

---

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



# GUIA DE ORIENTAÇÃO

# VIGILÂNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA

**1ª EDIÇÃO**  
SANTA CATARINA  
2024



GOVERNO DE  
**SANTA  
CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**GOVERNO DE SANTA CATARINA**  
Secretaria de Estado da Saúde  
Sistema Único de Saúde  
Superintendência de Vigilância em Saúde  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina

# **VIGILÂNCIA DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA**

## **GUIA DE ORIENTAÇÃO**

SANTA CATARINA  
**2024**

# SUMÁRIO

---

<b>1. LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>4</b>
<b>2. APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>3. INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE A LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA.....</b>	<b>6</b>
3.1. Introdução.....	6
3.2. Modo de transmissão.....	6
3.3. Período de incubação.....	7
3.4. Perfil epidemiológico da Leishmaniose Visceral.....	8
3.5. Manifestações clínicas comuns na LVH.....	8
3.6. Diagnóstico.....	9
3.7. Diagnóstico diferencial.....	10
3.8. Tratamento.....	10
3.9. Critérios de Cura.....	11
3.10. Pacientes Coinfectados LVH-HIV.....	11
<b>4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LVH NO SUL DO BRASIL E NO ESTADO.....</b>	<b>13</b>
<b>5. MEDIDAS GERAIS DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA LVH.....</b>	<b>18</b>
5.1. Objetivos.....	18
5.2. Definição de casos.....	18
5.3. Notificação.....	19
5.4. Conduta frente a um caso suspeito.....	19
5.5. Investigação epidemiológica.....	19
5.6. Identificação do local provável de infecção.....	20
5.7. Medidas de prevenção para LV.....	21
5.8. Conduta frente a um caso grave.....	22
5.9. Critérios para encaminhamento de pacientes às unidades de referência.....	23
5.10. Solicitação de medicação para o tratamento da LVH.....	23
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>26</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO 3.....</b>	<b>29</b>

# 1. LISTA DE ABREVIATURAS

---

- DIVE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica
- DVRH – Divisão de Vetores, Reservatórios e Hospedeiros
- FIOCRUZ – Fundação Instituto Oswaldo Cruz
- GERSA – Gerência de Saúde
- GEZOO – Gerência de Vigilância de Zoonoses, Acidentes por Animais Peçonhentos e Doenças Transmitidas por Vetores
- LACEN – Laboratório Central de Saúde Pública
- LPI – Local Provável de Infecção
- LVH – Leishmaniose Visceral Humana
- SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação
- SMS – Secretaria Municipal de Saúde
- VE – Vigilância Epidemiológica
- VE/SMS – Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde
- 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 Visceral Humana (LVH), com orientações sobre os procedimentos administrativos a serem adotados para melhor desenvolvimento das atividades do Programa de Controle da LVH no estado de Santa Catarina.

Para as orientações técnicas mais específicas, deverão ser consultados o Manual de Leishmaniose Visceral – Recomendações Clínicas para Redução da Letalidade, e o Manual de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento de Pacientes com a Coinfecção Leishmania/HIV – Ministério da Saúde e, disponível, respectivamente, em:

<https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Leishmaniose%20Visceral%20Humana/Publica%C3%A7%C3%B5es/1%20-%20Manual%20de%20recomenda%C3%A7%C3%B5es%20de%20diagn%C3%B3stico%20de%20leishmania-hiv.pdf>

E

<https://www.dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Leishmaniose%20Visceral%20Humana/Publica%C3%A7%C3%B5es/2%20-%20Leishmaniose%20Visceral-%20Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20cl%C3%ADnicas%20para%20redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20letalidade.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 VISCERAL HUMANA

---

## **3.1. Introdução**

A leishmaniose visceral humana (LVH) ou calazar é uma doença infecciosa parasitária sistêmica grave e fatal que, no Brasil, é causada pelo protozoário *Leishmania chagasi/ infantum* e é transmitida através da picada de fêmeas de insetos denominados flebotomíneos, que têm atividade crepuscular (amanhecer e entardecer) e noturna. Tendo, portanto, o pico de atividade ao anoitecer, durante a noite e ao amanhecer. Durante o dia, esses insetos ficam em repouso, em lugares sombreados e úmidos, protegidos do vento e de predadores naturais.

No Brasil, esses insetos são conhecidos popularmente como mosquito-palha, tatuquira, birigui, entre outros, dependendo da região geográfica. Estes podem ser encontrados em florestas primárias, secundárias e rochas calcárias, preferencialmente. Há duas espécies relacionadas com a transmissão da doença. A principal delas é a *Lutzomyia longipalpis*. Outra espécie vetora, encontrada especificamente nos estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul, é a *Lutzomyia cruzi*. Uma terceira espécie é correlacionada com a transmissão de leishmaniose visceral devido à sua alta densidade em áreas com ausência de *L. longipalpis* e/ou *L. cruzi*, e registro de casos autóctones da doença. Mas esta correlação ainda precisa ser mais estudada<sup>1</sup>.

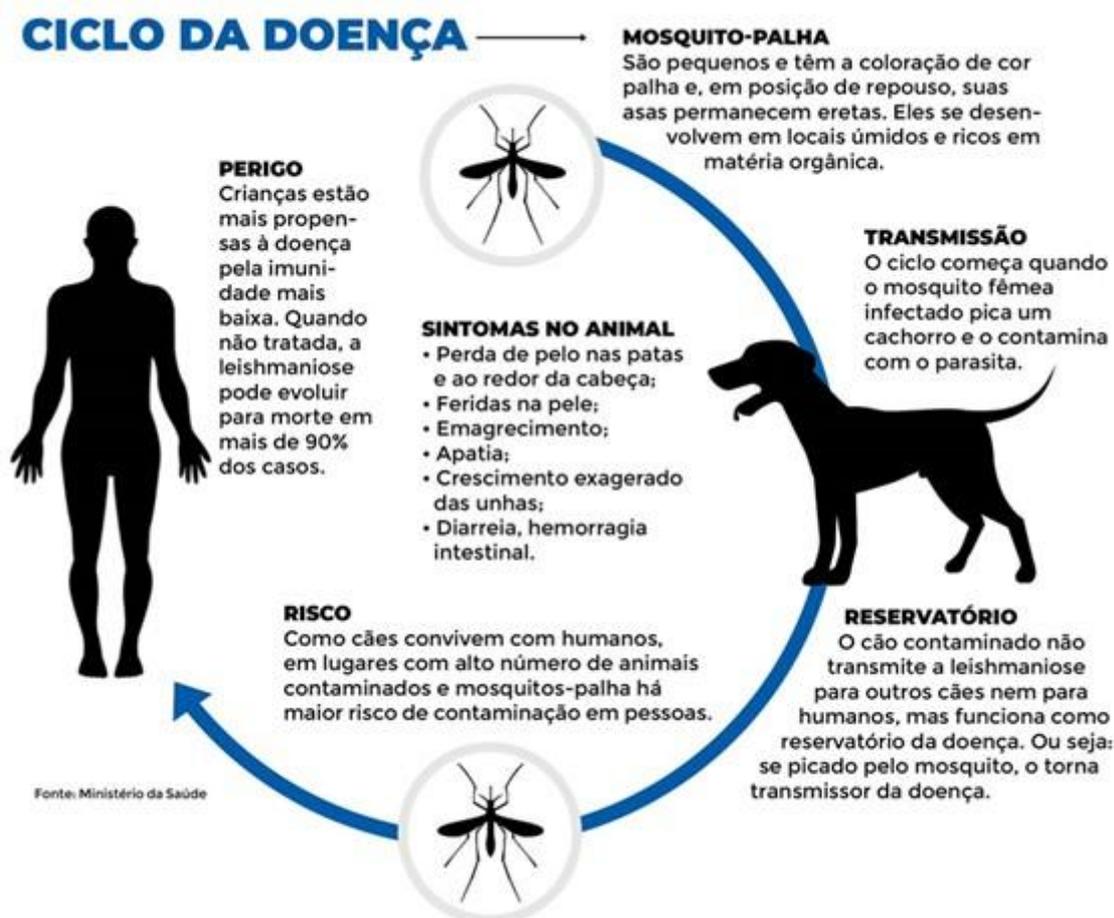
A *L. longipalpis* adapta-se facilmente ao peridomicílio e a variadas temperaturas, podendo ser encontrada também no interior dos domicílios e em abrigos de animais domésticos. No intra e peridomicílio, a *L. longipalpis* é encontrada, principalmente, próxima a uma fonte de alimento.

A LVH é considerada uma zoonose, pois alguns animais podem se infectar e servir de reservatório para o parasito. Na área urbana, o cão (*Canis familiaris*) é o principal reservatório. A enzootia canina tem precedido a ocorrência de casos humanos e a infecção em cães tem sido mais prevalente que no homem. No ambiente silvestre, os reservatórios são as raposas (*Dusicyon vetulus* e *Cerdocyon thous*) e os marsupiais (*Didelphis albiventris*). A doença em humanos se caracteriza por febre, queda do estado geral, perda de peso, hepato e/ou esplenomegalia com evolução arrastada e progressiva e, se não for tratada, evolui para o óbito em 90% dos casos.

## **3.2. Modo de transmissão**

Através da picada de fêmeas de insetos denominados flebotomíneos, infectadas com o protozoário *Leishmania chagasi/ infantum*. Não existe transmissão diretamente de uma pessoa para outra (inter-humana), nem de um animal para outro (inter-animal), nem dos animais para as pessoas (interespecífica). A transmissão ocorre apenas através da picada do vetor infectado. O ciclo de transmissão é representado na **Figura 1**.

Figura 1 – Ciclo de transmissão da Leishmaniose Visceral.



Fonte: SESAB/ Ministério da Saúde<sup>2</sup>

No Estado de Santa Catarina não há registros da presença do vetor mais competente para a transmissão da Leishmaniose Visceral (*Lutzomyia longipalpus*). Os vetores até então coletados e caracterizados no Estado são: *Lutzomyia (Nissomyia) neivai*, *Migoneimyia migonei* e *Pintomyia fischeri*. Estas espécies geralmente estão envolvidas na transmissão da Leishmaniose Tegumentar. Porém, como há transmissão ativa e sustentada da LV em Santa Catarina, especialmente em Florianópolis, mesmo na ausência do principal vetor (*Lutzomyia longipalpus*). Isso demonstra que uma ou mais espécies de flebotomíneos já caracterizados está fazendo parte do ciclo de LV no Estado. Em um estudo recente foi detectada *Leishmania infantum* em *Lutzomyia (Nissomyia) neivai*<sup>3</sup>, que pode justificar a sustentação da transmissão de LV em Florianópolis, e reforça a necessidade de mais estudos sobre a fauna flebotomínica do estado, de ações rigorosas de vigilância e prevenção em áreas com registros de casos importados de LVC, e com ambiente propício para o desenvolvimento dos vetores presentes no estado.

### **3.3. Período de incubação**

Nos seres humanos, o período de incubação é bastante variável, mas em média varia de dois a seis meses, podendo apresentar períodos mais curtos (dez dias) e mais longos (até dois anos).

### **3.4. Perfil epidemiológico da Leishmaniose Visceral**

A Leishmaniose Visceral é endêmica em 76 países e, no continente americano, está descrita em pelo menos 12. Dos casos registrados na América Latina, 90% ocorrem no Brasil. Em 1913 foi descrito o primeiro caso em necropsia de paciente oriundo de Boa Esperança, Mato Grosso. Em 1934, 41 casos foram identificados em lâminas de viscerotomias praticadas post-mortem, em indivíduos oriundos das Regiões Norte e Nordeste, com suspeita de febre amarela<sup>4</sup>.

No Brasil, a LV apresenta aspectos geográficos, climáticos e sociais diferenciados, em função da sua ampla distribuição, envolvendo as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. Inicialmente, tinha um caráter predominantemente rural, mas nos últimos vinte anos houve uma mudança neste perfil com a expansão para áreas urbanas de médio e grande porte<sup>4</sup>, principalmente em decorrência de maior incidência de ocupações irregulares de áreas próximas às matas nativas e em algumas localidades, como é o caso do município de Florianópolis (único considerado endêmico até o momento no Estado), a expansão no número de casos de cães acometidos pela LV em toda extensão territorial, inclusive nas áreas onde há registros da presença de flebotomíneos.

A LV é conhecida como uma doença própria de área de clima seco com precipitação pluviométrica anual inferior a 800 mm, e de ambiente fisiográfico composto por vales e montanhas, onde se encontram os chamados “boqueirões” e “pés-de-serra”. Porém, com a urbanização da LV, principalmente, nas periferias dos grandes centros urbanos, há áreas conhecidas de terra firme nas diferentes regiões e em faixas litorâneas do nordeste. As transformações no ambiente, provocadas pelo intenso processo migratório, por pressões econômicas ou sociais, o empobrecimento da população em decorrência da má distribuição da renda, os processos de urbanização crescentes e desordenados, o esvaziamento rural e as secas periódicas acarretam a expansão das áreas endêmicas e o aparecimento de novos focos. Este fenômeno leva a uma redução do espaço ecológico da doença, facilitando a ocorrência de epidemias<sup>5</sup>.

### **3.5. Manifestações clínicas comuns na LVH**

- Febre intermitente com semanas de duração;
- Fraqueza;
- Perda de apetite;
- Perda ponderal (emagrecimento acentuado em um curto espaço de tempo);
- Palidez;
- Aumento de baço e do fígado (hepatoesplenomegalia);
- Comprometimento da medula óssea (diminuição de hemoglobina, neutrófilos e plaquetas);
- Problemas respiratórios;
- Diarreia;
- Sangramentos na boca e nos intestinos.

### **3.6. Diagnóstico**

- a. Clínico-epidemiológico:** sintomas e sinais sugestivos do agravo aliados à epidemiologia compatível, ou seja, ocorrência de febre por mais de sete dias, associada à palidez, esplenomegalia, hepatomegalia ou emagrecimento em indivíduo proveniente ou residente de região com transmissão de Leishmaniose Visceral. Pode ser considerado o diagnóstico em pacientes com sintomas/sinais compatíveis que não sejam provenientes de áreas endêmicas, desde que descartados outros agravos.
- b. Critério laboratorial:** resultado positivo do teste rápido (imunocromatografia) em pacientes imunocompetentes.

Em pacientes imunossuprimidos, o teste rápido possui sensibilidade comprometida devido à baixa produção de anticorpos pela ação imunossupressora do vírus. Sendo, então, necessária a coleta de amostra de aspirado de medula óssea para a realização de exame direto, que verifica a presença do parasito.

Os exames para diagnóstico são realizados pelo LACEN, que é o laboratório de referência para o diagnóstico do agravo no estado. A busca do diagnóstico é urgente, visto a gravidade da doença. Recomenda-se a confirmação laboratorial através destes métodos antes do início do tratamento, especialmente naqueles casos associados a uma apresentação clínica incomum e/ou má resposta ao tratamento anterior. Importante salientar que exames sorológicos, geralmente disponíveis em laboratórios privados, não são considerados fidedignos para o diagnóstico do agravo.

Para a realização dos exames diagnósticos de pacientes imunocompetentes devem ser coletadas as seguintes amostras: sangue total em tubo com EDTA sem gel separador ou soro sanguíneo. E de pacientes imunossuprimidos deve ser coletado impreterivelmente o aspirado de medula óssea, que também deve ser coletado em tubo de coleta contendo anticoagulante (**Figura 2**).

**Figura 2** – Exemplo esquemático do material que deve ser colhido e enviado para o LACEN para o diagnóstico de LVH: sangue total, soro e aspirado de medula óssea.



**Sangue total**



**Soro**



**Aspirado de medula óssea**

**IMPORTANTE:** Antes da realização da coleta de amostras para a realização do exame diagnóstico para Leishmaniose Visceral deve ser ofertado o exame de HIV, pois o resultado deste é determinante não somente para a coleta de amostra apropriada para a realização do diagnóstico de LV, como também impacta diretamente na abordagem terapêutica para o agravo, principalmente devido à necessidade de posterior profilaxia secundária (após avaliação de critérios clínicos e laboratoriais, e da evolução pós-tratamento de indução).

A associação de dados clínico-epidemiológicos e laboratoriais é a melhor forma de se fazer o diagnóstico.

### **3.7. Diagnóstico Diferencial**

Realizar diagnóstico diferencial com enterobacteriose de curso prolongado (associação de esquistossomose com salmonela ou outra enterobactéria), malária, brucelose, febre tifoide, esquistossomose hepatoesplênica, forma aguda da doença de Chagas, mieloma múltiplo, anemia falciforme, linfoma, leucemia, histoplasiose disseminada (principalmente em paciente imunossuprimido), entre outras.

### **3.8. Tratamento**

Em 2013, o Ministério da Saúde ampliou a indicação do uso da anfotericina B lipossomal para os tratamentos de Leishmaniose Visceral. Em Santa Catarina, devido à baixa incidência e ocorrência de casos de Leishmaniose Visceral Humana, recomenda-se o tratamento com **Anfotericina B lipossomal** (primeira escolha terapêutica) ou com **Desoxicolato de Anfotericina B** (normalmente disponível nos hospitais para início imediato do tratamento após confirmação diagnóstica). Mas também pode ser feito o tratamento da LVH com **Glucantime®** (sal de antimônio pentavalente – antimoniato de meglumina), alternativamente.

Para o tratamento da Leishmaniose Visceral, a seleção do medicamento deve considerar o perfil de toxicidade e o risco de morte associado à doença. Se o uso de anfotericina B lipossomal ou outras formulações lipídicas não for possível, a opção terapêutica é administrar desoxicolato de anfotericina B, com monitoramento rigoroso da toxicidade. Ao usar anfotericina B é importante monitorar rigorosamente a função renal.

A evolução clínica da leishmaniose visceral é complexa e requer medidas de suporte e experiência no manejo de complicações e toxicidades causadas pelo tratamento. Portanto, sugere-se que o tratamento seja realizado em ambiente hospitalar, permitindo as intervenções adequadas para melhorar o prognóstico e evitar letalidade pela doença.

Todos os medicamentos utilizados para o tratamento de LVH 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 em **Leishmaniose Visceral: Recomendações clínicas para redução da letalidade<sup>10</sup>**.

### **3.9. Critérios de Cura**

São essencialmente clínicos. O desaparecimento da febre é precoce e acontece por volta do quinto dia de tratamento; a redução da hepatoesplenomegalia ocorre logo nas primeiras semanas. Ao final do tratamento, o baço geralmente apresenta redução de 40% ou mais, em relação à medida inicial. A melhora dos parâmetros hematológicos (hemoglobina e leucócitos) surge a partir da segunda semana. As alterações vistas na eletroforese de proteínas normalizam-se lentamente, às vezes ao longo de meses. O ganho ponderal do paciente é visível, com retorno do apetite e da melhora do estado geral. Nessa situação, o controle por meio de exame parasitológico ao término do tratamento é dispensável. O seguimento do paciente tratado deve ser feito aos 3, 6 e 12 meses após o tratamento, e, na última avaliação, se permanecer estável, o paciente é considerado curado. O aparecimento de eosinofilia ao final do tratamento ou ao longo dos seguimentos é sinal de bom prognóstico. As provas sorológicas não são indicadas para seguimento do paciente<sup>11</sup>.

### **3.10. Pacientes Coinfectados LVH-HIV**

Pacientes portadores de HIV/AIDS diagnosticados com Leishmaniose Visceral Humana possuem risco aumentado de recidivas da doença e devem ser acompanhados e tratados de forma diferenciada.

A droga de primeira escolha para o tratamento é a anfotericina B, com o uso prioritário da formulação lipossomal. Baseado na experiência mundial<sup>7,8</sup> e nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), indica-se a dose total de até 40 mg/kg, utilizando-se o esquema de dez aplicações nos seguintes dias: 1º a 5º, 10º, 17º, 24º, 31º e 38º. A fim de reduzir a chance de recidivas, após o tratamento de indução, recomenda-se a profilaxia secundária para todos os pacientes com menos de 350 linfócitos T CD4/mm<sup>3</sup> por ocasião do diagnóstico de LVH. Pode-se usar um dos seguintes esquemas, a cada duas semanas (intervalo mais estudado) ou a cada quatro semanas: Anfotericina B lipossomal: 3 a 5 mg/kg, Antimoniato de N-metil glucamina (Glucantime®): 20 mg de Sbv/kg (no máximo, três ampolas), ou Desoxicolato de anfotericina B: 1 mg/kg (máximo de 50 mg – uma ampola/dia).

O acompanhamento dos pacientes coinfectados por Leishmania deve ser por tempo prolongado. É preciso salientar que não se observa a normalização de todos os sinais e sintomas ao fim do tratamento. Espera-se o desaparecimento da febre e a melhora do estado geral dentro da primeira semana de tratamento. A partir da segunda semana, observa-se melhora progressiva das citopenias e regressão da esplenomegalia, que pode demorar meses até a total regressão. Nas situações em que se observa boa resposta ao tratamento antirretroviral, com elevação sustentada da contagem de linfócitos T CD4+ acima de 350 cel/μL, o acompanhamento do quadro sintomático de leishmaniose deve seguir, pelo menos, a mesma periodicidade sugerida para o paciente sem a coinfeção. No entanto, a frequência das avaliações durante o acompanhamento, usualmente, é maior, pela necessidade de monitorar com maior rigor a toxicidade causada pelas drogas e para detectar oportunamente a falta de resposta ao tratamento ou aparecimento de recidivas.

A observação mais importante no seguimento para se suspeitar da recidiva leva em consideração os parâmetros apresentados pelo próprio paciente, antes e após o tratamento de LVH. Muitas vezes, este apresenta piora ou manutenção dos sintomas após o término do tratamento. O reaparecimento ou a piora de um ou mais dos parâmetros clínicos (febre, citopenias e hepatoesplenomegalia) pode sugerir a ocorrência de recidiva, cujo critério de confirmação mais aceito atualmente é o exame parasitológico em aspirado de medula óssea. Entre os fatores possivelmente relacionados à recidiva estão: contagem de CD4 inferior a 100 células/mm<sup>3</sup> por ocasião do diagnóstico de LV; passado de LV; recuperação insuficiente de CD4 após o tratamento de LV; e ausência de profilaxia secundária para LV<sup>9</sup>.

Alguns autores recomendam utilizar a contagem de CD4 acima de 350/mm<sup>3</sup> em pacientes com boa resposta ao tratamento regular com antirretrovirais como parâmetro para a suspensão da profilaxia secundária, baseado na observação da ocorrência de recidiva predominantemente em pacientes com valores abaixo desse limiar. Em estudos europeus, entretanto, recidiva de LV com CD4 acima de 200 células/mm<sup>3</sup> é raramente descrita. Por esse motivo, considerando-se que alguns pacientes, a despeito de terapia antiviral regular e PCR-HIV indetectável, podem manter contagem de linfócitos CD4 persistentemente inferior a 350 células/mm<sup>3</sup> (limiar considerado mais seguro), admite-se avaliar a suspensão da profilaxia após 6 a 12 meses de profilaxia secundária (período com a maior incidência de recidiva) se a contagem de CD4 estiver superior a 200 células/mm<sup>3</sup>, especialmente naqueles pacientes sem passado de recidiva de LV, com PCR-HIV indetectável e cuja contagem de CD4, na ocasião do episódio de LV, era superior a 100 células/mm<sup>3</sup>.

## 4. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA LVH NO SUL DO BRASIL E NO ESTADO

---

A introdução da LV no sul do Brasil demonstrou ser um evento multifatorial, combinando adaptação do parasito aos vetores, destes ao clima e condições locais, perfil de ocupação populacional (principalmente com áreas urbanizadas em meio a áreas de matas preservadas total ou parcialmente), etc. A rápida dispersão da doença é esperada em áreas onde o vetor principal da LV, o *Lutzomyia longipalpis*, é encontrado, como nos estados vizinhos (Paraná e Rio Grande do Sul).

Até o momento em Santa Catarina, foram identificadas algumas espécies de flebotomíneos de importância epidemiológica, como: *Nissomyia neivai*, *Migoneimyia migonei*, *Lutzomyia (Pintomyia) fischeri*. Porém estas espécies estão geralmente envolvidas na transmissão da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), e não da LV. O cenário de transmissão ativa da LV em Santa Catarina, especialmente em Florianópolis, vem ocorrendo na ausência do vetor principal (*Lutzomyia longipalpis*), demonstrando a adaptação do parasito aos vetores aqui encontrados.

Até 2007, a região sul do Brasil não era considerada área endêmica para a LV, e havia registros de apenas alguns casos humanos importados. Mas em 2010, foram identificados no município de Florianópolis os primeiros casos de LV canina (LVC), especificamente na parte insular. A partir disso, foi realizado um inquérito sorológico censitário no raio de todo foco canino soro-reagente, abrangendo no mínimo 100 cães. A ilha de Santa Catarina (parte insular do município de Florianópolis) foi considerada área de transmissão de LV, acometendo principalmente os cães. O número de animais autóctones soro-reagentes é crescente e inversamente proporcional ao número de animais eutanasiados, como representado na **Figura 3**. Este fato causa preocupação, pois a doença nestes animais precede a ocorrência em humanos.

Em decorrência deste aumento de cães soro-reagentes e outros fatores ambientais, em 2017 foram identificados os três primeiros casos humanos autóctones de LV no município de Florianópolis, sendo um deles coinfestado com HIV. A pesquisa entomológica e inquérito censitário canino realizados nos locais prováveis de infecção (LPI) dos casos humanos evidenciaram elevados índices de flebotomíneos e cães altamente parasitados, confirmando o ciclo de transmissão estabelecido.

**Figura 3** – Municípios com casos de Leishmaniose Visceral Canina (LVC) por ano de notificação

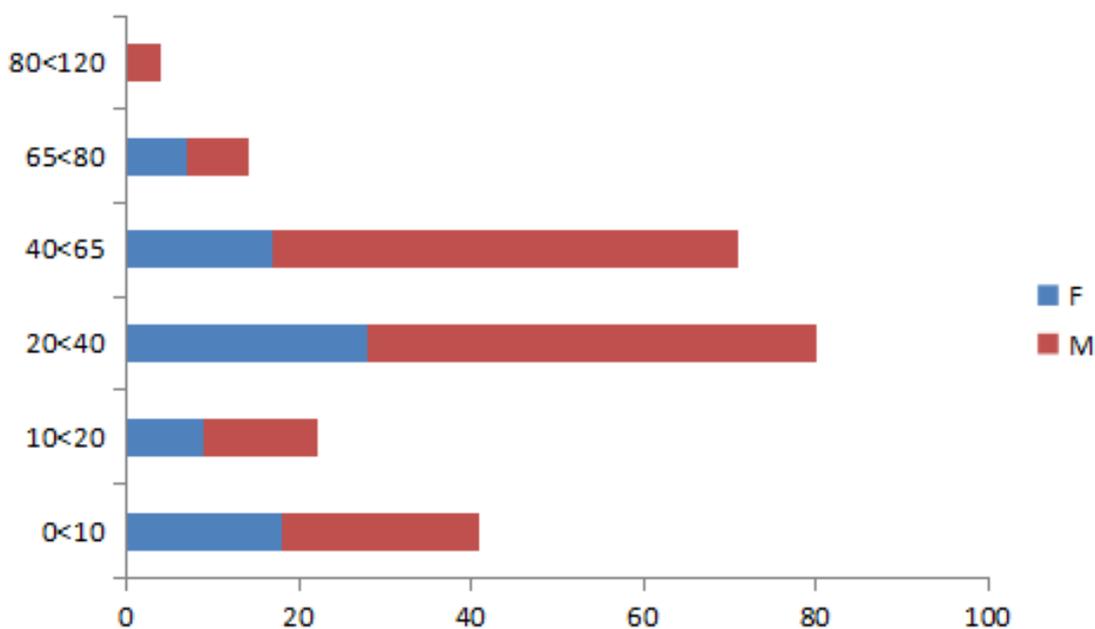


Fonte: SES-DIVE/SC e CCZ Florianópolis

Entre 2007 e 2022, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou em Santa Catarina 29 casos confirmados de LVH de um total de 232 casos suspeitos e 1152 casos confirmados de LVC.

A análise demográfica dos casos notificados de LVH no estado mostrou que a maioria dos pacientes atendidos era do sexo masculino (55,17%). A faixa etária entre 20 e 64 anos foi considerada economicamente ativa foi a mais representativa (65,08%) seguida da menor de 10 anos (17,67%). O perfil populacional dos casos suspeitos de LVH em Santa Catarina corresponde ao perfil nacional, onde a população do sexo masculino e na faixa etária economicamente ativa é a mais acometida pela doença **(Figura 4)**<sup>5</sup>.

**Figura 4** – Distribuição dos casos notificados de LVH (n = 232) por faixa etária e por sexo.



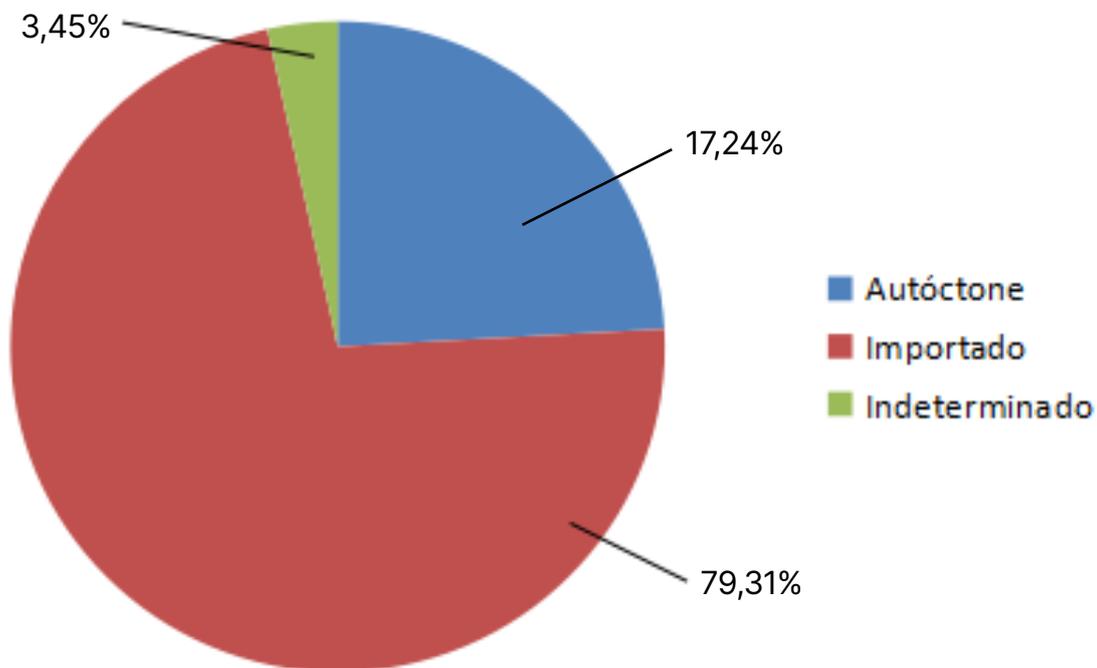
Fonte: SINAN, 2023

A maioria dos casos confirmados ocorreu em zona urbana (93,10%), seguida de 3,45% em zona periurbana e 3,45% em zona rural. Os dados corroboram com o perfil nacional, que onde a maior frequência dos casos ocorre em área urbana, em regiões antropizadas sem controle e sem manejo adequado com o meio ambiente<sup>4</sup>.

No estado de Santa Catarina, onde os casos autóctones estão concentrados na parte insular do município de Florianópolis. Nas investigações dos casos, as ocorrências foram em áreas urbanizadas dentro ou próximos de fragmentos de mata nativa, tendo como característica o desmatamento, precariedade sanitária no entorno do local provável de infecção e elevada densidade de cães reservatórios.

Em relação à autoctonia dos casos em Santa Catarina, 17,24% dos casos confirmados registrados no SINAN são autóctones (5 casos), 79,31% são importados (23 casos cujo local de infecção é em outro estado ou país) e 3,45% são indeterminados (não foi possível determinar o local provável de infecção com o registro de apenas um caso entre 2007 e 2022) (**Figura 5**).

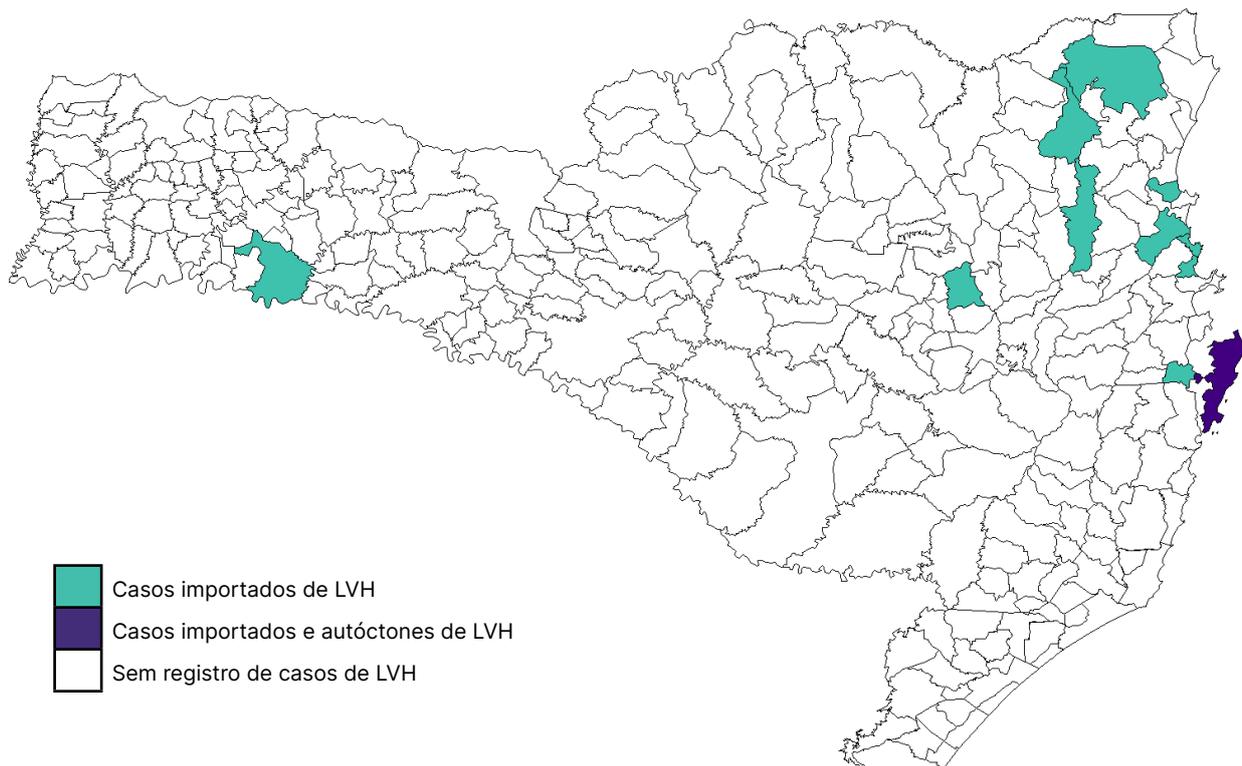
**Figura 5** – Distribuição dos casos confirmados de LVH (n = 29) por classificação epidemiológica.



Fonte: SINAN, 2023

A distribuição dos casos pelo estado de Santa Catarina, de acordo com sua classificação epidemiológica estão demonstrados na **Figura 6**.

**Figura 6** – Mapa da distribuição dos casos autóctones e importados de LVH em Santa Catarina.



**Fonte:** SINAN/TabWin, 2023

Em Santa Catarina, até o presente momento, apenas a ilha de Santa Catarina (parte insular do município de Florianópolis) possui transmissão autóctone de LV, tanto em cães como em humanos, e conforme a última análise realizada pelo Ministério da Saúde utilizando a plataforma SisLeish, o município apresenta atualmente baixo risco de transmissão quando utilizado o índice composto do Programa Regional de Leishmanioses da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)<sup>6</sup>.

# 5. MEDIDAS GERAIS DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA LVH

---

## **5.1. Objetivos**

### **A. Objetivo geral**

Reduzir a letalidade e a morbidade por meio do diagnóstico e do tratamento precoce dos casos, bem como diminuir os riscos de transmissão mediante o controle da população de reservatórios e do agente transmissor.

### **B. Objetivos específicos**

- Realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos humanos.
- Reduzir o contato do vetor com os hospedeiros suscetíveis.
- Reduzir as fontes de infecção para o vetor.
- Promover ações de educação em saúde e mobilização social.

## **5.2. Definição de casos**

### **A. Caso suspeito:**

- Todo indivíduo com febre e esplenomegalia ou hepatoesplenomegalia, proveniente de área com ocorrência de transmissão de Leishmaniose Visceral\*.  
*(\*atualmente inclui município de Florianópolis-SC).*
- Todo indivíduo com febre e esplenomegalia ou hepatoesplenomegalia, proveniente de área sem ocorrência de transmissão, desde que descartados os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.

### **B. Caso confirmado:**

- Caso que atenda aos critérios de caso suspeito com confirmação laboratorial da infecção pelo parasito, através do teste rápido (imunocromatografia) ou do exame direto.

### **C. Caso Descartado**

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

### **5.3. Notificação**

A Leishmaniose Visceral é uma doença de notificação compulsória, conforme a Portaria GM/MS nº 217, de 1º de março de 2023 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 VISCERAL** 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 e um ou mais casos autóctones.

### **5.4. 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 2**) em sua totalidade, a 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 da DIVE e equipes de vigilância epidemiológica municipal e estadual.

Uma vez notificado o caso, cabe à VE/SMS o procedimento de investigação epidemiológica, buscando contextualizar o caso, trazendo o máximo de informações pertinentes a fim de corroborar com os resultados dos exames clínicos, para um diagnóstico completo.

### **5.5. Investigação epidemiológica**

Diante da presença de sintomatologia sugestiva, devem-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 LV)?
- O paciente tem contato com animais domésticos e/ou silvestres? Quais?

- Qual o tempo de evolução dos sintomas?
- 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 LVH? Se não, relatar local e data do tratamento anterior.
- O paciente tem histórico de vínculo epidemiológico com áreas endêmicas?
- O paciente apresenta histórico de doenças pregressas, como: diabetes, hipertensão, cardiopatia, hepatite, doenças reumáticas, doença renal, tuberculose, AIDS, etc.?

## **5.6. Identificação do local provável de infecção**

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 (galinheiros, 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?

Essas informações são fundamentais para, em associação com os critérios clínicos, direcionar o diagnóstico com maior precisão.

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

## **5.7. Medidas de prevenção para LV**

A prevenção da Leishmaniose Visceral ocorre principalmente pelo controle do vetor, visando mantê-lo distante, principalmente com apoio e auxílio da população em relação à higiene ambiental, que é feita por meio de<sup>4</sup>:

- Limpeza periódica dos quintais e terrenos, drenagem de água, retirada de matéria orgânica em decomposição (folhas, frutos, fezes de animais) entorno dos domicílios, praças, parques públicos e terrenos baldios e remoção de outros entulhos que favoreçam a umidade do solo em locais onde os flebótomos possam se desenvolver.
- Poda de árvores, arbustos e gramados, aumentando a insolação a fim de diminuir o sombreamento do solo.
- Destino adequado do lixo orgânico, inclusive com a vedação apropriada de composteiras, impedindo o desenvolvimento das larvas dos flebótomos e a aproximação de mamíferos comensais como gambás e roedores (hospedeiros naturais do parasito).
- Limpeza de abrigos de animais domésticos (galinheiros, cocheiras, chiqueiros, canis, etc), além da manutenção de animais domésticos distante do domicílio, principalmente no período de crepúsculo (cair da tarde) e à noite, visando reduzir a atração dos flebotomíneos para dentro do domicílio.
- Promover a aplicação de cal no solo de galinheiros para a alteração do pH, impedindo o desenvolvimento das larvas do flebótomo.
- Em áreas com elevado número de casos, em municípios de transmissão intensa (média de casos humanos acima de 4,4 nos últimos três (3) anos), de transmissão moderada (média de casos humanos acima de 2,4 nos últimos três (3) anos) ou em surto de leishmaniose visceral, recomenda-se o uso de inseticida, com aplicação nas paredes dos domicílios e abrigos de animais).



## **5.9. Critérios para encaminhamento de pacientes às unidades de referência**

Sugere-se que os pacientes suspeitos de LVH sejam internados para realizar a investigação e iniciar o tratamento o mais brevemente possível, em vista da gravidade da doença e risco de óbito. 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;
- Coinfecção com HIV;
- Pacientes que necessitem interromper o tratamento por apresentarem reações adversas ao medicamento específico;

Nestes casos com potencial maior de gravidade e de intercorrências, deve ser solicitada via regulação estadual de leitos (SISREG), a internação ou transferência hospitalar ao Hospital Nereu Ramos/Florianópolis (Referência no Estado de Santa Catarina). **Pacientes com idade inferior a 14 anos** devem ser encaminhados ao Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIGJ) em Florianópolis.

Os pacientes atendidos na rede particular, após a notificação compulsória já na suspeição e comunicação com a VE, devem ser encaminhado para um serviço de emergência público ou privado com vistas à internação hospitalar, pelos mesmos motivos supracitados.

## **5.10. Solicitação de medicação para o tratamento da LVH**

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

### **Durante o horário de expediente da DIVE:**

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), laudo diagnóstico e prescrição médica (formulário de solicitação de anfotericina B lipossomal – ANEXO 3).

A GERSA deverá entregar o medicamento 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).

**Ressalta-se que as medicações para o tratamento da LVH são de uso exclusivo em ambiente hospitalar.** Devendo o paciente ser internado para a realização do tratamento, visto que há necessidade de verificar parâmetros clínicos e laboratoriais para monitorar os possíveis eventos adversos e devido à toxicidade das medicações.

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

Em caso de hipótese diagnóstica forte, mas com resultado laboratorial pendente ao final do expediente, recomenda-se que a GERSA entre em contato com a área técnica para viabilizar uma liberação prévia da medicação, ficando esta pré-liberada junto à DIAF, para que em caso de confirmação diagnóstica, seja disponibilizada imediatamente para retirada no almoxarifado da DIAF, e encaminhada à unidade de saúde onde o paciente estará internado o mais breve possível.

### **Durante o sobreaviso:**

1. O sobreaviso da Vigilância Epidemiológica Municipal/Secretaria Municipal de Saúde (quando houver) ou a unidade de saúde onde o paciente estiver internado deverá solicitar o medicamento ao sobreaviso da Gerência Regional de Saúde do Estado (GERSA);
2. O sobreaviso da GERSA deverá solicitar ao sobreaviso da DIVE a liberação do medicamento, mediante cópia da notificação/ investigação (SINAN), laudo diagnóstico e prescrição médica (formulário de solicitação de anfotericina B lipossomal – ANEXO 3), e enviar e-mail para a área técnica responsável pelo agravo – Divisão de Vetores Reservatórios e Hospedeiros/Gerência de Zoonoses/Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DVRH/GEZOO/DIVE) – [dvrh@saude.sc.gov.br](mailto:dvrh@saude.sc.gov.br), com toda documentação pertinente.
3. O sobreaviso da DIVE fará contato com o sobreaviso do almoxarifado da DIAF para providenciar a liberação da medicação para a retirada.

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Souza GD, Santos E, Andrade JD. The first report of the main vector of visceral leishmaniasis in America, *Lutzomyia longipalpis* (Lutz & Neiva) (Diptera: Psychodidae). Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, [s.l.], v. 104, n. 8, p.1181-1182, dez. 2009. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0074-02762009000800017>.
2. SESAB/Ministério da Saúde (Ciclo de transmissão da Leishmaniose Visceral) – Disponível em: < <https://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/transmissao-leishmaniose-visceral/>>
3. CARDOSO, S. F. et al. *Leishmania infantum* (Trypanosomatida: Trypanosomatidae) detection in *Nyssomyia neivai* (Diptera: Psychodidae) and dogs in Southern Brazil. Research Square, 2024.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Situação Epidemiológica – Dados sobre Leishmaniose Visceral (LV). Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/saude-de-a-z/leishmaniosevisceral>
5. Ministério da Saúde 2014. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_controle\\_leishmaniose\\_visceral\\_1edicao.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf)
6. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS/OMS – Informe Epidemiológico das Américas. Informe de Leishmanioses, nº7, 2019.
7. COTA, G. F. et al. Comparison of parasitological, serological, and molecular tests for visceral leishmaniasis in HIV-infected patients: a cross-sectional delayed-type study. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene, [S.l.], v. 89, n. 3, p. 570-577, 2013a.
8. COTA, G. F. et al. Efficacy of Anti-Leishmania Therapy in Visceral Leishmaniasis among HIV Infected Patients: A Systematic Review with Indirect Comparison. PLoS Neglected Tropical Disease, [S.l.], v. 7, n. 5, p. 2195, 2013b.
9. COTA, G. F.; SOUSA, M. R.; RABELLO, A. Predictors of visceral leishmaniasis relapse in HIV-infected patients: a systematic review. PLoS Neglected Tropical Disease, [S.l.], v. 5, n. 6, p. 1153, 2011.
10. Ministério da Saúde 2011. Leishmaniose Visceral: Recomendações clínicas para redução da letalidade. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/leishmaniose/manual-de-leishmaniose-visceral-recomendacoes-clinicas-para-a-reducao-da-letalidade/view> ou <<https://dive.sc.gov.br/phocadownload/doencas-agrivos/Leishmaniose%20Visceral%20Humana/Publica%C3%A7%C3%B5es/2%20-%20Leishmaniose%20Visceral-%20Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20cl%C3%ADnicas%20para%20redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20letalidade.pdf>>
11. BRASIL, Ministério da Saúde 2006. Secretaria de Vigilância em Saúde. Leishmaniose visceral grave: normas e condutas. Disponível em: [https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/leishmaniose\\_visceral\\_grave\\_normas.pdf](https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/leishmaniose_visceral_grave_normas.pdf)

# ANEXO 1

---

## SERVIÇOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA EM SANTA CATARINA

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

Rua Rui Barbosa, 800, Agronômica, Florianópolis/SC

CEP 88025-301

Horário de atendimento: 7h às 19h

Atende os municípios de todas as Gerências de Saúde, via SISREG;

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

Rui Barbosa, 152 - Agronômica, Florianópolis/SC

CEP 88025-301

(48) 3251-9000

Horário de Atendimento: 08h às 17:30h

Atende casos suspeitos menores de 14 anos, de todas as Gerências de Saúde.

# ANEXO 2

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO		LEISHMANIOSE VISCERAL		Nº			
<b>CASO SUSPEITO:</b> Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia. Todo indivíduo proveniente de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartado os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região.									
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual					
	2	Agravado/doença		LEISHMANIOSE VISCERAL		3	Data da Notificação		
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)				
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data dos Primeiros Sintomas		
Notificação Individual	8	Nome do Paciente				9	Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9-Ignorado		
	13	Raça/Cor		1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado					
	14	Escolaridade		1-2ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica					
15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe				
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)		19	Distrito	
	20	Bairro		21		Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22	Número	23		Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2		26		Ponto de Referência		27	CEP
	28	(DDD) Telefone		29		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30	País (se residente fora do Brasil)
	Dados Complementares do Caso								
	Antec. Epidem.	31	Data da Investigação		32		Ocupação		
Dados Clínicos	33							Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Emagrecimento		<input type="checkbox"/> Aumento do Baço		<input type="checkbox"/> Aumento do Fígado		
<input type="checkbox"/> Fraqueza		<input type="checkbox"/> Tosse e/ou diarreia		<input type="checkbox"/> Quadro infeccioso		<input type="checkbox"/> Icterícia			
<input type="checkbox"/> Edema		<input type="checkbox"/> Palidez		<input type="checkbox"/> Fenômenos hemorrágicos		<input type="checkbox"/> Outros _____			
34							Co - infecção HIV		
							1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Dados Labor. /Class. do caso	35		Diagnóstico Parasitológico		36		Diagnóstico Imunológico		
	1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		<input type="checkbox"/>		1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado		<input type="checkbox"/> IFI <input type="checkbox"/> Outro		
37		Tipo de Entrada		1 - Caso Novo 2 - Recidiva 3-Transferência 9- Ignorado					
Tratamento	38	Data do Início do Tratamento		39	Droga Inicial Administrada		1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Anfotericina b lipossomal 5 - Outras 6 - Não Utilizada		
	40	Peso _____ Kg		41	Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb <sup>+5</sup>		1-Maior ou igual a 10 e menor que 15 2-Maior ou igual a 15 e menor que 20 3-Maior ou igual a 20		
	42		Nº Total de Ampolas Prescritas		_____ Ampolas				
43							Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial		
							1 - Anfotericina b 2 - Anfotericina b lipossomal 3 - Outras 4 - Não se Aplica		

Leishmaniose Visceral

Sinan NET

SVS

27/09/2005



# ANEXO 3



**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:

- Ausente  HIV/AIDS  
 Doença renal  Infecção bacteriana. Especificar: \_\_\_\_\_  
 Doença cardíaca Outras: \_\_\_\_\_  
 Doença hepática

### TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA LV

- Virgem de tratamento

( ) Antimoniato de N-metil Glucamina:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/Sb+5/kg/dia n° de doses: \_\_\_\_\_ n° de esquemas: \_\_\_\_\_

( ) Desoxicolato de anfotericina B:

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

( ) Anfotericina B lipossomal:

Dosagem: \_\_\_\_\_ mg/kg/dia n° de doses: \_\_\_\_\_ n° 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 Ureia: \_\_\_\_\_ 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  $\geq 4$ <sup>1</sup> 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)

## REVISÃO

Equipe da Divisão de vetores, reservatórios e hospedeiros – DVRH  
Gerência de Vigilância de Zoonoses e Entomologia – GEZOO  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica – DIVE  
Superintendência de Vigilância em Saúde – SUV  
Secretaria de Estado da Saúde/SC

## ELABORAÇÃO

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

## DIAGRAMAÇÃO

Bruna Matos  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC  
Patrícia Pozzo  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC  
Alex Martins  
Diretoria de Vigilância Epidemiológica / Secretaria de Estado da Saúde / SC



GOVERNO DE  
**SANTA CATARINA**  
SECRETARIA DA SAÚDE