

---

GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Sistema Único de Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica  
Gerencia de Vigilância de Zoonoses,  
Acidentes por Animais Peçonhentos e  
Doenças Transmitidas por Vetores

# GUIA DE ORIENTAÇÃO

# VIGILÂNCIA DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

7ª EDIÇÃO  
SANTA CATARINA  
2024



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

# Sumário

---

<b>1. LISTA DE ABREVIACÕES</b>	<b>4</b>
<b>2. APRESENTAÇÃO</b>	<b>5</b>
<b>3. INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE A LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA</b>	<b>6</b>
3.1) Definição	6
3.2) Modo de Transmissão	6
3.3) Período de Incubação	6
3.4) Perfil Epidemiológico	6
3.5) Manifestações Clínicas	6
3.6) Diagnóstico	7
3.7) Tratamento	8
<b>4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LTA EM SANTA CATARINA</b>	<b>8</b>
<b>5. MEDIDAS GERAIS DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA LTA</b>	<b>10</b>
<b>6. DEFINIÇÃO DE CASO</b>	<b>11</b>
6.1) Critérios Epidemiológicos	11
6.2) Critérios Clínicos	12
<b>7. CONDUTA FRENTE A UM CASO SUSPEITO</b>	<b>17</b>
<b>8. CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES ÀS UNIDADES DE REFERÊNCIA (LTA)</b>	<b>17</b>
<b>9. CASO DESCARTADO</b>	<b>20</b>
<b>10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>	<b>20</b>
<b>11. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL</b>	<b>20</b>
11.1) Exame Direto	22
11.2) Exame Histopatológico e PCR	22
11.3) Isolamento em Cultivo In Vitro (Meios de Cultivo)	23
11.4) Realização do Teste de Montenegro	23
<b>12. CONDUTA FRENTE A UM CASO CONFIRMADO</b>	<b>24</b>
12.1) Critério De Confirmação De Caso	24
12.1.1) Critério Clínico-Laboratorial De Leishmaniose Cutânea E/Ou Mucosa	24
12.1.2) Critério Clínico-Epidemiológico De Leishmaniose Cutânea E/Ou Mucosa	24
<b>13. COINFECÇÃO LEISHMANIA/HIV/AIDS</b>	<b>25</b>

<b>14. SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO PRESCRITO</b> .....	25
14.1) <i>Glucantime®</i> .....	25
14.2) <i>Pentoxifilina</i> .....	26
14.3) <i>Desoxicolato de Anfotericina B</i> .....	27
14.4) <i>Anfotericina B Lipossomal</i> .....	27
14.4) <i>Miltefosina</i> .....	28
<b>15. EXAMES PRÉVIOS AO TRATAMENTO</b> .....	31
15.1) <i>Laboratorial</i> .....	31
15.2) <i>ECG</i> .....	31
15.3) <i>Avaliação com Otorrinolaringologista</i> .....	31
<b>16. QUANDO REALIZAR O TRATAMENTO AMBULATORIAL</b> .....	32
<b>17. QUANDO REALIZAR O TRATAMENTO HOSPITALAR</b> .....	33
<b>18. ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE APÓS TRATAMENTO</b> .....	34
<b>19. CLASSIFICAÇÃO DO CASO E DETERMINAÇÃO DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO (LPI)</b> .....	34
<b>20. CONCLUSÃO E ENCERRAMENTO DO CASO</b> .....	35
20.1) <i>Óbito</i> .....	35
20.2) <i>Abandono</i> .....	35
20.3) <i>Cura Clínica</i> .....	36
20.3.1) <i>LTA cutânea</i> .....	36
20.3.2) <i>LTA mucosa</i> .....	36
20.4) <i>Recidiva</i> .....	37
20.5) <i>Falha Terapêutica</i> .....	37
<b>21. VIGILÂNCIA ENTOMOLÓGICA/AMBIENTAL</b> .....	38
21.1) <i>Ações de Vigilância</i> .....	38
21.1.1) <i>Delimitação da área foco</i> .....	38
21.1.2) <i>Pesquisa e Monitoramento Entomológico</i> .....	39
<b>22. VIGILÂNCIA DOS VERTEBRADOS</b> .....	40
22.1) <i>Reservatórios Silvestres</i> .....	40
22.2) <i>Animais Domésticos</i> .....	40
<b>23. MEDIDAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO</b> .....	41
23.1) <i>Medidas Preventivas de Âmbito Individual</i> .....	41
23.2) <i>Medidas Preventivas de Âmbito Coletivo</i> .....	41
<b>24. AÇÕES EDUCATIVAS</b> .....	42
<b>25. REFERÊNCIAS</b> .....	43
<b>26. ANEXOS</b> .....	44

# 1. LISTA DE ABREVIATURAS

---

- **DIVE** – Diretoria de Vigilância Epidemiológica
- **DVRH** – Divisão de Vetores, Reservatórios, Hospedeiros e Outros
- **FIOCRUZ** – Fundação Instituto Oswaldo Cruz
- **GERSA** – Gerência de Saúde
- **GEZOO** – Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças transmitidas por vetores
- **IDRM** – Intradermorreação 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
- **UBS** – Unidade Básica de Saúde

## 2. 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 epidemiológica e no controle da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), com orientações sobre os procedimentos administrativos a serem adotados para melhor desenvolvimento das atividades do Programa de Controle da LTA no estado de Santa Catarina.

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

[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/GUIA\\_MS\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar2017.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/GUIA_MS_vigilancia_leishmaniose_tegumentar2017.pdf)

**PARA ESCLARECIMENTOS, DÚVIDAS E/OU SUGESTÕES, ENTRAR EM CONTATO COM:**

Divisão de Vetores, Reservatórios, Hospedeiros e Outros (DVRH)  
Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e  
Doenças transmitidas por vetores (GEZOO)  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE)

**Telefones: (48) 3664-7479/ 7480/ 7481/ 7482**

# 3. INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE A LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

---

## 3.1) DEFINIÇÃO

Doença infecciosa, não contagiosa, causada por protozoários do gênero *Leishmania* que acomete pele e mucosas. Primariamente é uma infecção zoonótica que afeta animais silvestres e domésticos e, secundariamente, os seres humanos.

## 3.2) MODO DE TRANSMISSÃO

Através da picada de fêmeas de insetos denominados flebotomíneos (popularmente chamados de mosquito-palha), infectadas com o protozoário. Não existe transmissão inter-humana.

## 3.3) PERÍODO DE INCUBAÇÃO

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

## 3.4) PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

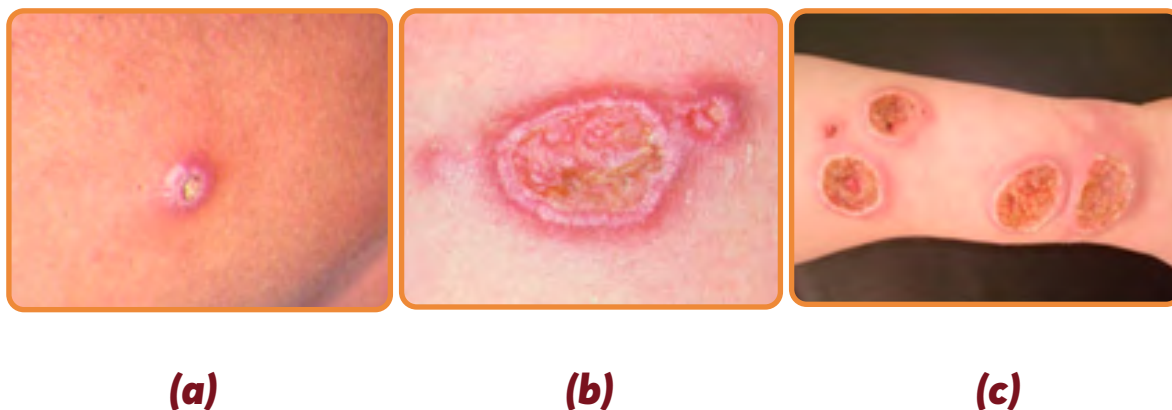
Observa-se a existência de três perfis epidemiológicos:

- a. **Silvestre** – em que a transmissão ocorre em áreas de vegetação primária, como florestas e matas nativas.
- b. **Ocupacional ou lazer** – em que a transmissão está associada à exploração e fragmentação desordenada das florestas, atividade madeireira, construção de estradas, desenvolvimento de atividades agropecuárias, turismo de aventura e ecoturismo.
- c. **Rural e periurbano** – em que a transmissão ocorre em áreas de encostas e aglomerados urbanos de colonização antiga com presença de fragmentos de matas residuais ou secundárias, ou periurbana, em que houve adaptação do vetor ao peridomicílio.

## 3.5) MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

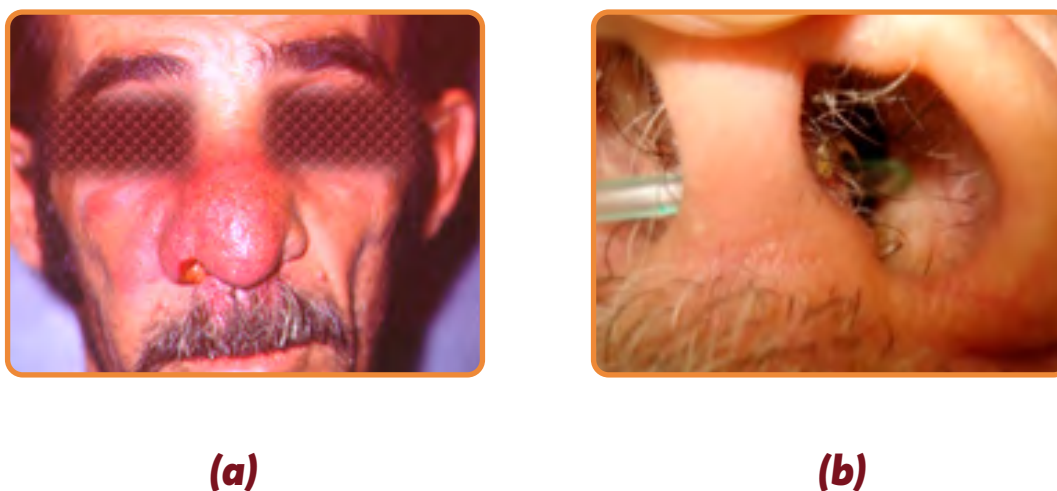
A doença humana pode se manifestar na forma cutânea ou mucosa. A forma cutânea apresenta-se classicamente por lesão papulosa que surge no local da picada do flebótomo (áreas descobertas do corpo), que evolui para úlcera de fundo granuloso e bordas elevadas (em moldura), podendo ser única ou múltipla, geralmente indolor (**Fig. 1**).

**Figura 1.** Forma cutânea (a) – lesão inicial, papulosa, eritematosa, com vértice ulcerado; (b) Três lesões justapostas. A lesão principal é ulcerosa arredondada, bordas elevadas eritematosas, destacando-se da pele sadia como uma moldura, fundo granuloso recoberto parcialmente por fina crosta melissérica, acompanhada de duas lesões eritematosas menores: uma paulosa e outra ulcerada com as mesmas características da lesão maior; (c) lesões múltiplas, úlcero-vegetantes, arredondadas, bordas elevadas eritematosas, com fundo seco apresentando aspecto vegetante, recoberto por crostas.



A forma mucosa surge algum tempo depois da lesão cutânea, mas também pode surgir concomitantemente à lesão cutânea. Caracteriza-se por infiltração, ulceração e destruição dos tecidos da cavidade nasal, palato, faringe ou laringe (**Fig.2a e 2b**).

**Figura 2.** (a) Forma mucosa tardia., com extenso comprometimento da mucosa do septo e cavidade nasal, exteriorizando-se por aumento de volume da pirâmide nasal, tombamento da ponta do nariz e sinais de infecção bacteriana secundária; (b) Forma mucosa tardia recidivada, com perfuração do septo nasal demonstrada pela presença da sonda que atravessa as narinas.



### 3.6) DIAGNÓSTICO

A doença pode ser diagnosticada por:

- **Critério clínico-epidemiológico:** Através do aspecto clínico da lesão associado a dados epidemiológicos (Ex. ocorrência de casos de LTA na região, procedência de áreas endêmicas, inserção em áreas de mata).
- **Critério laboratorial:** Através do achado de formas amastigotas em material obtido de lesão cutânea ou mucosa identificadas ao exame histopatológico ou pela técnica de PCR ou por imuno-histoquímica. A reação de hipersensibilidade retardada a antígenos de *Leishmania* – teste de Montenegro (atualmente não disponível) é um teste imunológico que indica infecção por *Leishmania* spp.

### 3.7) TRATAMENTO

O tratamento da LTA é feito com **Glucantime®** (sal de antimônio pentavalente – Antimoniato de Meglumina), podendo ser utilizado para tratar todas as formas clínicas. O Glucantime não é absorvido por via oral, devendo ser administrado por via intravenosa, intramuscular ou intralésional.

O tratamento tem duração média de 20 dias, para a forma cutânea, ou 30 dias para a forma mucosa. Podendo ser associado com **Pentoxifilina** nos casos de lesão mucosa, recidiva e/ou falha terapêutica de tratamento anterior. Os pacientes que tiverem contraindicação para o uso do **Glucantime®** (droga de primeira escolha) poderão ser tratados com **Desoxicolato de Anfotericina B, Anfotericina B Lipossomal ou Pentamidina**. Este último é também usado como medicamento de primeira escolha para as infecções por *L. (Viannia) guyanensis*, espécie ainda não identificada em Santa Catarina. No Brasil, esta espécie de *Leishmania* está restrita à Região Norte (Acre, Amapá, Roraima, Amazonas e Pará), estendendo-se para as Guianas. Desde 2021, a Miltefosina (único medicamento de administração oral no rol de opções terapêuticas da LTA) está disponível como alternativa terapêutica para casos específicos.

Todos os medicamentos utilizados para o tratamento de LTA são distribuídos e regulados pelo Ministério da Saúde, que recomenda os esquemas terapêuticos a partir de consensos obtidos junto às câmaras técnicas os quais devem ser seguidos criteriosamente para a realização de um tratamento seguro. Essas orientações relativas aos esquemas terapêuticos estão presentes no **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana**, que pode ser acessado em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf) ou [http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/GUIA\\_MS\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar2017.pdf](http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/GUIA_MS_vigilancia_leishmaniose_tegumentar2017.pdf).

## 4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LTA EM SANTA CATARINA

---

Nos últimos 20 anos a LTA expandiu-se por todas as regiões do Brasil. Em 2003, todos os estados já registravam casos autóctones. Nos últimos dez anos, houve uma oscilação do número de casos, destacando-se o ano de 2016 como o de menor incidência da doença nos últimos vinte anos, chegando próximo ao patamar alcançado em 1984. Porém, em 2017, voltou a ocorrer um aumento no número de casos, chegando a uma média de aproximadamente 17.500 casos. A ocorrência da doença revela picos de transmissão a cada cinco anos (MS, 2019).

Em 2017, o coeficiente de detecção no Brasil foi de 8,44 casos por 100 mil habitantes, com a região Norte concentrando 44,7% dos casos, seguida pela região Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, nesta ordem. Na sua maioria eram indivíduos do sexo masculino (72,7%), pardos (67,1%), com incidência de 7,9% em crianças menores de 10 anos. Apenas 4,7% dos casos eram da forma mucosa e em 83,1% dos casos houve confirmação laboratorial. O tratamento utilizado foi o Antimoniato de Meglumina (Glucantime®) em 85% dos casos, sendo que 69,8% evoluíram para cura (MS, 2019).

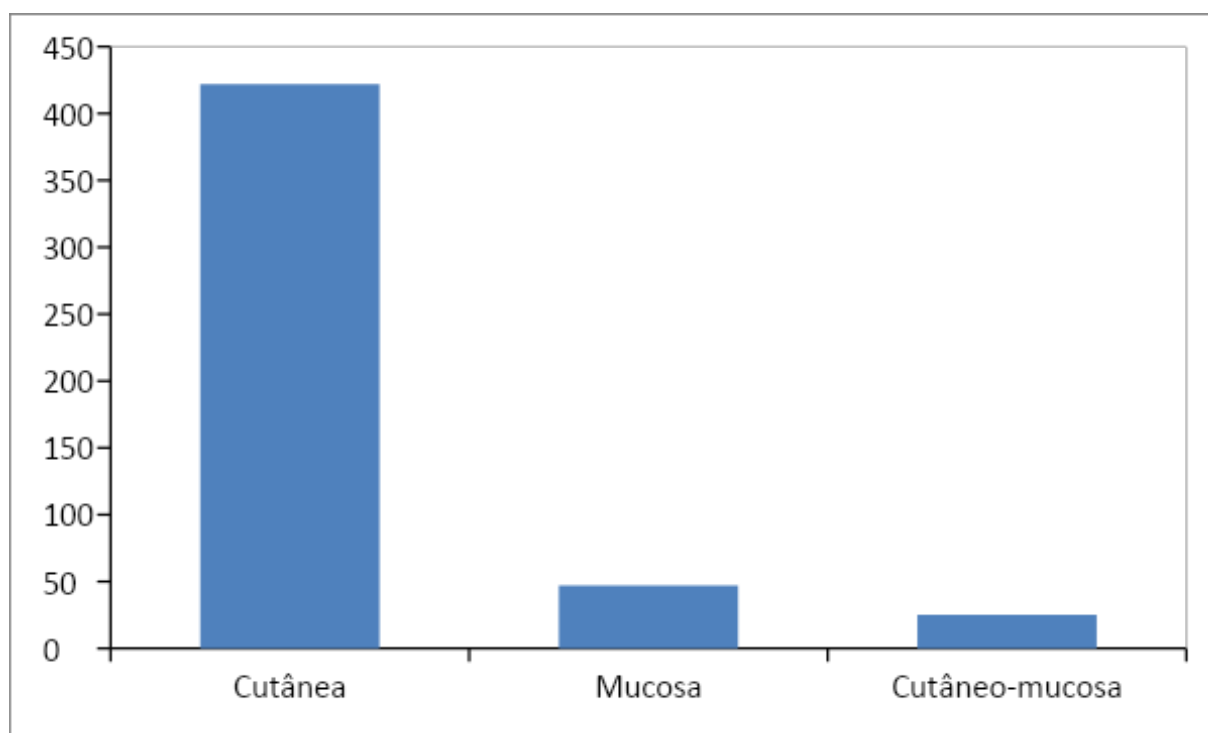


No sul do Brasil, o estado do Paraná concentra o maior número de casos registrados, em média entre 200 e 400 casos/ano, com maior incidência na região norte do estado na divisa com o estado de São Paulo (com coeficiente de 100 a 400 casos por 100 mil habitantes), enquanto Santa Catarina, tem maior incidência de casos no Médio Vale do Itajaí, na região de Blumenau (com coeficiente de 0 a 10 casos por 100 mil habitantes) e o Rio Grande do Sul apresenta entre 1 e 200 casos/ano (MS, 2019).

Em Santa Catarina, casos autóctones da doença foram registrados pela primeira vez de forma isolada no ano de 1987, nos municípios de Quilombo e Coronel Freitas, localizados na região oeste (SÃO THIAGO & GUIDA, 1990). Entre os anos de 2005 a 2009 surtos epidêmicos da doença ocorreram nos municípios de Balneário Camboriú, Blumenau, Camboriú, Corupá, Itapema, Jaraguá do Sul e Schroeder.

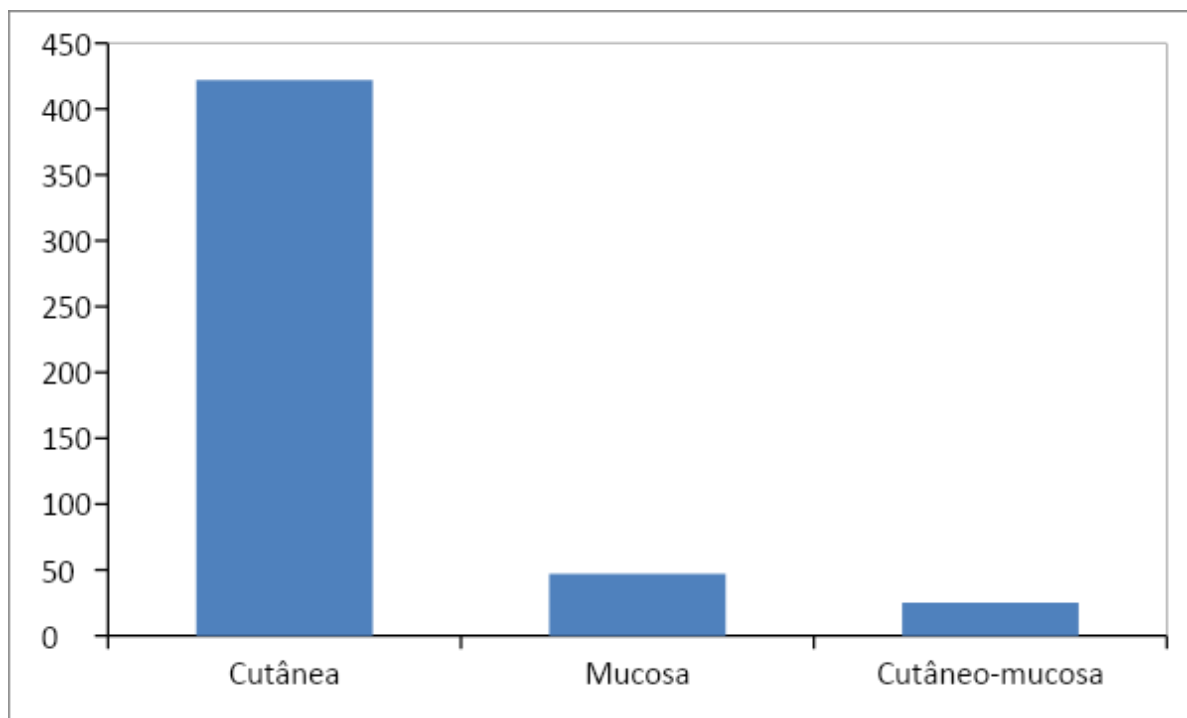
Entre 2007 e 2022, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou em Santa Catarina 494 casos de LTA, sendo 422 em sua forma cutânea (85,43%), 47 em sua forma mucosa (9,51%), e 25 casos com a concomitância das formas cutânea e mucosa (5,06%), como representado na **figura 3** (em anexo no e-mail). Deste total, 269 casos são autóctones do estado. As regiões de saúde de Santa Catarina que apresentaram as maiores incidências de casos autóctones de LTA ao longo da série histórica foram: Médio Vale do Itajaí (com destaque para o município de Blumenau), Nordeste, Foz do Rio Itajaí e Grande Florianópolis, como ilustra a **figura 4**.

**Figura 3.** Distribuição dos casos de LTA por forma clínica.



Fonte: SINAN, 2023.

**Figura 4.** Mapa da distribuição dos casos autóctones de LTA em Santa Catarina.



Fonte: SINAN/TabWin, 2023.

## 5. MEDIDAS GERAIS DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA LTA

A Leishmaniose Tegumentar Americana é uma doença de notificação obrigatória, conforme a **Portaria nº782 de 15 de março de 2017 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 com transmissão ativa de leishmaniose, que reúne os fatores necessários para a interação da população local com os elementos da cadeia de transmissão, isto é, flebotomíneos (infectados por *Leishmania* sp.), reservatórios silvestres e um ou mais casos autóctones.

## 6. DEFINIÇÃO DE CASO

---

### 6.1) CRITÉRIOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Diante da presença de uma lesão suspeita, deve-se investigar os critérios epidemiológicos inerentes ao caso, primeiramente preenchendo a identificação do paciente (dados gerais, identificação individual e dados de residência), e posteriormente fazendo os seguintes questionamentos, a fim de coletar dados clínicos e epidemiológicos:

- O paciente mora e/ou trabalha em região de área de mata? Ou realiza atividades de lazer ao ar livre em áreas com vasta vegetação?
- Houve algum deslocamento (dentro e fora do estado) nos últimos dois anos (para avaliar se é uma área com incidência de casos de LTA)?
- O paciente tem contato com animais domésticos e/ou silvestres? Quais?
- Como surgiu a lesão? Foi após a picada de algum animal? Apresenta dor e/ou coceira no local?
- Qual o tempo de evolução da lesão?
- Verificar se há conhecimento de outras pessoas com manifestações clínicas semelhantes no local de residência, de trabalho, de lazer e outros.
- É o primeiro episódio de LTA? Se não, relatar local e data do tratamento anterior.
- O paciente apresenta histórico de doenças pregressas, como: diabetes, hipertensão, cardiopatia, hepatite, doenças reumáticas, doença renal, tuberculose, AIDS, etc.?

Além desses questionamentos, nos casos de suspeita da forma mucosa, principalmente nos casos de lesões mucosas tardias, o paciente deve ser também questionado em relação à:

- O paciente apresenta cicatrizes de lesões cutâneas? Se sim, recorda-se de ter feito tratamento anteriormente para leishmaniose?
- Caso não apresente cicatrizes ou apresente, mas não se recorde de ter feito tratamento, já apresentou alguma lesão de pele que tenha demorado muito para cicatrizar?
- Onde residia na ocasião em que teve a lesão cutânea? Quanto tempo faz desde que teve a ferida na pele?
- O paciente tem histórico de vínculo epidemiológico com áreas endêmicas?

Esses questionamentos devem ser levantados, ainda que possam ter ocorrido muitos anos antes do quadro atual de lesão mucosa.

Após a consolidação destes dados, é essencial a caracterização do local provável de infecção (LPI) que só é possível a partir da história clínica e informações epidemiológicas. Para a determinação do LPI é necessário verificar se o local de residência e os deslocamentos realizados reúnem condições de transmissão da leishmaniose, como:

- Há ou havia presença de alguma espécie de mosquito nas proximidades?
- Possui ou possuía animais de produção (galinhas, chiqueiros, etc.)? Qual é a distância entre as instalações onde esses animais são criados em relação à residência?
- Há ou havia presença de bananeiras?
- Há ou havia rios, cachoeiras, cursos d'água ou banhados próximo à residência?
- Qual é (era) a destinação do lixo orgânico?
- Se existe (ia) quintal na residência, e se este recebe (ia) recebe limpeza periódica?

A identificação do **LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO** é imprescindível para nortear as ações de vigilância devendo ser o mais completa e correta.

**ESSAS INFORMAÇÕES SÃO FUNDAMENTAIS PARA, EM ASSOCIAÇÃO COM OS CRITÉRIOS CLÍNICOS, DIRECIONAR O DIAGNÓSTICO COM MAIOR PRECISÃO.**

## 6.2) CRITÉRIOS CLÍNICOS:

A apresentação clínica mais comum da forma cutânea (LC) da LTA é a presença de lesão ulcerada de evolução arrastada, indolor, arredondada, de fundo avermelhado, granuloso, com ou sem exsudato, bordas eritematosas bem delimitadas (em moldura), infiltradas e elevadas, geralmente localizada em áreas descobertas do corpo (**Fig. 5**).

**Figura 5.** Forma cutânea localizada - Lesão ulcerada única, arredondada, de formato regular, localizada no dorso da mão, apresentando bordas elevadas, eritematosas e fundo granuloso limpo.



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/ou de linfangite nodular. Muitas vezes o trajeto linfático só é percebido à palpação. **(Fig. 6a e 6b);**

**Figura 6.** Forma cutânea localizada – (a) lesão ulcerosa única arredondada, bordas elevadas eritematosas, levemente descamativas, fundo granuloso seco, base infiltrada bem delimitada, no dorso da mão. (b) lesão ulcerosa única, bordas eritematosas e endureadas com halo descamativo, acompanhada de trajeto linfático nodular palpável até o gânglio satélite regional, localizada no queixo. (Blumenau, 2007)



**(a)**



**(b)**

**b) Disseminada:** Forma clínica relativamente rara, pode ser observada em até 2% dos casos. 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 infrequente **(Fig. 7);**

**Figura 7.** Forma cutânea disseminada – presença de múltiplas lesões papulosas, algumas com vértice ulcerado e dezenas de lesões úlcero crostosas arredondadas, com pouca variação de tamanho, disseminadas por todo tegumento.



**c) Difusa:** Forma clínica rara, porém grave, que ocorre em pacientes com deficiência específica na resposta imune celular a antígenos de *Leishmania* nas infecções por *Leishmania (L.) amazonensis*. Inicia-se com lesão única e evolui de forma lenta formando placas e múltiplas nodulações não ulceradas podendo recobrir grandes extensões cutâneas (**Fig. 8**). Nunca foi descrita em casos autóctones de SC.

**Figura 8.** Forma cutânea difusa - lesões extensas nos membros inferiores, eritematosas, predominantemente tuberosas, confluentes, formando placas infiltradas, com algumas crostas entremeadas, associada a lesão ovalada recoberta por crostas no joelho. (Foto de J. Costa – CPqGM /FIOCRUZ/Bahia)



A apresentação mais comum da forma mucosa na LTA é a presença de úlcera na mucosa nasal, com ou sem perfuração ou destruição do septo nasal. Outros locais que podem ser acometidos são: o palato, a nasofaringe, a laringe, os lábios e a conjuntiva. A forma mucosa tem como queixas obstrução nasal, eliminação de crostas, epistaxe, disfagia, odinofagia, rouquidão, dispneia e tosse. Raramente há queixa de prurido nasal e dor, entretanto, na ocorrência de infecção secundária e sinusite, pode haver dor local e cefaleia.

Estima-se que 3 a 5% dos casos de leishmaniose na forma cutânea desenvolvam lesão mucosa, por isso sugere-se, sempre examinar as mucosas dos pacientes com leishmaniose cutânea, porque as lesões mucosas iniciais geralmente são assintomáticas. A leishmaniose mucosa apresenta-se nas seguintes formas clínicas:

**a) Forma mucosa tardia:** Forma clínica muito comum, pode surgir até vários anos após a cicatrização da forma cutânea. Classicamente está associada às lesões cutâneas não tratadas, às curas espontâneas ou aos tratamentos insuficientes. É comum a presença de cicatriz da antiga lesão cutânea de LTA a qual deve ser sempre procurada nas partes descobertas do corpo, na maioria das vezes apresentando-se como cicatriz atrófica arredondada, podendo ser radiada. **(Fig. 9a e 9b);**

**Figura 9.** Forma mucosa tardia com lesão úlcero-vegetante no septo nasal (8a) e cicatriz da lesão primária (8b).



**(a)**



**(b)**

**b) Forma mucosa sem identificação de lesão cutânea prévia:** Quando a Leishmaniose mucosa 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 na pele. O aspecto desta apresentação clínica não difere daquele observado quando se identifica a cicatriz da lesão primária. É preciso levar em consideração a existência de vínculo epidemiológico provável para que a hipótese seja levantada.

**c) Forma mucosa concomitante:** Quando a lesão mucosa é percebida enquanto o paciente apresenta lesão cutânea ativa (não contígua aos orifícios naturais). Ao contrário da forma mucosa tardia que predomina em idosos, acomete indivíduos de todas as idades. É comum ocorrer quando o paciente apresenta lesões múltiplas, refletindo a possibilidade de disseminação hematogênica do parasita para pele e mucosa. As lesões observadas na mucosa não tem o mesmo potencial destrutivo que as lesões mucosas tardias. **(Fig. 10a e 10b);**

**Figura 10.** Forma mucosa concomitante – (a) paciente jovem, apresentando múltiplas lesões cutâneas no dorso do tórax; (b) lesão infiltrativa e de aspecto granuloso no palato mole, úvula e pilares.



**(a)**



**(b)**

**d) Forma mucosa contígua:** Ocorre por extensão do processo inflamatório da lesão cutânea, localizada próxima a orifícios naturais, para a mucosa subjacente. Nunca deixar de examinar a mucosa que reveste a cavidade próxima à lesão. Em raras ocasiões a lesão cutânea poderá estar-cicatrizada na ocasião do diagnóstico (**Fig. 11**);

**Figura 11.** Lesão de mucosa nasal que surgiu como extensão de lesão cutânea localizada na região adjacente ao septo cutâneo das narinas. Na imagem observamos sequela cicatricial, com destruição do septo cutâneo e septo cartilaginoso do nariz.



**e) Forma mucosa primária:** Ocorre eventualmente pela picada do vetor na mucosa ou semi-mucosa labial ou genital (**Fig. 12**).

**Figura 12.** Forma mucosa primária – Lesão ulcerada recoberta por crostas serohemáticas e melisséricas, bordas eritematosas, infiltradas e mal delimitadas no lábio inferior produzindo macroqueilia do lábio inferior e infiltração da mucosa labial.





## 7. CONDUTA FRENTE A UM CASO SUSPEITO

---

A notificação do caso suspeito é o primeiro procedimento de vigilância. O serviço de saúde da rede pública ou privada que fez a suspeita deverá obrigatoriamente notificar o caso e providenciar o preenchimento da **Ficha de Notificação Individual do SINAN** (Anexo 7) em sua totalidade, encaminhando à Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (VE/SMS).

*Recomenda-se a digitação das fichas no SINAN ainda na suspeição do caso para melhor acompanhamento do caso pela área técnica, e não havendo confirmação do caso, a ficha deverá ser excluída.*

Uma vez notificado o caso, cabe à VE/SMS o procedimento de investigação epidemiológica utilizando o **Relatório para acompanhamento de paciente com leishmaniose tegumentar em Santa Catarina** (Anexo 11), buscando contextualizar o caso, trazendo o máximo de informações pertinentes a fim de corroborar com os resultados dos exames clínicos, para um diagnóstico completo.

## 8. 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;
- Portadores de lesões mucosas extensas (mais de um sítio mucoso acometido), coinfeção com HIV; pessoas com indicação de internação hospitalar;
- 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 (reaparecimento de doença ou sintoma, após período de cura relativamente longo).

Os pacientes co-infectados com HIV e os que necessitem internação hospitalar deverão ser encaminhados pela VE/SMS municipal para o Hospital Nereu Ramos/Florianópolis (Referência no Estado de Santa Catarina), após agendamento prévio via SISREG devendo os municípios indicarem "infectologia leishmaniose". Os atendimentos neste hospital são realizados conforme o agendamento do SISREG, e disponibilizados da seguinte forma:

- 01 (uma) vaga caso novo;
- 02 (duas) vagas retorno;
- 01 (uma) vaga suplementar.

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

Os pacientes com suspeita de leishmaniose tegumentar, e que se encaixarem aos critérios supracitados, devem ser encaminhados para as referências estaduais (Hospital Nereu Ramos/Florianópolis; e Hospital Infantil Joana de Gusmão/Florianópolis) ou para as referências regionais (Ambulatório da Univali/Itajaí; e Policlínica Lindolf Bell/Blumenau):

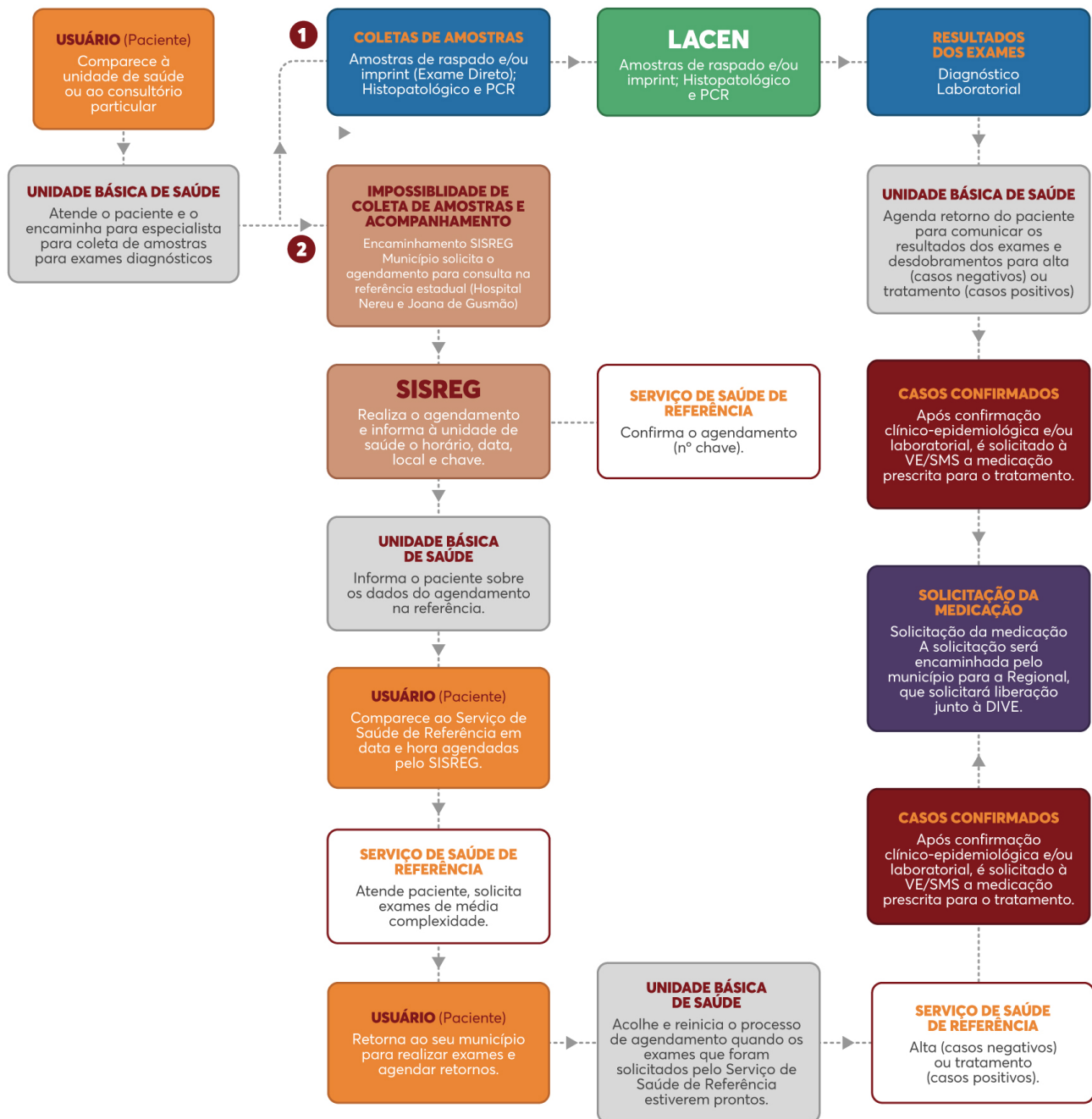
- Os pacientes atendidos na rede pública (através do SUS) podem ter uma hipótese suspeita de LTA sugerida por médicos de diferentes especialidades, mas recomenda-se que para que seja feita a coleta correta das amostras, esta seja realizada por um dermatologista ou infectologista nos casos de forma cutânea, e por um otorrinolaringologista nos casos de lesão mucosa. Apenas na ausência de profissionais dessas especialidades capacitados para realizar essa coleta, recomenda-se o encaminhamento desses pacientes para a referência estadual.
- Os pacientes atendidos na rede particular, após a notificação compulsória já na suspeição, podem optar por realizarem os exames em laboratório particular, porém, recomenda-se que sejam coletadas amostras em duplicidade e essas duplicatas sejam enviadas ao LACEN (laboratório de diagnóstico de referência para o agravo). Porém, se o profissional que atendeu o paciente não for capacitado para a realização da coleta das amostras para exames, pode solicitar junto à VE/SMS o encaminhamento do paciente para a referência estadual.

Os encaminhamentos dos pacientes para as referências estaduais e para as referências regionais devem ser feitos somente via SISREG pelo município onde o paciente foi atendido. Sendo responsabilidade do município acompanhar este encaminhamento, avisando ao paciente em relação à data e horário da(s) consulta(s) agendada(s) pelo sistema de regulação e, na medida do possível, viabilizando o transporte do paciente até a referência estadual.

Os fluxos de atendimento de pacientes estão estabelecidos conforme a realidade de cada município estão descritos nos **anexos 2 a 5**.

**OBSERVAÇÃO:** O SISREG ambulatorial é um sistema que se destina a regular as consultas ambulatoriais especializadas, bem como os exames complementares. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e, portanto, o encaminhamento para consultas e a solicitação dos exames complementares deve ser uma conduta reservada apenas àqueles pacientes que realmente se enquadrem na definição de caso de LTA, baseada nas melhores evidências disponíveis.

# O FLUXO DE ATENDIMENTO E ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE OCORRE DA SEGUINTE FORMA



## 9. CASO DESCARTADO

---

Caso que foi suspeito, mas apresentou diagnóstico laboratorial negativo, ou caso suspeito e que teve diagnóstico confirmado de outra doença.

## 10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

---

Todo caso suspeito ou descartado deverá também ser investigado para outras hipóteses diagnósticas. Isto porque muitas doenças podem ser confundidas com a LTA por apresentarem manifestações clínicas semelhantes, destacando-se, entre elas:

- **Forma Cutânea:** Sífilis, hanseníase, tuberculose, micobacterioses atípicas, paracoccidioidomicose, histoplasmose, esporotricose, cromoblastomicose, piodermite, rinoscleroma, granuloma facial de linha média, sarcoidose, lúpus eritematoso discoide, 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 epidermoide, carcinoma basocelular, linfomas, rinofima, rinosporidiose, entomoftoromicose, hanseníase Virchoviana, sífilis terciária, perfuração septal traumática ou por uso de drogas, rinite alérgica, sinusite, sarcoidose, granulomatose de Wegner.

## 11. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

---

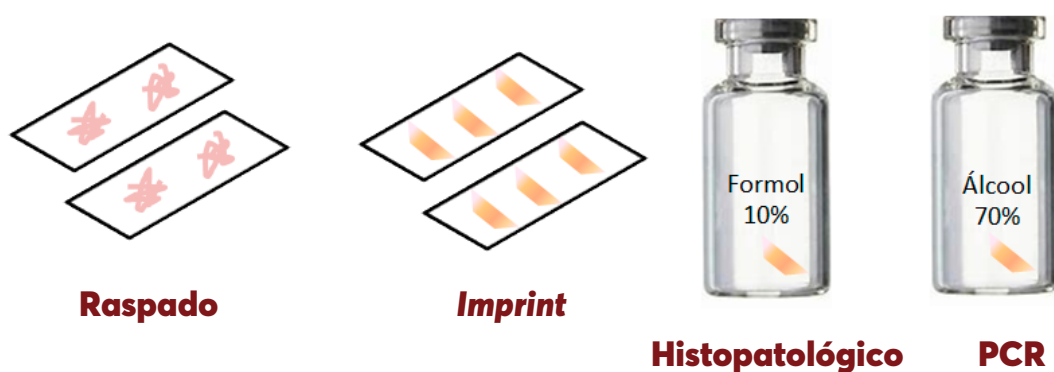
O diagnóstico para confirmação da LTA é realizado **mediante o encontro do parasito** nos tecidos, e também **mediante a análise molecular** (PCR) que constata a presença de DNA do parasito nos tecidos, associados a um histórico epidemiológico com fortes evidências de possível infecção. Portanto, mesmo que o paciente apresente IDRMs positiva (indisponível na rede básica de saúde e laboratórios no momento), **recomenda-se a confirmação do diagnóstico por método parasitológico antes do início do tratamento**, especialmente naqueles casos associados a uma apresentação clínica incomum e/ou má resposta ao tratamento anterior. Nesses casos, também está indicado investigar coinfeção pelo HIV.

Para pacientes que apresentem um único laudo de exame histopatológico demonstrando alterações compatíveis ou sugestivas de leishmaniose é recomendada a análise molecular (PCR), que auxilia na confirmação laboratorial, reforçando a evidência diagnóstica para que se possa instituir o tratamento.

**Não serão aceitos laudos de exames sorológicos (como por exemplo: IgM/IgG para *Leishmania donovani*), pois estes exames não confirmam o diagnóstico de doença, e podem ter resultados falso-positivos.**

O exame histopatológico compatível caracteriza-se pela presença de infiltrado inflamatório crônico, com formação de granulomas. Quando for constatada a presença do parasita é necessário que seja mencionado no laudo a presença de formas amastigotas ou a descrição de formas arredondadas contendo núcleo e cinetoplasto. Formas sugestivas de amastigotas não confirmam o diagnóstico. Vale lembrar que *Histoplasma capsulatum* assemelha-se muito a *Leishmania* no formato, localização e tamanho, diferenciando-se pela ausência do cinetoplasto. Se o laudo estiver duvidoso a biópsia deve ser repetida e o material adequadamente encaminhado ao LACEN (Fig. 13).

**Figura 13.** Exemplo esquemático do material que deve ser colhido e enviado para o LACEN para o diagnóstico de LTA: • 2 lâminas de raspado, • 2 lâminas de *imprint*, • 1 frasco com fragmento em formol, • 1 frasco com fragmento em álcool 70.



As amostras para exame parasitológico direto (raspado e/ou imprint) deverão ser coletadas, de preferência, 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**. O exame parasitológico direto é realizado pelo LACEN e os exames histopatológico e PCR são encaminhados (**devidamente acompanhadas da ficha de notificação**, com informações sobre a investigação epidemiológica do caso) à FIOCRUZ, via LACEN.

## 11.1) EXAME DIRETO

É o procedimento de primeira escolha por ser mais rápido, de menor custo e de fácil execução, possibilitando a administração mais precoce do tratamento indicado. Devem ser utilizadas lâminas novas, limpas e desengorduradas. A obtenção de material biológico é feita por raspado da borda da úlcera e/ou pelo *imprint* do fragmento de biópsia. A realização do *imprint* deve ser feita durante o procedimento de biópsia, depois que o fragmento retirado tiver sido clivado ao meio. Usa-se uma das partes obtidas, como se fosse um carimbo, aplicando a superfície de corte com leve pressão, sobre uma lâmina de vidro limpa e nova, de modo a produzir ali a marca do tecido. São feitas duas a três impressões e posteriormente essa parte do fragmento é encaminhada para PCR ou histopatologia conforme as recomendações do item 2, a seguir.

A probabilidade de achado do parasito é inversamente proporcional ao tempo de evolução da lesão cutânea, **sendo rara após um ano.**

É recomendado o envio de 04 (quatro) lâminas:

- Duas contendo o **raspado** da borda das lesões;
- Duas com o *imprint* confeccionadas mediante aposição do fragmento de biópsia sobre as lâminas de vidro.

Na impossibilidade da confecção das lâminas para realização do exame direto, é possível enviar um fragmento de biópsia em soro fisiológico para que a equipe do LACEN confeccione as lâminas, e faça a análise. Mas esta amostra deve ser encaminhada ao LACEN no máximo em 24 horas após a coleta para que a amostra esteja viável no momento da análise.

**OBSERVAÇÃO:** Nos casos de lesão mucosa não é recomendada a realização dos exames de raspado e/ou *imprint*, pois o fragmento retirado é escasso e geralmente apresenta-se com sangue em excesso; além disso, a compressão do fragmento pode danificar a estrutura do tecido, o que inviabiliza o exame.

## 11.2) EXAME HISTOPATOLÓGICO E PCR

Deve-se obter um fragmento da borda da lesão por biópsia, o qual deverá ser dividido ao meio, no sentido longitudinal. Uma das partes será acondicionada em formol neutro tamponado a 10%, sendo esta amostra destinada à realização do exame histopatológico. A outra parte será acondicionada em álcool 70% e essa amostra será analisada através da técnica de PCR. No caso de lesões mucosas, ao invés de um, deve-se obter dois fragmentos separados que serão colocados do mesmo modo em formol 10% e álcool 70%.

**OBSERVAÇÃO:** A técnica da Reação em Cadeia de Polimerase (PCR) não é o padrão ouro para o diagnóstico de LTA tanto em animais quanto em humanos, é um exame suplementar que visa o acréscimo em sensibilidade quando utilizado com outros métodos parasitológicos tradicionais, e mediante um histórico epidemiológico forte para a doença.

### 11.3) ISOLAMENTO EM CULTIVO IN VITRO (MEIOS DE CULTIVO)

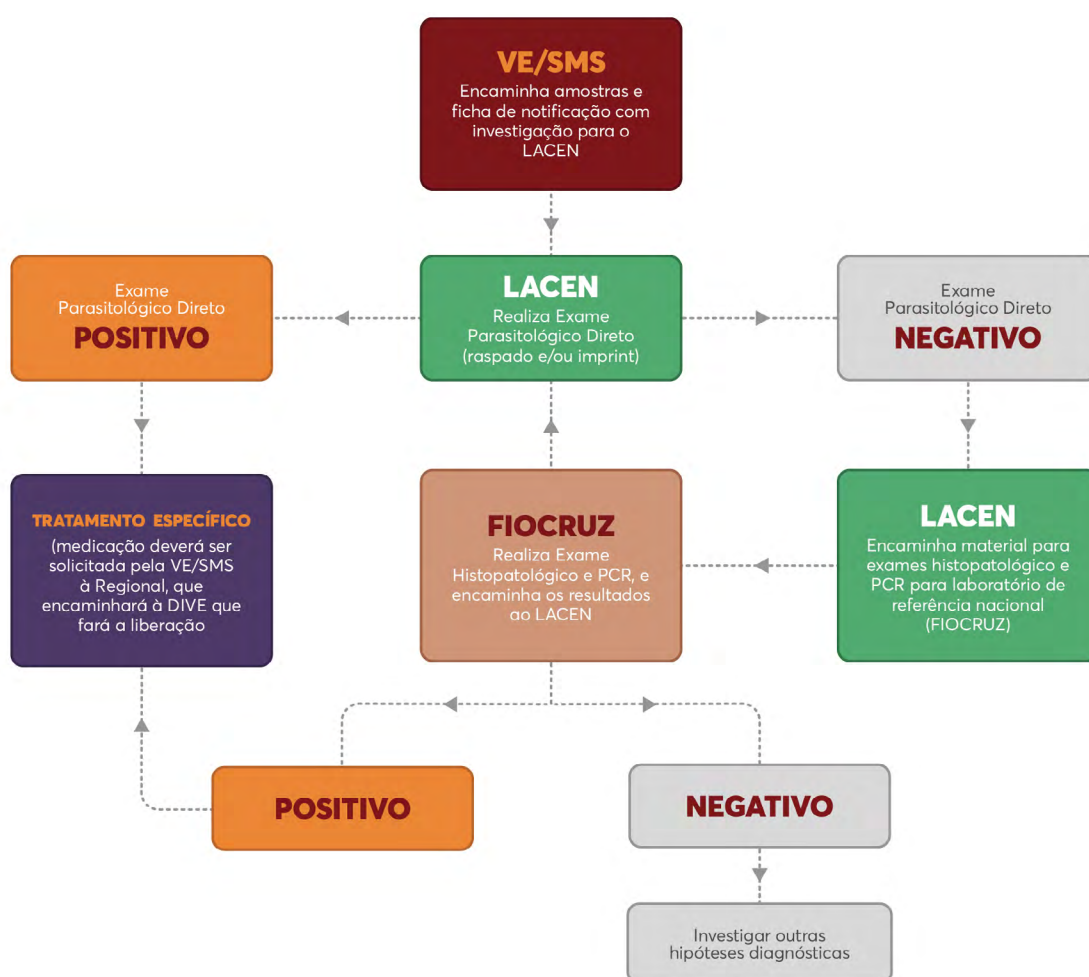
É um método de confirmação do agente etiológico que permite a posterior identificação da espécie de *Leishmania* envolvida. Padrão ouro para o diagnóstico, o cultivo pode ser feito a partir de aspirado da borda da lesão ou de fragmento obtido por biópsia. Esta técnica não está disponível no LACEN. Em caso de necessidade de aplicação dessa metodologia, deve-se entrar em contato com a área técnica para orientações quanto à coleta e envio das amostras para análise em laboratório de referência nacional.

### 11.4) REALIZAÇÃO DO TESTE DE MONTENEGRO

A Intradermorreação de Montenegro (IDRM) é útil para triar o caso e orientar a investigação clínica, pois quando é reatora indica que a pessoa foi picada por flebótomo infectado, podendo estar com leishmaniose. **Atualmente este teste está indisponível, por prazo não definido, não sendo possível realizá-lo.**

Todas as amostras deverão ser coletadas conforme metodologia descrita no Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana, disponível em: ([http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/GUIA\\_MS\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar2017.pdf](http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/GUIA_MS_vigilancia_leishmaniose_tegumentar2017.pdf)) e encaminhadas conforme fluxo abaixo:

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



## 12. CONDUTA FRENTE A UM CASO CONFIRMADO

---

Diante da confirmação do caso (conforme os critérios listados abaixo), deverá ser mantida a ficha de notificação/investigação no SINAN, inserindo corretamente as informações relativas ao critério de confirmação utilizado e ao tratamento preconizado, e que deverá ser providenciado conforme descrito abaixo no item (Solicitação do Medicamento Prescrito).

A VE/SMS deverá encaminhar via e-mail o "Relatório de acompanhamento de paciente com LTA" (Anexo 11). As informações solicitadas neste relatório servem para auxiliar a VE/SMS na investigação e também no apoio durante o acompanhamento do tratamento e evolução clínica do paciente. Este documento é independente da notificação do SINAN. Nele constarão informações detalhadas sobre o caso (inclusive aspectos epidemiológicos que corroborem com o caso), além do histórico de outras doenças do paciente, evolução do caso desde o início da sintomatologia até o diagnóstico e tratamento.

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, mediante agendamento prévio via SISREG.

### 12.1) CRITÉRIO DE CONFIRMAÇÃO DE CASO

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

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

- Residência, procedência ou deslocamento em/de/para área com confirmação de transmissão e encontro do parasito nos exames parasitológicos diretos e/ou indireto (biópsia, histopatológico, isolamento em cultivo *in vitro*);
- Residência, procedência ou deslocamento em/de/para área com confirmação de transmissão e exame histopatológico compatível (ou seja, infiltrado inflamatório crônico granulomatoso com ou sem a presença de parasitas);
- Residência, procedência ou deslocamento em/de/para área com confirmação de transmissão e intradermorreação de Montenegro (IDRM) positiva (indisponível no momento na rede).

#### 12.1.2 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/de/para área com confirmação de transmissão. Nas formas mucosas, considerar a presença de cicatrizes cutâneas como critério clínico complementar e as condições epidemiológicas na época da ocorrência da lesão cutânea, quando for o caso.



## 13. COINFECÇÃO LEISHMANIA/HIV/AIDS

---

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. O aumento expressivo do número de casos de co-infecção tem sido observado desde o início da década de 1990 e há projeções de 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 coinfeção 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.**

## 14. SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO PRESCRITO

---

As solicitações de medicamento prescrito para o tratamento de LTA no estado devem seguir o seguinte fluxo:

1. A Vigilância Epidemiológica Municipal/Secretaria Municipal de Saúde deverá solicitar o medicamento à Gerência Regional de Saúde do Estado (GERSA);
2. A GERSA deverá solicitar à área técnica responsável pelo agravo – Divisão de Vetores Reservatórios e Hospedeiros/Gerência de Zoonoses/Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DVRH/GEZOO/DIVE) a liberação do medicamento, mediante cópia:
  - Da notificação/investigação (SINAN);
  - Do laudo diagnóstico (em casos de análise em laboratório particular ou diagnóstico laboratorial realizado em outro estado);
  - Da prescrição médica.

### 14.1) GLUCANTIME®

Para a solicitação do Antimoniato de Meglumina (Glucantime®), a droga de primeira escolha para o tratamento de LTA, é necessário somente seguir o fluxo supracitado, acompanhado necessariamente da prescrição médica (receita).

Em casos de **pacientes com a forma clínica mucosa**, considerada mais grave do que a forma cutânea, há uma taxa de sucesso de tratamento inferior, requerendo doses acumuladas maiores dos medicamentos. Para isso, é recomendado o emprego da **Pentoxifilina** como **adjuvante** no tratamento com o Antimoniato de Meglumina (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.

**ATENÇÃO:** Em pacientes acima de 50 anos, com insuficiência renal, cardíaca ou hepática é **contraindicado o uso do Glucantime®**. Assim como para aqueles que não responderam adequadamente ao tratamento com Glucantime®. Nestes casos, recomenda-se a Anfotericina B Lipossomal como opção terapêutica para o tratamento desses pacientes. No entanto, seu uso deveria ser iniciado após um intervalo mínimo de 10 dias após a suspensão de tratamento anterior com Glucantime®.

## 14.2) PENTOXIFILINA

O protocolo de tratamento utilizando a Pentoxifilina nos casos de leishmaniose na forma mucosa, definido pelo Ministério da Saúde, é:

Um comprimido de 400 mg 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 20 mg Sb<sup>5+</sup>/Kg/dia – dose máxima diária de 1.215 mg Sb<sup>5+</sup> (3 ampolas), durante 30 dias consecutivos.

- **Critério de inclusão para uso do protocolo:** diagnóstico confirmado de LM; idade > ou igual a 12 anos <= 50 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;

Em pacientes com **comprometimento severo da função hepática, é necessária uma redução da dose de Pentoxifilina**, de acordo com a tolerância individual.

A solicitação da Pentoxifilina deve seguir o mesmo fluxo das demais solicitações de medicamentos para o tratamento das leishmanioses.

### 14.3) DESOXICOLATO DE ANFOTERICINA B

A solicitação do Desoxicolato de Anfotericina B segue o fluxo supracitado. Seu uso é indicado para pacientes com histórico prévio de falha terapêutica com Antimoniato de Meglumina (Glucantime®), porém há contraindicação em pacientes com insuficiência renal e em pacientes que tenham apresentado hipersensibilidade à anfotericina B ou algum outro componente da formulação.

**ATENÇÃO:** Quando houver necessidade de uso sequencial do Desoxicolato de Anfotericina B após Antimoniato de Meglumina (Glucantime®), recomenda-se que o Desoxicolato de Anfotericina B seja iniciado somente após 14 dias do término do tratamento com Antimoniato de Meglumina, para evitar toxicidade cardíaca grave.

### 14.4) ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

Esta medicação é indicada aos pacientes que possuem alguma contraindicação ao uso do Glucantime® e/ou tiveram falha terapêutica comprovada com mais de um ciclo de tratamento com Glucantime® ou outras medicações do rol de tratamentos da LTA. A solicitação dessa medicação deverá ser realizada exclusivamente mediante o preenchimento integral da "Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal" (Anexo 12). Essa ficha deverá ser preenchida e assinada pelo médico. Posteriormente deve ser seguido o fluxo para solicitação de medicamento. A DIVE analisará a adequação da indicação do uso desta medicação, para então autorizar a dispensação da mesma.

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

**A GERSA deverá entregar o medicamento Anfotericina B Lipossomal à VE/SMS, que será responsável por destinar as ampolas diretamente para a unidade de saúde onde o paciente será tratado,** sendo que esta deverá estar obrigatoriamente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Em hipótese alguma a medicação deverá ser entregue ao paciente para que não ocorram extravios, quebra/perda de ampolas e desvios para outros fins, como o tratamento de cães.

**OBSERVAÇÃO:** Em até 30 dias a contar da data da 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 13). Sendo que, a não entrega da mesma poderá acarretar no não atendimento de novas solicitações.

## 14.5) MILTEFOSINA

A Miltefosina ou hexadecilfosfocolina foi originalmente criada como um agente Antitumoral com ação demonstrada também sobre parasitas, entre eles Leishmania. Age interagindo com a membrana da célula parasitária, alterando sua permeabilidade, levando o parasita à morte. Salvo em casos excepcionais discutidos com a área técnica previamente, a Miltefosina não deve ser utilizada em casos de LTA com acometimento mucoso, pois sua efetividade nestas formas de doença ainda não é bem estabelecida na literatura. Os casos de LTA com acometimento mucoso devem ser tratados, preferencialmente, com a associação entre glucantime e pentoxifilina ou com a anfotericina lipossomal.

Esta medicação foi incorporada pelo Ministério da Saúde como parte do arsenal terapêutico para a LTA, a partir de janeiro de 2021, como o primeiro tratamento oral para LTA no SUS, visando à assistência de mais pacientes, e que esses possam ser tratados com segurança e eficácia, de forma menos invasiva e acessível, promovendo uma melhor adesão ao tratamento.

Recomenda-se a administração de 2,5 mg/kg/dia da medicação por via oral, dividida em 2 ou 3 doses, até o limite de 150 mg/dia (3 cápsulas), para pessoas a partir de 12 anos de idade e peso corporal não inferior a 30 kg. As doses devem ser administradas preferencialmente após as refeições visando mitigar os efeitos gastrointestinais, principalmente náuseas e vômitos.

O esquema posológico será de acordo com o peso corporal dos pacientes. Aqueles que tiverem peso maior ou igual a 30 kg e menor ou igual a 45 kg, a dose recomendada diária é de 100 mg/dia (2 cápsulas). E pacientes com mais de 45 kg, a dose é de 150 mg/dia (3 cápsulas).

O tratamento deverá ocorrer em duas etapas de 14 dias cada, totalizando 28 dias. Entre uma etapa e outra, o paciente deve retornar ao serviço de saúde para avaliação médica e orientações em relação à continuidade do tratamento. Nessa ocasião, é recomendada a averiguação da sobra de medicação. Sendo que, toda sobra deve ser recolhida, registrada e devidamente descartada pelo serviço de saúde.

Ao término dos 28 dias de tratamento, o paciente deve retornar para avaliação final, nova averiguação de sobra de medicação, e em caso de paciente em idade fértil, com possibilidade de gravidez, orientar a contracepção por mais 4 (quatro) meses, e encaminhamento para a atenção primária.

Figura 14. Etapas do Tratamento com Miltefosina.



A Miltefosina é absolutamente contraindicada a pacientes que apresentem: hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes; danos graves e pré-existentes da função hepática ou renal; síndrome de Sjögren-Larsson; problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou má absorção de glucose-galactase; e gravidez.

Por tratar-se de um medicamento de perfil teratogênico, a Miltefosina (Impavido®) é um medicamento de controle especial (Lista C1 da portaria nº 344/1998) seu uso é proibido para gestantes, e somente será prescrita a pacientes em idade fértil mediante exclusão da gravidez por meio de teste sensível para dosagem de Beta-HCG realizado 24h antes do início da medicação e comprovação de utilização de no mínimo, 2 (dois) métodos de contracepção altamente efetivos (de acordo com a RCD nº 337/2020), sendo 1 (um) deles de barreira, além da assinatura de Termo de Responsabilidade/Esclarecimento (Anexos 14 ou 15). Os métodos contraceptivos deverão ser iniciados 30 dias antes do tratamento com Miltefosina e continuados sem interrupção por 4 meses após a parar a Miltefosina. A dosagem de Beta-HCG deverá ser repetida mensalmente nesse período.

Na ocorrência de gravidez durante o tratamento, o uso da Miltefosina deve ser imediatamente suspenso, e o fato deve ser notificado imediatamente à área técnica da DVRH/GEZOO/DIVE através do e-mail: [dvrh@saude.sc.gov.br](mailto:dvrh@saude.sc.gov.br).

Não se enquadram às exigências supracitadas, pacientes que tenham realizado procedimento de esterilização definitiva ou com menopausa confirmada há no mínimo 2 (dois) anos.

Em relação à amamentação, não há evidências científicas disponíveis acerca da excreção da Miltefosina no leite, assim, recomenda-se que esse medicamento não seja utilizado por nutrízes. Nos casos em que for feita a opção de interrupção da amamentação, é necessário garantir que não seja retomado o aleitamento até 5 (cinco) meses após o término ou interrupção do tratamento.

O uso em pessoas imunocomprometidas ainda não foi bem estudado. Não deve ser utilizada como droga de primeira escolha nessa população.

Recomenda-se fortemente a monitorização laboratorial dos níveis de creatinina, ureia e enzimas hepáticas durante o tratamento. Para um melhor acompanhamento do paciente, sugere-se a realização da medição desses parâmetros laboratoriais supracitados no 10º dia de tratamento, possibilitando ao médico que acompanha o paciente avaliar os resultados desses exames no retorno médico da primeira etapa (13º dia do tratamento). Seguindo a mesma lógica, sugere-se a repetição dos testes até o 25º dia do tratamento, possibilitando a avaliação dos resultados no retorno médico ao término do tratamento (28º dia). Os prazos sugeridos poderão ser ajustados e adequados conforme critério médico.

A prescrição da Miltefosina somente será realizada por profissionais médicos, devidamente inscritos no Conselho Regional de Medicina (CRM) por meio da Receita de Controle Especial, válida por 30 dias, em 2 (duas) vias, juntamente com o Termo de Responsabilidade/Esclarecimento.

A Receita de Controle Especial deverá ser escrita (de acordo com o modelo disponível no anexo 16), em 2 (duas) vias, de forma legível, sem emenda e sem rasura. Todos os itens abaixo deverão estar obrigatoriamente preenchidos:

- a. Identificação do emitente: impresso em formulário do profissional ou da instituição, contendo o nome e endereço do consultório e/ou da residência do profissional, número da inscrição no Conselho Regional e no caso da instituição, nome e endereço da mesma;
- b. Identificação do usuário: nome e endereço completo do paciente;
- c. Nome do medicamento ou da substância prescrita sob a forma de Denominação Comum Brasileira (DCB), dosagem ou concentração, forma farmacêutica.

A cada prescrição/etapa do tratamento, o referido Termo de Responsabilidade/Esclarecimento (Anexo 14 ou 15) deverá ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo prescritor e pelo paciente, em 3 (três) vias, devendo a primeira via permanecer no prontuário, a segunda via deverá ser arquivada no local da dispensação e a terceira via deve ser mantida pelo paciente.

Cabe ao prescritor alertar ao paciente de que o medicamento é intransferível, e explicar os possíveis eventos adversos, precauções a serem tomadas e restrições de uso.

As reações adversas mais comuns são: náuseas, vômitos e diarreia, sendo consideradas leves e transitórias na maioria dos casos, podendo ocorrer em 21% a 60% dos pacientes. Por essa razão, é recomendada a ingestão da medicação logo após as refeições. Outras reações adversas menos frequentes são: tonturas, cefaleia, sonolência, inapetência e epigastralgia. Entre os eventos raramente relatados estão: urticária, dor testicular e síndrome de Stevens-Johnson. Podem ocorrer em 5% a 32% dos pacientes, um aumento discreto e transitório das transaminases, de ureia e creatinina.

### **PARTICULARIDADES SOBRE A PRESCRIÇÃO DA MILTEFOSINA**

Quanto à dispensação do medicamento pelo farmacêutico no serviço de saúde, esta possui a excepcionalidade e obrigatoriedade de registro da mesma em sistema nacional, para controle e segurança do paciente, prescritor e dispensador. O acesso ao formulário de dispensação é por meio do link: <https://redcap.saude.gov.br/surveys/index.php?s=PC8PFWA8LX>. O profissional deve ter em mãos: dados da instituição dispensadora, do prescritor, do paciente, do medicamento dispensado e da ficha de notificação do SINAN. O medicamento também não pode ser fracionado.

No estado, as ações de vigilância, prevenção e controle da doença estão sob a responsabilidade da Gerência de Vigilância de Zoonoses Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças Transmitidas por Vetores (GEZOO/DIVE/SUV/SES), que depois da deliberação da área técnica sobre os regramentos estabelecidos na Nota Informativa nº 13/2020 – CGZV/DEIDT/SVS/MS (<https://www.gov.br/saude/pt-r/media/pdf/2020/dezembro/17/nota-informativa-miltefosina.pdf>), foi estabelecido que para melhor atendimento dos pacientes, e efetivo controle da dispensação e farmacovigilância deste medicamento, seu uso será restrito às referências regionais (Ambulatório da Univali, em Itajaí; e Policlínica de Especialidades Lindolf Bell, em Blumenau) e estadual (Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis).

O fluxo de solicitação das medicações para o tratamento da LTA está descrito no **anexo 22**.

# 15. EXAMES PRÉVIOS AO TRATAMENTO

---

Antes do início do tratamento, o paciente deverá ser submetido aos seguintes exames pré-tratamento:

## 15.1) LABORATORIAL

- Hemograma
- Creatinina
- Ureia
- TGO/TGP
- Fosfatase alcalina
- Gama GT
- TAP
- TTPA
- TSH
- Amilase
- Lipase
- Glicemia em jejum
- Colesterol total e frações
- Triglicerídeos
- Anti-HIV
- HBSAG
- Anti-HBC total
- Anti-HCV
- VDRL

## 15.2) ECG

Medir intervalo QTc (QT corrigido pela frequência cardíaca).

## 15.3) AVALIAÇÃO COM OTORRINOLARINGOLOGISTA

Recomenda-se que todos os pacientes sejam avaliados ao diagnóstico por um otorrinolaringologista para analisar indícios de uma possível lesão mucosa, pois a sua presença pode modificar a escolha terapêutica. Esta avaliação deve ser realizada com exame físico e naso-laringoscópico. A avaliação do profissional especialista também é importante no acompanhamento de tratamento e no controle de cura, principalmente quando houver lesão mucosa no primeiro atendimento ao paciente.

Na impossibilidade da realização dos exames no município, a VE/SMS pode articular a possibilidade de realização dos mesmos nos municípios circunvizinhos (custeados pelo município onde o paciente foi primeiramente atendido ou reside) ou, na impossibilidade anteriormente citada, pode ser feito o encaminhamento do paciente para ser atendido na referência estadual (Hospital Nereu Ramos) – via SISREG.

# 16. QUANDO REALIZAR O TRATAMENTO AMBULATORIAL

---

O tratamento de LTA pode ser realizado no âmbito ambulatorial, no próprio município de residência do paciente, utilizando o Antimoniato de Meglumina (Glucantime®), quando o mesmo não apresentar nenhum dos impedimentos listados na página 27.

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.

Para que seja dado início ao tratamento de um paciente em seu município de origem, todos os exames pré-tratamento devem ter sido analisados pelo médico ou junta médica que fez o diagnóstico e prescreveu a medicação. O paciente deverá ser contra referenciado apenas com as informações pertinentes ao caso, a prescrição do medicamento e o posterior controle de evolução pós-tratamento, utilizando o cartão para acompanhamento da LTA (Anexo 8).

A medicação será liberada conforme o fluxo constante no item **Solicitação de medicamento prescrito** (pág. 25).

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. Por isso, é imprescindível que o paciente faça os exames pré-tratamento, para que haja uma referência para a avaliação desses parâmetros durante o tratamento.



# 17. QUANDO REALIZAR O TRATAMENTO HOSPITALAR

---

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

- Indicação de Anfotericina B Lipossomal;
- 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 400 ms (homens) e 450 ms (mulheres);
- Coinfecção com 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 anti-arrítmicas;
- Necessidade de supervisionar o tratamento por história de abandono terapêutico ou tratamento irregular por baixa adesão.

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.**

## 18. ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE APÓS TRATAMENTO

---

A VE/SMS municipal e a GERSA são responsáveis pelo acompanhamento do tratamento do paciente até a avaliação e constatação da cura clínica. E a GERSA deverá informar a área técnica da DVRH/GEZOO/DIVE sobre as evoluções clínicas dos casos sob sua responsabilidade, bem como sobre qualquer intercorrência durante o atendimento ao paciente.

Nos casos dos pacientes que tiverem tratamento ambulatorial, com aplicação do Antimoniato de Meglumina (Glucantime®), os pacientes devem receber o **Cartão para o acompanhamento ambulatorial da Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA**, disponível em: <[http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Carreira\\_Leishmaniose.pdf](http://dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/Carreira_Leishmaniose.pdf)>. O preenchimento desse cartão é de responsabilidade da unidade de saúde que atende o paciente, mas o mesmo deve ser orientado a levar este cartão a todos os atendimentos, e guardá-lo mesmo após a alta, pois nesse cartão constarão todas as informações pertinentes ao diagnóstico e tratamento, e será de grande utilidade se futuramente o paciente vier a recidivar ou a apresentar a forma mucosa.

Nos casos dos pacientes que tiverem tratamento hospitalar, se o medicamento prescrito for o Antimoniato de Meglumina (Glucantime®).

## 19. CLASSIFICAÇÃO DO CASO E DETERMINAÇÃO DO LOCAL PROVÁVEL DE INFECÇÃO (LPI)

---

A VE/SMS municipal 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. Mas, antes de habilitar para fluxo de retorno, a ficha de notificação deverá estar corretamente preenchida em sua plenitude;
- 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 correspondente e esta à GEZOO/DIVE sobre a confirmação de caso autóctone, investigar e acompanhar a evolução do caso.

Diante de um caso confirmado, a VE/SMS do local provável de infecção (LPI) deverá realizar busca ativa de casos suspeitos e encaminhá-los para diagnóstico.

## 20. CONCLUSÃO E ENCERRAMENTO DO CASO

A VE/SMS municipal será responsável pelo encerramento do caso, bem como, o preenchimento correto de TODOS os campos da ficha do SINAN;

**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 vetorial. A ficha de notificação no SINAN deverá ser encerrada em até 180 dias após a notificação do caso.

A equipe da área técnica responsável pelo Laboratório de Entomologia vinculado à Gerência de Zoonoses/Diretoria de Vigilância Epidemiológica (GEZOO/DIVE) ou equipe da GERSA treinada pela área técnica deverá proceder a investigação entomológica no município, a fim de definir a possibilidade da transmissão domiciliar.

A vigilância epidemiológica da GERSA, em conjunto com a área técnica vinculada à Gerência de Zoonoses/Diretoria de Vigilância Epidemiológica (GEZOO/DIVE) prestará assessoria aos municípios na operacionalização das medidas estabelecidas para o controle da LTA, bem como sua adequação frente a cada realidade.

Diante dos acompanhamentos dos casos pela VE/SMS e pela GERSA, os possíveis desfechos são:

### 20.1) 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 municipal deverão ser consolidadas na investigação do caso e direcionadas à sua GERSA de abrangência e esta a DIVE/DVRH que por sua vez encaminhará a Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde (SVS/MS).

### 20.2) ABANDONO

A VE/SMS municipal 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 municipal a orientação adequada ao paciente, sobre as possíveis consequências da doença, bem como os riscos de se abandonar o tratamento.

## 20.3) CURA CLÍNICA

O critério de cura da LTA é clínico. O paciente deverá retornar para consulta médica sendo:

- Primeira avaliação de cura ao final do tratamento – espera-se epitelização completa da lesão ou quase completa;
- Um mês depois do término do tratamento (ou da primeira avaliação?) – espera-se epitelização completa, lesão plana, sem eritema;
- Três meses depois da segunda avaliação – cicatriz deprimida (atrófica), ausência de sinais inflamatórios ou lesões satélites;
- Seis meses e 1 ano depois do término do tratamento – cicatriz atrófica, ausência de sinais inflamatórios ou lesões satélites, ausência de lesão mucosa. Nessa última revisão é recomendável uma avaliação com otorrino para descartar lesões mucosas incipientes.

Em casos de pacientes que tiveram cura espontânea da lesão, sem qualquer intervenção medicamentosa, recomenda-se que o acompanhamento desses pacientes seja estendido em até 2 (dois) anos após a cicatrização da lesão cutânea. Sendo necessária uma avaliação com otorrino para descartar lesões mucosas incipientes após 1 (um) ano e 2 (dois) anos a partir da cicatrização.

### 20.3.1) LTA cutânea

Em até três 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.

### 20.3.2) LTA mucosa:

Deverá ocorrer regressão de todos os sinais de lesão ativa com comprovação por exame otorrinolaringológico em até seis meses após a conclusão do esquema terapêutico e avaliar para alta ou não, e a necessidade de um novo ciclo medicamentoso.

O paciente que apresentou lesão mucosa deve ser acompanhado uma vez por ano por pelo menos dois anos depois da certificação de cura clínica. É imprescindível que os exames clínicos sejam feitos por médico otorrinolaringologista.

## 20.4) 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 reinfeção considerando a história atual e a realidade epidemiológica de transmissão do agravo, bem como, os possíveis deslocamentos do paciente. Usualmente as recidivas surgem na borda da lesão tratada.

**OBSERVAÇÃO:** Tanto para a LTA na forma cutânea quanto para a forma mucosa, caso as lesões reapareçam dentro do intervalo de um ano, deverá ser notificado no SINAN como recidiva, exceto se o paciente tenha retornado ou se exposto a áreas de transmissão dentro deste intervalo. Caso reapareçam após este período, é classificado como caso novo.

## 20.5) FALHA TERAPÊUTICA

Considera-se falha terapêutica quando um paciente receber dois esquemas terapêuticos regulares com o medicamento de primeira escolha (Antimoniato de Meglumina - Glucantime®) sem apresentar remissão clínica. 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. Nesse caso, deverá ser utilizada uma das opções de medicamentos de segunda escolha, como o Desoxicolato de Anfotericina B ou a Anfotericina B Lipossomal.

Existem relatos de estudos que mostram que a presença de verminoses estimula resposta TH2, que é desfavorável para cura, podendo gerar má resposta terapêutica. Nesses casos, recomenda-se que seja feito exame parasitológico de fezes (3 amostras).

# 21. 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, para que seja possível compreender a dinâmica de transmissão na região e implementar as medidas de controle cabíveis. Para isso, ações coordenadas pela área técnica da DVRH/GEZOO/DIVE, com a participação da GERSA e da VE/SMS para a realização de pesquisa entomológica na área de foco.

O objetivo das ações de vigilância entomológica é identificar e quantificar as espécies de flebotomíneos encontradas na área de foco, a qual é delimitada a partir da ocorrência de casos humanos. Assim essa "nova área" com incidência de LTA deverá ser descrita e avaliada quanto ao risco de transmissão da doença.

## 21.1) AÇÕES DE VIGILÂNCIA

Quando se tratar de área nova de transmissão, ou área não investigada anteriormente, deve-se proceder uma avaliação do local, com a finalidade de nortear a condução das ações de vigilância epidemiológica e entomológica.

Para esta avaliação, deve-se identificar a existência de barreiras naturais que dificultem a dispersão dos flebotomíneos, tais como:

- Extensas áreas sem vegetação densa;
- Acidentes geográficos (serras, rios, etc.);
- Condições que propiciem a presença do vetor e reservatórios, como: presença de vegetação até uma distância de 300 metros a partir da residência do caso confirmado, 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).

### 21.1.1) Delimitação da área ou foco

Em uma ação conjunta entre a VE/SMS e a GERSA, deverá ser pontuada a distribuição dos casos de acordo com o local provável de infecção (LPI), por localidade e por rua. Analisando as características epidemiológicas, geográficas e ambientais da localidade e da circunvizinhança, bem como dos municípios contíguos.

Após essa análise, diante das informações apuradas, a VE/SMS solicitará à GERSA a realização da Vigilância Entomológica. Mas caberá à área técnica da DVRH/GEZOO/DIVE avaliar a necessidade da realização de pesquisa entomológica na área.

### **21.1.2) Pesquisa e Monitoramento Entomológico**

Para a Vigilância Entomológica de uma área podem ser aplicadas duas metodologias: Pesquisa entomológica no foco e Monitoramento entomológico.

A pesquisa entomológica tem como objetivo:

- Verificar a presença de vetores e identificar as espécies de flebotomíneos no local provável de infecção, a fim de confirmar a possibilidade de autoctonia e da ocorrência de transmissão no ambiente domiciliar;
- E em caso de ocorrência de surto. Neste caso as coletas de vetores serão planejadas de acordo com a situação, que será avaliada minuciosamente pela área técnica.
- Após a realização da investigação entomológica, será implantado o monitoramento, com a realização de coletas mensais durante um período mínimo de dois anos, no município pesquisado, dentro da área cuja cobertura vegetal natural seja predominante.
- O monitoramento entomológico 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 ocorrência de fauna flebotomínica em ambiente antrópico;
  - Avaliar intervenções no meio, como: aplicação de inseticidas, manejo ambiental, etc.

## **22. VIGILÂNCIA DOS VERTEBRADOS**

---

### **22.1) RESERVATÓRIOS SILVESTRES**

Não são recomendadas ações objetivando o controle de animais silvestres, entretanto, sempre que possível é importante a realização de estudos sobre a presença desses animais em área de transmissão. Esses podem ser feitos em parcerias entre o município e instituições de ensino e pesquisa que tenham interesse no levantamento das espécies presentes na área.

### **22.2) ANIMAIS DOMÉSTICOS**

Na LTA, os animais domésticos (cães e gatos) não exigem ações objetivando o controle dos mesmos, uma vez que não são reservatórios do parasito, não tendo importância clínica e epidemiológica.



## 23. MEDIDAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO

---

A complexidade da dinâmica de transmissão da LTA devido à existência de diversos vetores, reservatórios e agentes, somados às ações do homem sobre o meio ambiente (como desmatamento, ocupação de áreas em bordas de matas), além das interações antrópicas como ecoturismo e práticas esportivas em áreas silvestres, dificultam o controle da doença.

As estratégias de controle devem ser flexíveis e adaptadas a cada região, de acordo com a realidade de cada locais. Entre as medidas de controle possíveis estão o diagnóstico e tratamento precoce dos casos humanos, ações educativas priorizando a orientação da população sobre a doença.

Na maioria dos casos não se aplicam ações visando o controle químico dos vetores, pois os flebotomíneos têm estreita relação com a mata, sendo portanto silvestres. Assim, são recomendadas apenas ações de vigilância, com acompanhamento do aparecimento de novos casos.

Medidas de controle relacionadas ao meio ambiente e individuais são recomendadas, mas estas dependerão das características epidemiológicas e entomológicas de cada localidade. Sendo elas:

### 23.1) 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.

### 23.2) 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 infectados (gambás, roedores);
- 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.

## 24. AÇÕES EDUCATIVAS

---

Nas áreas de grande incidência de casos, recomenda-se ações conjuntas com as VE/SMS, as GERSAS e a área técnica para a promoção da disseminação do conhecimento sobre a doença, como: primeiros sinais clínicos, modo de transmissão e possíveis medidas profiláticas. Bem como aprimoramento do serviço de referência regional, otimizando o atendimento de pacientes com suspeita do agravo.

Além disso, é fundamental o envolvimento das Secretarias Municipais de Saúde para aumentar o índice de suspeição e o diagnóstico precoce. Para isso, sempre que houver necessidade, serão organizadas capacitações e formações específicas envolvendo os profissionais das Vigilâncias Epidemiológicas e os profissionais de saúde que atendem nas regiões onde houver casos (mesmo que importados) para que seja otimizado o atendimento e visando a sensibilização para a suspeita da doença e seus desdobramentos.

## 25. REFERÊNCIAS

---

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância de Leishmaniose Tegumentar - Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 189 p.: il. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_tegumentar.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_tegumentar.pdf)>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Apresentação com dados epidemiológicos da Leishmaniose Tegumentar no Brasil. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Leish-2017-novo-layout.pdf>>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa nº 5/2016 – CGDT/DEVIT/SVS/MS – Informe sobre a incorporação do fármaco pentoxifilina para o tratamento adjuvante de pacientes com leishmaniose tegumentar da forma mucosa no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/20/Nota-T--cnica---pentoxifilina-para-mucosa.pdf>>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Nota Informativa nº 13/2020 – CGZV/DEIDT/SVS/MS – Orientações sobre o uso da miltefosina para o tratamento da Leishmaniose Tegumentar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/17/nota-informativa-miltefosina.pdf>>.

São Thiago PT, Guida U. Leishmaniose tegumentar no Oeste do Estado de Santa Catarina. Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 23: 201-203, out-dez, 1990.

## 26. ANEXOS

### ANEXO 1

#### **SERVIÇOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA EM SANTA CATARINA**

##### **Hospital Nereu Ramos (Referência Estadual)**

Referência:

Rua Rui Barbosa, 800, Agrônômica, Florianópolis/SC

CEP 88025-301

Horário de atendimento: 8h às 12h

Atende os municípios das demais Gerências de Saúde, via SISREG;

##### **Hospital Infantil Joana de Gusmão (Referência Estadual)**

Rui Barbosa, 152 - Agrônômica, Florianópolis/SC

CEP 88025-301

(48) 3251-9000

Horário de Atendimento: 08h às 17h30

Atende casos suspeitos menores de 14 anos, das demais Gerências de Saúde

##### **Ambulatório Univali (Referência Regional)**

Rua Uruguai, 458 – Centro, Itajaí/SC,

CEP 88302-202

Horário de Atendimento: 07h30 às 17h30

(47) 3341 7788 (47) 3341-7959

Atende casos referenciados pelos municípios da Gerência Regional de Saúde de Itajaí

##### **Policlínica Lindolf Bell (Referência Regional)**

Rua Dois de Setembro, 1234 – Itoupava Norte, Blumenau/SC

CEP 89052-003

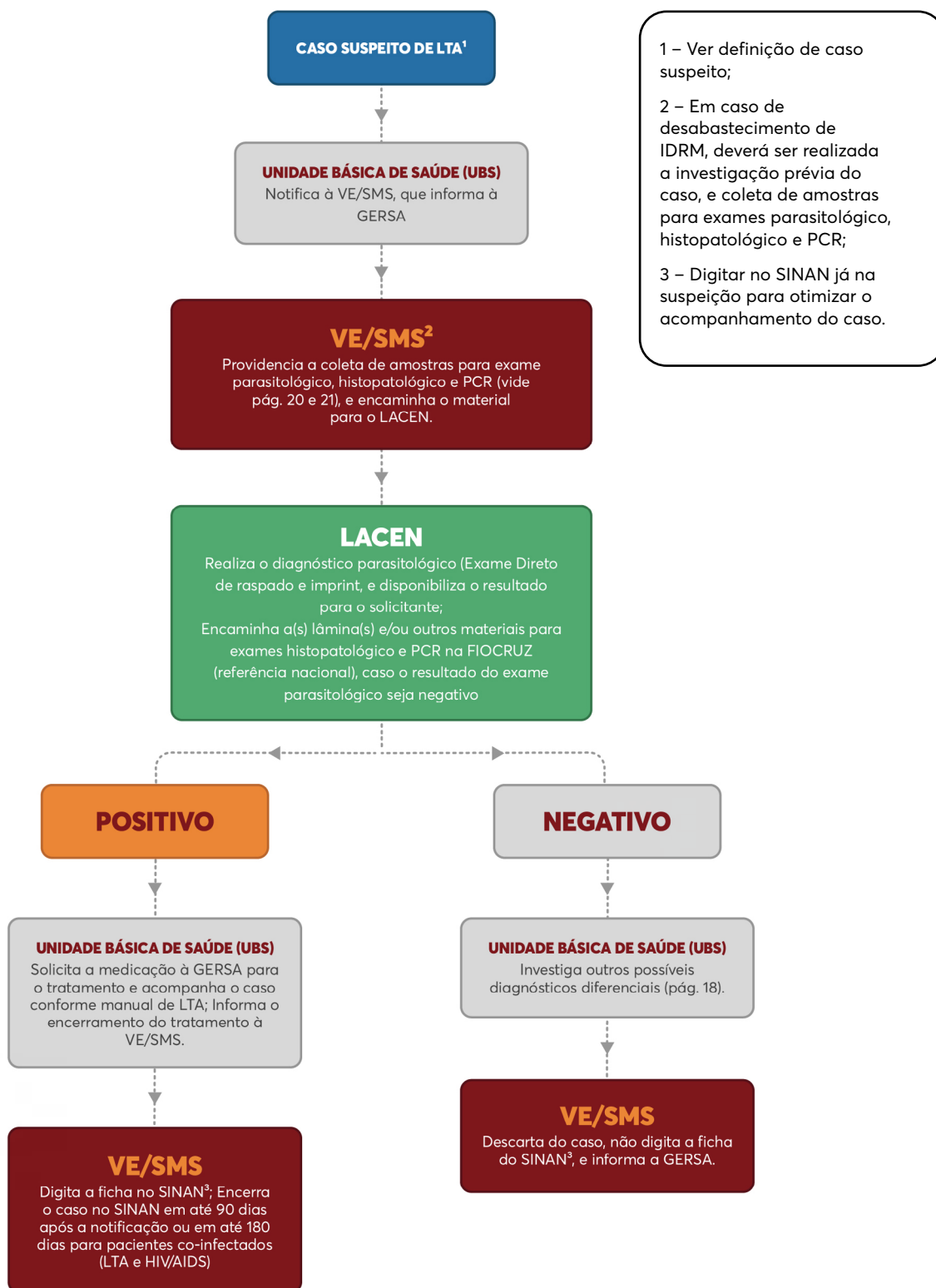
(47) 33817607

Horário de Atendimento: 08h às 12h e 13h30 às 18h

Atende casos de referenciados pelos municípios da Gerência Regional de Saúde de Blumenau

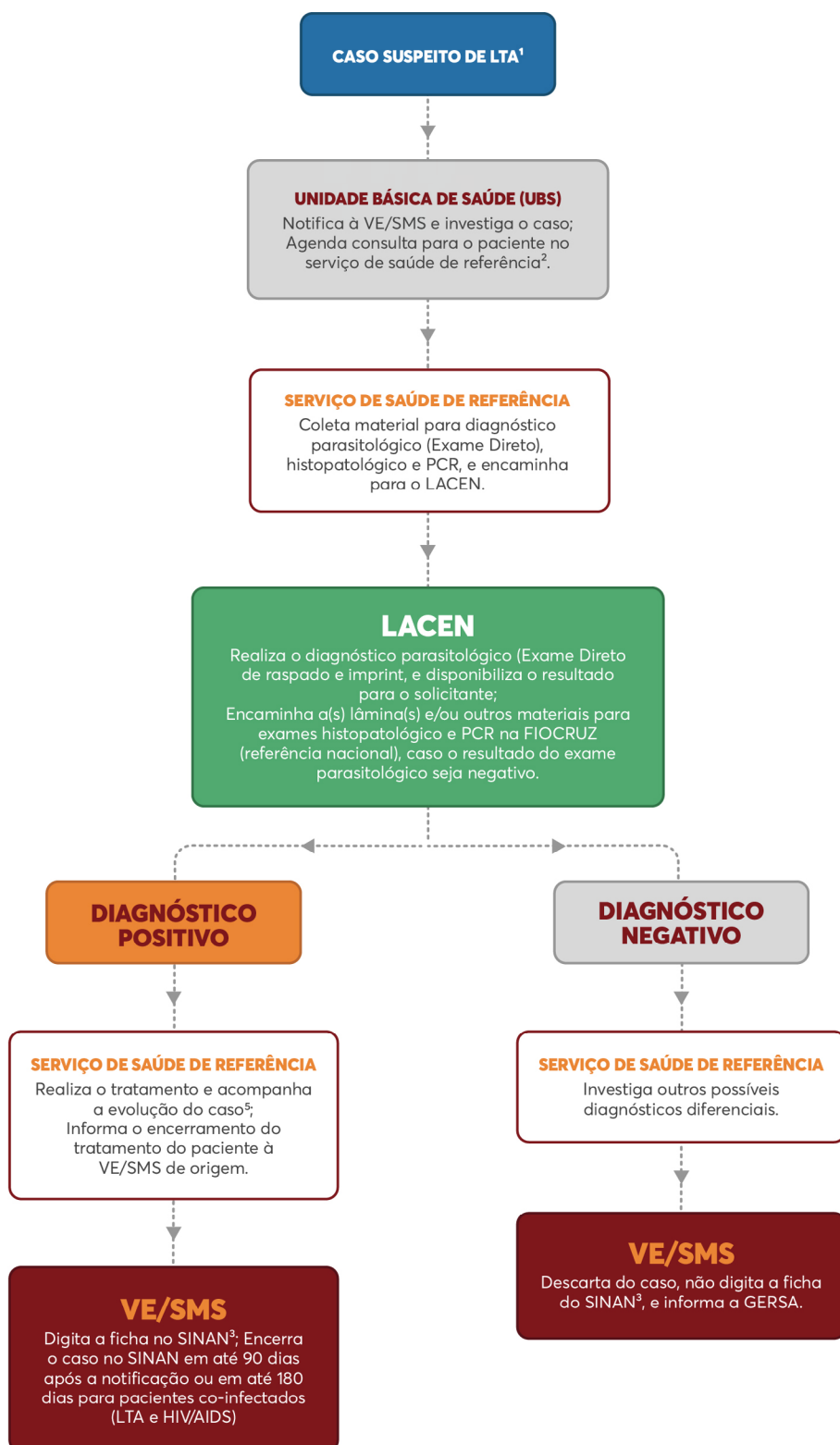
## ANEXO 2

Fluxo para atendimento de casos de LTA em municípios COM programa implantado na ausência do Teste de Montenegro (IDRM).



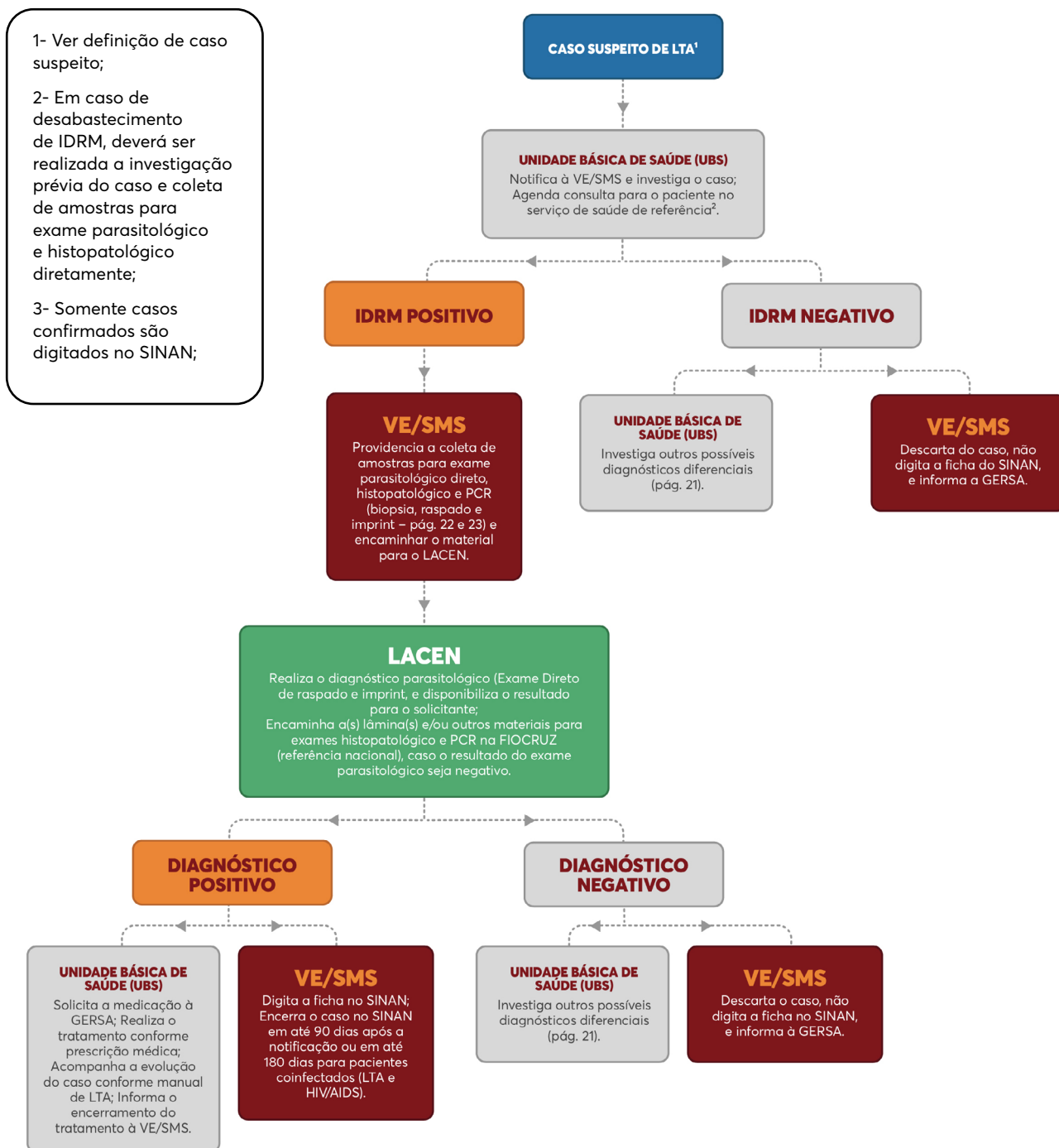
## ANEXO 3

Fluxo para atendimento de casos de LTA em municípios SEM programa implantado na ausência do Teste de Montenegro (IDRM).



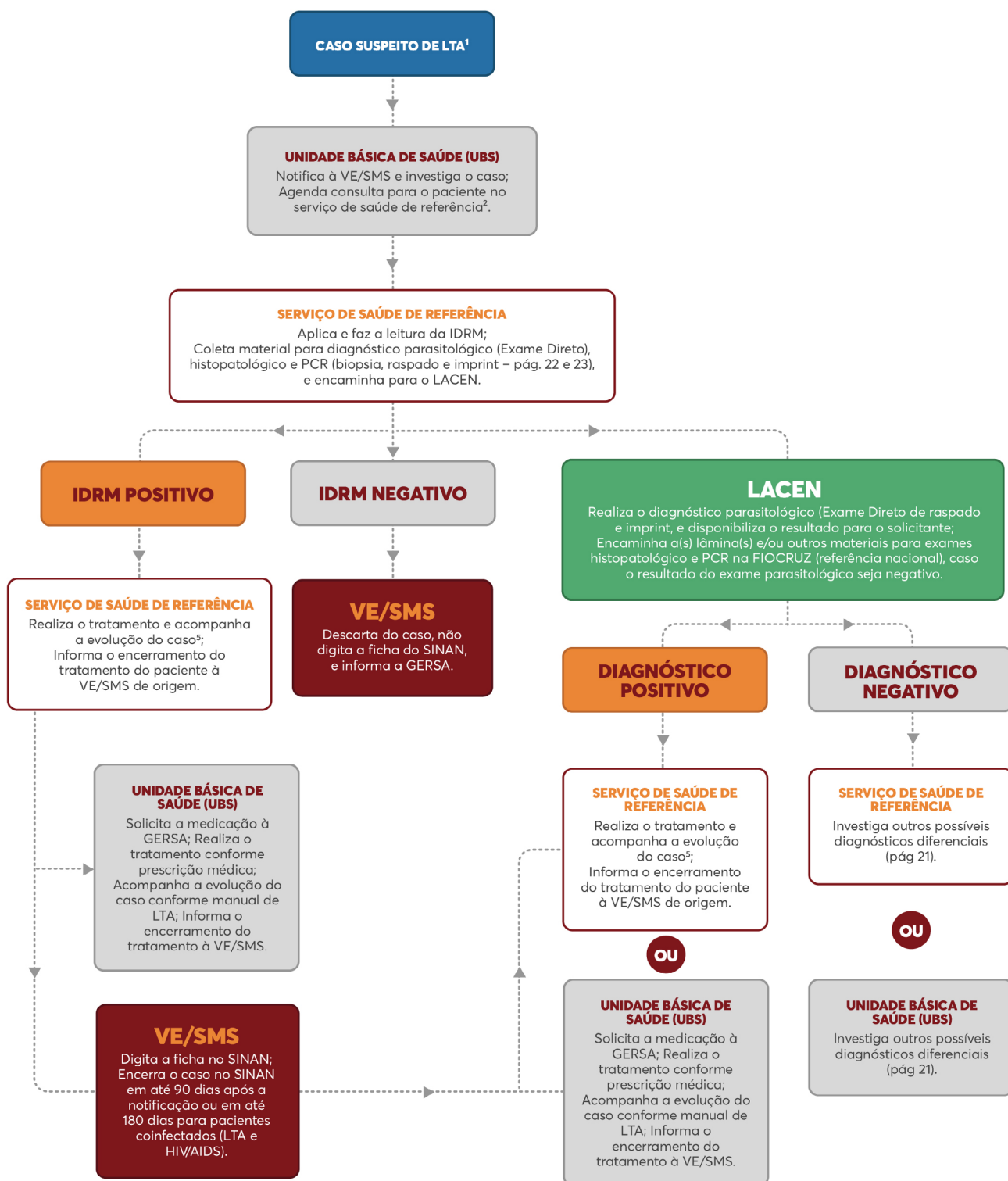
## ANEXO 4

Fluxo para atendimento de casos de LTA em municípios COM programa implantado com presença do Teste de Montenegro (IDRM) na rede.



## ANEXO 5

Fluxo para atendimento de casos de LTA em municípios SEM programa implantado com presença do Teste de Montenegro (IDRM) na rede.





## ANEXO 6

### Cadastro Individual da Notificação do Paciente no SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		<b>SINAN</b> SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		N°		
<b>FICHA DE NOTIFICAÇÃO</b>						
<b>Dados Gerais</b>	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		
<b>Notificação Individual</b>	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		
<b>Notificação de Surto</b>	15 Agravado/doença			Código (CID10)	16 Data dos 1 <sup>os</sup> Sintomas do 1 <sup>o</sup> Caso Suspeito	
	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 _____			<input type="checkbox"/>	
<b>Dados de Residência</b>	19 Logradouro (rua, avenida,...)			Código	20 Número	
	21 Complemento (apto., casa, ...)			22 Ponto de Referência		
	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 7

## Ficha de Notificação do Paciente no SINAN

República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

**SINAN**  
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO **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.

<b>Dados Gerais</b>	1 Tipo de Notificação <span style="float: right;">2 - Individual</span>	
	2 Agravado/doença <b>LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA</b>	3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	7 Data do Diagnóstico
<b>Notificação Individual</b>	8 Nome do Paciente	
	9 Data de Nascimento	10 (ou) Idade
	11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	12 Gestante
	13 Raça/Cor	
14 Escolaridade		
15 Número do Cartão SUS		
16 Nome da mãe		
<b>Dados de Residência</b>	17 UF	18 Município de Residência
	19 Distrito	20 Bairro
	21 Logradouro (rua, avenida,...)	22 Número
	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência
	27 CEP	28 (DDD) Telefone
	29 Zona 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)
<b>Dados Complementares do Caso</b>		
<b>Antec. Epidem.</b>	31 Data da Investigação	
	32 Ocupação	
<b>Dados Clínicos</b>	33 Presença de Lesão	
	34 Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas	
<b>Dados Labor.</b>	35 Co-infecção HIV	
	36 Parasitológico Direto	
	37 IRM	
<b>Clas. Caso</b>	38 Histopatologia	
	39 Tipo de Entrada	
<b>Tratamento</b>	40 Forma Clínica	
	41 Data do Início do Tratamento	
	42 Droga Inicial Administrada	
	43 Peso	
44 Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>+5</sup>		
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	47 Criterio de Confirmação <input type="checkbox"/>	48 Classificação Epidemiológica <input type="checkbox"/>
	1 - Laboratorial    2 -Clinico-Epidemiologico	1 - Autóctone    2 - Importado    3 - Indeterminado
	<b>Local Provável de Fonte de Infecção</b>	
	49 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>	50 UF    51 País
	1-Sim   2-Não   3-Indeterminado	
52 Município	Código (IBGE)	53 Distrito
54 Bairro		
55 Doença Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/>	56 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	
1 - Sim   2 - Não   9 - Ignorado	1-Cura    2-Abandono    3-Óbito por LTA 4-Óbito por outras causas   5-Transferência   6-Mudança de diagnóstico	
57 Data do Óbito	58 Data do Encerramento	

### 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 necrópsia, etc.)


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

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

### AGRAVO: LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

Campo	Nome do Campo	Descrição	Características
3	Data da Notificação	Informe a data de notificação	<b>Campo obrigatório</b>
4, 5	Unidade Federativa (Campo 4) Município de Notificação (Campo 5)	Informe a unidade federativa (UF) e o município que realizou o atendimento do paciente e a notificação do caso.	<b>Campo obrigatório</b>
6			
7	Data do Diagnóstico	Informe a data que saiu o resultado dos exames solicitados.	<b>Campo obrigatório</b>
31	Data da Investigação	Informe a data que o caso começou a ser investigado.	<b>Campo obrigatório</b> Data da investigação deve ser maior ou igual ( $\geq$ ) a data da notificação. A data da notificação deve ser menor ou igual ( $\leq$ ) a data atual.
32	Ocupação	Informe a atividade exercida pelo paciente ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado.	Campo Essencial
33	Presença de lesão cutânea	Informar o tipo de lesão que o paciente apresenta.	<b>Campo obrigatório</b>
34	Em caso de presença de lesão mucosa, há presença de cicatrizes cutâneas	Informar se há presença de cicatriz cutânea (alguma marca na pele) em casos de presença de lesão mucosa. Este dado é muito importante para o ajudar no diagnóstico.	Este campo estará habilitado para preenchimento quando no campo 33. Presença de lesão" mucosa for SIM.
35	Coinfecção HIV	Informar se o paciente apresenta coinfecção de LTA/HIV.	<b>Campo obrigatório</b>
36	Parasitológico Direto ATENÇÃO: Se foi realizado exame de raspado, <i>imprint</i> , PCR. Em todos estes exames é possível detectar o parasita.	Informar o resultado do exame parasitológico direto.	<b>Campo obrigatório</b> Se igual a 1 (Positivo), o campo "47. Critério de confirmação", deverá ser preenchido automaticamente com 1 (Laboratorial).

37	IDRM*	Informar o resultado da IDRM (Intradermoreação de Montenegro). *Método indisponível temporariamente.	<b>Campo obrigatório</b> Se igual a 1 (positivo), o campo 47 (Critério de confirmação) deverá ser preenchido automaticamente com 1 (Laboratorial).
38	Histopatologia	Informar o resultado do exame histopatológico. ATENÇÃO: Verificar no Gal o laudo antes de preencher a ficha.	<b>Campo obrigatório</b> Se campo for igual a 1 ou igual a 2, então o campo 47 (Critério de confirmação) deverá ser preenchido automaticamente com 1.
39	Tipo de Entrada	Informar o tipo de entrada do caso.	<b>Campo obrigatório</b>
40	Forma Clínica	Informar a forma clínica que a doença se manifesta no paciente.	<b>Campo obrigatório</b> Atente para o campo 33. Presença de lesão". Se for mucosa igual a 1 (Sim), então campo "40. Forma clínica" deverá ser preenchido automaticamente com 2. Se for lesão cutânea igual a 1, então o campo "40. Forma clínica" deverá ser preenchido automaticamente com 1.
41	Data do Início do Tratamento	Informar a data do início do tratamento.	Campo Essencial Data deve ser menor ou igual a data do diagnóstico, ou seja, a data que o paciente recebeu o diagnóstico de confirmação da doença.
42	Droga Inicial Administrada	Informar o medicamento prescrito para o tratamento inicial	Campo Essencial Se campo Droga inicial administrada for = 1, habilitar o campo 43 (Peso). Se o campo "42. Droga Inicial Administrada" for diferente de 1 (menor que 10), passar automaticamente para o campo 48 (Classificação epidemiológica).
43	Peso	Informar o peso do paciente em Kg.	Este campo só habilita se o campo 42 (Droga Inicial Administrada) for igual a 1.

44	Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb+5	Informar a dose prescrita para o tratamento do paciente.	Habilitado se campo 42 (Droga Inicial Administrada) for igual a 1.
45	Nº Total de Ampolas Prescritas	Informar o número total de ampolas prescritas no tratamento inicial.	Habilitado se campo 42 (Droga Inicial Administrada) for igual a 1.
46	Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial.	Informar qual droga foi utilizada na falência do tratamento inicial.	Habilitado se campo 42 (Droga Inicial Administrada) for igual a 1.
47	Critério de confirmação	Informar o critério utilizado para a de confirmação da doença.	<p><b>Campo obrigatório</b></p> <p>Campo preenchido automaticamente a partir dos campos Parasitológico direto), IRM e Histopatologia.</p> <p>Quando campo Parasitológico direto ou IRM for igual a 1, OU o campo Histopatologia for igual a 1 ou 2, o campo Critério de confirmação deverá ser preenchido automaticamente com 1.</p> <p>Se campo Parasitológico direto e IRM for igual a 2 ou 3 e campo Histopatologia for igual a 3 ou 4, então o campo Critério de confirmação deverá ser preenchido automaticamente com 2.</p>
48	Classificação epidemiológica	1 – autóctone (Contraído dentro do Estado de Santa Catarina) 2 – importado (Contraído em outros Estados) 3 - indeterminado (Utilizar somente em casos onde não seja possível determinar o local provável de infecção).	<b>Campo obrigatório</b>

49	O caso é Autóctone do município de residência?	Indica se o caso é autóctone do município de residência.	<p><b>Campo obrigatório</b></p> <p>Se o campo for preenchido com 1 (sim), o sistema preenche automaticamente os campos de autoctonia (UF, País e Município provável da fonte de infecção) com os valores registrados nos campos da notificação e habilita para o usuário preencher os campos distrito e bairro (se país de residência não for Brasil, a UF e município de infecção podem ficar em branco). Se o campo for preenchido com 2 (Não), o sistema habilita para o usuário preencher todos os campos de autoctonia (UF, País e Município, distrito e bairro provável da fonte de infecção).</p> <p>Se o campo for preenchido com 3 (Indeterminado), pular os campos de autoctonia (UF, País, Município, Distrito e Bairro provável da fonte de infecção).</p>
50	Unidade Federada (provável da fonte de infecção)	Sigla da unidade federada onde o paciente foi provavelmente infectado.	<p><b>Campo obrigatório</b></p> <p>Se o campo (O caso é autóctone do município de residência) for igual a 1 (sim), o sistema preenche automaticamente com a UF de residência do caso, se o país de residência for Brasil.</p>
51	País (provável da fonte de infecção)	País onde o paciente foi provavelmente infectado.	<p><b>Campo obrigatório</b></p> <p>Se o campo 49 (O caso é autóctone do município de residência) for igual a 1 (sim), preencher automaticamente com o País de residência do caso.</p>

52	Município (provável da fonte de infecção)	Código do município onde o paciente foi provavelmente infectado. O nome está associado ao código na tabela de municípios.	<b>Campo obrigatório</b> se país de infecção for Brasil.  Se o campo (O caso é autóctone do município de residência do caso) for igual a 1 (sim), o sistema preenche automaticamente com o Município de residência do caso.
53	Distrito (provável de infecção)	Código do Distrito provável de Infecção do caso. O nome está associado ao código em tabela.	Campo Essencial
54	Bairro (provável de infecção)	Código do bairro provável de Infecção do caso. Nome do bairro provável de infecção do caso.	Campo Essencial  Se o bairro não estiver na tabela de distrito provável de infecção do município provável de infecção, será gravado o nome digitado no campo Bairro e não será gravado nenhum código.
55	Doença relacionada ao Trabalho	Informar se a doença está relacionada ao ambiente de trabalho do paciente.	Informação fundamental para ser utilizada pela vigilância Epidemiológica.
56	Evolução do caso	Informar a evolução do caso.	Campo Essencial  Se for igual a 3 ou 4 (Óbito), passar automaticamente para o campo 57 (Data do óbito).  Se o campo for diferente de 3 e 4 (Óbito), pular para o campo 58 (Data do encerramento).
57	Data do Óbito	Informar a data do óbito.	Habilitado se o campo 56 (Evolução do caso) for igual a 3 e 4.  Data do Óbito deve ser maior ou igual à Data do Diagnóstico.
58	Data do Encerramento	Informar a data do encerramento do caso.	Campo Essencial  Data Encerramento maior ou igual a data de Investigação.



## ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DA FICHA DE NOTIFICAÇÃO DO SINAN

Na Ficha de Notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) é fundamental para o acompanhamento devido dos casos, desde a suspeição, investigação, diagnóstico, classificação do caso, tratamento, informações sobre o Local Provável de Infecção (LPI) até a conclusão (evolução do caso) e encerramento.

A Ficha de Notificação é subdividida em 10 partes: Dados Gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Antecedentes Epidemiológicos, Dados Clínicos, Classificação do Caso, Tratamento, Conclusão e Informações Complementares e Observações.

Em cada uma dessas partes há campos de preenchimento obrigatório, sendo eles:

- **Dados Gerais:** campos 3 (Data da notificação), 4 (UF), 5 (Município de Notificação) e 7 (Data de Diagnóstico);
- **Notificação Individual:** campos 8 (Nome do Paciente), 10 (Idade), 11 (Sexo);
- **Dados de Residência:** campos 17 (UF) e 18 (Município de Residência) – sendo essencial o preenchimento dos demais campos dessa parte para localizar o paciente com maior facilidade em caso da necessidade de contactá-lo (busca ativa) seja durante o processo diagnóstico quanto durante e após o tratamento;
- **Antecedentes Epidemiológicos:** campos 31 (Data da Investigação), informar a data em que o caso começou a ser investigado. Esta data deve ser maior ou igual ( $\geq$ ) a data da notificação; e 32 (Ocupação), informar a atividade exercida pelo paciente ou sua última atividade exercida quando o paciente estiver desempregado.
- **Dados Clínicos:** no campo 33 (Presença de Lesão) – informar o tipo de lesão que o paciente apresenta (cutânea ou mucosa). Em caso de presença de lesão mucosa, automaticamente será habilitado o campo 34, onde será indicada a presença ou não de cicatrizes cutâneas. Outro campo de preenchimento obrigatório é o 35 (Co-infecção HIV), informação essa essencial, pois confirmado o diagnóstico, em caso de co-infecção demandará outros cuidados e tratamento específico;
- **Dados Laboratoriais:** no campo 36 (Parasitológico Direto), informar o resultado do Exame Direto de raspado de lesão ou imprint; no campo 37 (IRM), informar o resultado da IDR (Intradermoreação de Montenegro). – o método está indisponível temporariamente na rede; no campo 38 (Histopatologia), informar o resultado do exame histopatológico, sendo comprobatório de LTA quando houver encontro do parasita ou quando for constatadas lesões teciduais compatíveis com LTA. Exemplos: dermatite granulomatosa; epiderme ulcerada, com hiperplasia pseudoepiteliomatosa, associada com processo inflamatório crônico, etc;
- **Classificação do Caso:** no campo 39 (Tipo de Entrada), no campo 40 (Forma Clínica), assinalar a forma da doença apresentada pelo paciente, condizente com o que foi preenchido no campo 33 (Presença de lesão);
- **Tratamento:** no campo 42 (Droga Inicial Administrada), inserir o tratamento utilizado. Posteriormente, no campo 44 (Dose prescrita em mg/kg/dia Sb +5), preencher a dosagem aplicada. Quando houver cura espontânea ou se o tratamento utilizado não estiver contemplado entre as opções que constam na ficha, inserir todas as informações pertinentes ao tratamento no campo “Informações complementares e observações”.

## ANEXO 8

### Cartão de Acompanhamento de LTA

#### CONTROLE DE CURA

1) Final do tratamento  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Epitelização:  total  parcial  
Eritema:  sim  não  
Otorrino:  NR  normal  lesão  
Induração:  sim  não

2) 1 mês pós-tratamento  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Epitelização:  total  parcial  
Eritema:  sim  não  
Otorrino:  NR  normal  lesão  
Induração:  sim  não

3) 3 meses pós-tratamento  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Epitelização:  total  parcial  
Eritema:  sim  não  
Otorrino:  NR  normal  lesão  
Induração:  sim  não

4) 6 meses pós-tratamento  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Epitelização:  total  parcial  
Eritema:  sim  não  
Otorrino:  NR  normal  lesão  
Induração:  sim  não

5) 1 Ano pós-tratamento  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Epitelização:  total  parcial  
Eritema:  sim  não  
Otorrino:  NR  normal  lesão  
Induração:  sim  não

DATA DA ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cura  abandono


#### CONTROLE DE APLICAÇÃO DO GLUCANTIME

DIA	Data Apl.	EA	DIA	Data Apl.	EA
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

#### EVENTOS ADVERSOS (EA)

1 - Dor muscular	8 - Dor de cabeça
2 - Moleza no corpo	9 - Perda de apetite
3 - Dor articular	10 - Enjoo
4 - Febre	11 - Vômito
5 - Dor abdominal	12 - Tontura
6 - Palpitações	13 - Coceira no corpo
7 - Alteração do ECG	14 - Outros: _____




### CARTÃO PARA O ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA - LTA



#### IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
 LOCAL PROVÁVEL INFECÇÃO (LPI): \_\_\_\_\_

**APRESENTE SEMPRE NAS UNIDADES DE SAÚDE EM QUE FOR ATENDIDO**

#### RECOMENDAÇÕES

- Não é recomendado o uso de cremes ou pomadas;
- Evitar usar esparadrapo – usar atadura de crepom;
- Evitar ingerir bebidas alcólicas durante o tratamento;
- Mulheres grávidas e pessoas com mais de 50 anos, não devem usar Glucantime®.

Os cuidados gerais com a ferida são importantes para evitar infecções secundárias.

#### CUIDADOS COM A LESÃO CUTÂNEA

Lavar a lesão com água e sabão de coco uma vez ao dia, preferencialmente na hora do banho; Retirar as crostas que soltarem; Manter esses cuidados até a cicatrização completa da lesão.

#### CUIDADOS COM A LESÃO MUCOSA

Aplicar Soro Fisiológico no nariz 3 a 4 vezes ao dia. Nunca remover as crostas com o dedo ou objetos introduzidos no nariz. Manter esses cuidados mesmo depois do tratamento.

#### INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE SAÚDE

HIV  Diabetes  
 Hipertensão arterial  Varizes dos membros inferiores  
 Outras: \_\_\_\_\_

#### FORMA CLÍNICA

Cutânea  
 Mucosa  
 Cutânea e Mucosa

#### DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

IDRM: \_\_\_\_mm [ ] não realizado  
 Histopatológico: [ ] não realizado [ ] compatível (+) [ ] não compatível (-)  
 PCR: [ ] positivo [ ] negativo [ ] não realizado  
 Raspado/imprint: [ ] positivo [ ] negativo [ ] não realizado

#### EXAMES INICIAIS PRÉ-TRATAMENTO

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

Exames	Resultados
Htc/leucoc	
Plaquetas	
TGO/TGP	
Úreia/Cr	
Amilase	
ECG/QTc	

#### TRATAMENTO

PESO: \_\_\_\_Kg  
 MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_  
 DOSE PRESCRITA (mg5b5+): \_\_\_\_\_  
 QUANTIDADE (mL): \_\_\_\_\_  
 TIPO DE APLICAÇÃO:  endovenosa  intramuscular  intralésional  
 DURAÇÃO DO TRATAMENTO: \_\_\_\_\_

#### CARACTERÍSTICAS DA LESÃO

Tipo de lesão:  ulcerosa;  
 úlcero-vegetante;  
 verrucosa;  
 placa;  
 papulosa;  
 nodular;  
 cicatricial.

Tamanho da lesão - maior: \_\_\_\_X\_\_\_\_ mm  
 Número de lesões: \_\_\_\_\_

Local da lesão:  
 • Cutânea:  
 cabeça  pescoço  tórax  abdômen  
 MSE  MSD  MIE  MID  
 Lesão abaixo do Joelho?  SIM  NÃO  
 Outras: \_\_\_\_\_

• Mucosa:  
 nariz  palato  laringe

#### OUTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS

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

Unidade de Saúde Carimbo da Unidade de Saúde	Assinatura do responsável pelo preenchimento:
---	---

## ANEXO 9

### Ficha de Contra-Referência de LTA

Unidade:		Data do atendimento:		/ /
Nome do paciente:				
Exames realizados	IDRM	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado	Parasitológico:	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado
	PCR:	<input type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado	Histopatologia:	<input type="checkbox"/> Encontrado parasita <input type="checkbox"/> Compatível <input type="checkbox"/> Incompatível <input type="checkbox"/> Não realizado <input type="checkbox"/> Ignorado
Caso confirmado:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo de entrada:	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Recidiva	
Forma clínica:	<input type="checkbox"/> Cutânea	Data do início do tratamento:	/ /	
Droga inicial administrada	Glucantime	<input type="checkbox"/> 10 a 20 mg / kg / dia / 20d <input type="checkbox"/> < 10 mg / kg / dia <input type="checkbox"/> > 20 mg / kg / dia	Outra: _____	
Local provável de infecção:	Situação do paciente:		<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Não Curado
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.

## ANEXO 10

Modelo de Ficha para Encaminhamento do Paciente para ser Tratado no Município de  
Residência



**De: Serviço de Infectologia/ ambulatório especializado de LTA**

**Para: Secretaria Municipal de Saúde do Município de \_\_\_\_\_**

O paciente \_\_\_\_\_ registro \_\_\_\_\_ deverá iniciar o tratamento para Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) com Antimoniato de N-metilglucamina (Glucantime®) por \_\_\_\_\_ dias.  
O tratamento deverá ser contínuo e diário, sem interrupções nos finais de semana e feriados.

Os antimoniais-pentavalentes ( $Sb^{5+}$ ) apresentam potencial toxicidade cardíaca, hepática, pancreática e renal. Portanto, durante o tratamento deve-se realizar **semanalmente acompanhamento médico e coleta de exames**: hemograma, TGO/TGP, GGT, amilase, lipase, ureia, creatinina, ECG (com medição do intervalo QTc).

### **Receituário:**

Uso Endovenoso:

1) Antimoniato de N-Metilglucamina (Glucantime® 405mg/ $Sb^{5+}$ /ampola) \_\_\_\_\_ ampolas/dia  
Aplicar, via endovenosa, \_\_\_\_\_ ml, 1X dia, por \_\_\_\_\_ dias consecutivos.  
Diluir o volume calculado em SG5% 100 ml e correr em 20-30 minutos.

### **Cálculo realizado:**

Apresentação da medicação: ampolas com 5 ml contendo 81 mg $Sb^{5+}$ /ml

Peso paciente no dia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_: \_\_\_\_\_ Kg  
Dose usada: 10-20 mg $Sb^{5+}$ /kg/dia

dose X peso = \_\_\_\_\_ mg $Sb^{5+}$ /dia ÷ 81 = \_\_\_\_\_ ml/dia ou \_\_\_\_\_ ampolas/dia

Florianópolis, -----/-----/-----

Médico: \_\_\_\_\_  
(assinatura e carimbo).

Referência:

Guia de Orientações para Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana – Santa Catarina, DIVE/SES/SC

## ANEXO 11

### Relatório para Acompanhamento de Paciente com Leishmaniose Tegumentar em Santa Catarina

#### FICHA CLÍNICA PARA ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES 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"><thead><tr><th>Estado / Município / Localidade</th><th>Data aproximada</th><th>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: ( ) Diabetes ( ) Hipertensão arterial ( ) Cardiopatia ( ) Hepatite ( ) Doença reumática ( ) Tuberculose ( ) AIDS ( ) Doença renal ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____ ( ) _____
	20. História social: - Uso de bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não - Tipo de uso: ( ) Freqüente ( ) Esporádico ( ) Raro - Uso de drogas? ( ) Cigarro ( ) Maconha ( ) Cocaína inalatória ( ) Drogas IV ( ) Outra

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

**Pele e mucosas**

24. Descreva o aspecto da lesão principal: (formato, bordas, fundo, exsudato, eritema, endureção, 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? \_\_\_\_\_

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 Paracoccidiodomicose (LACEN).

Diagnóstico laboratorial	Exames para controle do Glucantime				
	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): \_\_\_\_\_

Conduta terapêutica	Até a confirmação diagnóstica:	
		<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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 antoniato com 405mg de Sb<sup>5+</sup> ou 81mgSb<sup>5+</sup>/ml. Não ultrapassar 3 ampolas/dia.</i></li> </ul>	
	<p>69. Data de início do tratamento: ___/___/___    70. Peso do doente: _____Kg</p>	

**71. 1ª Revisão - 10º dia de tratamento**

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=  $QT/\sqrt{RR}$ )

**72. 2ª Revisão - Final das aplicações de Glucantime**

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

- Verificar a tolerância ao Glucantime e efeitos adversos: (assinalar abaixo)
- ( ) Mialgia                      ( ) Artralgia                      ( ) Rigidez muscular                      ( ) Astenia
- ( ) Hiporexia                      ( ) Náusea                      ( ) Vômito                      ( ) Dor abdominal
- ( ) Palpitações                      ( ) Tontura                      ( ) Febre                      ( ) Cefaléia
- ( ) Dor local                      ( ) Prurido local                      ( ) Rash                      ( ) Herpes zoster
- Alteração laboratorial: (especificar) \_\_\_\_\_
- Alteração eletrocardiográfica: (especificar) \_\_\_\_\_
- Suspensão da medicação: (motivo) \_\_\_\_\_
- Outras: (especificar) \_\_\_\_\_

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

**73. 3ª Revisão - 1 mês 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

**74. 4ª Revisão - 3 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

**Constatada cura clínica sem recidivas ou sem lesões mucosas? (SIM) = ALTA**



**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. Marise S. Mattos – Hospital Nereu Ramos – Florianópolis.*

## ANEXO 12



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**  
Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, 2º andar Brasília/DF - CEP 70.304-000  
Fax: (61) 3213-8140 Tel.: (61) 3213-8153  
E-mail: [leishmanioses@saude.gov.br](mailto:leishmanioses@saude.gov.br)

### Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal para pacientes com leishmaniose

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

Número da notificação no Sinan: \_\_\_\_\_ (Solicitar ao serviço de vigilância epidemiológica)

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

#### Forma clínica:

- Leishmaniose visceral  Leishmaniose tegumentar difusa  
 Leishmaniose tegumentar cutânea  Leishmaniose tegumentar mucosa

#### INSTITUIÇÃO SOLICITANTE

Hospital ou instituição: \_\_\_\_\_

Médico solicitante: \_\_\_\_\_

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

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

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

Endereço para entrega: \_\_\_\_\_

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

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Peso: \_\_\_\_ kg

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

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

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

#### Exame Clínico:

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

#### Doenças associadas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ausente         | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                                |
| <input type="checkbox"/> Doença renal    | <input type="checkbox"/> Infecção bacteriana. Especificar: _____ |
| <input type="checkbox"/> Doença cardíaca | Outras: _____  |
| <input type="checkbox"/> Doença hepática |  |

#### TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV

- Virgem de tratamento

( ) Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/Sb+5/kg/dia      nº de doses: \_\_\_\_\_      nº de esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Desoxicolato de anfotericina B:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia      nº de doses: \_\_\_\_\_      nº de esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia      nº de doses: \_\_\_\_\_      nº de esquemas: \_\_\_\_\_

#### EXAMES COMPLEMENTARES ATUAIS

Hemácias: \_\_\_\_\_ x10<sup>6</sup>      Neutrófilos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Ativ. de protrombina: \_\_\_\_\_ %

Hematócrito: \_\_\_\_\_ %      AST/TGO: \_\_\_\_\_ U/L      Albumina: \_\_\_\_\_ g/dL

Hemoglobina: \_\_\_\_\_ g/dL      ALT/TGP: \_\_\_\_\_ U/L      Globulina: \_\_\_\_\_ g/dL

Plaquetas: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Bilirrubina total: \_\_\_\_\_ mg/dL      Úreia: \_\_\_\_\_ mg/dL

Leucócitos: \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>      Bilirrubina direta: \_\_\_\_\_ mg/dL      Creatinina: \_\_\_\_\_ mg/dL

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

**EXAME PARASITOLÓGICO:** Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aspirado de medula: ( ) Positivo ( ) Negativo      Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Positivo ( ) Negativo

**EXAME SOROLÓGICO:** Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RIFI (diluição): \_\_\_\_\_ Teste rápido: \_\_\_\_\_ Elisa: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Positivo ( ) Negativo

**OUTROS EXAMES (Ex: PCR)** \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### CRITÉRIO DE INDICAÇÃO DA ANFOTERICINA B LIPOSSOMAL

( ) Idade menor que 1 ano (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

( ) Idade maior que 50 anos (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

( ) Insuficiência renal

( ) Insuficiência hepática

( ) Insuficiência cardíaca

( ) Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos;

( ) Intervalo QT corrigido maior que 450 ms

( ) Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT

( ) Hipersensibilidade ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

( ) Infecção pelo HIV (tratamento) (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

( ) Infecção pelo HIV (profilaxia secundária) (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

( ) Comorbidades que comprometem a imunidade. Qual? \_\_\_\_\_ (**critério exclusivo para L. visceral**)

( ) Uso de medicação que compromete a imunidade. Qual? \_\_\_\_\_ (**critério exclusivo para L. visceral**)

( ) Falha terapêutica ao antimônio pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV

( ) Gestantes (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

( ) Escore de gravidade clínico  $\geq 4^1$  Informar valor: \_\_\_\_\_ (**critério exclusivo para leishmaniose visceral**)

( ) Escore de gravidade clínico-laboratorial  $\geq 6$  Informar valor: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico)

<sup>1</sup> Os escores de gravidade estão descritos no manual de leishmaniose visceral : recomendações clínicas para redução da letalidade, que poderá ser acessado no link: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1561](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1561)

## ANEXO 13



**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 14

### Termo de responsabilidade/esclarecimento - tratamento com Miltefosina

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA MULHERES COM MAIS DE 55 ANOS DE IDADE OU PARA HOMENS DE QUALQUER IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado: \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento do(a) paciente \_\_\_\_\_ do sexo masculino  feminino  com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_ para quem estou indicando o medicamento à base de MILTEFOSINA.

1. Informei *verbalmente* ao paciente que este produto tem alto risco de causar graves defeitos congênitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez, que *não evita filhos e que não provoca aborto*. Portanto somente pode ser utilizado por ele (a). Não pode ser passado para nenhuma outra pessoa.
2. Informei *verbalmente* ao paciente que poderá ser responsabilizado (a), caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
3. Informei *que o medicamento deve ser guardado em local seguro*.
4. Recomendei ao paciente do sexo masculino que informe a sua parceira e familiares o potencial risco do remédio.
5. Informei que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente ou Serviço de Saúde para que seja providenciada a sua inutilização.
6. Certifiquei-me que o (a) paciente compreendeu as informações acima descritas.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**A ser preenchido pelo (a) paciente:**

Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº: \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ residente na rua: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ e telefone: \_\_\_\_\_

Recebi pessoalmente as informações do prescritor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A MILTEFOSINA

Assinatura: \_\_\_\_\_

CONCORDO que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do responsável caso o (a) paciente seja menor de 18 anos, analfabeto, incapaz ou impossibilitado de locomoção:

Eu, \_\_\_\_\_, R.G. \_\_\_\_\_, órgão expedidor \_\_\_\_\_, responsável pelo (a) paciente \_\_\_\_\_, comprometo-me a repassar todas estas orientações do prescritor ao (a) paciente e estou ciente da minha responsabilidade solidária de evitar o uso indevido do medicamento.

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

## ANEXO 15

### Termo de responsabilidade/esclarecimento (mulheres com idade inferior a 55 anos) - tratamento com Miltefosina

#### TERMO DE RESPONSABILIDADE / ESCLARECIMENTO PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO, MENORES DE 55 ANOS DE IDADE

A ser preenchido pelo (a) médico (a):

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_ registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado \_\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_ sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento da paciente \_\_\_\_\_ do sexo feminino com idade de \_\_\_\_\_ anos completos, com diagnóstico de \_\_\_\_\_ para quem estou indicando o medicamento à base de MILTEFOSINA.

1. Informe *verbalmente* a paciente, com diagnóstico de \_\_\_\_\_, que o medicamento a base de MILTEFOSINA tem altíssimo risco de causar deficiências graves no corpo do bebê se for consumido pela mãe durante a gravidez. Estas deficiências ocorrem no período bem inicial de formação do bebê, quando a maioria das mulheres ainda não sabe que está grávida.
2. Explique *verbalmente* que, como a MILTEFOSINA pode ficar no corpo durante 4 (quatro) meses após o tratamento e pode ainda assim causar defeitos em bebês, ela deve aguardar o fim desse período antes de tentar engravidar, mantendo o uso de métodos contraceptivos.
3. Informe *verbalmente* à paciente que poderá ser responsabilizada, caso repasse o medicamento a base de MILTEFOSINA a outra pessoa; deixe alguém tomar este medicamento no seu lugar ou use-o indevidamente.
4. Informe que o medicamento deve ser guardado em local seguro.
5. Constatei, por meio de teste sensível para dosagem de Beta-HCG (que detecta gravidez desde o primeiro dia de atraso menstrual), que a paciente não está grávida:

Data do Teste: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Resultado: \_\_\_\_\_.

Nome do laboratório onde foi realizado o teste: \_\_\_\_\_.

6. Certifiquei-me que a paciente está utilizando 2 (dois) métodos para evitar gravidez altamente eficazes, sendo um deles de barreira:

Métodos anticoncepcionais em uso: \_\_\_\_\_ Data do Início: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data do Início: \_\_\_\_\_

Procedimento de esterilização definitiva: Qual? \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

7. Informe à paciente que o seu parceiro, mesmo que ele seja vasectomizado, deve usar preservativo durante as relações sexuais ocorridas durante o tratamento e por 4 (quatro) meses após o término do tratamento, quando este for o método de contracepção de barreira eleito.
8. Solicitei à paciente que me mantenha sempre informado (a) sobre as reações adversas à medicação, ou sobre qualquer problema com a anticoncepção durante o tratamento, retornando à consulta periodicamente conforme estabelecido.
9. Informe *verbalmente* à paciente que caso venha a suspeitar que esteja grávida, deverá parar imediatamente o tratamento e me procurar.
10. Informe que em caso de interrupção do uso deste medicamento, por qualquer motivo, este deve ser entregue à Autoridade Sanitária competente que providenciará a inutilização.
11. Certifiquei-me que a paciente compreendeu todas as informações por mim prestadas.

Assinatura e Carimbo do (a) Médico (a): \_\_\_\_\_ C.R.M.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A ser preenchido pela paciente:

Eu, \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_

Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ residente na rua \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ e telefone \_\_\_\_\_

recebi pessoalmente as informações do prescriptor sobre o tratamento e:

NÃO CONCORDO COM O TRATAMENTO E NÃO UTILIZAREI A MILTEFOSINA

Assinatura: \_\_\_\_\_

CONCORDO que vou fazer o tratamento e declaro que recebi pessoalmente as informações sobre o tratamento que vou fazer e declaro que entendi as orientações prestadas e me comprometo a cumprir as medidas para evitar a gravidez durante o tratamento e no prazo previsto no item 2, após o tratamento. Entendo que este remédio é só meu e que não devo passá-lo para ninguém.

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

## ANEXO 16

### Modelo de Receituário de Controle Especial

Fonte: Portaria nº 344/1998 – Anexo XVII

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome Completo: .....</td></tr><tr><td>CRM ..... UF ..... Nº .....</td></tr><tr><td>Endereço Completo e Telefone: .....</td></tr><tr><td>Cidade: ..... UF: .....</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	Nome Completo: .....	CRM ..... UF ..... Nº .....	Endereço Completo e Telefone: .....	Cidade: ..... UF: .....	1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE									
Nome Completo: .....									
CRM ..... UF ..... Nº .....									
Endereço Completo e Telefone: .....									
Cidade: ..... UF: .....									
Paciente: .....									
Endereço: .....									
Prescrição: .....									
.....									
.....									
.....									
.....									
.....									
.....									
.....									
<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nome: .....</td></tr><tr><td>Ident.: ..... Órg. Emissor: .....</td></tr><tr><td>End.: .....</td></tr><tr><td>Cidade: ..... UF: .....</td></tr><tr><td>Telefone: .....</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	Nome: .....	Ident.: ..... Órg. Emissor: .....	End.: .....	Cidade: ..... UF: .....	Telefone: .....	<table border="1"><thead><tr><th>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</th></tr></thead><tbody><tr><td>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____</td></tr></tbody></table>	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR									
Nome: .....									
Ident.: ..... Órg. Emissor: .....									
End.: .....									
Cidade: ..... UF: .....									
Telefone: .....									
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR									
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____									



## ANEXO 17

Modelo de Receituário de Controle Especial

Fonte: Portaria nº 344/1998 – Anexo XVII

DADOS DA UNIDADE DISPENSADORA	
Nome	.....
Endereço completo	.....
Contato	.....

DADOS DO PACIENTE	
Nome	.....
Endereço completo	.....
Contato	.....

DADOS DO MEDICAMENTO	
Nome (DCB)	
Dosagem/ concentração	
Forma Farmacêutica	
Quantidade dispensada	
Lote	
Validade	

.....  
Identificação do responsável pela dispensação

.....  
Local, data

## ANEXO 18

### Embalagem Secundária da Miltefosina

**Nome do paciente:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tome**  
\_\_\_\_\_

**Cápsulas a cada:**  
\_\_\_\_\_ Horas

**Durante** \_\_\_\_\_ **Dias**

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

**ESTE MEDICAMENTO É SÓ SEU.  
NÃO PASSE PARA NINGUÉM.**

 **sac@far.fiocruz.br**  
**SAC 0800 0241692**

Rev.: 07/200

## ANEXO 19

### Termo de Devolução da Miltefosina

#### TERMO DE DEVOLUÇÃO

---

Data do registro: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

---

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PREENCHEDOR

---

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

Lotação: \_\_\_\_\_

Cargo/ Função: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_) \_\_\_\_ - \_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

---

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA DISPENSADORA

---

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

CNPJ: \_\_\_\_\_

Farmacêutico Responsável: \_\_\_\_\_

CRF: \_\_\_\_\_

---

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

---

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

RG: \_\_\_\_\_

## ANEXO 20

### Registro de Devolução da Miltefosina

---

#### TERMO DE DEVOLUÇÃO

---

Firmo, pelo presente Termo de Devolução, o compromisso em recolher/ devolver o quantitativo de Miltefosina, conforme descrição abaixo, no prazo estabelecido.

Declaro que prestei/ recebi as orientações quanto ao local e forma de devolução, quanto aos cuidados no armazenamento, bem como, sobre a forma e precauções de uso.

Data para devolução: \_\_/\_\_/\_\_

Quantidade a ser devolvida (n° cápsula): \_\_\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_/\_\_/\_\_

Data de Assinatura: \_\_/\_\_/\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do preenchedor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente (ou responsável)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do farmacêutico responsável

## ANEXO 21

### Registro de Devolução da Miltefosina

---

#### REGISTRO DA DEVOUÇÃO

---

Data da realização da devolução: \_\_/\_\_/\_\_

Quantitativo devolvido (n° cápsula): \_\_\_\_\_

Lote: \_\_\_\_\_

Validade: \_\_/\_\_/\_\_

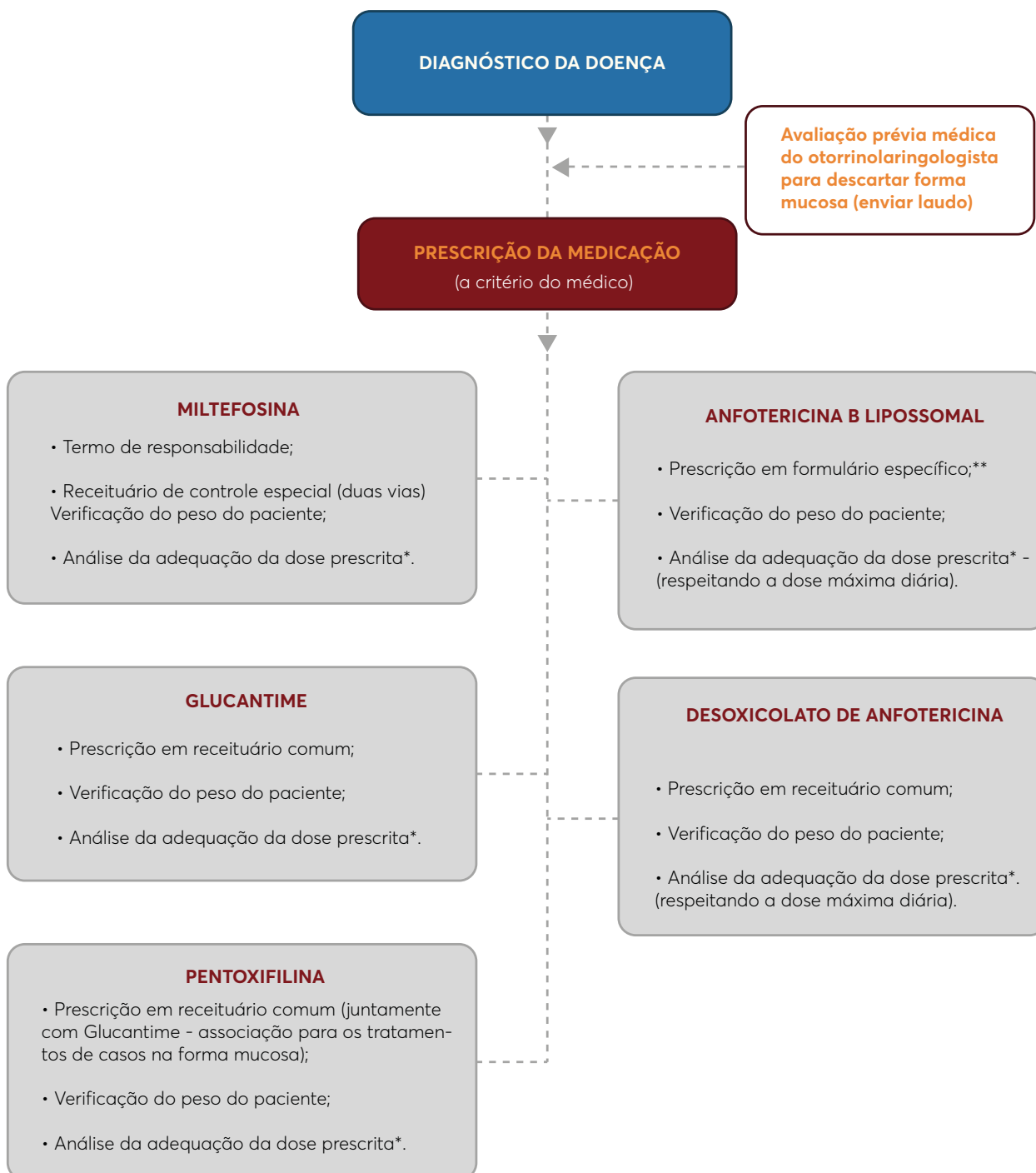
\_\_\_\_\_  
Assinatura do preenchedor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente (ou responsável)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do farmacêutico responsável

## ANEXO 22

### Fluxograma para solicitação de medicação para o tratamento da Leishmaniose Tegumentar



\* Vide [Guia de orientação - Vigilância da Leishmaniose Tegumentar](#)

\*\* [Ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal](#)

## REVISÃO

Equipe da Divisão de Vetores, Reservatórios, Hospedeiros e Outros – **DVRH**

Gerencia de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças Transmitidas por Vetores – **GEZOO**

Diretoria de Vigilância Epidemiológica – **DIVE**

Superintendência de Vigilância em Saúde – **SUV**

Secretaria de Estado da Saúde / SC

## ELABORAÇÃO

Ivânia da Costa Folster

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

João Augusto Branchen Fuck

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

Marise da Silva Mattos

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

Renata Ríspoli Gatti

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

Vanessa Neves Carvalho Santos

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

## COLABORAÇÃO

Fernanda Lautert Paiva da Silva

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

Laura Pereira Ourique

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

## DIAGRAMAÇÃO

Amanda Mariano

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

Bruna Matos

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

Patrícia Pozzo

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



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE