

A Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo e a estruturação do Programa de Vigilância e Controle Estadual

Vera Lúcia Fonseca de Camargo-Neves, Lílian AC Rodas, Clóvis Pauliquévis Júnior, Susy Mary Perpétuo Sampaio, Maria Teresa Macoris Andrighetti, Sirle Abdo Scandar, Renata Caporale Mayo
Superintendência de Controle de Endemias da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo SES/SP

No Estado de São Paulo, até 1998, a leishmaniose visceral americana (LVA) não figurava entre as doenças de transmissão autóctone, uma vez que os casos diagnosticados eram todos importados de regiões endêmicas¹. No final da década de 70 do século vinte, na região da Grande São Paulo, foi levantada a suspeita de transmissão autóctone, porém as investigações epidemiológicas realizadas na época não permitiram a confirmação da autoctonia por não se comprovar a presença do vetor ou de fontes de infecção nos locais investigados².

A primeira descrição da ocorrência de *Lutzomyia longipalpis*, no Estado de São Paulo, foi feita por Lutz e Neiva (1912) quando mencionaram a presença da espécie no Bairro do Bosque da Saúde do município de São Paulo³. Todavia, Pinto (1939)⁴ assinala que a identificação foi errônea e que na verdade os espécimens a que esses autores fizeram referência eram de *L. fischeri* Pinto, 1926⁴. Portanto, a primeira vez que a espécie foi verdadeiramente assinalada no Estado foi no município de Salto de Pirapora relatado por Forattini *et al.* (1970)⁵. Posteriormente, em virtude de capturas sistemáticas realizadas pela Superintendência de Controle de Endemias⁶, a espécie foi encontrada em áreas rurais situadas em estreita faixa representada por extensão da Serra da Mantiqueira a altitudes acima de 700m, chamada de Região dos Mares de Morros a Nordeste e Leste do território paulista⁷. Em 1997, notificações de insetos incômodos pela população da cidade de Araçatuba, situada a Oeste do Estado, levou à identificação da

presença da *L. longipalpis* em zona urbana⁸.

O primeiro caso humano autóctone no Estado foi confirmado em 1999, no município de Araçatuba, sendo que no ano anterior já havia sido confirmada a doença em cães na área urbana desse município e em zona urbana de outros municípios da região Oeste do Estado⁹.

A partir de então foi estruturado o primeiro Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana no Estado de São Paulo¹. Inicialmente as ações foram baseadas no Programa Nacional¹⁰, que consistiam no controle do vetor, através da utilização de inseticidas de ação residual, da eliminação do reservatório doméstico com sorologia e/ou parasitológico positivo e do tratamento de humanos, sendo a droga de primeira escolha o Antimoniato de N-Metil Glucamina.

No entanto, algumas modificações foram propostas em relação ao Programa Nacional, cujo controle do vetor era realizado através da borrifação com inseticidas da classe dos piretróides (deltametrina) em ciclos semestrais, por um período de dois anos em todos os imóveis existentes em um raio de 200 metros em torno do caso humano ou canino¹⁰. No Estado de São Paulo, esta medida esteve restrita à ocorrência de casos humanos, que representaria a ponta do iceberg, isto é, em locais onde, provavelmente, se reuniriam as condições mais favoráveis à transmissão da doença e onde estaria exposta população mais suscetível. Deveria, ainda, ser

desencadeada nos meses de aumento da densidade de *L. longipalpis*. Posteriormente, essa atividade foi avaliada e uma nova proposta para a delimitação da área a ser tratada considera, atualmente, o número e a distribuição dos casos humanos nos últimos dois anos e o perfil epidemiológico da população acometida: (i) a idade dos indivíduos acometidos e a existência de comorbidades (HIV positivo, câncer, diabetes melitus), (ii) a prevalência canina e (iii) a situação sócio-econômica¹¹.

Ainda com relação ao controle vetorial, preconizou-se também a aplicação de piretróides por meio de ultrabaixo volume em áreas com prevalências caninas iguais ou superiores a 2% e presença de *L. longipalpis*, a fim de se obter uma rápida interrupção da transmissão, pela diminuição da densidade vetorial. Esta medida apresentou bons resultados na redução da densidade vetorial no momento e dias após a aplicação, porém foi ineficiente em longo prazo e assim, na revisão realizada em 2003, a mesma deixou de ser recomendada¹¹. Além disso, com a revisão do Programa proposto pela Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo¹¹, preconizou-se a intensificação de medidas de saneamento do meio doméstico, com a

limpeza de quintais, terrenos baldios, logradouros públicos (parques, praças, etc), a fim de reduzir-se a quantidade de matéria orgânica, levando à redução de possíveis criadouros de formas imaturas do vetor. Elaborou-se instrumento adequado, informatizado, para a avaliação das condições de saneamento de imóveis, de modo a obterem-se informações oportunas de quais são e onde estão localizados os imóveis considerados como “de risco”.

Outra modificação em relação ao Programa Nacional¹⁰ foi a inclusão de atividades voltadas à vigilância entomológica: levantamento entomológico, monitoramento da densidade de *L. longipalpis*, além das atividades de investigação entomológica em municípios com a ocorrência de primeiro caso canino ou humano. Dessa forma, em 2000, teve início o levantamento entomológico na região Oeste do Estado de São Paulo. Como resultado verificou-se, até maio de 2006, a presença de *L. longipalpis* em 68 municípios (Figura 1). Inicialmente restrita às zonas urbanas de municípios situados na região Oeste do Estado de São Paulo, a espécie foi identificada em 2005 na região Leste do Estado, em área urbana do município de Espírito Santo do Pinhal.

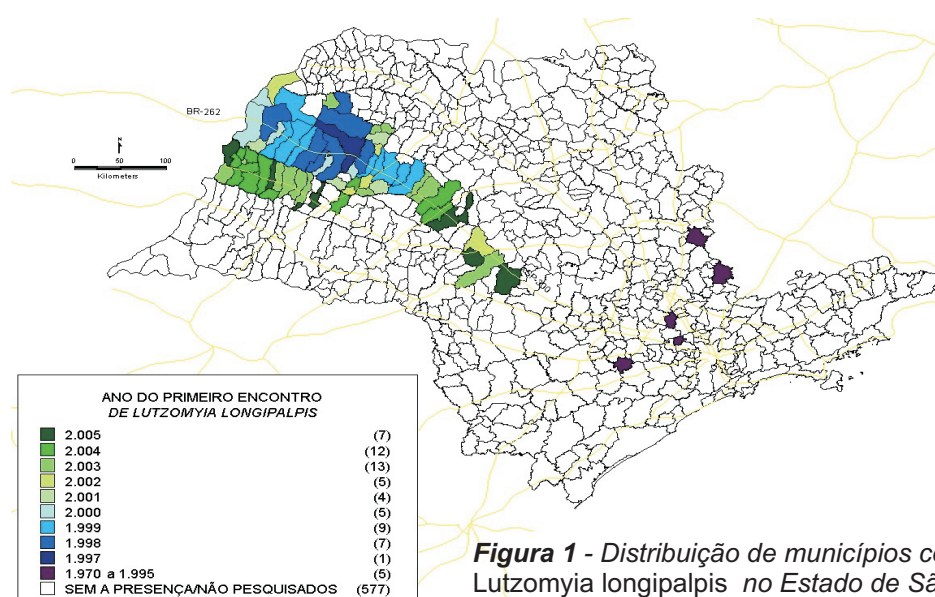


Figura 1 - Distribuição de municípios com a detecção de *Lutzomyia longipalpis* no Estado de São Paulo, 1970 a 2006.

Na revisão do Programa estadual em 2003, foi proposta a classificação epidemiológica dos municípios em relação a LVA, de forma a racionalizar os recursos humanos na intensificação das ações de vigilância epidemiológica, controle do reservatório

doméstico e vetorial. Desta forma, os municípios foram classificados em dois grandes grupos: municípios com transmissão de LVA (humana e/ou canina) e municípios silenciosos (Figura 2).

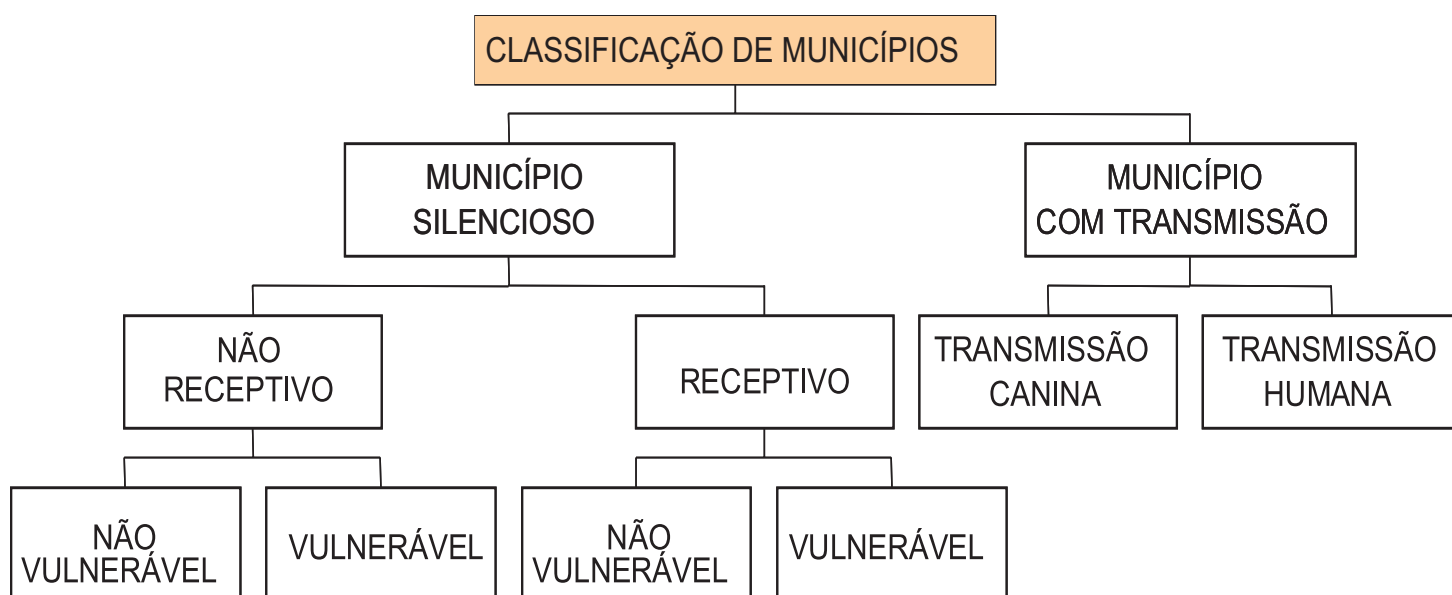


Figura 2 - Classificação dos municípios para a vigilância e controle da leishmaniose visceral americana no Estado de São Paulo.

Para a classificação dos municípios silenciosos foram considerados dois fatores de risco: receptividade, relacionada com a presença ou não do vetor e vulnerabilidade, relacionada com o risco de circulação de fontes de infecção. O grau de vulnerabilidade foi determinado, utilizando-se o conceito qualitativo, pela proximidade de um município e/ou sua importância em relação ao fluxo de transporte e/ou migratório com outros municípios com transmissão de LVA canina e/ou humana. Portanto, para a seleção dos municípios silenciosos vulneráveis consideraram-se dois valores estimados de distância, um para a expansão da doença por contigüidade

(resultado da proximidade de municípios com aqueles com transmissão de LVA canina ou humana) e o outro para expansão em saltos (resultado de fluxo importante de transporte e/ou fluxo migratório dos municípios com transmissão de LVA canina ou humana com outros de localização mais distante).

Assim, em maio de 2006, foram classificados municípios: 49 com transmissão humana ou canina; 217 silenciosos não receptivos e não vulneráveis; 350 silenciosos não receptivos e vulneráveis; 4 silenciosos receptivos e não vulneráveis e 22 silenciosos receptivos e vulneráveis (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação dos municípios para ações de vigilância e controle da leishmaniose visceral americana, segundo serviço regional da Superintendência de Controle de Endemias. Estado de São Paulo, maio /2006.

Código do Serviço Regional - Região	Classificação						Em Investigação*
	Silencioso				Com Transmissão		
	NRNV	NRV	RNV	RV	Canina	Humana	
1 - Grande São Paulo	6	30	1		2		
2 - São Vicente e Vale do Ribeira	17	7					
3 - Taubaté e São José dos Campos	39						
4 - Sorocaba e Botucatu	55	22	1				
5 - Campinas, Piracicaba e São João da Boa Vista	24	60	2	1	1		
6 - Ribeirão Preto Araraquara, Barretos e Franca	76	15					
8 - São José do Rio Preto		101					
9 - Araçatuba		3		8	8	21	
10 - Presidente Prudente		33		9	1	2	1
11 - Marília, Bauru e Assis		79		7	3	11	2
TOTAL	217	350	4	25	15	34	3

NRNV=NÃO RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL; NRV= NÃO RECEPTIVO VULNERÁVEL; RNV=RECEPTIVO NÃO VULNERÁVEL; RV RECEPTIVO VULNERÁVEL.

*INCLUÍDOS NA CLASSIFICAÇÃO DE MUNICÍPIOS SILENCIOSOS RECEPTIVOS VULNERÁVEIS

FOITE: GRUPO DE ESTUDOS EM LEISHMANIOSES SUCEN/CCD.

A partir de 2005, passam a ser responsabilidade da Superintendência de Controle de Endemias a vigilância e o controle do reservatório doméstico da doença - o cão doméstico. Desta forma, foi reorganizado o sistema de vigilância epidemiológica, como descrito no Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana do Estado de São Paulo¹², sendo preconizadas, além das investigações de foco, a realização de inquérito canino amostral em setores de municípios receptivos vulneráveis e a realização de, no mínimo, um inquérito censitário por ano em municípios com transmissão canina e/ou humana. Com isso, desde junho de 2005, já foram trabalhados 41 municípios das regiões de Araçatuba, Marília, Bauru, Presidente Prudente e São João da Boa Vista; espera-se até o final de 2006, obter-se um perfil da transmissão canina no Estado.

Também, a partir de 2003, foram revisadas as normas para o tratamento de casos humanos de LVA, sendo introduzido um novo protocolo utilizando a Anfotericina B Lipossomal para o tratamento de grupos de risco, tais como: crianças com idade igual ou

inferior a 10 anos; adultos com idade igual ou superior a 50 anos; indivíduos com co-infecção HIV-LVA; com malignidades hematológicas (linfomas, leucemias); transplantados; em uso de medicação imunossupressora; pacientes com recidiva ou falha de tratamento com antimoniais; gestantes; pacientes com contra-indicações para o uso do antimonial pentavalente (insuficiência renal, insuficiência hepática, pancreatopatia, doenças cardiovasculares entre elas doença de Chagas, arritmia cardíaca, pacientes em uso de drogas antiarrítmicas ou beta-bloqueadores). Como resultado tem sido observada a redução do número de óbitos por reação adversa ao uso do antimoniato de N-Metil Glucamina.

Em resumo, o atual Programa, descrito no Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana do Estado de São Paulo¹², incorporou todo o conhecimento obtido com as revisões dos Informes Técnicos^{1, 11}, das avaliações periódicas das atividades de vigilância e controle desenvolvidas desde 1999 e de projetos de pesquisa elaborados com essa finalidade.

A Superintendência de Controle de Endemias assume um novo papel no controle dessa endemia com a inclusão das atividades de vigilância e controle do reservatório doméstico, esperando-se, dessa forma, contribuir para uma melhor orientação dos técnicos dos municípios e otimização de recursos humanos, para o desenvolvimento de suas atividades e propiciar a integração com os técnicos das demais Instituições do Sistema de Vigilância Estadual

Referências Bibliográficas

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo SES/SP. Leishmaniose visceral americana. São Paulo; 2000. (Informe técnico).
2. Iversson LB, Camargo ME, Villanova A, Reichmann MIAB, Andrade EA, Tolezano JE. Inquérito sorológico para pesquisa de leishmaniose visceral em população canina urbana no município de São Paulo, Brasil. **Rev Inst Med Trop São Paulo** 1983;25:310-7.
3. Lutz A, Neiva A. Contribuição para o conhecimento das espécies do gênero *Phlebotomus* existentes no Brasil. **Mem Inst Oswaldo Cruz** 1912;4:84-95.
4. Pinto CO. *Phlebotomus fischeri* Pinto, 1926 não é absolutamente sinônimo de *Phlebotomus longipalpis* Lutz & Neiva, 1912. **An Acad Bras Ciênc** 1939;11:59-66.
5. Forattini OP, Rabello EX, Pattoli D. Sobre o encontro de *Lutzomyia longipalpis* (Lutz & Neiva, 1912) no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública** 1970;4:99-100.
6. Camargo-Neves VLF. Características da transmissão da Leishmaniose Tegumentar Americana no Estado de São Paulo, Brasil. São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.p.106.
7. Gomes AC, Galati EAB, Casanova C, Domingos MF, Marques, GRAM, Camargo-Neves VLF. Analysis of the geographical distribution of leishmaniasis vectors in the State of São Paulo, Brazil. **Bol Dir Malaria y San Amb** 1995;35:143-46.
8. Costa IP, Casanova C, Rodas L, Galati EAB. Atualização da distribuição geográfica e primeiro encontro de *Lutzomyia longipalpis* em área urbana no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1997;31:632-3.
9. Camargo-Neves VLF, Katz G. Leishmaniose visceral americana no Estado de São Paulo. **Rev Soc Bras Med Trop** 1999;32(Supl.II):63-4.
10. Ministério da Saúde - MS. Controle, diagnóstico e tratamento da leishmaniose visceral (Calazar). Normas Técnicas. Brasília: Fundação Nacional da Saúde; 1996.
11. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo SES/SP. Leishmaniose visceral americana. São Paulo; 2003. (II Informe técnico).
12. Camargo-Neves VLF, Glasser CM, Cruz LL, Almeida RG. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral Americana do Estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2006.p;145p.



sucensp@sucen.sp.gov.br