de saúde e diagnóstico^{10,15}.

A análise das formas clínicas da Leishmaniose Tegumentar por macrorregião mostra que a forma cutânea é predominante em todo o país, enquanto as formas mucosas e lupoide ocorrem em menor proporção, o que está de acordo com o padrão clínico clássico da doença^{1,3,11}.

Quanto aos critérios utilizados para confirmação dos casos, o diagnóstico clínico-laboratorial se destacou como o mais adotado, estando em consonância com as diretrizes nacionais de vigilância³. Na Região Norte, praticamente todos os casos foram confirmados por meio de exame laboratorial, refletindo uma boa capacidade diagnóstica local¹⁰. Em contrapartida, na Região Nordeste, uma parcela significativa dos casos foi confirmada com base no critério clínico-epidemiológico, o que pode indicar dificuldades de acesso a exames complementares⁹.

A Região Sudeste apresentou proporção pequena de casos com critério de confirmação ignorado, apontando possíveis falhas pontuais no processo de notificação¹⁰. As regiões Sul e Centro-Oeste seguiram a tendência nacional, priorizando o diagnóstico laboratorial^{3,6}. Esses achados ressaltam a importância de fortalecer a estrutura laboratorial e garantir a padronização dos registros para subsidiar ações eficazes de controle^{7,11}.

A tendência de queda observada, especialmente a partir da segunda metade do período analisado, é coerente com dados internacionais que apontam para uma redução progressiva dos casos em alguns países das Américas, incluindo o Brasil^{7,9,16}. Apesar disso, o país ainda está entre os mais afetados no cenário global, especialmente pela concentração de casos na Região Norte. Fatores como desmatamento, expansão agrícola e maior contato humano com vetores e reservatórios silvestres contribuem para a manutenção da transmissão^{3,7,11}. Essa realidade evidencia a necessidade contínua de políticas públicas voltadas à prevenção, diagnóstico precoce, tratamento adequado e educação em saúde^{1,3,7}.

O tratamento da leishmaniose tegumentar representa um desafio clínico, exigindo acompanhamento rigoroso para garantir sua eficácia e minimizar complicações. O antimoniato de meglumina permanece como a principal opção terapêutica, podendo ser administrado por via sistêmica ou intralesional, conforme a gravidade do quadro^{4,6,9}. Seu efeito se baseia na destruição do parasita, com taxas de cura geralmente elevadas. Entretanto, falhas terapêuticas podem ocorrer, em especial nos casos de resistência parasitária ou uso inadequado do fármaco⁶.

Quando há contraindicação ao uso do antimonial ou falência terapêutica, recorre-se a alternativas como a anfotericina B lipossomal ou a miltefosina, esta última recentemente incorporada aos protocolos do Sistema Único de Saúde^{6,9}. Essas terapias exigem monitoramento clínico e laboratorial, devido ao risco de efeitos adversos relevantes, como alterações cardíacas, pancreatite e disfunções hepáticas e renais. Isso se torna ainda mais preocupante em grupos vulneráveis, como crianças, gestantes, idosos ou indivíduos com comorbidades. Para esses casos,

recomenda-se o uso periódico de exames complementares, como eletrocardiograma, amilase, lipase e avaliação das funções hepática e renal^{7,11}. O acompanhamento contínuo permite intervenções precoces, assegura maior segurança no uso dos medicamentos e contribui para a redução da morbidade da doença.

Consideram-se as limitações inerentes ao uso de dados secundários, como a possibilidade de subnotificação e inconsistências no preenchimento das fichas de notificação, que podem configurar viés de informação, sendo desprezado casos diagnosticados que não foram notificados ao SINAN. Ademais, ao analisar dados relacionados aos desfechos dos pacientes, aproximadamente 26% dos pacientes abandonaram o tratamento ou a evolução dos casos foram ignorados, dificultando a real mensuração de casos que evoluíram para cura ou por morte por LTA, agindo como viés de não resposta. Outra limitação do estudo consiste na atualização constante de dados epidemiológicos presentes no site do SINAN, uma vez que em diversas situações que o site foi consultado apresentavam novos dados numéricos. De forma que o estudo permaneceu sendo atualizado integralmente ao longo de sua formação.

Conclusão

A análise realizada neste estudo identificou aspectos relevantes sobre a distribuição da doença no tempo e no espaço, assim como as fragilidades e avanços do sistema de vigilância epidemiológica nacional. A abordagem longitudinal e retrospectiva adotada permitiu identificar padrões, inferir hipóteses e levantar questões importantes sobre a dinâmica da doença em diferentes regiões do país. Observou-se que, embora haja uma tendência de queda nas notificações ao longo dos anos, existe nos registros uma falha de dados consistentes e diferenças entre os critérios de confirmação utilizados o que aponta para limitações estruturais que ainda permeiam o processo de notificação e diagnóstico da LTA.

As discrepâncias regionais, tanto na incidência quanto no acesso aos métodos laboratoriais, evidenciam desigualdades no enfrentamento da doença, refletindo diretamente na qualidade da resposta da saúde pública. Além disso, a manutenção de altas taxas em determinadas áreas e a persistência de casos com evolução ignorada ou desfecho inconclusivo reforçam a necessidade de aprimoramento das políticas de controle, com maior investimento em diagnóstico precoce e vigilância ativa. O comportamento epidemiológico da LTA observado neste estudo, portanto, deve ser interpretado à luz de um contexto social, ambiental e estrutural amplo, que influencia diretamente a ocorrência e a persistência da doença.

Contribuições dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Marcelo José da Silva de Magalhães. Administração: João Pedro Batista Amorim, Thalyta Emanuele Souza Silva. Análise, interpretação dos dados e redação do manuscrito: João Pedro Batista Amorim, Thalyta Emanuele Souza Silva, Marcelo José da Silva de Magalhães. Administração dos recursos: João Pedro Batista Amorim, Thalyta Emanuele Souza Silva, Marcelo José da Silva de Magalhães. Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual e apresentação final: João Pedro Batista Amorim, Thalyta Emanuele Souza Silva, Marcelo José da Silva de Magalhães. Os autores aprovaram a versão final do manuscrito e se declararam responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Conflito de interesses

Os autores declararam não haver conflitos de interesse.

Agradecimentos

Ao apoio do Centro Universitário do Norte de Minas (Uninorte Minas), Montes Claros, MG, Brasil.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde. 5ª ed. revisada e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-5a-edicao-revisada-e-atualizada-2022/view>.
2. Zorzin L, Lyra MR, Quintella LP. Sporotrichoid Leishmaniasis. Port J Dermatol and Venereol. 2024;82(3):195-9. <http://dx.doi.org/10.24875/PJDV.24000001>
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Atlas de Leishmaniose Tegumentar Americana. Diagnóstico Clínico e Diferencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_lta.pdf
5. Rangel JAC, Borges RH, Garcia JC, Rovira JA, Lima H. Immunotherapy of cutaneous leishmaniasis: factors that influence the ineffectiveness. Bol Mal Salud Amb. 2011; 51(1):25-33. Disponível em: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-46482011000100003.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. Leishmanioses: Informe Epidemiológico da Região das Américas. Nº 13, dezembro de 2024. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51742>.
8. Organização Mundial da Saúde. Leishmaniasis- Status of endemicity of cutaneousleishmaniasis. 2023. Disponível em: https://apps.who.int/neglected_diseases/ntddata/leishmaniasis/leishmaniasis.html.

9. Organização Mundial da Saúde. Cutaneous Leishmaniasis – Number of Cases Reported. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-cases-of-cutaneous-leishmaniasis-reported>.
10. Ministério da Saúde (BR). Dados Numéricos - Leishmaniose. 2024. Disponível em: <https://leishmanioses.aids.gov.br/app/dashboards#/view/bebd0f92-fb31-40d8-af02-d987c3b1b1a2?g=>.
11. Souza LWF, Souza SVT, Botelho ACC. Comparative analysis of the geographic distribution of the histopathological spectrum and Leishmania species of American cutaneous leishmaniasis in Brazil. *An Bras Dermatol*. 2012;87(3):369-74. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962012000300003>
12. Ministério da Saúde (BR). Dados do Data SUS. 2024. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/ltabr.def>.
13. Pinheiro F, Alves V, Sousa Y, Figueiredo M, Sousa A, Prado P. Perfil Epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar e Visceral no Município de Montes Claros. *Psych Tech & Health Journal*. 2023;7(1):51-8. <https://doi.org/10.26580/PTHJ.art58-2023>
14. Sampaio RNR, Gonçalves MC, Leite VA, França BV, Santos G, Carvalho MSL, Tauil PL. Estudo da transmissão da leishmaniose tegumentar americana no Distrito Federal. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(6):686-90 <https://doi.org/10.1590/S0037-86822009000600015>
15. Maywald PG, Machado MI, Costa-Cruz JM, Gonçalves-Pires MRF. Leishmaniose tegumentar, visceral e doença de Chagas caninas em municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 1996; 12(3):321-328. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000300005>