



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO X – N. 25 – 2016

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n25/383.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "LA ENFERMERÍA COMO INTEGRADORA DE SABERES" V SIAHE – Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería, III Foro I+E Reunión Internacional de Investigación y Educación Superior en Enfermería, reunión celebrada del 11 al 12 de noviembre de 2016 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

<i>Título</i>	Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em crianças
<i>Autores</i>	Janildes Maria Silva <i>Gomes</i> , Ariadne Siqueira de Araújo <i>Gordon</i> , Janira Martins Silva <i>Hilarino</i> , Iraciane Rodrigues Nascimento <i>Oliveira</i> , Perpétua do Socorro Silva <i>Costa</i> , Jaisane Santos Melo <i>Lobato</i>
<i>Centro/institución</i>	Curso de Enfermagem, Faculdade de Imperatriz-DeVry
<i>Ciudad/país</i>	Imperatriz, Maranhão, Brasil
<i>Dirección e-mail</i>	Janildes.green@hotmail.com

RESUMO

A Leishmaniose visceral é uma doença infecciosa causada principalmente por protozoários das espécies *chagassi* e *donovani*, transmitida através da picada do mosquito palha fêmea contaminada pelo inseto. O objetivo do trabalho foi descrever os aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em crianças. Estudo descritivo, transversal e retrospectivo, realizado com 247 casos de Leishmaniose visceral em crianças no município, no período de janeiro de 2006 á dezembro de 2013. No estudo a idade mais acometida foi de 1 á 4 anos (134). As manifestações clínicas foram febre (156) e esplenomegalia (140). O exame mais realizado foi o imunológico IFI (80). O tratamento mais utilizado foi o antimonial pentavalente (147), 112 obtiveram a cura. Foi possível descrever as características clinicas e epidemiológicas, porém dificuldades foram encontradas como a omissão de informações nos quesitos ignorados nas fichas de notificação compulsória, pois os mesmos tiveram desfecho. *Palavras-chave:* Leishmaniose/ Epidemiologia/ Aspectos clínicos.

RESUMEN ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA LEISHMANIASIS VISCERAL EN NIÑOS

La leishmaniasis visceral es una enfermedad infecciosa causada principalmente por protozoos de la especie *donovani chagassi* y transmitida por la picadura de mosquito infectados (feminina). El objetivo del estudio fue describir los aspectos clínicos y epidemiológicos de la leishmaniasis visceral en niños. Se realizó estudio descriptivo transversal retrospectivo con 247 casos de leishmaniasis visceral en niños de la ciudad Imperatiz, a partir de enero de 2006 a diciembre de 2013. En la pesquisa se detectó que la edad más afectada fué de 1 a 4 años (134) niños. Las manifestaciones clínicas más frecuentes, fueron fiebre (156 casos) y esplenomegalia (140 casos). El examen más realizado fué inmune IFI (80). El tratamiento más común fué de antimonio pentavalente (147), 112 obtuvieron la cura. Fué posible describir las características clínicas y epidemiológicas, pero se encontraron dificultades, como la omisión de información en las preguntas, ignorados en las formas de notificación obligatoria. Palabra clave: Leishmaniasis/ Epidemiología/ Aspectos clínicos.

ABSTRACT CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF VISCERAL LEISHMANIASIS IN CHILDREN

Visceral Leishmaniasis is an infectious disease primarily caused by protozoa of the species *chagassi donovani* and transmitted through the bite of phlebotominae infected females. The aim of the study was to describe the clinical and epidemiological aspects of visceral leishmaniasis in children. Descriptive, cross-sectional retrospective study with 247 cases of visceral leishmaniasis in children in the city, from January 2006 to December 2013. In the study the most affected age was 1 to 4 years (134). Clinical manifestations were fever (156) and splenomegaly (140). The exam most commonly used was immune IFI (80). The most common treatment was pentavalent antimony (147), 112 obtained the cure. It was possible to describe the clinical and epidemiological characteristics, but difficulties were encountered for example; the omission of information in the mandatory reporting forms, however, this didn't have an adverse effected on the results. *Key-words:* Leishmaniasis/ Epidemiology/ Clinical aspects.

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introdução

A leishmaniose visceral se encontra no cenário atual como um grave problema na saúde pública, possui incidência elevada em grandes centros urbanizados, principalmente, na região nordeste do Brasil. Essa doença é altamente letal, quando não diagnosticada precocemente e com alta demanda de atendimento hospitalar e dos serviços públicos. A abordagem da leishmaniose visceral, com a ascensão do número de casos em todo Brasil, a expansão da doença para novas regiões brasileiras anteriormente não encontradas, a sua urbanização crescente, a maior frequência e gravidade dos casos em crianças e a alta taxa de letalidade no país e no mundo revelam a importância de conhecer os aspectos clínicos e epidemiológicos, bem como características gerais dessa endemia mundial ^(1 2).

A Organização Mundial da Saúde afirma que, é multifatorial os riscos envolvidos na ocorrência de novos casos, entre esses fatores de risco são mencionadas as alterações próprias do ambiente, como é o caso das migrações humanas que são intensas, a urbanização, o desmatamento, assim como fatores individuais, como HIV e desnutrição ⁽³⁾.

Nos últimos anos, houve uma mudança importante na distribuição da doença, com um reforço do caráter urbano, envolvendo principalmente o cão como peça chave nessa disseminação ⁽⁴⁾.

No cenário Brasileiro a leishmaniose visceral se encontra em crescente expansão principalmente da zona rural para a zona urbana. Considerando a grande expansão demográfica brasileira que o país vem vivenciando com o surgir de novas fronteiras de desenvolvimento a leishmaniose visceral em seus aspectos epidemiológicos assume lugar de grande importância e de destaque na saúde pública ⁽⁵⁾.

A situação do acometimento da LV em crianças no Brasil destaca-se cada vez mais, isso porque o país possui áreas endêmicas que chamam atenção, a frequência da LV é mais frequente entre as crianças. Nos dias atuais, a situação epidemiológica em crianças tem diminuído entre as crianças menores de 10 anos de idade, agora representando cerca de 50% dos casos. No entanto, a maior suscetibilidade da criança está ligada a maior vulnerabilidade da resposta imune, resultado da imaturidade da imunidade humoral e celular, e pela imunodepressão induzida pela desnutrição, situação frequente nas populações pobres do Nordeste, que representa um fator de predisposição para a infecção ⁽⁶⁾.

Nessa problemática buscou-se Descrever os aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em crianças no município de Imperatriz nos anos de 2006 à 2013. Trabalha-se com as hipóteses de que há uma associação entre fatores biológicos, demográficos e socioeconômicos para a infecção da leishmaniose visceral no município de Imperatriz – MA dentre os anos estudados, há um crescimento no número de acometimentos da leishmaniose visceral em crianças da zona rural para a zona urbana e a infecção ocorre mais entre crianças de 0 á 5 anos de idade.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo retrospectivo transversal, com secundários com uma abordagem quantitativa dos dados quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em crianças no município de Imperatriz nos anos de 2006 a 2013.

A população do estudo constitui-se de 446 casos de leishmaniose visceral notificados no município, sendo a amostra composta de 247 notificações de crianças de 0 á 12 anos de idade entre os anos de 2006 á 2013.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um roteiro de pesquisa com base na ficha de notificação individual. Nelas estão contidas as variáveis para identificação dos dados, demográficos, informações clínicas e epidemiológicas como: sexo; faixa etária; tratamento; tipo de exame realizado para diagnosticar a leishmaniose visceral, entre outras.

Os dados do presente estudo foram coletados no mês de março do corrente ano, após a liberação da pesquisa pela coordenação do programa de vigilância epidemiológica como exige a resolução 466/2012 do Ministério da Saúde que trata de pesquisa em seres humanos.

A coleta de dados foi realizada junto ao setor do programa de vigilância epidemiológica, utilizando como fonte de pesquisa documental os dados provenientes de documentos oficiais na forma de sistema de dados conservados, registrados no SINAN; este contém um banco de dados referente á índices da leishmaniose visceral.

Depois de coletados, os dados foram ordenados, armazenados e trabalhados no Software Microsoft Office Word e Excel, e em seguida as variáveis foram quantificadas, os resultados foram apresentados em tabelas, utilizando frequência simples.

Resultados e Discussão

No período de janeiro de 2006 a dezembro de 2013 foram notificados 446 casos gerais de LV pelo SINAN na cidade de Imperatriz - Maranhão, deste número 247 casos foram diagnosticados em crianças de 0 a 12 anos de idade.

Os índices de LV na cidade de Imperatriz – Maranhão, 2014 é altamente elevada, se comparado com seu número populacional de 247.553 habitantes, uma vez que foram contabilizados oito anos e se comparado ainda aos estudos que registrou 291 casos de LV em um período de cinco anos em nível estadual, os 247 casos notificados foram a nível municipal, o que pode ser considerado uma endemicidade ⁽⁶⁾.

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo idade, sexo, escolaridade, zona de residência e tipo de entrada. Imperatriz – Maranhão, 2014.

Escores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Idade									
< 1 Ano	1	7	11	6	3	7	4	11	50
1 – 4 Anos	2	11	33	17	9	22	17	23	134
5 – 9 Anos	0	12	7	8	8	8	5	4	52
10 – 12 Anos	0	2	0	3	1	2	0	4	12
Total	3	32	51	33	21	39	26	39	247
Sexo									
Masculino	2	20	23	15	15	18	12	29	134
Feminino	1	10	31	16	5	21	17	12	113
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247
Zona de residência									
Ign/Branco	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Urbana	3	26	49	30	18	34	28	37	225
Rural	0	4	5	1	1	5	1	3	20
Periurbana	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247

Fonte: SINAN, 2014.

Na tabela 1 mostra que do total geral das notificações 50 casos foi em crianças menores de 1 ano de idade, de 1 a 4 anos foram 134 casos, de 5 a 9 anos foram registrados 52 casos e de 10 a 12 anos houve registros de 12 crianças. O ano de maior índice de notificação foi o ano de 2008 com 51 notificações. Em relação ao gênero, observou-se também que 134 notificações da amostra foram no sexo masculino, enquanto no gênero feminino equivale a 113 notificações. Em relação à zona de residência foram notificados 225 casos na zona urbana e 20 notificações com zona de residência rural, com apenas 1 caso de moradia em zona periurbana e 1 caso ignorado.

O número de notificações em menores de 1 ano é mais alta do que em crianças de 10 a 12 anos e se assemelha entre crianças de 5 a 9 anos, e a idade de maiores números de acometimentos foi notificados entre crianças de 1 a 4 anos, fato que pode ser relacionado com fatores próprios da idade como é o caso da deficiência do sistema imunológico deixando assim o organismo mais propício a infecções e outro fator importante é maior contato com animais nessa idade. Com relação ao gênero, o sexo masculino possui maior incidência do que o sexo feminino podendo associar a maior área corpórea exposta e também aos locais das atividades lúdicas preferidas pelo sexo masculino.

Da amostra 20 crianças residem na zona rural, 225 crianças têm moradia na zona urbana devido a migração das famílias da zona rural para zona urbana, processo demográfico que o Brasil vem contemplando em ritmo acelerado nas últimas décadas e também à expansão e urbanização da doença.

O processo de urbanização da leishmaniose visceral vem crescendo principalmente para as áreas mais povoadas, onde o grande número de vetores e reservatórios é fundamentalmente favorável para a doença. Devendo ser controlada tanto a nível animal quanto ao nível humano⁽⁷⁾.

Colaborando com o estudo encontrou-se resultados semelhantes na variável faixa etária sua pesquisa enfatiza que, 56,3% ocorrem em crianças de 1 a 5 anos, o sexo masculino atinge 50,8% da amostra, a zona de residência ocupa 70,4%, entrou no sistema 74,6% como caso novo ⁽⁶⁾. 29,2% de crianças foram mais acometidas com idade inferior a 5 anos ⁽⁸⁾. O índice é maior no sexo masculino (62,2%) ⁽⁹⁾.

Tabela 2- Caracterização da amostra em estudo segundo sinais e sintomas apresentados. Imperatriz – Maranhão, 2014.

ESCORES	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL		
Febre											
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	23	91		
Sim	3	16	29	25	16	36	13	18	156		
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247		
Fraqueza											
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	23	91		
Sim	3	15	29	22	16	33	10	9	137		
Não	0	1	0	3	0	3	3	9	19		
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247		
Edema											
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	23	91		
Sim	0	3	8	5	15	20	7	6	64		
Não	3	13	21	20	1	16	6	12	92		
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247		
Emagrecimento											
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	23	91		
Sim	3	12	23	19	15	34	12	9	127		
Não	0	4	6	6	1	2	1	9	29		
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247		
Tosse e/ou diarreia											
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	24	92		
Sim	3	8	15	13	12	28	3	8	90		
Não	0	8	14	12	4	8	10	9	65		
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247		
Palidez											
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	23	91		
Sim	0	15	23	21	16	33	12	16	136		
Não	3	1	6	4	0	3	1	2	20		
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247		
Icterícia											
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	24	92		
Sim	0	3	6	7	10	8	5	4	43		
Não	3	13	23	18	6	28	8	13	112		
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247		
Aumento do fígado											
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	26	94		
Sim	3	9	16	20	15	29	8	12	112		
Não	0	7	13	5	1	7	5	3	41		
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247		
Aumento do baço											
Ign/Branco			0	14	25	6	4	3	16	26	94
Sim			3	14	27	21	15	34	12	14	140
Não			0	2	2	4	1	2	1	1	13
Total			3	30	54	31	20	39	29	41	247

Fonte: SINAN, 2014

As manifestações clínicas apresentadas pelas crianças que compõem a amostra não são diferentes das manifestações encontradas nas literaturas, tanto para os sinais encontrados no exame físico como nos sintomas referidos. Na Tabela 2 a febre foi mais frequente em 156 crianças, o aumento do baço 140 casos apresentou fraqueza 137, palidez 136, emagrecimento 127, aumento do fígado 112, tosse ou diarreia 90, edema 64, icterícia 43.

Na atual pesquisa a febre assume o ranking como o sintoma que teve o índice mais elevado e maior causa de procura por atendimentos, pois a febre é uma manifestação clínica ligada também a LV e está presente logo no início da doença. O aumento do baço aparece como o segundo sinal e sintomas mais frequentes nas crianças com leishmaniose visceral comumente associado a processos infeccioso duradouro. A fraqueza e a palidez ocupam o terceiro lugar entre os sinais e sintomas presentes nas crianças com leishmaniose visceral em função dos processos anêmicos que é comum em pacientes portadores da parasitose. Os fenômenos hemorrágicos surgem em último lugar causado pela deficiência de produção das células sanguíneas que tem dois órgãos que atuam na produção e maturação das células do sangue, o baço e a medula.

Com referência às principais manifestações clínicas observou-se que, os sinais e sintomas mais frequentes foram: a febre (76,9%), a palidez (68%), a esplenomegalia (67,7%), os fenômenos hemorrágicos também aparecem em último com (7,5%) dos casos⁽⁶⁾. Resultados semelhantes aos desta pesquisa como a febre (96,1%) como a principal manifestação clínica encontrada e a esplenomegalia (94%) presente na amostra estudada⁽¹⁰⁾.

Tabela 3 – Frequência por ano de notificação segundo critério de confirmação do diagnóstico. Imperatriz – Maranhão, 2014.

Escores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Critério De Confirmação/Descarte									
Ign/Branco	0	13	25	7	4	4	19	24	96
Laboratorial	0	6	12	10	4	22	7	8	69
Clinico-epidemiol	3	11	17	14	12	13	3	9	82
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247
Diagnostico parasitológico									
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	23	91
Positivo	0	0	1	1	0	1	0	0	3
Negativo	0	0	1	0	1	0	0	0	2
Não realizado	3	16	27	24	15	35	13	18	151
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247
Diagnostico imunológico IFI									
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	23	91
Positivo	0	3	12	7	4	21	7	8	62
Negativo	0	0	1	3	0	6	4	4	18
Não realizado	3	13	16	15	12	9	2	6	76
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247
Diagnostico imunológico outro									
Ign/Branco	0	14	25	6	4	3	16	23	91
Positivo	0	3	1	0	0	0	0	0	4
Negativo	0	0	2	0	1	0	4	0	7
Não realizado	3	13	26	25	15	36	9	18	145
Total	3	30	54	31	20	39	29	41	247

Fonte: SINAN, 2014.

A tabela 3 demonstra a confirmação diagnóstica dos 247 casos, 96 foram considerados ignorados, 82 casos classificados apenas pelo diagnóstico clínico-epidemiológico e 69 casos confirmados através de exames laboratoriais. O diagnóstico parasitológico teve 91 dos casos ignorados, 3 casos positivos, 2 casos negativos e 151 casos não foi realizado diagnóstico parasitológico.

Já o diagnóstico imunológico IFI foi realizado em 80 crianças, dessas 62 deram positivos e 18 deram resultados negativos. Ignorados/branco aparecem com 91 casos e não foi realizado o exame específico em das crianças. Outros exames imunológicos foram realizados em 11 crianças sendo que 4 casos deram positivos e 7 negativos.

No escore de critério de confirmação observa-se que há um grande número de informações ignoradas não possibilitando assim chegar em algumas conclusões, como é o caso desse escore que obteve 96 casos ignorados que não permite que avalie-se o desfecho dos casos. Foram confirmados por exames laboratoriais 69 casos, porém há uma dificuldade com relação aos exames laboratoriais uma vez que há uma demora na liberação do resultado por parte dos laboratórios, culmina com um possível agravamento do quadro clínico com a ausência do tratamento específico contra a parasitose. Um número de 82 casos foi confirmado apenas pelo diagnóstico clínico - epidemiológico, um profissional preparado com conhecimento amplo sobre a LV, é

capaz de diagnosticar apenas pela clínica, se uma criança está com LV e instituindo o tratamento precoce as chances dessas crianças são maiores uma vez que quando se inicia o tratamento a febre logo deixa de se manifestar, ressaltando que mesmo com diagnóstico clínico - epidemiológico é sempre aconselhável uma confirmação diagnóstica por exames laboratoriais, pois é importante fazer o diagnóstico diferencial para descartar outras doenças que possui manifestações clínicas semelhantes. Entre os exames laboratoriais o IFI apresentou mais sensibilidade e a situação ignorada mais uma vez aparece impossibilitando conclusões precisas sobre o desfecho dos casos ignorados. Na nossa região o exame parasitológico é pouco utilizado, são as sorologias ou imunológicos.

O diagnóstico parasitológico ficou com (48,79%) de positividade entre a amostra, em segundo lugar está outros exames imunológicos com (36,1%) e o imunológico IFI ficou em terceiro lugar com (12,3%) de casos positivos ⁽⁶⁾. O IFI é mais sensível em (88%) e especificidade entre 92% a 97% ⁽¹¹⁾. Os exames laboratoriais são quem mais diagnostica (93,3%) dos casos ⁽¹²⁾. O diagnóstico laboratorial foi mais utilizado e com positividade foi o IFI atingindo um percentual de 71,1% dos casos ⁽⁸⁾.

Tabela 4 – Caracterização da amostra segundo droga Inicial e falência do tratamento. Imperatriz – Maranhão, 2014.

Escores	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Droga inicial									
Ign/Branco	0	14	25	8	4	3	16	23	93
Antimonial Pentavalente	3	16	29	23	15	35	11	15	147
Anfotericina b	0	0	0	0	1	0	1	2	4
Anfotericina b lipossomal	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Total	3	30	54	31	20	38	29	40	247
Falência do tratamento									
Ign/Branco	0	14	25	8	5	4	18	26	100
Anfotericina b	0	0	0	2	1	0	0	1	4
Anfotericina b lipossomal	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Outras drogas	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	1	14	25	10	6	4	18	28	106

Fonte: SINAN, 2014.

A tabela 4 demonstra que o antimonial pentavalente foi utilizado em 147 dos casos como droga de primeira escolha. A anfotericina b foi utilizada em 4 dos casos, a anfotericina b lipossomal foi escolhida para tratamento de apenas 1 caso e os outros 93 dos casos aparecem como ignorados/branco. O tratamento faliu em 6 casos e aparecem como ignorados em 100 casos.

O antimonial pentavalente é a droga de primeira escolha como preconiza o Ministério da saúde, porém é uma droga hepatotóxica e nefrotóxica na medida em que causa a morte do parasita ela também causa danos no organismo da criança como a disfunção renal e hepática motivo pelo qual a criança pode apresentar icterícia durante o tratamento. A anfotericina b é utilizada como segunda opção, em situações de falência de tratamento ou em co-infecção com o HIV. A anfotericina b lipossomal somente é utilizada em situações especiais com é o caso de idosos, pacientes transplantados renais

ou com algumas cardiopatias. Com relação a falência do tratamento não podemos dizer que o índice é baixo, uma vez que muitos dados são omitidos em função da possibilidade de preencher como ignorado na ficha de notificação da LV.

Nas pesquisas que contribuem com o estudo, 92,6% dos pacientes foram tratados com N-metilglucamina (glucantime) ou pentamonal pentavalente a escolha do glucantime foi de 70,6% dos casos^(10 13 14).

Conclusão

Através dos dados obtidos conclui-se que a idade em que as crianças são mais acometidas é de 1 a 4 anos de idade. O sexo mais prevalente é o masculino com 134 casos notificados apesar da literatura não mencionar que a LV está ligada ao sexo. Com zona de residência predominantemente urbana.

Dos casos notificados a maioria entrou no sistema como caso novo. A febre foi o sinal e sintoma mais prevalente, seguido do aumento do baço, da fraqueza e da palidez. Foram confirmados através de exames laboratoriais e clínico-epidemiológico. O exame laboratorial IFI apresentou o maior índice de positividade. O antimonial pentavalente representado pelo glucantime foi a droga mais utilizada no tratamento inicial. A falência do tratamento se deu em apenas 6 casos de toda amostra estudada. Houve co-infecção pelo HIV diagnosticado em 2 casos e que 112 crianças com LV evoluíram para cura.

Assim, a produção de informações sobre as características clínicas e epidemiológicas identificadas no estudo reforça a importância mais rigorosa por parte dos profissionais da saúde dos que realizam a notificação para se empenharem mais na coleta de dados e que o item ignorado seja utilizado em última instância, tendo em vista que muitas informações deixaram de ser contempladas por falta de informações de dados. Por parte dos profissionais que atuam diretamente nas crianças portadoras da doença um conhecimento precoce para atuação adequada na doença e em suas complicações, no intuito de diminuir as estatísticas de hospitalização infantil. A única forma de prevenção da LV é o combate ao vetor, informações precisam ser disseminadas por toda população e medidas de controle como o monitoramento canino também é de suma importância.

Com o estudo realizado foi possível descrever as características clínicas e epidemiológicas das crianças com leishmaniose visceral no município de Imperatriz – Maranhão, 2014. Porém algumas dificuldades foram encontradas como a omissão de informações nos quesitos ignorados nas fichas de notificação compulsória, impossibilitando concluir o desfecho dos casos ignorados. Vale ressaltar a importância do preenchimento da ficha de notificação buscando ignorar poucos dados.

Bibliografia

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. Cimerman B, Cimerman S. Parasitologia humana e seus fundamentos gerais. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. 1. ed. 5. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
4. Castro GN de. Leishmaniose visceral humana e canina no município de Imperatriz, Maranhão, Brasil. Dissertação de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Medicina Veterinária. 2008.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Leishmanioses e Visceral Grave – Normas e Condutas.– Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
6. Barbosa RI, Costa CIC. Aspectos clínicos e epidemiológicos da leishmaniose visceral em menores de 15 anos no estado do Rio Grande do Norte. *Ciência Médica*. (Porto Alegre) 2013. Volume 23, número 1, p.5-11.
7. Barbosa DS, Rocha AL, Santana AA, Souza CSF, Dias RA, Costa-Junior LM, Abreu-Silva AL. Soroprevalência e Variáveis Epidemiológicas associadas à Leishmaniose Visceral Canina em área endêmica no município de São Luís, Maranhão, Brasil. *Ci. Anim. Bras.*, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 653-659, jul./set. 2010.
8. Goes MAO, Melo CM, Jeraldo VLS. Série temporal da leishmaniose visceral em Aracaju, estado de Sergipe, Brasil (1999 a 2008): aspectos humanos e caninos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 2, junho, 2012.
9. Borges BKA, Silva JÁ, Haddad JPA, Moreira EC, Magalhães DF, Ribeiro LML, Fiúza VOP. Avaliação do nível de conhecimento e de atitudes preventivas da população sobre a leishmaniose visceral em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, abril, 2008.
10. Xavier-Gomes LM, Costa WB, Prado PF, Oliveira-Campos M, Leite MTS. Características clínicas e epidemiológicas da leishmaniose visceral em crianças internadas em um hospital universitário de referência no norte de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 4, dezembro, 2009.
11. Assis M S T de. Validação de teste rápido para o diagnóstico da leishmaniose visceral humana. Tese de Mestrado. Ministério da Saúde. Fundação Tália o Oswaldo Cruz Centro de Pesquisas René Rachou Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. 2009.
12. Silva AR, Tauil PL, Cavalcante MNS, Medeiros MN, Pires BN, Gonçalves EGR. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral, na Ilha de São Luís, Estado do Maranhão. *Revista Sociedade Brasileira Medicina Tropical*, Uberaba, v. 41, n. 4, Agosto, 2008.
13. Cavalcanti ATA, Medeiros Z, Lopes F, Andrade LD, Ferreira VM, Magalhães V, Miranda-Filho DB. Diagnosticando co-infecção leishmaniose visceral e HIV/AIDS: uma série de casos em Pernambuco, Brasil. *Revista Institucional Medicina tropical*. São Paulo, v. 54, n. 1, fevereiro, 2012.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.