

2016

## Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana



## Guia de Orientação

Santa Catarina



SECRETARIA DE ESTADO SAÚDE DE SANTA CATARINA  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA  
GÊRENCIA DE VIGILÂNCIA DE ZONOSSES E ENTOMOLOGIA



## VIGILÂNCIA DE LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA)

GUIA DE ORIENTAÇÃO  
5ª EDIÇÃO

SANTA CATARINA  
2016

# SUMÁRIO

Informações básicas sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana	7
1. O que é? .....	7
2. Como se transmite? .....	7
3. Qual é o perfil epidemiológico? .....	7
4. Qual seu período de incubação?.....	7
5. Como a doença se manifesta?.....	7
6. Como é feito o diagnóstico?.....	8
7. Como se trata a LTA?.....	8
Situação epidemiológica da LTA no Brasil e em Santa Catarina.....	9
Medidas gerais de vigilância e controle da LTA .....	10
<i>DEFINIÇÃO DE CASO</i> .....	10
<i>CONDUTA FRENTE A UM CASO SUSPEITO</i> .....	12
<i>CONDUTA FRENTE A UM CASO CONFIRMADO</i> .....	13
<i>Fluxos de solicitação de Glucantime, Anfotericina B Lipossomal e Pentoxifilina</i>	
<i>CO-INFECÇÃO LEISHMANIA/HIV</i> .....	16
<i>DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</i> .....	16
<i>FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE LTA EM SANTA CATARINA</i> .....	17
<i>CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES ÀS UNIDADES DE REFERÊNCIA (LTA)</i> .....	18
<i>TRATAMENTO AMBULATORIAL</i> .....	18
<i>TRATAMENTO HOSPITALAR</i> .....	19
<i>DESFECHO</i> .....	19
<i>VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA/AMBIENTAL</i> .....	20
<i>MÉTODOS PARA A REALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA</i> .....	21
<i>VIGILÂNCIA DOS VERTEBRADOS</i> .....	22
<i>MEIDAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO</i> .....	23
<i>AÇÕES EDUCATIVAS</i> .....	24
<i>REFERÊNCIAS</i> .....	24
ANEXO 1 .....	25
Seviços de saúde de referência.....	24
ANEXO 2 .....	26
Fluxo para atendimento de casos de LTA em municípios com programa implantado. ....	26

ANEXO 3.....	27
Fluxo para atendimento de casos de LTA em municípios sem programa implantado.....	27
ANEXO 4.....	28
Requisição para exame - Lacen-SC.....	27
ANEXO 5.....	29
Ficha de Notificação -SINAN.....	28
ANEXO 6.....	30
Ficha de investigação de LTA- SINAN.....	29
ANEXO 7.....	32
Cartão de tratamento antimonial.....	31
ANEXO 8.....	23
Ficha de contra-referência de LTA.....	23
ANEXO 9.....	24
Relatório para acompanhamento de paciente com LTA.....	24
Anexo 10.....	29
Ficha de solicitação de Anfotericina B Lipossomal.....	29
Anexo 11.....	33
Ficha de evolução de paciente com leishmaniose tratado com Anfotericina B Lipossomal.....	33
Anexo 12.....	35
Relação de abreviaturas.....	35

## APRESENTAÇÃO

Este guia destina-se àqueles que trabalham com Vigilância em Saúde e/ou exercem suas atividades na Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde de Referência e Gerência de Saúde. Foi idealizado para ser um instrumento auxiliar na vigilância e controle da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) e dar algumas orientações sobre procedimentos administrativos a serem adotados para melhor desenvolvimento das atividades do Programa de Controle da LTA.

Para as orientações técnicas mais específicas, deverá ser consultado o Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana – Ministério da Saúde, disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar\\_america.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar_america.pdf).

Para esclarecimentos e/ou sugestões, contactar com:

Divisão de Vetores, Reservatórios e Hospedeiros (DVRH)  
Gerência de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (GEZOO)  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE)  
Telefones: (48) 3664-7479/ 7480/ 7481/ 7482  
[dvrh@saude.sc.gov.br](mailto:dvrh@saude.sc.gov.br)

# Informações básicas sobre a Leishmaniose Tegumentar Americana

## 1. O que é?

Doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania* e que acomete pele e mucosas. É primariamente uma infecção zoonótica que afeta outros animais que não o homem, o qual pode ser envolvido secundariamente.

## 2. Como se transmite?

Através da picada de fêmeas de insetos denominados flebotomíneos, infectadas.

## 3. Qual é o perfil epidemiológico?

Observa-se a existência de três perfis epidemiológicos:

a) Silvestre – em que ocorre a transmissão em áreas de vegetação primária;

b) Ocupacional ou lazer – em que a transmissão está associada à exploração desordenada da floresta e derrubada de matas para construção de estradas, extração de madeira, desenvolvimento de atividades agropecuárias, ecoturismo; (antropozoonose);

c) Rural ou periurbano – em áreas de colonização (zoonose de matas residuais) ou periurbano, em que houve adaptação do vetor ao peridomicílio (zoonose de matas residuais e/ou antropozoonose).

## 4. Qual seu período de incubação?

Nos seres humanos é em média de 2 meses, podendo apresentar períodos mais curtos (2 semanas) e mais longos (até 2 anos).

## 5. Como a doença se manifesta?

A doença humana pode se manifestar na forma cutânea ou mucosa. A forma cutânea apresenta-se classicamente por pápulas, que evoluem para úlceras com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, podendo ser únicas ou múltiplas, mas indolores (Figura 1).



Figura 1. Lesões clássicas de LTA na forma cutânea. (a) lesão única (b) lesões múltiplas.

A forma mucosa pode ser secundária ou não à cutânea e caracteriza-se por infiltração, ulceração e destruição dos tecidos da cavidade nasal, faringe ou laringe.

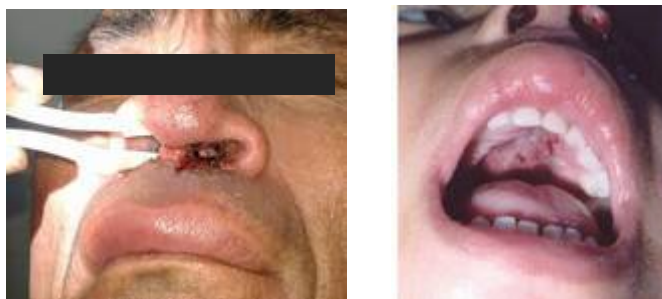


Figura 2. Lesões de LTA na forma mucosa.

## 6. Como é feito o diagnóstico?

A doença pode ser diagnosticada por exames laboratoriais através do encontro do parasita em material colhido da lesão ou gânglios, outros exames mais complexos e provas imunológicas ou pelas características da lesão com associação a dados epidemiológicos - ocorrência de casos de LTA na região, procedência de áreas endêmicas, inserção em áreas de matas (diagnóstico clínico epidemiológico).

A associação das duas formas de diagnóstico (clínico-epidemiológico e laboratorial) é a ideal.

## 7. Como se trata a LTA?

O antimoniato de N-metilglucamina, conhecido como Glucantime®, é o medicamento de primeira escolha no tratamento de todas as formas da leishmaniose tegumentar (cutânea e mucosa). Não havendo resposta satisfatória ou o paciente possuir alguma contra-indicação a este medicamento, as drogas de segunda escolha são a Anfotericina B Lipossomal e a Pentamidina.

Observação: O tratamento com Pentamidina mostra-se mais eficiente nas infecções por *L. (Viannia) guyanensis*, espécie predominante nas regiões Norte do Brasil.

Os esquemas de tratamento para cada droga são estabelecidos pelo Ministério da Saúde e estão descritos no Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana, devendo ser rigorosamente seguidos pelas Unidades de Saúde, conforme prescrição médica e anotados no cartão de tratamento antimonial (anexo 7).

## Situação epidemiológica da LTA no Brasil e em Santa Catarina

Nos últimos 20 anos, a LTA vem apresentando franco crescimento em todas as regiões do Brasil, tanto no número de casos como em expansão geográfica, observando-se surtos epidêmicos, na maioria das vezes relacionados ao processo predatório de ocupação das matas.

As regiões Norte e Centro Oeste concentram o maior número de casos seguidos das regiões Sudeste e Nordeste.

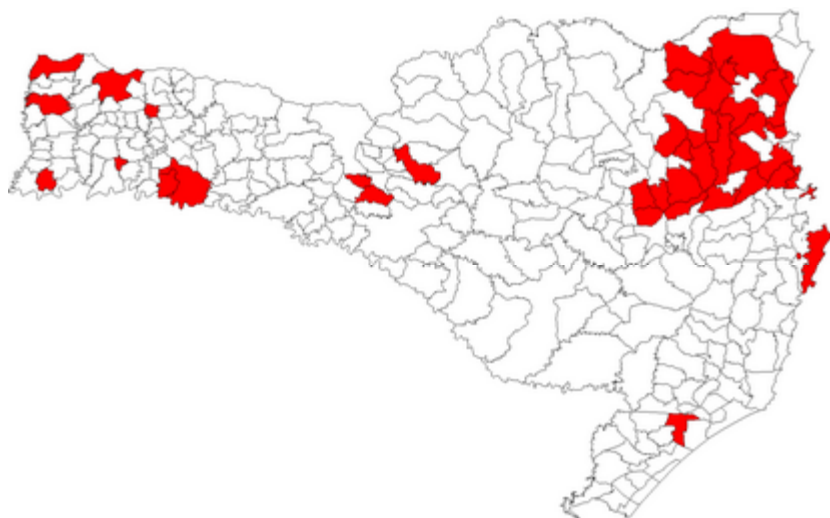
No Sul, o estado do Paraná, até o momento, concentra o maior número de casos registrados.

Em Santa Catarina casos autóctones da doença tem sido registrados desde 1987, nos municípios de Quilombo e Coronel Freitas, localizados na região oeste.

Entre os anos de 2005 a 2009 surtos epidêmicos da doença ocorreram nos municípios de Balneário Camboriú, Blumenau, Camboriú, Itapema, Corupá, Jaraguá do Sul e Schroeder.

No período de janeiro de 2004 a dezembro de 2015 o Estado de Santa Catarina registrou no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 2.299 casos de LTA sendo 1.969 autóctones, predominantemente nas regiões do Vale do Itajaí e Norte do estado, podendo estar relacionados com as áreas de distribuição do vetor da doença. Entre os municípios com maior número de casos nesse período destacam-se Blumenau com 878 casos, Balneário Camboriú com 307 casos e Itapema com 125 casos.

Casos autóctones de LTA, segundo municípios, Santa Catarina, 2004 a 2015.



Fonte: SINAN/DIVE/SES



# Medidas gerais de vigilância e controle da LTA

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença de notificação obrigatória, conforme a *Portaria nº1271 de 6 de junho de 2014* da SVS/MS, em todo o território nacional.

A detecção de casos poderá ocorrer através de:

- busca ativa em áreas de foco;
- demanda espontânea;
- encaminhamento de outros serviços.

Foco de Leishmaniose Tegumentar Americana é toda localidade na qual existem os fatores necessários à sua transmissão, isto é, relacionamento de população humana local com flebotomíneos transmissores e onde tenha sido detectado um ou mais casos autóctones.

## DEFINIÇÃO DE CASO

### 1. CASO SUSPEITO:

- 1.1. Leishmaniose cutânea – indivíduo com processo ulcerativo, com lesão indolor arredondada de fundo avermelhado, granuloso com ou sem exsudato, presença de bordas bem delimitadas e elevadas, infiltradas em moldura. A infecção bacteriana associada pode causar dor local e produzir exsudato seropurulento, que, ao se dessecar em crostas, recobre total ou parcialmente o fundo da úlcera. A leishmaniose cutânea apresenta-se nas seguintes formas clínicas:
  - a) *Localizada*: A lesão é geralmente do tipo úlcera, com tendência à cura espontânea podendo ser única ou múltipla (até 20 lesões). A forma localizada pode acompanhar-se de linfadenopatia regional e de linfangite nodular;
  - b) *Disseminada*: relativamente rara que pode ser observada em até 2% dos casos. Essa forma de apresentação é caracterizada pelo aparecimento de múltiplas lesões papulares e de aparência acneiforme que acometem vários segmentos corporais, envolvendo com frequência a face e o tronco. O encontro do parasito na forma disseminada é baixo;
  - c) *Difusa*: constitui uma forma clínica rara, porém grave, que ocorre em pacientes com deficiência específica na resposta imune celular a antígenos de *Leishmania*. Inicia-se com lesão única e evolui de forma lenta formando placas e múltiplas nodulações não ulceradas recobrando grandes extensões cutâneas.
- 1.2. Leishmaniose mucosa – Estima-se que 3 a 5% dos casos de leishmaniose na forma cutânea desenvolvam lesão mucosa. Caracteriza-se pela presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração, ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios, palato e nasofaringe. A forma mucosa tem como queixas obstrução nasal, eliminação de crostas, epistaxe, disfagia, odinofagia, rouquidão, dispnéia e tosse. Raramente há queixa de prurido nasal e dor, entretanto, na ocorrência de infecção secundária e sinusite, pode haver dor local e cefaléia. Sugere-se sempre examinar as mucosas dos pacientes com leishmaniose cutânea, porque as lesões mucosas iniciais geralmente são

assintomáticas. Apresenta-se nas seguintes formas clínicas:

- a) *Forma mucosa tardia*: forma mais comum. Pode surgir até vários anos após a cicatrização da forma cutânea. Classicamente está associada às lesões cutâneas múltiplas ou de longa duração, às curas espontâneas ou aos tratamentos insuficientes;
- b) *Forma mucosa de origem indeterminada*: quando a LM apresenta-se clinicamente isolada, não sendo possível detectar nenhuma outra evidência de lesão cutânea prévia. Tais formas estariam provavelmente associadas às infecções subclínicas ou lesões pequenas, não ulceradas, de evolução rápida e que teriam passado despercebidas sem deixar cicatrizes perceptíveis;
- c) *Forma mucosa concomitante*: quando a lesão mucosa ocorre ao mesmo tempo em que apresenta lesão cutânea ativa (não contígua aos orifícios naturais);
- d) *Forma mucosa contígua*: ocorre por propagação direta de lesão cutânea, localizada próxima a orifícios naturais, para a mucosa das vias aerodigestivas. A lesão cutânea poderá encontrar-se em atividade ou cicatrizada na ocasião do diagnóstico;
- e) *Forma mucosa primária*: ocorre eventualmente pela picada do vetor na mucosa ou semimucosa de lábios e genitais.

## 2. CASO CONFIRMADO:

### 2.1. Critério clínico-laboratorial de leishmaniose cutânea e/ou mucosa:

A confirmação dos casos clinicamente suspeitos deverá preencher, no mínimo, um dos seguintes critérios:

- a) Residência, procedência ou deslocamento em ou para área com confirmação de transmissão e encontro do parasito nos exames parasitológicos diretos ou indireto (biópsia, histopatológico, isolamento em cultivo in vitro);
- b) Residência, procedência ou deslocamento em ou para área com confirmação de transmissão e intradermoreação de Montenegro (IDRM) positiva;
- c) Residência, procedência ou deslocamento em ou para área com confirmação de transmissão e exame histopatológico compatível;

### 2.2. Critério clínico-epidemiológico de leishmaniose cutânea e/ou mucosa:

Todo caso com suspeita clínica, sem acesso a métodos de diagnóstico laboratorial, e com residência, procedência ou deslocamento em ou para área com confirmação de transmissão. Nas formas mucosas, considerar a presença de cicatrizes cutâneas como critério complementar para confirmação do diagnóstico.

## 3. CASO DESCARTADO:

Caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo ou caso suspeito com diagnóstico confirmado de outra doença.

Casos descartados devem ser investigados tendo em vista outras hipóteses diagnósticas. Muitas manifestações clínicas podem ser confundidas com a LTA, destacando-se, entre elas:

- *Forma Cutânea:* Sífilis, hanseníase, tuberculose, micobacterioses atípicas, paracoccidioidomicose, histoplasmoses, esporotricose, cromoblastomicose, piodermes, rinoscleroma, granuloma facial de linha média, sarcoidose, lúpus eritematoso discóide, psoríase, infiltrado linfocítico de Jessner, úlceras decorrentes da anemia falciforme, picadas de insetos, granuloma por corpo estranho, ceratoacantoma, carcinoma basocelular e espinocelular, histiocitoma, linfoma cutâneo;
- *Forma Mucosa:* Paracoccidioidomicose, carcinoma epidermóide, carcinoma basocelular, linfomas, rinofima, rinosporidiose, entomoftromicose, hanseníase Virchowiana, sífilis terciária, perfuração septal traumática ou por uso de drogas, rinite alérgica, sinusite, sarcoidose, granulomatose de Wegner.

## CONDUTA FRENTE A UM CASO SUSPEITO

1. O serviço de saúde da rede pública ou privada que fez a suspeita do caso deverá providenciar o preenchimento da *Ficha de Notificação Individual* (Anexo 5), encaminhando-a à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (VE/SMS);
2. Na ausência do profissional médico especializado o paciente deverá ser encaminhado para um dos serviços de saúde de referência descritos no anexo 1.
3. A VE/SMS deverá solicitar o teste de Intradermorreação de Montenegro (IDRM) à Gerência Regional de Saúde (GERSA) caso o serviço de saúde de referência não a tenha;

A IDRM consiste em uma reação de hipersensibilidade retardada, mensurável após 48 a 72 horas após a injeção intradérmica da solução salina metiolada contendo antígenos inoperantes ou partes destes previamente preparados e observando a presença de inflamação eritema ou mesmo erupção cutânea características, em uma dada região da pele do paciente. Consideram-se positivas as reações cuja média das medidas dos diâmetros transversos e longitudinais são iguais ou maiores que 5 mm. O vídeo contendo as informações sobre a forma correta de aplicação e leitura da IDRM está disponível no link: <http://www.dive.sg.gov.br/index.php/da/item/leishmaniosetegumentaramericanaalta>

4. Caso a GERSA não tenha IDRM em seu estoque, esta deverá solicitar a Gerência de Vigilância de Zoonoses (GEZO)/DIVE e providenciar sua retirada diretamente no LACEN;
5. Após IDRM positiva, providenciar coleta de amostras para diagnóstico laboratorial (ver pág. 15) e encaminhar ao LACEN.
6. A investigação epidemiológica deverá ser realizada pela VE/SMS conforme roteiro abaixo, devendo ser preenchida a *Ficha de Investigação de LTA* padronizada pelo SINAN (Anexo 6):

### *Roteiro de investigação epidemiológica:*

- ✓ *Identificação do paciente:* preencher todos os campos dos itens da ficha de investigação epidemiológica do SINAN relativos aos dados gerais, identificação individual e dados de residência.

- ✓ *Coleta de dados clínicos e epidemiológicos:* preencher os campos relativos aos antecedentes, dados clínicos e laboratoriais;
- ✓ *Caracterização do local provável de infecção (LPI):* estabelecer o LPI a partir da história clínica e informações epidemiológicas. Verificar se o local de residência reúne condições de transmissão da leishmaniose:
  - a) investigar se houve deslocamento do paciente para áreas endêmicas num período de 06 (seis) meses anterior ao início dos sintomas;
  - b) levantar se há conhecimento de outras pessoas com as mesmas manifestações clínicas no local de residência, de trabalho, de lazer e outros.

*Atenção!*



A identificação do LPI é de fundamental importância para o processo da investigação e adoção das medidas de controle, quando indicadas.

## CONDUTA FRENTE A UM CASO CONFIRMADO

1. Deverá ser realizada a digitação da ficha de notificação/investigação no Sinan acrescentando as informações relativas ao tratamento preconizado e que deverá ser providenciado;
2. Caso o paciente se enquadre nos “Critérios de encaminhamento de pacientes às unidades de referência” descritos na página 17, o mesmo deverá ser encaminhado para um dos serviços de saúde de referência relacionados no anexo 1;
3. Deverá ser encaminhado via e-mail à DVRH o “**Relatório de acompanhamento de paciente com LTA**” cujo modelo está disponível no anexo 9 deste guia de orientação. As informações solicitadas servirão para auxiliar na investigação e serão completadas durante o acompanhamento do tratamento e evolução clínica do paciente;
4. A VE/SMS responsável pelo acompanhamento do tratamento, deverá solicitar o medicamento (droga de 1ª escolha – **Glucantime®**) à GERSA e esta a DIVE que somente o liberará mediante o encaminhamento da cópia da notificação/ investigação do caso no SINAN bem como da **prescrição médica**;

*Atenção!*



Em **pacientes acima de 50 anos**, com **insuficiência renal, cardíaca ou hepática**, bem como aqueles que **não responderam ao tratamento com Glucantime** a Anfotericina B Lipossomal poderá ser utilizada. No entanto, seu uso deverá ser iniciado após um intervalo mínimo de 10 dias após a suspensão do tratamento inicial.

5. A dispensação da droga de segunda escolha, Anfotericina B Lipossomal, é centralizada na Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Sua solicitação deverá ser feita exclusivamente através do preenchimento da “*Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal*” (Anexo 10).

5.1. A VE/SMS deverá providenciar o preenchimento da “*Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal*” junto ao médico responsável pelo paciente. Esta ficha deverá ser encaminhada pela VE/SMS a sua GERSA de abrangência e esta a DVRH/GEZOO/DIVE na forma digitalizada via e-mail que analisará os critérios de indicação. Obedecendo a esses critérios, a DIVE autorizará a dispensação do medicamento;

5.2. É de responsabilidade da GERSA a retirada do medicamento Anfotericina B Lipossomal. Para isso, a mesma deverá entrar em contato com a equipe técnica da DIVE pelos telefones: (048) 3664-7479/7480/7481/7482 ou e-mail [dvrh@saude.sc.gov.br](mailto:dvrh@saude.sc.gov.br) para se informar sobre os procedimentos necessários;

5.3. A GERSA deverá entregar o medicamento Anfotericina B Lipossomal à VE/SMS que se responsabilizará pelo destino das ampolas diretamente ao médico solicitante. Em hipótese alguma a medicação deverá ser entregue ao paciente para que este o transporte até o hospital em que será submetido ao tratamento de modo a evitar extravios, quebra de ampolas e desvio para tratamento de cães;

Observação: Em até 30 dias a contar da data de entrega do medicamento ao solicitante, deverá ser preenchida e encaminhada, conforme o mesmo fluxo de solicitação, a “*Ficha de evolução do paciente tratado com Anfotericina B Lipossomal*” (Anexo 11). A não entrega da mesma poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.

6. Associação do Glucantime® com Pentoxifilina:

6.1. Pacientes com a forma clínica mucosa (LM), considerada mais grave que a cutânea, possuem taxa de sucesso do tratamento inferior requerendo doses acumuladas maiores dos medicamentos. Para isso é recomendado o emprego da Pentoxifilina como adjuvante no tratamento da leishmaniose com o Glucantime® contribuindo para um desfecho de cura em menor tempo quando comparado ao tratamento convencional, evitando a exposição do paciente a um segundo ciclo de tratamento.

6.2. Para solicitar a Pentoxifilina, a VE/SMS deverá solicitar a GERSA e esta a DIVE que somente dispensará mediante o encaminhamento da cópia da notificação/ investigação do caso no SINAN bem como da prescrição médica.

6.3. O protocolo de tratamento da utilizando Pentoxifilina para leishmaniose na forma mucosa definido pelo Ministério da Saúde é:

Um comprimido de 400mg de Pentoxifilina por via oral, três vezes ao dia, durante 30 dias, independente do peso do paciente; associado ao Glucantime® (EV ou IM), na dose de 20mg Sb5+/Kg/dia – dose máxima diária de 1.215mg Sb5+(3 ampolas), durante 30 dias consecutivos.

- Critério de inclusão para uso do protocolo: diagnóstico confirmado de LM; idade > ou igual a 12 anos;
- Critério de exclusão para o uso do protocolo: gestação, lactação, histórico de hemorragia recente, hipersensibilidade à pentoxifilina, a outras metilxantinas ou a algum de seus excipientes, coinfeção pelo HIV, imunossuprimidos, transplantados, insuficiência renal ou hepática ou cardíaca.

Conforme *Portaria nº 67 de 19 de novembro de 2015* do Ministério da Saúde, a recomendação de primeira escolha para o tratamento de pacientes com diagnóstico confirmado de leishmaniose mucosa maiores de 12 anos, que não possuam algum dos critérios de exclusão citados acima, passa a ser a associação do Glucantime® com a Pentoxifilina nas doses preconizadas conforme descrito acima;

7. A VE/SMS e a GERSA são responsáveis pelo acompanhamento do tratamento do paciente para avaliação da Cura Clínica (página 19, item 3);
  8. A VE/SMS deverá classificar o caso como:
    - a) *Caso importado*: quando as informações obtidas na investigação permitem concluir que o paciente adquiriu a doença fora de Santa Catarina. Nesta situação, a VE/SMS deverá investigar e acompanhar a evolução do caso e havendo retorno do paciente ao município de origem, estando este ainda em acompanhamento, a VE/SMS deverá habilitar a ficha de notificação/investigação no fluxo de retorno;
    - b) *Caso autóctone*: sempre que as informações indicarem que o paciente adquiriu a doença em Santa Catarina (dentro ou fora do seu município de residência), a VE-SMS do local de residência e de notificação do caso deverá informar à GERSA e esta à Gezoo/DIVE sobre a confirmação de caso autóctone, investigar e acompanhar a evolução do caso.
- ✓ A VE-SMS do local provável de infecção deverá realizar busca ativa de casos suspeitos e encaminhá-los para diagnóstico;
  - ✓ A VE/SMS é responsável pelo encerramento do caso no SINAN (a ficha de LTA é encerrada no SINAN após 180 dias do início do tratamento);

Observação: Todos os campos da ficha devem ser preenchidos mesmo quando a informação for negativa ou ignorada, pois são de suma importância para a avaliação epidemiológica e tomada de decisão das medidas de controle;

- ✓ A DIVE deverá proceder a investigação entomológica no município caso ainda não tenha sido realizada, a fim de definir a possibilidade da transmissão domiciliar.

A vigilância epidemiológica da GERSA em conjunto com a DV RH/GEZOO/SES, prestará assessoria aos municípios da sua área de abrangência, na operacionalização das medidas estabelecidas para o controle da LTA, bem como sua adaptação, frente a cada realidade.

## CO-INFECÇÃO LEISHMANIA/HIV

A associação das infecções causadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV e pelo protozoário *Leishmania spp.* caracteriza a coinfeção Leishmania-HIV.

Esta coinfeção é considerada doença emergente de alta gravidade em várias regiões do mundo. Aumento expressivo do número de casos de coinfeção tem sido observado desde o início da década de 1990 e há projeções de seu crescimento contínuo, devido à superposição geográfica das duas infecções, como consequência da urbanização das leishmanioses e da interiorização da infecção por HIV.

O diagnóstico da co-infecção com HIV tem implicações na abordagem da leishmaniose em relação ao diagnóstico, à indicação terapêutica e ao monitoramento de efeitos adversos, resposta terapêutica e ocorrência de recidivas. Portanto, recomenda-se oferecer a sorologia para HIV para todos os pacientes com LTA.

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

O diagnóstico de certeza da LTA é feito mediante o encontro do parasito, ou de seus produtos, nos tecidos ou fluidos biológicos. Portanto, mesmo que o paciente apresente IDRM positiva, recomenda-se a confirmação do diagnóstico por método parasitológico antes do início do tratamento, especialmente naqueles casos com evolução clínica fora do habitual e/ou má resposta a tratamento anterior. Nesses casos, também está indicado investigar co-infecção pelo HIV.

Para pacientes que apresentem um único laudo de exame histopatológico demonstrando alterações compatíveis ou sugestivas de leishmaniose é recomendado a aplicação da IDRM a fim de ter mais um teste diagnóstico de certeza, garantindo maior efetividade do tratamento.

As amostras para exame parasitológico deverão ser coletadas juntamente com as amostras para exame histopatológico e PCR a fim de evitar que o paciente se submeta a um novo procedimento.

Em Santa Catarina, o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN) de Florianópolis, é a referência para o encaminhamento de todas as amostras para diagnóstico da LTA. Os exames parasitológico e sorológico são realizados pelo LACEN e os exames histopatológico e PCR são encaminhados via LACEN a FIOCRUZ.

### 1. Exame parasitológico:

É o procedimento de primeira escolha por ser mais rápido, de menor custo e de fácil execução possibilitando a administração mais precoce do tratamento.

No entanto, a probabilidade de encontro do parasito é inversamente proporcional ao tempo de evolução da lesão cutânea, **sendo rara após um ano**.

É recomendado o envio de 02 (duas) lâminas:

- ✓ uma contendo o **raspado** das bordas das lesões;
- ✓ e outra com o *imprint* ou *touch preparation* confeccionada mediante aposição direta da lâmina na lesão.

### 2. Exame histopatológico e PCR:

Deverão ser coletados 02 (dois) fragmentos (biopsia) sendo um conservado em formol neutro a 10% para a realização do histopatológico e o segundo conservado em álcool 70% para a realização da PCR.

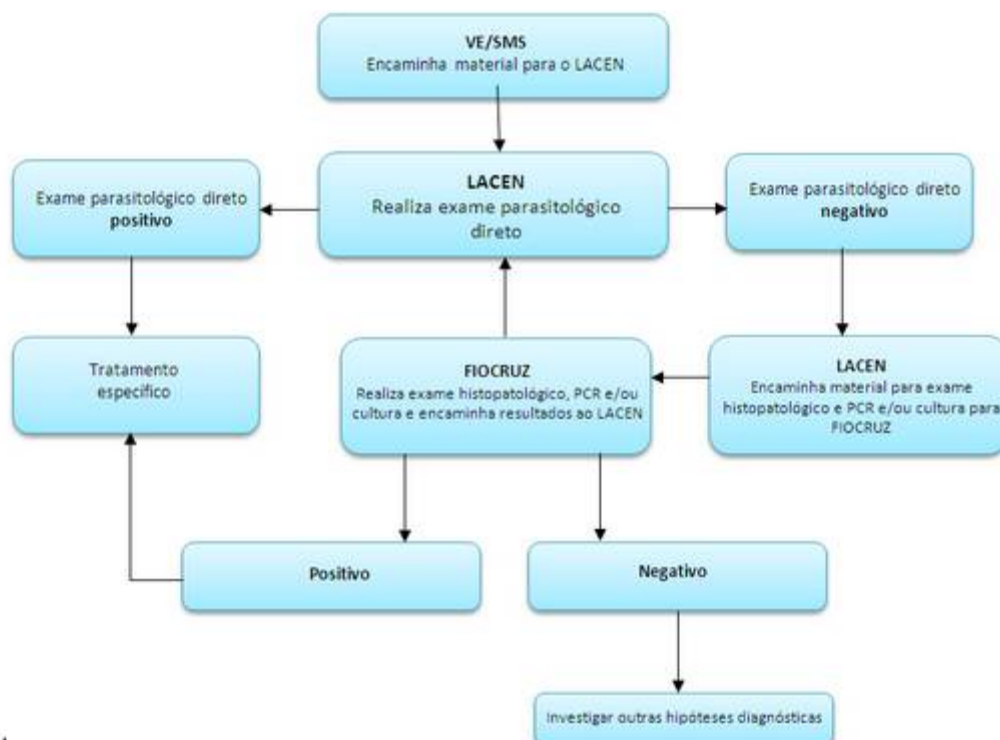
**Observação:** Isoladamente, a técnica da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) não é **padrão ouro para diagnóstico da doença** tanto em animais como em humanos, visando apenas o acréscimo em sensibilidade quando utilizado com outros métodos parasitológicos tradicionais.

### 3. Isolamento em cultivo *in vitro* (meios de cultivo)

É um método de confirmação do agente etiológico que permite a posterior identificação da espécie de *Leishmania* envolvida.

Todas as amostras deverão ser coletadas conforme metodologia descrita no “**Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana**” e encaminhadas conforme fluxo abaixo juntamente com a “**Requisição de exame para LTA**” (anexo 4).

#### FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO DE AMOSTRAS PARA DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE LTA EM SANTA CATARINA





## CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES ÀS UNIDADES DE REFERÊNCIA (LTA)

A avaliação inicial dos pacientes deverá ser direcionada à identificação dos casos com maior risco de apresentar complicações durante o tratamento, de modo que tais pacientes possam ser encaminhados aos serviços de referência oportunamente. São eles:

- ✓ Pacientes portadores de cardiopatias, hepatopatias, nefropatias, gestantes e mulheres que estejam amamentando;
- ✓ Pacientes que não estejam respondendo ao tratamento com Glucantime®, respeitando-se as doses indicadas e o tempo de avaliação preconizado;
- ✓ Pacientes que necessitem interromper o tratamento por apresentarem reações adversas ao medicamento específico;
- ✓ Casos que apresentem recidiva da doença conforme definição do Manual de Controle de LTA/ MS.

Os pacientes que apresentem coinfeção por HIV e os que necessitem internação hospitalar deverão ser encaminhados pela VE/SMS para o Hospital Nereu Ramos/ Florianópolis, após contato prévio com o hospital.

Pacientes com idade inferior a 14 anos devem ser encaminhados pela VE/SMS ao Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIGJ) em Florianópolis, para serem atendidos no ambulatório de infecto existente no Hospital-dia que funciona todas as segundas e quartas-feiras após contato prévio com o hospital.

Os fluxos de atendimento de pacientes conforme a realidade de cada município estão descritos nos anexos 2 e 3.

## TRATAMENTO AMBULATORIAL

O tratamento de LTA pode ser realizado no âmbito ambulatorial, no próprio município de residência do paciente, utilizando Glucantime®, quando o mesmo não apresentar nenhum dos critérios listados anteriormente.

Em hipótese alguma o medicamento Glucantime® deve ser entregue ao paciente para que este o transporte até a Unidade de Saúde em que será submetido ao tratamento.

Ao liberarem os pacientes para conclusão do tratamento em seus municípios de origem, as Unidades de Referência não devem entregar-lhes ampolas de Glucantime®. O paciente deve ser contrarreferenciado apenas com as informações pertinentes ao caso e a prescrição da droga. É importante a adequação a este fluxo de modo a evitar:

- Desconforto gerado ao paciente;
- Extravios;

- Quebra de ampolas;
- Desvio para tratamento de cães.

Os antimoniais-pentavalentes apresentam potencial de toxicidade cardíaca, hepática, pancreática e renal, devendo ser utilizados com cautela e sob monitoramento clínico e laboratorial. Durante o tratamento é recomendado realizar semanalmente hemograma, exame bioquímico do sangue para avaliação das funções renais, pancreática e hepática para orientar a redução ou suspensão da droga, bem como a indicação terapêutica alternativa.

## TRATAMENTO HOSPITALAR

O tratamento de LTA deve ser realizado no âmbito hospitalar quando o paciente se enquadrar em ao menos uma das situações abaixo:

- Suspeita de forma clínica Mucosa, Difusa ou Cutânea Disseminada;
- Coinfecção Leishmania-HIV;
- Gestantes (caso o tratamento não possa ser adiado para após o parto);
- Nefropatias;
- Hepatopatias;
- Cardiopatias;
- Pacientes que apresentam no ECG intervalo QTC superior a 400ms (homens) e 450ms (mulheres);
- Doença de Chagas;
- Intolerância ao uso do Glucantime® (reações adversas);
- Dois tratamentos com Glucantime® com falha terapêutica;
- Pacientes que fazem uso de beta-bloqueadores e drogas antiarrítmicas;

Após avaliação clínica, o paciente deve ter o tratamento iniciado, seguindo os protocolos de dosagem e tempo de tratamento estabelecidos pelo MS.

Cada caso deverá ser avaliado individualmente, a fim de se indicar qual a conduta médica adequada.

## DESEFECHO

### 1. Óbito

A investigação dos óbitos suspeitos de LTA deve ser conduzida em todos os municípios/unidades de saúde pelos quais o paciente passou e foi atendido.

As informações coletadas pela VE/SMS deverão ser consolidadas na investigação do caso e direcionadas à sua GERSA de abrangência e esta a DVRH/GEZOO/DIVE que por sua vez encaminhará a SVS/MS.

### 2. Abandono

A VE/SMS deverá realizar a busca dos pacientes faltosos ao tratamento em sua área de abrangência, de modo a encaminhá-los à retomada do esquema terapêutico sempre que houver interrupção. Cabe à VE/SMS a orientação adequada ao paciente, sobre a gravidade da doença, bem como os riscos de se abandonar o tratamento.

### 3. Cura Clínica

O critério de cura da LTA é clínico. O paciente deverá retornar para consulta médica durante três meses consecutivos após a conclusão do esquema terapêutico para a avaliação. Após atestada a cura clínica, o paciente ainda deverá se consultar de 02 (dois) em 02 meses dentro do período de 12 meses visando avaliar a possibilidade de ocorrência de recidiva. O paciente clinicamente curado pode apresentar lesões ao de longo de sua vida mesmo após ter completado o esquema terapêutico. Não havendo a cura clínica, o mesmo deverá ser reavaliado.

#### 3.1. LTA cutânea

Em até 03 meses após a conclusão do esquema terapêutico deverá ocorrer:

- ✓ Epitelização das lesões;
- ✓ Regressão total do infiltrado e eritema.

Observação: quando a evolução do caso não atender aos critérios acima, observar por 06 (seis) meses e avaliar para alta ou não.

#### 3.2. LTA mucosa:

Deverá ocorrer regressão de todos os sinais de lesão ativa com comprovação por exame otorrinolaringológico em até 06 (seis) meses após a conclusão do esquema terapêutico e avaliar para alta ou não.

### 4. Recidiva

É definida como o reaparecimento de lesão leishmaniótica em qualquer parte do corpo no período de até um ano após a cura clínica, descartada a possibilidade de reinfecção considerando-se a história atual e a realidade epidemiológica de transmissão do agravo bem como os possíveis deslocamentos do paciente.

### 5. Falha Terapêutica

Se não houver cicatrização completa em até três meses (12 semanas) após o término do tratamento, o paciente deverá ser reavaliado e, se necessário, o esquema terapêutico deverá ser repetido, prolongando-se, dessa vez, a duração da série para 30 dias. Considera-se falha terapêutica quando um paciente receber dois esquemas terapêuticos regulares sem apresentar remissão clínica. Nesse caso, deverá ser utilizada uma das drogas de segunda escolha.

## VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA/AMBIENTAL

A partir da primeira notificação de caso autóctone de LTA, o município passa a ser considerado área de trabalho para a Vigilância Entomológica. Sendo assim, a VE/SMS deve proceder o *reconhecimento e delimitação da área de foco*.

O objetivo da vigilância entomológica é levantar informações de caráter quantitativo e

qualitativo sobre os flebotomíneos na área de ocorrência de casos para avaliação do risco de transmissão da doença e planejar medidas de controle.

As ações serão coordenadas pela Divisão de vetores, reservatórios e hospedeiros (DVRH)/GEZOO/DIVE com a participação da GERSA e VE/SMS.

#### 1. Reconhecimento da área:

##### 1.2. Área de transmissão desconhecida:

Quando se tratar de área nova de transmissão, ou área não trabalhada, deve-se proceder a uma avaliação do local com a finalidade de se conduzir às ações de vigilância epidemiológica e entomológica.

Identificar a existência de barreiras naturais que dificultem a dispersão dos flebotomíneos, tais como:

- ✓ extensas áreas sem vegetação densa;
- ✓ acidentes geográficos (serras, rios);
- ✓ condições que propiciem a presença do vetor e reservatórios como: presença de vegetação até uma distância de 300m a partir da residência, local de trabalho ou lazer, encostas de morros, locais úmidos e sombreados, presença de bananeiras;
- ✓ verificar no peridomicílio a presença de animais domésticos e sinantrópicos (roedores domésticos), quintais com acúmulo de matéria orgânica em decomposição e áreas de ocupação recente (inferior a 10 anos).

#### 2. Delimitação da área de foco:

No mapa do município, pontuar a distribuição dos casos de acordo com o LPI, por localidade e por rua. Levar em conta as características epidemiológicas, geográficas e ambientais de localidades vizinhas e municípios contíguos.

Após a conclusão destas etapas a VE/SMS solicitará à GERSA a realização da Vigilância Entomológica.

Caberá à DIVE avaliar a necessidade de realização de pesquisa entomológica na área.

## MÉTODOS PARA A REALIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA

#### 1. Pesquisa entomológica em foco:

Tem como objetivo verificar a presença e identificar as possíveis espécies de flebotomíneos

vetores em novas áreas de transmissão de LTA e com isso, auxiliar na definição da autoctonia e da ocorrência de transmissão no ambiente domiciliar.

Será realizada nos municípios com o registro da ocorrência do primeiro de caso humano, classificado a partir da identificação do LPI (local provável de infecção), no período mais favorável para a presença do vetor (outubro a abril).

Em caso de ocorrência de surto, as coletas de vetores serão planejadas de acordo com cada situação.

## 2. Monitoramento

Tem como objetivos: conhecer a fauna flebotomínica, estabelecer curvas de sazonalidade para as espécies de importância médico-sanitária, monitorar as alterações de comportamento das principais espécies em relação a seus ecótopos naturais, identificar a fauna flebotomínica no ambiente antrópico e avaliar intervenções no meio (aplicação de inseticida, manejo ambiental).

Após a realização da investigação entomológica o monitoramento será implantado com a realização de coletas mensais durante um período mínimo de dois anos, em município selecionado dentro da área segundo a sua cobertura vegetal natural predominante.

## VIGILÂNCIA DOS VERTEBRADOS

### 1. Reservatórios silvestres:

Não são recomendadas ações objetivando o controle de animais silvestres, entretanto é importante a realização de estudos de modo a ampliar o conhecimento a este respeito.

### 2. Animais Domésticos:

O cão é hospedeiro acidental da LTA no entanto, especificamente para esta doença não são recomendadas ações objetivando o controle destes animais.

O tratamento de animais doentes utilizando drogas específicas para LTA não é uma medida recomendada pelo Ministério da Saúde (SVS/MS), pois poderá conduzir ao risco de selecionar parasitos resistentes aos pouquíssimos medicamentos que são utilizados para o tratamento dos casos em humanos.

Para a LTA, a eutanásia é indicada somente quando os animais doentes evoluírem para o agravamento das lesões cutâneas, com surgimento infecções secundárias que poderão conduzir o animal ao sofrimento.

## MEDIDAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO

A grande diversidade e a constante mudança dos padrões epidemiológicos de transmissão da LTA, devido à existência de diversos vetores, reservatórios e agentes, associadas à ação do homem sobre o meio ambiente, dificultam o controle da doença. Suas estratégias de controle devem ser flexíveis e adaptadas a cada região ou foco, pois na realidade sua aplicação tem caráter restrito para cada local.

Vale destacar que as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento precoce dos casos e atividades educativas devem ser priorizadas, em todas as situações.

O diagnóstico precoce, consiste no encaminhamento do paciente conforme definição de caso suspeito (pág.10).

Os casos confirmados serão tratados conforme critérios determinados pela SVS/MS.

### 1. Controle químico

O surgimento de um único caso humano de LTA numa localidade, mesmo com evidência de transmissão domiciliar, não orienta para o controle químico, e sim para o acompanhamento do ponto de vista do aparecimento de novos casos. Medidas de controle relacionadas ao meio-ambiente e individuais são recomendadas e dependerão das características epidemiológicas e entomológicas de cada localidade.

Os flebotomíneos, vetores de LTA, ainda têm estreita relação com a presença de vegetação, isto é, são silvestres, por isso o controle químico não se aplica na maioria dos casos.

### 2. Medidas preventivas de âmbito individual:

- ✓ Evitar a exposição nos horários de atividades dos flebotomíneos (crepúsculo e noite);
- ✓ Usar repelentes, camisa de manga comprida e calça quando exposto a ambientes onde os vetores habitualmente possam ser encontrados;
- ✓ Usar mosquiteiros de malha fina (tamanho 1.2mm a 1.5mm e denier 40 a 100), bem como telas em portas e janelas.

### 3. Medidas preventivas de âmbito coletivo:

- ✓ Manter limpos quintais e terrenos a fim de evitar as condições que propiciem o estabelecimento de criadouros das larvas do vetor;

- ✓ Podar árvores para diminuir o sombreamento do solo e evitar as condições favoráveis ao desenvolvimento das larvas, que são a umidade e temperatura ambiente;
- ✓ Dar destino adequado ao lixo orgânico, a fim de evitar a aproximação de animais sinantrópicos (gambás, roedores) infectados;
- ✓ Manter animais domésticos distantes (200 metros) do domicílio de modo a reduzir a atração do flebotomíneo para o domicílio;
- ✓ Limpar periodicamente os abrigos de animais domésticos.

## AÇÕES EDUCATIVAS

A constante técnica das equipes de saúde é fundamental para que as mesmas possam desenvolver atividades de educação em saúde junto à população, no que se refere ao conhecimento sobre a doença e sobre as medidas profiláticas.

## REFERÊNCIAS

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_2ed.pdf)

## ANEXO 1

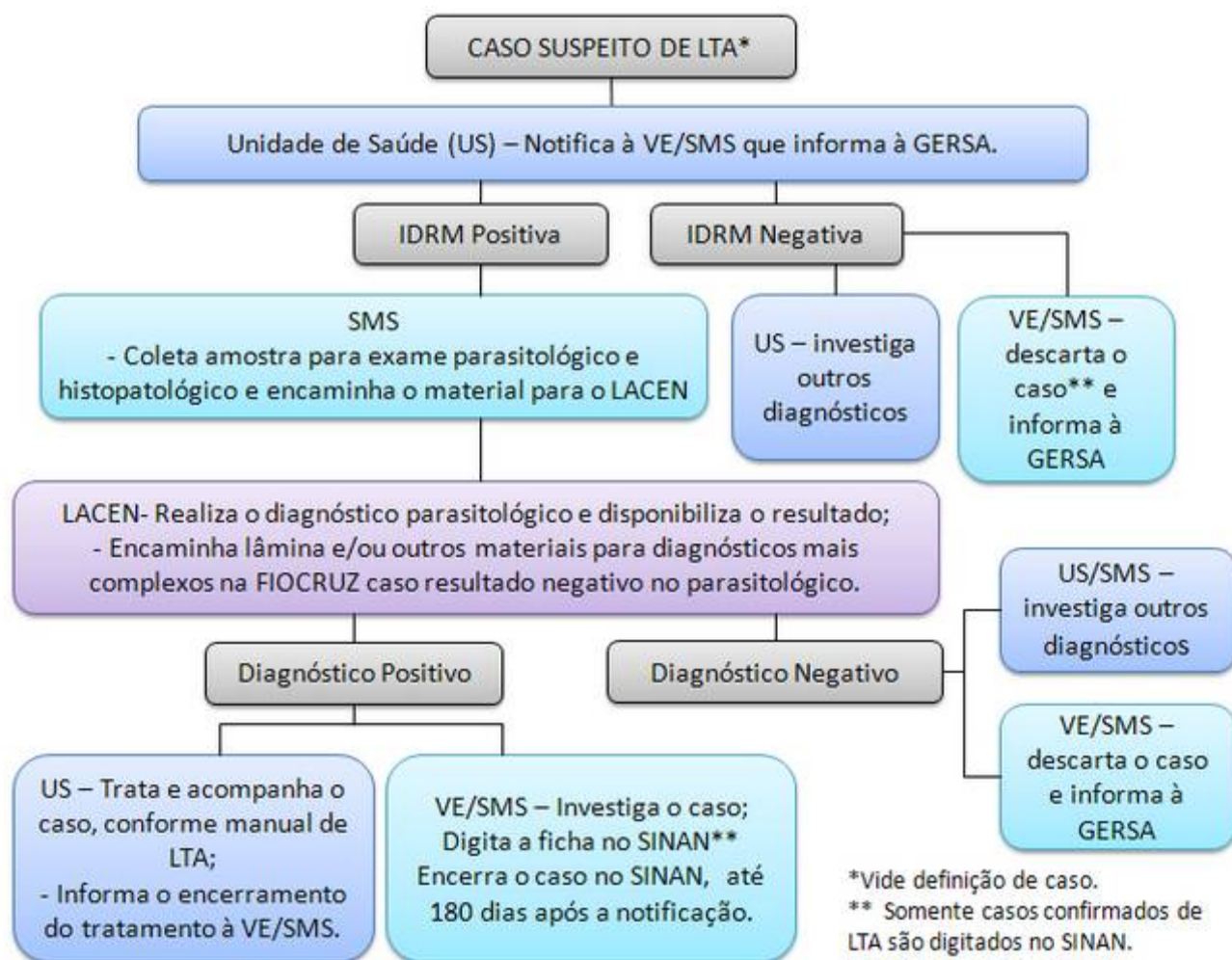
### **Serviços de Saúde de Referência em Santa Catarina**

- ✓ Ambulatório da Univali atende casos referenciados pelos municípios da Gerência de Saúde de Itajaí;
- ✓ A SMS de Blumenau atende os casos referenciados pelos municípios Gerência de Saúde de Blumenau;
- ✓ O Hospital Nereu Ramos atende os municípios das demais Gerências de Saúde;
- ✓ O Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) atende os municípios das demais Gerências de Saúde os casos suspeitos menores de 14 anos;



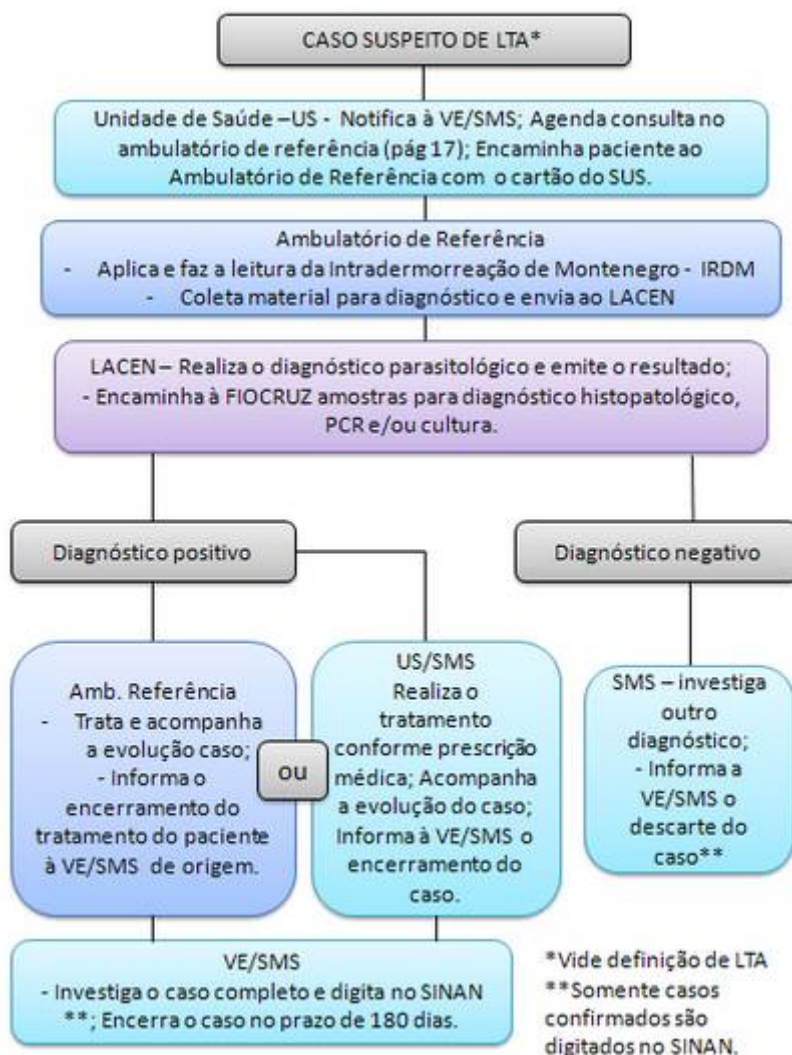
## ANEXO 2

Fluxo para atendimento de casos de LTA em municípios com programa implantado.



### ANEXO 3

#### Fluxo para atendimento de casos de LTA em municípios sem programa implantado





Ministério  
da  
Saúde



Estado de Santa Catarina  
Secretaria de Estado da Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Laboratório Central de Saúde Pública

LACEN-SC

REQUISIÇÃO PARA EXAME <b>LEISHMANIOSE TEGUMENTAR</b>			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
MUNICÍPIO	ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	CNES	
DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE	DDD	TELEFONE	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	RACIA
	/ /		
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO (Rua, Nº, Bairro)			
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	UF	CEP	
Nº DE NOTIFICAÇÃO			
DADOS COMPLEMENTARES			
REALIZOU TESTE DE MONTENEGRO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. RESULTADO: _____ mm. LOCAL DA LESÃO: _____ TEMPO DE EVOLUÇÃO DA LESÃO: _____			
AMOSTRA <input type="checkbox"/> Raspado de lesão (lâmina) <input type="checkbox"/> Imprint (lâmina) <input type="checkbox"/> Biópsia em Formol (histopatológico) <input type="checkbox"/> Biópsia em álcool (PCR) <input type="checkbox"/> Aspirado de lesão (cultura)			
SOLICITAÇÃO			
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		ASSINATURA E CARIMBO	
DATA DA SOLICITAÇÃO	DDD	TELEFONE PARA CONTATO	
/ /			
DADOS DA COLETA DA AMOSTRA			
DATA DA COLETA		RESPONSÁVEL PELA COLETA:	
/ /			

LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA – CNES 3157237  
 Rua Felipe Schmidt, 788 - Centro - CEP 88010-002 – Florianópolis - SC  
 Fone: (48) 3251-7800 – 3251-7801 – FAX: (48) 32517900 – E-mail: [lacen@saude.sc.gov.br](mailto:lacen@saude.sc.gov.br)  
 Site: <http://lacen.saude.sc.gov.br>

# ANEXO 5

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto <input type="checkbox"/>			2 Data da Notificação	
	3 Município de Notificação			Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)			Código	
Notificação Individual	5 Agravado/doença			Código (CID10)	6 Data dos Primeiros Sintomas
	7 Nome do Paciente			8 Data de Nascimento	
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1 - Nenhuma 2 - De 1 a 3 3 - De 4 a 7 4 - De 8 a 11 5 - De 12 e mais 6 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/>	
	13 Número do Cartão SUS			14 Nome da mãe	
	15 Agravado/doença			Código (CID10)	16 Data dos 1ºs Sintomas do 1º Caso Suspeito
Notificação de Surto	17 Nº de Casos Suspeitos	18 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Casos Restritos a uma Mesma Família 2 - Casos Restritos a uma Escola/Creche 3 - Casos Restritos a um Hospital 4 - Casos Restritos a outra Instituição (alojamento, asilo, trabalho) 5 - Casos Dispersos no Bairro 6 - Casos Dispersos Pelo Município 7 - Casos Dispersos em mais de um Município 8 - Outros _____			
	19 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	20 Número
Dados de Residência	21 Complemento (apto., casa, ...)			22 Ponto de Referência	23 UF
	24 Município de Residência			Código (IBGE)	Distrito
	25 Bairro			Código (IBGE)	26 CEP
	27 (DDD) Telefone			28 Zona 1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	29 País (se residente fora do Brasil) Código

CENEPI 01.1 14/11/00

## ANEXO 6

República Federativa do Brasil  
Ministério da SaúdeSINAN  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO  
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

## LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

## CASO CONFIRMADO:

**Leishmaniose cutânea:** todo indivíduo com presença de úlcera cutânea, com fundo granuloso e bordas infiltradas em moldura, com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.**Leishmaniose mucosa:** todo indivíduo com presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou perda do septo nasal, podendo atingir lábios e boca (palato e nasofaringe), com confirmação por diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/doença	LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA		3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (CID10) B 5 5. 1	Código (IBGE)
Notificação Individual	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico	
	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1 - Ignorado	12 Gestante	13 Raça/Cor
Dados de Residência	14 Escolaridade	15 Número do Cartão SUS		
	16 Nome da mãe	17 UF		
	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
Dados Complementares do Caso	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
Antec. Epidem.	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação	32 Ocupação		
	33 Presença de Lesão	34 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas	35 Co-infecção HIV	
Dados Labor.	36 Parasitológico Direto	37 IRM	38 Histopatologia	
	39 Tipo de Entrada	40 Forma Clínica		
	41 Data do Início do Tratamento	42 Droga Inicial Administrada		
Tratamento	43 Peso	44 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>+</sup> 5	45 Nº Total de Ampolas Prescritas	
	46 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial			

Leishmaniose Tegumentar Americana

Sinan NET

SVS 27/09/2005

## Conclusão

## Informações complementares e observações

Deslocamento (datas e locais frequentados no período de seis meses anterior ao início dos sinais e sintomas)

Data	UF	MUNICÍPIO	País

Anotar todas as informações consideradas importantes e que não estão na ficha (ex: outros dados clínicos, dados laboratoriais, laudos de outros exames e necropsia, etc.)

[illegible]

Investigador	Município/Unidade de Saúde	Código da Unid. de Saúde			
	Nome	Função	Assinatura		
	Leishmaniose Tegumentar Americana	Sinan NET	SVS	27/09/2005	

32

**Registro:**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Início:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Dose:** \_\_\_\_\_ **Via :** \_\_\_\_\_ **Duração:** \_\_\_\_\_

	data	Local injetado	Rubrica
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

[illegible]



ANEXO 8  
FICHA DE CONTRA- REFERÊNCIA DE LTA

Unidade:		Data do atendimento:	/ /
Nome do paciente:			
Exames realizados	IDRM: <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Positivo  <input type="checkbox"/> Negativo  <input type="checkbox"/> Não realizado  <input type="checkbox"/> Ignorado         </div>	Parasitológico: <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Positivo  <input type="checkbox"/> Negativo  <input type="checkbox"/> Não realizado  <input type="checkbox"/> Ignorado         </div>	
	PCR: <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Positivo  <input type="checkbox"/> Negativo  <input type="checkbox"/> Não realizado  <input type="checkbox"/> Ignorado         </div>	Histopatologia: <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Encontrado parasita  <input type="checkbox"/> Compatível  <input type="checkbox"/> Incompatível  <input type="checkbox"/> Não realizado  <input type="checkbox"/> Ignorado         </div>	
Caso confirmado: <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não         </div>	Tipo de entrada: <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Caso novo  <input type="checkbox"/> Recidiva  <input type="checkbox"/> Ignorado         </div>		
Forma clínica: <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Cutânea  <input type="checkbox"/> Mucosa         </div>	Data do início do tratamento: / /		
Droga inicial administrada <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;">           Glucantime           <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 10 a 20 mg / kg / dia / 20d  <input type="checkbox"/> &lt; 10 mg / kg / dia  <input type="checkbox"/> &gt; 20 mg / kg / dia           </div> </div>	Outra: _____		
Local provável de infecção:	Situação do paciente: <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> Curado         </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Não Curado         </div>		
Data do último atendimento: / /	Obs.:		

Assinatura e carimbo do médico:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esta ficha contém informações necessárias ao acompanhamento do caso de LTA pela unidade de origem do paciente e inclusão de dados no SINAN.

- 1) Deverá ser preenchida pelo serviço de referência por ocasião do diagnóstico e da alta clínica do doente ou quando o médico responsável pela condução do caso achar conveniente.
- 2) Deverá ser encaminhada para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde do paciente.



## RELATÓRIO PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE COM LEISHMANIOSE TEGUMENTAR EM SANTA CATARINA

<b>Identificação</b>	1. Data do primeiro atendimento: ____/____/____		2. Número do registro: _____													
	3. Nome do paciente: _____		4. Idade: _____													
	5. Data de nascimento: ____/____/____		6. Ocupação: _____													
	7. Naturalidade: _____		8. Telefone para contato: (____) _____-_____													
	9. Município de moradia: _____															
	10. Bairro: _____		11. Tempo de moradia: _____													
	12. Houve deslocamento dentro ou fora do Estado antes de aparecer a doença? ( ) Sim ( ) Não (em caso afirmativo, preencha o quadro abaixo)															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Estado / Município / Localidade</th> <th style="width: 25%;">Data aproximada</th> <th style="width: 25%;">Tempo de permanência</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>____/____/____</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Estado / Município / Localidade	Data aproximada	Tempo de permanência		____/____/____			____/____/____			____/____/____	
	Estado / Município / Localidade	Data aproximada	Tempo de permanência													
		____/____/____														
	____/____/____															
	____/____/____															

<b>História epidemiológica</b>	13. Características do local de moradia ou área de permanência recente	
	- É próximo à mata? ( ) Sim ( ) Não	
	- Há rios ou cachoeiras por perto? ( ) Sim ( ) Não	
	- Há animais domésticos ou silvestres? ( ) Sim ( ) Não Qual (is)? _____	
	- Há algum animal doente ou com ferida? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe Qual (is)? _____	
	- Presença de bananeiras? ( ) Sim ( ) Não ( ) Outras plantações: _____	

<b>Informações clínicas</b>	14. Queixa principal: ( ) Aparecimento da lesão ( ) Trauma seguido de lesão ( ) Dor ( ) Prurido												
	15. Tempo de evolução desde o início do quadro: _____												
	16. Tratamentos efetuados até agora: _____												
	17. É o primeiro episódio de LTA? ( ) Sim ( ) Não - Local e data de onde foi feito o tratamento: _____												
	18. Outros: _____												
	19. História patológica pregressa:												
	<table style="width: 100%;"> <tr> <td>( ) Diabetes</td> <td>( ) Hipertensão arterial</td> <td>( ) Cardiopatia</td> <td>( ) Hepatite</td> </tr> <tr> <td>( ) Doença reumática</td> <td>( ) Tuberculose</td> <td>( ) AIDS</td> <td>( ) Doença renal</td> </tr> <tr> <td>( ) _____</td> <td>( ) _____</td> <td>( ) _____</td> <td>( ) _____</td> </tr> </table>		( ) Diabetes	( ) Hipertensão arterial	( ) Cardiopatia	( ) Hepatite	( ) Doença reumática	( ) Tuberculose	( ) AIDS	( ) Doença renal	( ) _____	( ) _____	( ) _____
( ) Diabetes	( ) Hipertensão arterial	( ) Cardiopatia	( ) Hepatite										
( ) Doença reumática	( ) Tuberculose	( ) AIDS	( ) Doença renal										
( ) _____	( ) _____	( ) _____	( ) _____										
20. História social:													
- Uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não - Tipo de uso: ( ) Frequente ( ) Esporádico ( ) Raro													
- Uso de drogas? ( ) Cigarro ( ) Maconha ( ) Cocaína inalatória ( ) Drogas IV ( ) Outra													

Exame clínico

21. PA: \_\_\_\_\_ 22. Peso: \_\_\_\_\_ 23. Altura: \_\_\_\_\_

**Pele e mucosas**

24. Descreva o aspecto da lesão principal: (formato, bordas, fundo, exsudato, eritema, enduração, tamanho)

\_\_\_\_\_

25. Número total de lesões: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Mais que três - Quantas: \_\_\_\_\_

26. Tipo de lesões:

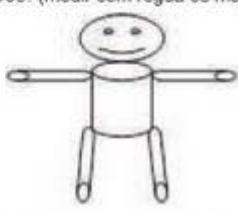
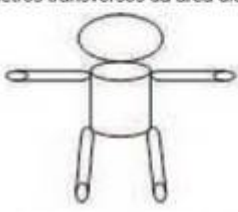
( ) Ulcerosa	( ) Úlcero-vegetante	( ) Placa	( ) Papulosa
( ) Nodular	( ) Cicatricial	( ) _____	( ) _____

27. Localização:

( ) Cabeça	( ) Pescoço	( ) Tórax	( ) Abdome
( ) MSE	( ) MSD	( ) MIE	( ) MID

Lesão abaixo do joelho? ( ) Sim ( ) Não      Outra: \_\_\_\_\_

28. Tamanho das lesões: (medir com régua os maiores diâmetros transversos da área ulcerada) \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm

29. Infecção secundária? ( ) Sim ( ) Não      30. Gânglio satélite? ( ) Sim ( ) Não

31. Linfangite? (visível ou palpável) ( ) Sim ( ) Não      32. NóduloSC? ( ) Sim ( ) Não

33. Presença de lesão mucosa? ( ) Sim ( ) Não - ( ) Nariz ( ) Palato ( ) Laringe ( ) \_\_\_\_\_

34. Fez avaliação do otorrino pré-tratamento? ( ) Sim ( ) Não  
Descrição: \_\_\_\_\_

35. Aparelho circulatório: ( ) Não examinado ( ) Normal ( ) Alterado  
O quê? \_\_\_\_\_

36. Aparelho respiratório: ( ) Não examinado ( ) Normal ( ) Alterado  
O quê? \_\_\_\_\_

37. Abdome: ( ) Não examinado ( ) Normal ( ) Hepatomegalia ( ) Esplenomegalia ( ) \_\_\_\_\_

38. Neurológico: ( ) Não examinado ( ) Normal ( ) Alterado  
O quê? \_\_\_\_\_

Diagnóstico laboratorial

Exame	Data	Resultado	Observação
39. Teste de Montenegro	____/____/____		
40. Raspado	____/____/____		
41. Histopatológico	____/____/____		
42. Imprint	____/____/____		
43. PCR	____/____/____		

OBS.: Nos casos suspeitos de lesões mucosas, acrescentar: Parecer do otorrino, VDRL, PPD, RX de tórax, Sorologia para Paracoccidioidomicose (LACEN).

<b>Diagnóstico laboratorial</b>	<b>Exames para controle do Glucantime</b>				
	Exame	Pré-tratamento	1º Controle ____/____/____	2º Controle ____/____/____	3º Controle ____/____/____
	44. Hemácias				
	45. Hemoglobina				
	46. Hematócrito				
	47. Leucócitos				
	48. Bastões				
	49. Segmentados				
	50. Eosinófilos				
	51. Linfócitos				
	52. Monócitos				
	53. Plaquetas				
	54. TGO				
	55. TGP				
	56. Bilirrubina				
	57. Uréia				
	58. Creatina				
	59. Potássio				
	60. Glicose				
	61. Amilase				
	62. Lipase				
	63. ECG (intervalo QTc)				
	64. VHS				
	65. _____				
	66. _____				
	67. Diagnóstico confirmado? (    ) Sim (    ) Não				
	68. Confirmação parasitológica? (    ) Sim (    ) Não - Método(s): _____				

<b>Conduta terapêutica</b>	<p><b>Até a confirmação diagnóstica:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lavar a lesão com água e sabão de côco. Usar Dersani® (opcional); curativos diários;</li> <li>- Tratar a infecção secundária com antibiótico se houver dor, exudato purulento abundante ou sinais flogísticos;</li> <li>- Utilizar soro fisiológico nasal (preferencialmente morno) 4 a 6x ao dia em caso de lesão mucosa;</li> </ul>
	<p><b>Após a confirmação diagnóstica:</b></p> <p>- Glucantime® (antimoniato de meglumina) na dose de 10mg de Sb<sup>5+</sup>/ kg / dia, durante 20 dias consecutivos, por via IM ou IV (diluído em 100 ml de água destilada em 15 min no microgotas). <i>Cada ampola contém 5ml do antimonio com 405mg de Sb<sup>5+</sup> ou 81mgSb<sup>5+</sup>/ml. Não ultrapassar 3 ampolas/dia.</i></p>
<p>69. Data de início do tratamento: ____/____/____    70. Peso do doente: _____Kg</p>	

Controle de cura	<b>71. 1ª Revisão - 10º dia de tratamento</b>	Data: ____/____/____
	- Verificar a tolerância ao Glucantime e efeitos adversos; - Solicitar rotina de exames de controle para coleta ao final do tratamento; - Se necessário realizar ECG para medir o intervalo QTc; (cálculo do QTc= $QT/\sqrt{RR}$ )	
	<b>72. 2ª Revisão - Final das aplicações de Glucantime</b>	Data: ____/____/____
	- Verificar a tolerância ao Glucantime e efeitos adversos: (assinalar abaixo) <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Mialgia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Artralgia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Rigidez muscular</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Astenia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Hiporexia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Náusea</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Vômito</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Dor abdominal</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Palpitações</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Tontura</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Febre</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Cefaléia</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Dor local</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Prurido local</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Rash</div> <div style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Herpes zoster</div> </div> - Alteração laboratorial: (especificar) _____ - Alteração eletrocardiográfica: (especificar) _____ - Suspensão da medicação: (motivo) _____ - Outras: (especificar) _____	
Assinalar abaixo a condição clínica observada - Grau de epiteliação: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta - Medir: ____x____mm - Distribuição do eritema: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Borda <input type="checkbox"/> Centro da cicatriz <input type="checkbox"/> Borda e centro - Localização da induração: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Apenas na borda <input type="checkbox"/> Toda a cicatriz - Outras manifestações: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ausente</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Linfangite</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Gânglio</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> NóduloSC</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Pápulas perilesionais</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Lesão nova</div> </div>		
	<b>73. 3ª Revisão - 1 mês após o Glucantime</b>	Data: ____/____/____
Assinalar abaixo a condição clínica observada - Grau de epiteliação: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta - Medir: ____x____mm - Distribuição do eritema: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Borda <input type="checkbox"/> Centro da cicatriz <input type="checkbox"/> Borda e centro - Localização da induração: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Apenas na borda <input type="checkbox"/> Toda a cicatriz - Outras manifestações: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ausente</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Linfangite</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Gânglio</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> NóduloSC</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Pápulas perilesionais</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Lesão nova</div> </div>		
	<b>74. 4ª Revisão - 3 meses após o Glucantime</b>	Data: ____/____/____
Assinalar abaixo a condição clínica observada - Grau de epiteliação: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta - Medir: ____x____mm - Distribuição do eritema: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Borda <input type="checkbox"/> Centro da cicatriz <input type="checkbox"/> Borda e centro - Localização da induração: <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Apenas na borda <input type="checkbox"/> Toda a cicatriz - Outras manifestações: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Ausente</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Linfangite</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Gânglio</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> NóduloSC</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Pápulas perilesionais</div> <div style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Lesão nova</div> </div> - Obstrução nasal ou queixas relacionadas: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
<b>Constatada cura clínica sem recidivas ou sem lesões mucosas? (SIM) = ALTA</b>		

**76. 5ª Revisão - 6 meses após o Glucantime**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinalar abaixo a condição clínica observada

- Grau de epitelação: ( ) Completa ( ) Incompleta - Medir: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm
- Distribuição do eritema: ( ) Ausente ( ) Borda ( ) Centro da cicatriz ( ) Borda e centro
- Localização da induração: ( ) Ausente ( ) Apenas na borda ( ) Toda a cicatriz
- Outras manifestações:
 

( ) Ausente	( ) Linfangite	( ) Gânglio
( ) NóduloSC	( ) Pápulas perilesionais	( ) Lesão nova
- Obstrução nasal ou queixas relacionadas: ( ) Presente ( ) Ausente
- Solicitar exame otorrinolaringológico

**77. 6ª Revisão - 1 ano após o Glucantime**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinalar abaixo a condição clínica observada

- Grau de epitelação: ( ) Completa ( ) Incompleta - Medir: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm
- Distribuição do eritema: ( ) Ausente ( ) Borda ( ) Centro da cicatriz ( ) Borda e centro
- Localização da induração: ( ) Ausente ( ) Apenas na borda ( ) Toda a cicatriz
- Outras manifestações:
 

( ) Ausente	( ) Linfangite	( ) Gânglio
( ) NóduloSC	( ) Pápulas perilesionais	( ) Lesão nova
- Obstrução nasal ou queixas relacionadas: ( ) Presente ( ) Ausente
- Solicitar exame otorrinolaringológico

**78. 7ª Revisão - 2 anos após o Glucantime**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinalar abaixo a condição clínica observada

- Grau de epitelação: ( ) Completa ( ) Incompleta - Medir: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mm
- Distribuição do eritema: ( ) Ausente ( ) Borda ( ) Centro da cicatriz ( ) Borda e centro
- Localização da induração: ( ) Ausente ( ) Apenas na borda ( ) Toda a cicatriz
- Outras manifestações:
 

( ) Ausente	( ) Linfangite	( ) Gânglio
( ) NóduloSC	( ) Pápulas perilesionais	( ) Lesão nova
- Obstrução nasal ou queixas relacionadas: ( ) Presente ( ) Ausente

Obs.: Caso haja indicação de novo tratamento ou dúvida em relação à cura clínica, encaminhar o paciente para o ambulatório de referência em leishmaniose, Dra. Renata - Hospital Nereu Ramos – Florianópolis.





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
COORDENAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E ANTROPOZOONOSES  
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º Andar CEP 70.304-000  
Tel. (61) 3213-8153/8154/8155 FAX (61) 3213-8184/8140

**Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para o tratamento de paciente  
com leishmaniose mucosa**

Número da ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (Para uso do Ministério da Saúde)

Número da notificação no SINAN: \_\_\_\_\_ (Campo de preenchimento obrigatório)

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**INSTITUIÇÃO SOLICITANTE**

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

**DADOS PARA ENTREGA DO MEDICAMENTO**

Nome do hospital ou instituição: \_\_\_\_\_

Nome do médico responsável: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_/\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome do responsável pelo recebimento: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço para entrega: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Deverá ser encaminhada no prazo máximo de 30 dias a contar da data de entrega do medicamento a FICHA DE EVOLUÇÃO do paciente. A não entrega desta ficha poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ ( ) Meses ( ) Anos

Peso: \_\_\_\_\_ kg

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço de procedência: \_\_\_\_\_

Município de residência: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES CLÍNICOS** (Descreva brevemente a história clínica do paciente como internações, exames laboratoriais anteriores, entre outros)

---

---

---

---

---

---

#### **DADOS CLÍNICOS ATUAIS**

Início dos sinais e sintomas: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

##### **Exame Clínico:**

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Febre     | <input type="checkbox"/> Esplenomegalia         | <input type="checkbox"/> Hepatomegalia      |
| <input type="checkbox"/> Palidez   | <input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca      | <input type="checkbox"/> Desnutrição grave  |
| <input type="checkbox"/> Icterícia | <input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Edema generalizado |
| <input type="checkbox"/> Vômitos   | <input type="checkbox"/> Diarréia               | <input type="checkbox"/> Outros: _____      |

##### **Co-morbidade:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausente         | <input type="checkbox"/> Doença renal    |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca | <input type="checkbox"/> Doença hepática |
| <input type="checkbox"/> HIV/aids        |  |

Infecção bacteriana associada: ☐ Não ☐ Sim Especificar: \_\_\_\_\_

Outras: \_\_\_\_\_

Deverá ser encaminhada no prazo máximo de 30 dias a contar da data de entrega do medicamento a FICHA DE EVOLUÇÃO do paciente. A não entrega desta ficha poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.

Outros tratamentos específicos para L. Mucosa:

( ) Virgem de tratamento

( ) Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/Sb<sup>+5</sup>/kg/dia      N° de doses: \_\_\_\_\_      N° de Esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Desoxicolato de Anfotericina B:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia      N° de doses: \_\_\_\_\_      Dose total: \_\_\_\_\_

N° de Esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia      N° de doses: \_\_\_\_\_      N° de esquemas: \_\_\_\_\_

## EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

### INESPECÍFICOS:

Hemácias: \_\_\_\_\_ x10<sup>6</sup>

Hematócrito: \_\_\_\_\_ %

Hemoglobina: \_\_\_\_\_ g/dL

Plaquetas: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>

Leucócitos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      S: (    %)      B: (    %)      L: (    %)

M: (    %)      E: (    %)      B: (    %)

AST/TGO: \_\_\_\_\_ U/L

ALT/TGP: \_\_\_\_\_ U/L

Albumina: \_\_\_\_\_ g/dL

Globulina: \_\_\_\_\_ g/dL

Bilirrubinas: Total: \_\_\_\_\_ mg/dL      Direta: \_\_\_\_\_ mg/dL

Atividade de protrombina: \_\_\_\_\_ %

Uréia: \_\_\_\_\_ mg/dL

Creatinina: \_\_\_\_\_ mg/dL

VHS na 1ª hora: \_\_\_\_\_ mm

Outros: \_\_\_\_\_

### EXAME PARASITOLÓGICO:

Aspirado de medula: Positivo ( ) Negativo ( )

Outros achados: \_\_\_\_\_

Deverá ser encaminhada no prazo máximo de 30 dias a contar da data de entrega do medicamento a FICHA DE EVOLUÇÃO do paciente. A não entrega desta ficha poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.



**EXAME SOROLÓGICO:**

RIFI (diluição): \_\_\_\_\_ ELISA: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL**

- ( ) Insuficiência renal estabelecida
- ( ) Transplantado renal
- ( ) Refratariedade ao desoxicolato de anfotericina B

Dose prescrita: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia      Número de ampolas: \_\_\_\_\_

---

(Assinatura e carimbo)

Deverá ser encaminhada no prazo máximo de 30 dias a contar da data de entrega do medicamento a FICHA DE EVOLUÇÃO do paciente. A não entrega desta ficha poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.

Anexo 11



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
COORDENAÇÃO DE DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES E ANTROPOZOONOSES  
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º Andar CEP 70.304-000  
Tel. (61) 3213-8153/8154/8155 FAX (61) 3213-8184/8140

**Ficha de evolução de pacientes com leishmaniose mucosa tratados com  
anfotericina B lipossomal**

Número da ficha: \_\_\_\_\_ (para uso do Ministério da Saúde)

Data da solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de ampolas solicitadas: \_\_\_\_\_

**INSTITUIÇÃO SOLICITANTE**

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**EVOLUÇÃO**

( ) Melhora

( ) Cura

( ) Óbito

( ) Sem relatório de acompanhamento

**MEDICAÇÃO**

Data de recebimento das ampolas de anfotericina lipossomal: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de ampolas recebidas: \_\_\_\_\_

Responsável técnico pelo recebimento: \_\_\_\_\_

Esta ficha deverá ser entregue NO PRAZO MÁXIMO DE 30 DIAS a contar da data de entrega do medicamento.  
A não entrega da mesma poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.

Data do início do tratamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dose prescrita: \_\_\_\_\_mg/kg/dia      Número total de ampolas utilizadas: \_\_\_\_\_

Número de ampolas em estoque após o tratamento: \_\_\_\_\_

**EFEITOS COLATERAIS OBSERVADOS**

( ) Febre              ( ) Cefaléia              ( ) Náusea              ( ) Vômitos

( ) Tremores              ( ) Calafrios              ( ) Dor lombar

( ) Outros(incluindo alterações bioquímicas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo)

Esta ficha deverá ser entregue NO PRAZO MÁXIMO DE 30 DIAS a contar da data de entrega do medicamento.  
A não entrega da mesma poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.

## Anexo 12

### Relação de Abreviaturas

- DIVE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica
- DVRH – Divisão de Vetores, Reservatórios, Hospedeiros e Outros
- FIOCRUZ – Fundação Instituto Osvaldo Cruz
- GERSA – Gerência de Saúde
- GEZOO – Gerência de Controle de Zoonoses
- IDRM – Intradermo Reação de Montenegro
- LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
- LPI – Local provável de infecção
- LTA – Leishmaniose Tegumentar Americana
- PCR – Reação em Cadeia da Polimerase
- SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- VE – Vigilância Epidemiológica
- VE/SMS – Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde
- UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí
- US – Unidade de Saúde

## REVISÃO

Equipe da Divisão de vetores, reservatórios e hospedeiros – DVRH

Gerência de Vigilância de Zoonoses e Entomologia – GEZOO

Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVE

Superintendência de Vigilância em Saúde – SUV

Secretaria de Estado da Saúde / SC

## ELABORAÇÃO

Maria Ernestina Makowiecky

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC

Marise da Silva Mattos

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas / Fundação Instituto Osvaldo Cruz / MS

Sílvia Helena Tormem

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC

Renata Rísoli Gatti

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC

Daniella de Mattia Biz

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC

Rosana Pereira

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC

## COLABORAÇÃO

Ana Nilce Elkhoury

Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde

Fernanda Lautert Paiva da Silva

Laboratório Central de Saúde Pública / Secretaria de Estado da Saúde / SC

Udson Piazza

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC

Vera Lúcia Fonseca de Camargo Neves

Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde

## APOIO ADMINISTRATIVO

Alexandre José de Souza

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC

Franthesco Bertote Guarda

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC

Juliana Chedid Nogared Rossi

Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC