
Leishmaniose Visceral Americana - avaliação de resultados obtidos em inquérito canino de municípios da DIR de Araçatuba - Instituto Adolfo Lutz - Laboratório I de Ribeirão Preto

Eloisa Fonseca Del TEDESCO; Lia Carmen Monteiro Silva ZERBINI; Madalena Hisako Tanimoto OKINO; Suely Maia GERACE; Lília Adriana CARNEIRO; Jandira Olimpia Francelino SILVA; Magda Mauricéia Cerminaro RODRIGUES
Seção de Biologia Médica – Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto

A Leishmaniose Visceral ou Calazar é uma zoonose com ampla distribuição geográfica. Sua transmissão inicialmente silvestre ou concentrada em pequenas localidades rurais, já esta ocorrendo em centros urbanos de pequeno porte, em área domiciliar ou peri-domiciliar.¹ É transmitida pelo inseto hematófago flebotomo, *Lutzomyia longipalpis*, que se alimenta de sangue do cão, do homem e de outros mamíferos e aves. O flebotomo vive grande parte de sua vida escondido em lugares úmidos, escuros, protegido do vento. Os agentes etiológicos do Calazar, são protozoários tripanosomatídeos do gênero *Leishmania*, parasita intracelular obrigatório das células do sistema fagocítico mononuclear, com uma forma flagelada ou promastigota, encontrada no tubo digestivo do inseto vetor e outra aflagelada ou amastigota nos tecidos dos vertebrados. No Brasil os mais importantes reservatórios são o cão e a raposa que agem como mantenedores do ciclo da doença¹.

Ao elaborar este estudo, tivemos como objetivo avaliar a positividade de *Leishmania* sp em 4058 amostras de sangue canino provenientes de um inquérito realizado nos municípios de Bento de Abreu (n=103), Guararapes (n=1821) e Castilho (n=2134) no período de julho de 2002 a maio de 2003. Estes municípios pertencem à área de abrangência da Direção Regional de Saúde (DIR) de Araçatuba, onde desde 1997 tem sido detectada a presença do inseto transmissor, *Lutzomyia longipalpis*. Em virtude deste fato, foi desencadeada uma investigação epidemiológica, que levou a identificação de *L. chagasi* como

agente causal, confirmando a transmissão autóctone de Leishmaniose Visceral Americana (LVA) em cães na área urbana de Araçatuba, e em 1999 houve a confirmação no Estado de São Paulo do primeiro caso autóctone humano neste mesmo município.

Para este inquérito, foram colhidas em papel de filtro amostras de sangue venoso de cães para obtenção de eluato. A técnica utilizada para detecção de amostras reagentes de Leishmaniose Visceral foi a de Imunofluorescência Indireta (Kit Bio-Manguinhos), onde as lâminas são fixadas com parasitas (*Leishmania*), para detecção de anticorpos no eluato. O resultado considerado positivo tem como ponto de corte o título igual ou superior a 1:40.

Foram analisadas 4058 amostras de sangue, sendo que no município de Castilho o índice de amostras reagentes foi de 88 (2,16%), Bento de Abreu 3 (0,07%) e Guararapes 31 (0,76%), num total de 122 (2,99%) de positividade (Tabela 1).

Devido ao número de amostras reagentes em cães ainda ser elevado nestas regiões, registra-se a importância de reduzir o risco de transmissão, pelo controle das populações de reservatórios e de insetos vetores, assim como diagnosticar e tratar precocemente os doentes visando diminuir a letalidade e o número de casos.

Vale ressaltar que as amostras recebidas no Instituto Adolfo Lutz de Ribeirão Preto não correspondem ao número total de amostras colhidas neste inquérito sorológico, portanto os números são referentes aos dados obtidos apenas no laboratório local.

Tabela 1. Resultados referentes à inquérito canino realizado no período de julho de 2002 à maio de 2003 no IAL – Laboratório I de Ribeirão Preto.

MUNICÍPIO	AMOSTRA REAGENTE		AMOSTRA NÃO REAGENTE		TOTAL AMOSTRAS	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
CASTILHO	88	2.16	2045	50.4	2133	52.6
BENTO DE ABREU	3	0.07	100	2.5	103	2.5
GUARARAPES	31	0.76	1791	44.1	1822	44.9
TOTAL	122	2.99	3936	97.0	4058	100.0

REFERÊNCIA

1. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia, Doenças Infecciosas e Parasitárias – Aspectos Clínicos, Vigilância Epidemiológica e Medidas de Controle – **Guia de Vigilância Epidemiológica**, 4ª edição Brasília, 1998; cap. 5.17.