

Dissertação de Mestrado Profissional

**CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL: UMA
FERRAMENTA PARA O MONITORAMENTO E CONTROLE DA
ENDEMIAS**

GLAUCYANE MOTTA SOARES

PORTO ALEGRE - RS

2019

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
EM PESQUISA CLÍNICA**

**CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL: UMA
FERRAMENTA PARA O MONITORAMENTO E CONTROLE DA
ENDEMIAS**

Autor: Glaucyane Motta Soares

Orientador: Profa. Dra. Gabriella Rejane dos Santos Dalmolin

*Dissertação submetida como requisito parcial
para a obtenção do grau de Mestre ao
Programa de Pós-Graduação Mestrado
Profissional em Pesquisa Clínica, do Hospital
de Clínicas de Porto Alegre.*

Porto Alegre - RS

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Soares, Glaucyane Motta
CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL:
UMA FERRAMENTA PARA O MONITORAMENTO E CONTROLE DA
ENDEMIAS / Glaucyane Motta Soares. -- 2019.
69 f.
Orientador: Gabriella Rejane dos Santos Dalmolin.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de
Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Pesquisa
Clínica, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Leishmaniose Visceral. 2. Calazar. 3. Zoonose.
I. Dalmolin, Gabriella Rejane dos Santos, orient. II.
Título.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo cuidado diário.

À EBSEH, aos meus colegas e professores do Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, à Alessandra Rossi, ao Sr. Adécio Bustamante, aos colegas e diretores do Hospital de Doenças Tropicais e à minha família, especialmente aos meus filhos, Otto e Álvaro, por terem contribuído para esta formação, seja através da busca de prontuários, direcionamento para esta pesquisa ou outras formas de incentivo, minha gratidão e respeito a todos vocês.

À Sra. Raimunda Silva, uma das responsáveis pelo meu ingresso no MPPC.

À Júlia Santana e ao Marcelo Athayde por terem disponibilizado seus talentos para a apresentação dos resultados.

Aos membros da banca de defesa, Dra. Agnes Nogueira Gossenheimer, Dra. Mônica Vinhas de Souza e Dra. Bruna Pasqualini Genro, por contribuírem para o aperfeiçoamento dessa dissertação.

Agradeço especialmente à minha orientadora, professora Dra. Gabriella Rejane dos Santos Dalmolin, por se disponibilizar, me ajudar, corrigir e sempre me motivar.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALT	Alanina Aminotransferase
AST	Aspartato Aminotransferase
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DENERu	Departamento Nacional de Endemias Rurais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECG	Eletrocardiograma
ELISA	Ensaio Enzima-Lig da Imunoabsorção
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HDT	Hospital de Doenças Tropicais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IVAS	Infecção de Vias Aéreas Superiores
LV	Leishmaniose Visceral
LVA	Leishmaniose Visceral Americana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PVCLV	Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral
RIFI	Reação de Imunofluorescência Indireta
rK39	Antígeno Recombinante K39
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Tocantins
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Fluxograma da seleção dos casos de Leishmaniose Visceral tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017, para inclusão na pesquisa.	30
Figura 2 –	Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral.	43
Figura 3 –	Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral (conteúdo interno).	44
Figura 4 –	Plano de contrarreferência dos pacientes com Leishmaniose Visceral após tratamento no Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins (HDT)	45
Figura 5 –	Plano de contrarreferência dos pacientes com Leishmaniose Visceral após tratamento no Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins (HDT) (Fluxograma e Ficha de referência e contrarreferência)	46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Classificação dos casos de Leishmaniose Visceral tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	30
Gráfico 2 –	Relação dos casos de Leishmaniose Visceral por faixa etária, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	31
Gráfico 3 –	Critério diagnóstico de confirmação dos casos de Leishmaniose Visceral tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	32
Gráfico 4 –	Tempo decorrido entre o início dos sintomas e a internação hospitalar dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	33
Gráfico 5 –	Manifestações clínicas dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	33
Gráfico 6 –	Complicações observadas durante os tratamentos de Leishmaniose Visceral, realizados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	35
Gráfico 7 –	Intervalo entre consultas ambulatoriais, de pacientes com Leishmaniose Visceral, superior ao solicitado no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	36
Gráfico 8 –	Solicitação de exames laboratoriais para os pacientes com Leishmaniose Visceral, acompanhados pelo ambulatório do HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	36
Gráfico 9 –	Apresentação de exames solicitados aos pacientes com Leishmaniose Visceral, acompanhados pelo ambulatório do HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	37
Gráfico 10 –	Registro de anamnese e exame físico dirigido dos pacientes com Leishmaniose Visceral, acompanhados pelo ambulatório do HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	37
Gráfico 11 –	Desfecho do acompanhamento ambulatorial dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Modelos de prognóstico construídos pela adição de variáveis clínicas ou variáveis clínicas e laboratoriais, ponderadas pela força de associação estatística para a morte em pacientes com menos de 2 anos de idade, com diagnóstico de Leishmaniose Visceral – Teresina, 2005-2008.	17
Tabela 2 – Modelos de prognóstico construídos pela adição de variáveis clínicas ou de variáveis clínicas e laboratoriais, ponderadas pela força de associação estatística para a morte em pacientes com mais de 2 anos de idade, com diagnóstico de Leishmaniose Visceral – Teresina, 2005-2008.	18
Tabela 3 – Estados de procedência dos casos de Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	31
Tabela 4 – Sexo dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	31
Tabela 5 – Nível de escolaridade dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	32
Tabela 6 – Agravos observados durante a internação de pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	34
Tabela 7 – Tratamento inicial empregado nos casos de Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.	34

RESUMO

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença considerada como um problema de saúde pública e que se encontra em franca expansão territorial devido, entre outras razões, às dificuldades em se cumprir as ações de prevenção e controle propostas pelo Ministério da Saúde. Este trabalho apresenta uma ferramenta para o acompanhamento dos pacientes durante e após tratamento medicamentoso, através da elaboração e produção da Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral, confeccionada a partir do levantamento de dados e realização do diagnóstico situacional dos casos de LV atendidos no Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína/TO entre os anos de 2015 e 2017. O estudo teve caráter observacional descritivo dos casos de LV e os dados foram coletados utilizando-se a base do Sistema de Informação de Agravo de Notificação (SINAN) e através da revisão de prontuários. Evidenciou-se a prevalência da doença entre crianças até 10 anos, pardas e do sexo masculino. Falhas no acompanhamento ambulatorial também foram observadas, como alto índice de abandono, para as quais se propõe um plano de contrarreferência dos pacientes para a Atenção Primária, visando à integralidade do atendimento.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral; Calazar; Zoonose.

ABSTRACT

Visceral Leishmaniasis (VL) is a disease considered a public health problem and is in a rapid territorial expansion due, among other reasons, to the difficulties in complying actions of prevention and control proposed by the Ministry of Health. This research presents a tool for the follow-up of patients during and after medical treatment, through the elaboration and production of the Visceral Leishmaniasis HandBook, based on the data collection and the situational diagnosis of the VL cases attended at the Hospital of Tropical Diseases of Araguaína / TO between the years 2015 and 2017. The study was observationally descriptive of the cases of VL and the data were collected using the basis of the Notice of Aggravation Information System (SINAN, in portuguese) and through the review of medical records. It was evidenced the prevalence of the disease among children up to 10 years old, brown and male. Failures in outpatient follow-up were also observed, such as high drop-out rates, for which a Patient Countermeasure Plan for Primary Care is proposed, aiming at the integrality of care.

Keywords: Visceral Leishmaniasis; Kalazar; Zoonosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Aspectos Epidemiológicos	14
2.2 Aspectos Clínicos e Laboratoriais	15
2.2.1 Complicações	16
2.3 Diagnóstico	18
2.4 Tratamento	19
2.5 Medidas de Controle	22
2.5.1 Conceitos Adotados pelo Programa de Controle da LV	23
3 JUSTIFICATIVA	25
4 OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo Geral	28
4.2 Objetivos Específicos	28
5 MÉTODO	29
6 RESULTADOS	30
7 DISCUSSÃO	39
8 PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO	43
8.1 Descrição	43
8.2 Aplicabilidade	47
8.3 Inserção Social	48
9 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
10 REFERÊNCIAS	50
11 ANEXOS	55
ANEXO 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	55
ANEXO 2: CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA	58
ANEXO 3: TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS	59
ANEXO 4: TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA	60
ANEXO 5: CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL	61
ANEXO 6: PLANO DE CONTRARREFERÊNCIA DOS PACIENTES COM LEISHMANIOSE VISCERAL APÓS TRATAMENTO NO HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DO TOCANTINS (HDT)	63

1 INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV) foi descrita pela primeira vez na Grécia, em 1835, onde era conhecida como “ponos”, que na mitologia quer dizer “Deus da dor”. Em 1869, na Índia, foi nomeada de “Kala-jwar” (febre negra) ou “Kala-azar” (Calazar) por causa do escurecimento da pele ocorrido durante a doença (MARZOCHI, 1981).

Em 1903, Leishman e Donovan descreveram um protozoário, hoje denominado de *Leishmania donovani*, encontrado no tecido esplênico de pacientes indianos com Leishmaniose Visceral (BADARO; DUARTE, 2002). A Leishmaniose Visceral, popularmente conhecida como Calazar, palavra de origem hindu, que significa febre negra, também é chamada de esplenomegalia tropical e febre dundum (AGUIAR; RODRIGUES, 2017; BRASIL, 2016b).

A LV é uma doença infecciosa de característica zoonótica causada por protozoários intracelulares obrigatórios, do gênero *Leishmania* - no Brasil, *Leishmania (infantum) chagasi* e, raramente, *Leishmania amazonensis* - e transmitida por insetos vetores do gênero *Lutzomyia* (PEARSON; QUEIROZ, 2005). É uma doença sistêmica que, se não tratada, pode evoluir para óbito em até mais de 90% dos casos (BRASIL, 2009).

Ela em ampla distribuição, ocorrendo na Ásia, na Europa, no Oriente Médio, na África e nas Américas, onde também é denominada Leishmaniose Visceral Americana (LVA) ou Calazar neo-tropical (BRASIL, 2014). Além da sua alta incidência e ampla distribuição, quando associada aos quadros de desnutrição e infecções concomitantes, eleva-se o seu potencial de assumir formas graves e letais (CALDAS *et al*, 2013), de modo que, desde a década de 1980, a LV é reconhecida como uma infecção oportunista associada a estados de imunossupressão, particularmente à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (ALVAR *et al*, 2008).

A transmissão da LV, antes restrita a áreas rurais, passou ser disseminada na década de 1980 para áreas urbanas, como resultado das mudanças ambientais, migração de reservatórios e adaptação dos flebotomíneos para áreas peri-domiciliares (AMORA *et al*, 2009). Nos últimos 20 anos, apesar da subestimação dos casos, o Brasil registrou um aumento acentuado na incidência de Leishmaniose Visceral (MENON *et al*, 2016).

O diagnóstico e tratamento dos pacientes devem ser realizados precocemente e, sempre que possível, a confirmação parasitológica da doença deve preceder o tratamento. Em situações onde o diagnóstico sorológico e/ou parasitológico não estiver disponível, ou na demora da obtenção deles, o início do tratamento não deve ser postergado (BRASIL, 2014). O diagnóstico clínico da Leishmaniose Visceral deve ser suspeitado quando, em áreas endêmicas, o paciente apresentar febre e esplenomegalia, associadas ou não à hepatomegalia.

Alguns sinais e sintomas, bem como a situação laboratorial (leucócitos abaixo de $1.500/\text{mm}^3$; Plaquetas abaixo de $50.000/\text{mm}^3$; TFG menor que $60\text{mL}/\text{min}/\text{m}^2$; AST ou ALT maiores que 100 UK/L) são indicativos de evolução clínica desfavorável (SEAMAN *et al*, 1996), e o fato de a LV estar associada a sintomas constitucionais como febre, astenia e inapetência, dificulta o diagnóstico precoce, o que diretamente se relaciona a um pior prognóstico. Esses sinais devem ser observados e relatados desde o primeiro atendimento para que ações de tratamento ou profilaxia de doenças oportunistas sejam instituídas. O médico deve verificar sinais de gravidade e alerta, além de solicitar exames que o auxiliem a definir qual a melhor opção terapêutica e em que ambiente o tratamento deve ser realizado, observando a existência de comorbidades ou outras condições que interfiram nessa escolha.

Apesar da gravidade, poucos medicamentos estão disponíveis para o seu tratamento, limitados pela segurança, eficácia e administração (SUNDAR *et al*, 2014). Por esse motivo, o Ministério da Saúde (MS) financiou um ensaio multicêntrico para avaliar a eficácia e segurança dos fármacos utilizados para tratamento da LV no país. O referido estudo encontra-se em fase de conclusão (ClinicalTrials.gov Identifier NCT01310738), no entanto, os seus resultados preliminares já têm orientado as recomendações atuais emanadas pelo MS (BRASIL, 2016a).

Deste modo, é necessário que durante todo o tratamento, seja em regime de internação hospitalar ou ambulatorialmente, exames laboratoriais sejam realizados e comparados periodicamente, a fim de se monitorar os efeitos tóxicos das medicações e também a resposta ao tratamento. Após o tratamento, o paciente deve ser acompanhado durante 12 meses, como orienta o Ministério da Saúde. Durante esse período, ele deverá ser avaliado sistematicamente por um médico que irá realizar anamnese, exame físico e solicitar exames laboratoriais. Ao final desse

período, se permanecer estável, será considerado clinicamente curado (BRASIL, 2006), podendo ocorrer ainda nesse intercurso, casos de falha terapêutica ou recidiva. Nessas ocasiões a escolha do fármaco para retratamento deverá considerar a medicação utilizada anteriormente, o tempo e a evolução do paciente durante sua administração.

O Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins (HDT), fundado em 1989, está localizado em Araguaína/TO. É gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), sendo o primeiro hospital universitário do Estado. Dispõe de 57 leitos e oferta serviços especializados no tratamento de doenças infectocontagiosas e parasitárias. No ano de 2017, foram realizadas 1.102 internações e 12.280 consultas especializadas.

Atualmente, os pacientes atendidos e tratados no HDT, com Leishmaniose Visceral, passam a ser acompanhados periodicamente nos ambulatórios de Clínica Médica, após a alta hospitalar. Em nossa prática, a periodicidade de consultas é bem mais frequente que a prevista pelo MS, visto que muitos pacientes recebem alta com alterações laboratoriais ainda significativas, que não justificam a permanência hospitalar, mas que demandam reavaliação precoce. Além disso, os pacientes são orientados a retornar em caso de piora do quadro, e muitas vezes retornam sem queixas relacionadas à LV, antes mesmo de serem avaliados pelo médico da família nas UBS. Isto vem acarretando transtorno aos pacientes, pois recorrentemente não conseguem agendar o retorno no período solicitado ou mesmo não conseguem comparecer à Unidade Hospitalar devido às dificuldades de deslocamento.

Esta dissertação do curso de Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em parceria com a EBSERH, teve como finalidade elaborar uma caderneta para o acompanhamento de pacientes com Leishmaniose Visceral e apresentar um plano de contrarreferência dos pacientes tratados no HDT para a Atenção Primária. Os produtos foram elaborados a partir do diagnóstico situacional dos casos de LV atendidos no HDT entre os anos de 2015 e 2017.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Aspectos Epidemiológicos

De acordo com a organização Mundial da Saúde (OMS), a LV ocorre em 67 países, com maiores focos na Ásia Meridional, seguida pela África Ocidental (GOÉS; JERALDO; OLIVEIRA, 2014). Com a incidência aproximada de 500.000 novos casos e 59.000 mortes ao ano no mundo (DESJEUX, 2004). Dentre os países do continente americano, o Brasil é considerado endêmico para LV (RIBEIRO, 2010), atingindo as cinco regiões brasileiras (BRASIL, 2011a). O país responde por 90% dos casos reportados nas Américas e é o terceiro maior foco global (BELO *et al*, 2013). Foram registrados 4.103 casos no ano de 2017, sendo 64,8% no sexo masculino e 40,9% em crianças de 0 a 9 anos, com letalidade de 8,8% (BRASIL, 2017a).

O aumento de sua frequência, em países em desenvolvimento, está associado a muitos fatores, como a globalização, aumento das relações internacionais e o uso intensivo de transporte aéreo e urbano em massa, juntamente com o crescimento populacional e o acelerado processo de urbanização, o que caracterizam os ciclos de emergência e reemergência de doenças infecciosas, e tendo a falta de infraestrutura urbana como um fator agravante (WALDMAN; SATO, 2016).

As leishmanioses são causadas por protozoários digenéticos da ordem Kinetoplastida, família Trypanosomatidae, gênero *Leishmania*. As espécies de parasitas responsáveis pela Leishmaniose Visceral se dividem em três: *Leishmania infantum* e *Leishmania donovani*, agentes causadores da doença nas áreas do mar Mediterrâneo e do Oriente Médio, e a *Leishmania chagasi*, responsável pela forma clínica da LV nas Américas Central e do Sul, incluindo o Brasil. Por muito tempo, pensou-se que a *Leishmania infantum* e *Leishmania chagasi* fossem espécies diferentes, no entanto, atualmente ambos são tratados como sinônimos (AGUIAR; RODRIGUES, 2017).

A forma infectante para os hospedeiros vertebrados são os promastigotas, que se alojam no intestino anterior e faringe do flebotomíneo fêmea. Os promastigotas são transmitidos aos hospedeiros, durante o repasto sanguíneo e se dirigem para os órgãos linfóides secundários, principalmente fígado, baço, medula óssea e linfonodos, infectando células do sistema fagocítico mononuclear, como monócitos,

histiócitos e macrófagos, onde se transformam em amastigotas. Os amastigotas se multiplicam por fissão binária até romperem a célula hospedeira, disseminam-se pelas vias hematogênica e linfática, iniciando uma reação inflamatória e proporcionando a atração de outros macrófagos (AGUIAR; RODRIGUES, 2017).

Os hospedeiros vertebrados incluem cães, raposas, marsupiais e humanos. Os vetores são as fêmeas dos insetos chamados flebotomíneos, conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquira ou birigui. Aproximadamente 700 espécies de flebotomíneos foram descritas, das quais cerca de 30 espécies são vetores comprovados de leishmaniose. No Brasil, as espécies transmissoras são a *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomia cruzi* (ANVERSA *et al*, 2018). O período de incubação no homem varia de 10 dias a 24 meses, com média de 2 a 6 meses (ORTIZ; ANVERSA, 2015).

2.2 Aspectos Clínicos e Laboratoriais

O quadro clínico geralmente inclui febre, hepatomegalia associada ou não à esplenomegalia, palidez cutânea, diarreia e perda ponderal (ORTIZ; ANVERSA, 2015). Os principais órgãos acometidos pela LV são: baço, fígado, tecido hemocitopoético, pulmões e rins. A esplenomegalia é o achado mais importante e destacado no Calazar. As alterações hepáticas levam a uma severa dhipoproteinemia e, conseqüentemente, a baixos níveis de albumina sérica que podem levar à formação de edema nos membros inferiores. Em relação às alterações do tecido hemocitopoético ocorre diminuição da produção celular, com reflexos no perfil hematológico, com pancitopenia. A anemia se deve, também, à destruição dos eritrócitos no baço. Quanto às alterações pulmonares, a principal representação é a tosse, devido à presença de material antigênico de *Leishmania* nos septos alveolares. Já nos rins, as alterações são provenientes da presença de imunocomplexos circulantes, os quais podem levar à glomerulonefrite proliferativa e de nefrite intersticial (COSTA *et al*, 2010; NEVES, 2012).

O espectro da LV inclui diferentes tipos de quadros (TAMAYO, 2006):

Assintomática: quando identificada apenas por provas sorológicas reagentes (TAMAYO, 2006); as formas assintomáticas são vistas em pacientes provenientes de áreas endêmicas, onde há evidência epidemiológica e imunológica da infecção. É

importante destacar que os indivíduos com infecção inaparente não são notificados e não devem ser tratados (BRASIL, 2014).

Infecção oligossintomática: quadro clínico inespecífico (febre, mal-estar, tosse, diarreia, hepatomegalia e esplenomegalia discretas) e alterações laboratoriais pouco relevantes, com duração de cerca de 3 semanas. Este quadro pode se manifestar outras vezes, por meses ou anos de forma flutuante, podendo regredir sem tratamento ou evoluir para forma clássica. Nas áreas endêmicas essa é a forma mais frequente da doença (TAMAYO, 2006).

LV clássica: manifestada pela tríade febre, hepatoesplenomegalia e pancitopenia (TAMAYO, 2006). Tem, em geral, evolução prolongada. Nos casos agudos pode ter início abrupto com febre alta. A febre é persistente ou intermitente, associando-se com frequência a distúrbios gastrointestinais, adinamia, sonolência, prostração, mal-estar e progressivo emagrecimento. Podem ocorrer manifestações hemorrágicas (petéquias, epistaxes, sangramento gengival). As manifestações respiratórias lembram um resfriado comum. Ao longo do seu curso, a doença assume características mais marcantes: a irregularidade da febre, com período de uma ou duas semanas de apirexia, tem sido registrada com frequência. O emagrecimento é progressivo e leva o paciente a uma caquexia acentuada. O abdome é muito volumoso à custa de hepatoesplenomegalia (BADARO; DUARTE, 2002).

LV grave: soma-se às manifestações da LV clássica, fatores de mau prognóstico, como idade inferior a 6 meses ou maior que 65 anos, icterícia, fenômenos hemorrágicos, anasarca, desnutrição grave, sinais de toxemia, como letargia, má perfusão tecidual, cianose, taquicardia ou bradicardia, hipoventilação ou hiperventilação e instabilidade hemodinâmica (TAMAYO, 2006).

2.2.1 Complicações

A probabilidade de evolução para situações de gravidade será verificada pela presença de sinais de alerta. Estes sinais são definidos como características indicativas de gravidade potencial e incluem: crianças com idade entre 6 meses e 1 ano e os adultos com idade entre 50 e 65 anos, a ocorrência de recidiva, diarreia, vômitos, infecção bacteriana ou febre há mais de 60 dias.

Algumas complicações se destacam como a otite média aguda, piodermites, infecções dos tratos urinário e respiratório. Caso não haja tratamento com

antimicrobianos, o paciente poderá desenvolver um quadro séptico com evolução fatal. As hemorragias são geralmente secundárias à plaquetopenia, sendo a epistaxe e a gengivorragia as mais encontradas. A hemorragia digestiva e a icterícia, quando presentes, indicam gravidade do caso.

Identificar pacientes de LV com mais chance de evoluir para situações de maior gravidade e para o óbito é de fundamental importância, a fim de se adotar ações profiláticas e terapêuticas adequadas e reduzir a letalidade. O médico deverá definir os exames a serem solicitados e decidir se o acompanhamento e o tratamento poderão ser realizados no ambulatório ou se o paciente deverá ser encaminhado a um hospital de referência.

A recomendação oficial do sistema de avaliação do risco de vida foi criada em estudo prospectivo conduzido em Teresina-PI. O sistema consiste em dois modelos de predição divididos por grupos de idades: crianças com 2 anos ou menos e pacientes com mais de 2 anos. Os sistemas de escores propostos são apresentados nas Tabelas 1 e 2 (BRASIL, 2011). O estudo de validação desses modelos identificou que os pacientes com pontuação maior ou igual a 4, baseados apenas nos critérios clínicos, ou com pontuação maior ou igual a 6, baseados nos critérios clínicos e laboratoriais, têm risco aumentado de evoluir para óbito.

Tabela 1 – Modelos de prognóstico construídos pela adição de variáveis clínicas ou variáveis clínicas e laboratoriais, ponderadas pela força de associação estatística para a morte em pacientes com menos de 2 anos de idade, com diagnóstico de Leishmaniose visceral – Teresina, 2005-2008.

Variável	Peso da variável no modelo clínico	Peso da variável no modelo clínico e laboratorial
Idade		
<12 meses	1	1
>12 meses	0	0
Sangramento		
1-2 sítios	1	1
3-4 sítios	2	2
5-6 sítios	4	4
Edema	1	2
Icterícia	1	-
Dispneia	1	1
AST ou ALT > 100UK/L*	-	3
Pontuação máxima	8	11

Fonte: Ministério da Saúde. Leishmaniose visceral: Recomendações clínicas para redução da letalidade, 2011a.

Tabela 2 – Modelos de prognóstico construídos pela adição de variáveis clínicas ou de variáveis clínicas e laboratoriais, ponderadas pela força de associação estatística para a morte em pacientes com mais de 2 anos de idade, com diagnóstico de Leishmaniose visceral – Teresina, 2005-2008.

Variável	Peso da variável no modelo clínico	Peso da variável no modelo clínico e laboratorial
Idade		
2-20 anos	–	–
20-40 anos	1	1
>40 anos	2	2
Sangramento		
1-2 sítios	1	1
3-4 sítios	2	2
5-6 sítios	3	3
AIDS	2	3
Edema	1	1
Icterícia	1	1
Dispneia	1	1
Infecção bacteriana	1	1
Leucócitos abaixo de 1.500/mm³	–	2
Plaquetas abaixo de 50.000/mm³	–	3
Insuficiência renal*	–	3
Pontuação máxima	11	20

* Taxa de filtração glomerular abaixo de 60mL/min/m² ou creatinina sérica acima dos níveis superiores para a idade.

Fonte: Ministério da Saúde. Leishmaniose visceral: Recomendações clínicas para redução da letalidade, 2011a.

2.3 Diagnóstico

Devido à inespecificidade dos sintomas e ao amplo diagnóstico diferencial da Leishmaniose Visceral, são necessários métodos complementares para o diagnóstico desta condição. Esses métodos podem ser diretos ou indiretos. Os diretos incluem: identificação de amastigotas no aspirado de medula óssea, baço, fígado ou linfonodo; isolamento em cultura e reação em cadeia da polimerase. Entre os indiretos podemos citar: sorologia (ELISA ou Imunofluorescência Indireta) e teste imunocromatográfico, com utilização do antígeno recombinante rK39 (AGUIAR; RODRIGUES, 2017).

Os exames sorológicos atualmente disponíveis na rede pública de saúde para o diagnóstico da LV são o teste rápido (IT LEISH®) e a Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI). O teste rápido utiliza o antígeno recombinante K39 (rK39), representando um avanço importante no diagnóstico da LV, pois possui valores de acurácia (sensibilidade e especificidade) 93% e 97%, em comparação à RIFI que possui respectivamente 88% e 92% (ASSIS et al, 2008). A punção aspirativa esplênica é o método que oferece maior sensibilidade (90-95%) para demonstração do parasita, porém apresenta restrições quanto ao procedimento, seguida pelo aspirado de medula óssea, biópsia hepática e a aspiração de linfonodos (BRASIL, 2014).

Também devem ser solicitados exames laboratoriais inespecíficos, tais como: hemograma, proteínas séricas, perfil hepático e provas de função renal. Esses servem para avaliação geral do paciente, bem como contraindicações ou avaliação dos efeitos colaterais dos medicamentos indicados no tratamento (LINDOSO; GOTO, 2006).

Deve-se atentar para diagnósticos diferenciais como enterobacteriose de curso prolongado (associação de esquistossomose com salmonela ou outra enterobactéria), malária, brucelose, febre tifoide, esquistossomose hepatoesplênica, forma aguda da doença de Chagas, linfoma, mieloma múltiplo, anemia falciforme, entre outros (BRASIL, 2017b).

2.4 Tratamento

São necessários esquemas terapêuticos de grande eficácia para o tratamento da LV. No entanto, temos poucas opções terapêuticas disponíveis, e essas apresentam pelo menos um fator limitante de seu uso, dentre esses: resistência do protozoário, toxicidade e/ou alto custo (CALDAS *et al*, 2013).

No Brasil, os medicamentos utilizados para o tratamento da LV são o antimoniato de N-metilglucamina e a anfotericina B. A escolha de cada um deles deverá considerar a faixa etária, presença de gravidez e comorbidades (BRASIL, 2011a). A terapêutica atualmente utilizada leva em consideração a experiência clínica acumulada nos serviços nos últimos 60 anos e as evidências globais e locais sobre a eficácia e segurança desses medicamentos. As variações nas respostas clínicas ao tratamento com antimoniais, por exemplo, têm sido um persistente problema no

tratamento da doença. O longo curso de tratamento causa um acúmulo do fármaco em tecidos como baço e fígado, além de causar mialgia, pancreatite, arritmia cardíaca e hepatite (SOARES; LEON, 2014).

O antimoniato de N-metilglucamina tem a vantagem de poder ser administrado no nível ambulatorial, o que diminui os riscos relacionados à hospitalização (COSTA *et al*, 2007). Recomenda-se o tratamento com a dose de 20mg/Kg/dia de antimônio pentavalente (Sb^{+5}), com aplicação endovenosa ou intramuscular, por no mínimo 20 e no máximo 40 dias, utilizando-se o limite máximo de 2 a 3 ampolas/dia do produto com bons índices de cura (BRASIL, 2014). Já a anfotericina B é a única opção no tratamento de gestantes e de pacientes que tenham contra-indicações ou que manifestem toxicidade ou refratariedade relacionada ao uso dos antimoniais pentavalentes (MISHRA *et al*, 1994).

O principal efeito colateral do antimoniato de N-metilglucamina decorre de sua ação cardiotoxicidade. Este efeito é dose e tempo dependentes e se traduz por distúrbios de repolarização. No momento do diagnóstico é indicada a realização do eletrocardiograma (ECG) em todos os casos de Leishmaniose Visceral. É obrigatória a realização do ECG nos pacientes acima de 50 anos de idade, no início, durante e após o tratamento (BRASIL, 2014). Outros parafefeitos incluem artralgia, adinamia, anorexia, dor no local da aplicação intramuscular (IM) e aumento da diurese por perda transitória da capacidade de concentração urinária. Em geral, observa-se alteração dos níveis de amilase sem repercussão clínica.

O antimoniato de N-metilglucamina é contra-indicado nos casos de: Insuficiência Renal, Hepática ou Cardíaca, uso concomitante de medicamentos que alterem o intervalo QT com duração maior que 450ms, gravidez, idade maior que 50 anos e hipersensibilidade aos componentes da formulação (BRASIL, 2011).

A anfotericina B, considerada uma droga de segunda linha, é altamente eficaz com taxas de cura de 97% (SUNDAR *et al*, 2014). Atualmente, duas apresentações de anfotericina B são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde: a anfotericina B desoxicolato e a anfotericina B lipossomal, com eficácias comparáveis, sendo que esta última apresentou menor toxicidade em trabalhos desenvolvidos na Índia (THAKUR; NARAYAN, 2004; MEYERHOFF, 1999), tendo o alto custo da formulação lipossomal como limitador do seu uso (SUNDAR *et al*, 2014). A decisão quanto à variação da anfotericina e duração do tratamento deve ser baseada na evolução

clínica, considerando a velocidade da resposta e a presença de comorbidades. Quando se opta pelo desoxicolato, recomenda-se administrar 1 mg/kg/dia por infusão venosa durante 14 a 20 dias. Se a forma lipossomal for a indicada, deve ser utilizada na dose de 3 mg/kg/dia, durante sete dias, ou 4 mg/kg/dia, durante cinco dias por infusão venosa, em uma dose diária.

Os efeitos colaterais da anfotericina B desoxicolato são frequentes, todos dose-dependentes, sendo altamente tóxica para as células do endotélio vascular, causando flebite, considerado um paraefeito comum. Durante a infusão poderá ocorrer cefaleia, febre, calafrios, astenia, dores musculares e articulares, vômitos e hipotensão. Ao longo do tratamento, poderão surgir sobrecarga hídrica e hipopotassemia. A filtração glomerular diminui em aproximadamente 40% na maioria dos pacientes. Estas alterações seriam devido a uma vasoconstricção renal com consequente isquemia cortical e diminuição da filtração glomerular. Alterações pulmonares, como desconforto respiratório, dispneia e cianose também são descritas (BRASIL, 2014).

A anfotericina B desoxicolato é contraindicada nos casos de: Insuficiência Renal e de hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Enquanto a anfotericina lipossomal só é desaconselhável se hipersensibilidade à fórmula (BRASIL, 2011a). Importante salientar que todas as reações adversas graves ou potencialmente graves devem ser notificadas à ANVISA, bem como reações adversas esperadas também podem ser notificadas (BRASIL, 2014).

Os critérios de cura são essencialmente clínicos. O desaparecimento da febre acontece por volta do 5º dia de medicação; a redução da hepatoesplenomegalia ocorre logo nas primeiras semanas, com redução de 40% ou mais do baço ao final do tratamento, em relação à medida inicial. A melhora dos parâmetros hematológicos (hemoglobina, leucócitos e plaquetas) surge a partir da 2ª semana.

As alterações vistas na eletroforese de proteínas se normalizam lentamente, podendo levar meses. O ganho ponderal do paciente é visível, com retorno do apetite e 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 (BRASIL, 2017b).

2.5 Medidas de Controle

O combate à LV iniciou-se na década de 1950, através do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), sendo interrompido em 1964 e retomados os trabalhos somente em 1980 através da antiga Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). A partir de 1990, com a extinção da SUCAM, o combate às doenças tornou-se responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (CAVALCANTE; VALE, 2014). De acordo com a política de saúde vigente em nosso País, o controle da Leishmaniose Visceral é de responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Inicialmente, as execuções das ações eram de responsabilidade do governo federal. Com o processo de descentralização das endemias, as ações passaram a ser executadas pelos níveis estadual e/ou municipal, e para cada instância as atribuições estão estabelecidas na Portaria n.º 1.399, de 15/12/99 (BRASIL, 2006).

É definido pelo MS que, de acordo com os níveis de complexidade de atendimento dentro do SUS, o acompanhamento clínico durante e após o tratamento pode ser realizado tanto em nível primário (Postos de Saúde), secundário (Centros de Saúde) ou terciário, devendo o paciente ser encaminhado para os Hospitais Gerais e/ou de Referência, em situações de difícil diagnóstico, falha terapêutica com pelo menos dois esquemas de tratamento ou em pacientes com reações adversas graves (BRASIL, 2014).

Para conter esse avanço territorial e diminuir a morbidade e letalidade do agravo, o Ministério da Saúde publicou no ano de 2006 o Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV), com medidas baseadas no diagnóstico e tratamento precoce dos casos humanos, redução da população de flebotomíneos, através do uso de inseticidas, eliminação de reservatórios (cães soropositivos) e atividades de educação em saúde. Ainda conforme o PVCLV, as ações de prevenção e controle adotadas pelos municípios devem estar baseadas em análises epidemiológicas fundamentadas na estratificação por risco e o cumprimento dessas deve ser realizado de forma integrada, alertando ao fato de que nenhuma das ações

isoladamente é capaz de prevenir e controlar o agravo em sua totalidade (ZUBEN; DONALISIO, 2016).

2.5.1 Conceitos Adotados pelo Programa de Controle da LV

Caso humano suspeito:

Todo indivíduo proveniente de área com ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, ou todo indivíduo de área sem ocorrência de transmissão, com febre e esplenomegalia, desde que descartados os diagnósticos diferenciais mais frequentes na região (BRASIL, 2017b).

Caso humano confirmado:

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

- Identificação do parasita no exame parasitológico direto ou cultura;
- Teste imunocromatográfico rápido (k39) positivo;
- Imunofluorescência reativa com título de 1:80 ou mais, desde que excluídos outros diagnósticos diferenciais.

Critério clínico – epidemiológico: Paciente de área com transmissão de LV, com suspeita clínica sem confirmação laboratorial, mas com resposta favorável ao tratamento terapêutico.

Caso novo – confirmação da doença por um dos critérios acima descritos pela primeira vez em um indivíduo ou o recrudescimento da sintomatologia após 12 meses da cura clínica, desde que não haja evidência de imunodeficiência.

Recidiva – recrudescimento da sintomatologia, em até 12 meses após cura clínica (BRASIL, 2017b).

Falha terapêutica – caso em que não ocorreu cura clínica após a segunda série regular de tratamento com antimonial pentavalente (BRASIL, 2014). Na prática clínica consideramos também os pacientes com recrudescimento da sintomatologia não enquadrados em recidiva, como os que necessitaram de substituição da terapia devido à toxicidade e os que manifestaram sintomas durante o acompanhamento ambulatorial ou antes da cura clínica.

Abandono de tratamento – caso que não completou 20 doses de tratamento com antimoniato de N-metilglucamina no tempo preestabelecido, ou pacientes que

não tendo recebido alta, não compareceram até 30 dias após o agendamento, para avaliação clínica (BRASIL, 2014).

2.6 Referência e Contrarreferência

As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), têm a responsabilidade de organizar a rede básica de saúde para suspeitar, assistir, acompanhar e/ou encaminhar para referência hospitalar os pacientes com LV. Para tanto, é necessário estabelecer um fluxo de referência e contrarreferência, bem como oferecer as condições para diagnosticar e tratar precocemente os casos (BRASIL, 2017).

A contrarreferência deve ocorrer quando o caso requerir menor grau de complexidade. O cidadão pode ser conduzido para um atendimento em nível mais primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima do seu domicílio (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

A Atenção Básica Primária deve integrar ações de prevenção e controle da LV com a possibilidade de oferecer melhor acesso à assistência durante o acompanhamento dos casos em tratamento e diminuir o número de abandono dos cuidados. No entanto, não há, no sistema de saúde local, definição do fluxo para contrarreferência do atendimento nas unidades de saúde.

3 JUSTIFICATIVA

A Leishmaniose visceral é um problema de Saúde Pública devido à sua potencial gravidade e letalidade, especialmente quando associada a infecções concomitantes. Seu diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para prevenir mortes. De acordo com o SINAN, o Estado do Tocantins notificou 661 casos entre os anos de 2015 e 2017, com 32 óbitos, resultando em um coeficiente de letalidade de 4,84%.

Destacam-se ainda fatores como a imprevisibilidade, a possibilidade de forte impacto demográfico causado pela rápida elevação das taxas de mortalidade, o impacto na economia das populações afetadas e o potencial de assumir um comportamento pandêmico (WALDMAN; SATO, 2016). Sua ocorrência estava limitada a áreas rurais e a pequenas localidades urbanas, mas encontra-se em franca expansão para grandes centros urbanos.

Nos últimos anos, apesar das rotinas estabelecidas para o tratamento específico da LV, constatou-se o aumento na letalidade da doença (TAMAYO, 2006). Vários autores citam dificuldades concernentes à implementação do Programa de Vigilância e Controle da LV (PVCLV) relacionadas à insuficiência de recursos humanos, materiais e financeiros, levando à descontinuidade das ações (ZUBEN; DONALÍSIO, 2016). A interrupção das atividades e/ou a sua realização parcial fragiliza o PVCLV, uma vez que impossibilita o cumprimento de todas as ações preconizadas, podendo ser uma das explicações para o avanço territorial da doença e aumento da morbidade e letalidades da LV (ZUBEN; DONALÍSIO, 2016).

É necessário, além da alta cobertura de saneamento, uma rede efetiva e coesa de serviços de saúde e um sistema de vigilância adequado, que inclua os casos tratados. E apesar do significativo aumento no número de casos dessa patologia, pesquisas que a envolva ainda são escassas. Uma revisão sistemática de estudos realizados na América Latina ressalta a falta de evidências científicas para apoiar as ações de controle da doença (MENON *et al*, 2016). A participação do Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins, na realização de pesquisas nesse tema é, portanto, fundamental ao processo de geração de conhecimento. A identificação e quantificação de fatores de risco para LV, além de úteis para compreender os determinantes da aquisição e desenvolvimento da doença, podem ajudar no desenvolvimento de medidas de controle melhor direcionadas (BELO *et al*, 2013).

O MS recomenda que após o término do acompanhamento sejam realizadas pelo menos 3 consultas no período de 1 ano (3, 6 e 12 meses). Porém, estudos apontam que uma alta proporção de indivíduos, após o tratamento hospitalar, não recebe o seguimento preconizado, o que implica em prejuízo para a detecção de falhas terapêuticas, recidivas e também para o registro dos dados (COUTINHO et al, 2017). Essa falha no seguimento pode estar relacionada à dificuldade dos pacientes em acessar os serviços de saúde, uma vez que nem sempre são contrarreferenciados para a Atenção Primária, e, também à falta de capacitação dos profissionais envolvidos no manejo da LV.

Assim, propõe-se a implantação da caderneta do paciente com leishmaniose visceral e do plano de contrarreferência dos pacientes tratados no HDT para a Atenção Primária, a fim de descentralizar o acompanhamento após a alta hospitalar. Na caderneta serão disponibilizadas informações clínicas relevantes para o paciente e orientações ao médico que fará o seguimento sobre o paciente e curso da doença, de forma objetiva, aumentando a sensibilidade para se detectar os casos de recidiva e falha terapêutica, a fim de se viabilizar tratamento oportuno e evitar a ocorrência de óbitos. A caderneta do paciente com leishmaniose visceral permitirá ainda registrar as datas das consultas e exames, aumentando a adesão do paciente ao acompanhamento médico.

A relevância da presente proposta está na contribuição com o PVCLV, fornecendo subsídio para ações de prevenção, diagnóstico, tratamento da doença e principalmente para a melhora do acompanhamento durante e pós tratamento hospitalar. Espera-se que incentive o seguimento na Rede de Atenção Básica de Saúde, ou mesmo no Hospital de Referência, disponibilizando, em documento portátil, dados relevantes sobre a doença, como a data do diagnóstico, tipo de exame confirmatório, quadro clínico inicial, tratamentos realizados, agendamento de consultas, exames solicitados e resultado deles.

Em estudos sobre a utilização de cadernetas como instrumento de promoção em saúde, verificou-se a existência de diferentes modelos em diversos países, como Canadá, França, Alemanha, Estados Unidos das Américas e Japão. Como exemplo, no Japão, a caderneta de saúde da mãe e da criança vem demonstrando papel direto e indireto na redução das taxas de perimortalidade, com redução de 30 por 1000 nascidos vivos para 5,7 por 1000 nascidos vivos desde que ela foi implantada,

em 1965. Produto semelhante foi implantado pelo Programa Capital Criança da Prefeitura Municipal de Florianópolis, resultando em queda da mortalidade entre crianças de 0 até 1 ano de 21,6 por 1000 nascidos vivos para 8,8 por 1000, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (HENRIQUE, 2004).

A caderneta é uma estratégia para difusão do conhecimento produzido através desta pesquisa e das práticas clínicas recomendadas pelo Ministério da Saúde, adotadas no Hospital de Doenças Tropicais, para fortalecer as relações entre os profissionais da área da saúde, pacientes e pesquisadores, bem como viabilizar ações de controle de forma mais efetiva.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Elaborar uma caderneta para registro do acompanhamento realizado durante o tratamento e após a alta dos pacientes com Leishmaniose Visceral e propor um plano de contrarreferência dos pacientes tratados no HDT de Araguaína/ TO.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Realizar o diagnóstico situacional dos casos de LV no HDT no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2017;
- b) Verificar a ocorrência de casos novos, recidivas, e falhas terapêuticas nesse mesmo período;
- c) Identificar a procedência dos casos;
- d) Apontar as coinfeções mais frequentes;
- e) Constatar se houve abandono do acompanhamento, até um ano pós-tratamento.

5 MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo, realizado de forma retrospectiva, dos casos de Leishmaniose Visceral, tratados no Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína, Tocantins, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017.

Os dados foram coletados através da revisão de prontuários em papel e também na Divisão de Vigilância Epidemiológica deste Hospital, segundo a base de dados do SINAN, por meio de instrumento de coleta de dados específico para a pesquisa (Anexo 1). Foram excluídos os pacientes diagnosticados no HDT, mas que não realizaram todo o tratamento no hospital.

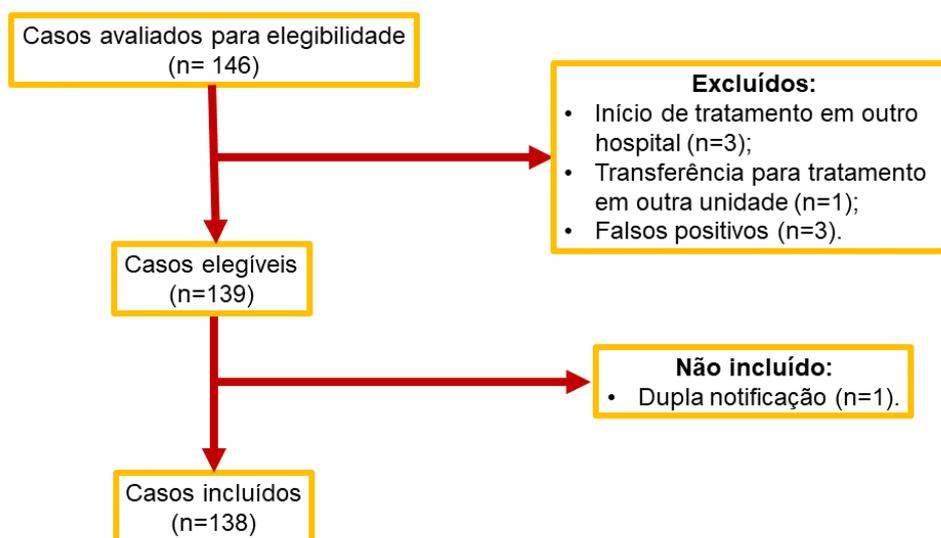
Após a coleta, os dados foram compilados em um banco de dados. As avaliações das frequências foram realizadas utilizando-se o programa Microsoft Office Excel® 2013. O diagnóstico situacional foi utilizado para fomentar o desenvolvimento de um sistema de registro do acompanhamento durante e pós tratamento da LV (Caderneta do Paciente com LV).

A pesquisa observou as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE 96793318.7.0000.5327), após anuência da Gerência de Ensino e Pesquisa e Diretoria Geral do HDT (Anexo 2). As pesquisadoras assinaram o Termo de compromisso para utilização de dados (Anexo 3) e o Termo de responsabilidade para uso, guarda e divulgação dos dados da pesquisa (Anexo 4).

6 RESULTADOS

Entre 2015 e 2017 foram registrados pelo departamento de Epidemiologia 146 casos de LV no Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína, porém, considerando o critério de exclusão, 138 foram incluídos neste estudo, representando uma média anual de 46 casos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos casos de Leishmaniose Visceral tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017, para inclusão na pesquisa.



Fonte: Autor.

Entre estes, 116 foram casos novos, 18 recidivas e 4 falhas terapêuticas, envolvendo 126 pacientes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Classificação dos casos de Leishmaniose Visceral tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

Sobre o município de residência, houve predominância de moradores do Tocantins, porém apenas 31 pessoas eram de Araguaína (24,6%), e 28 provenientes de Estados vizinhos (Pará e Maranhão) (Tabela 3).

Tabela 3 – Estados de procedência dos casos de Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.

Estado de procedência	Número de pessoas	Porcentagem (%)
Tocantins	98	77,7
Pará	26	20,6
Maranhão	2	1,58

Fonte: Autor.

O sexo masculino esteve significativamente mais associado à infecção (58,73%) (Tabela 4). Considerando a etnia autodeclarada, a maioria, 103 pacientes, era parda.

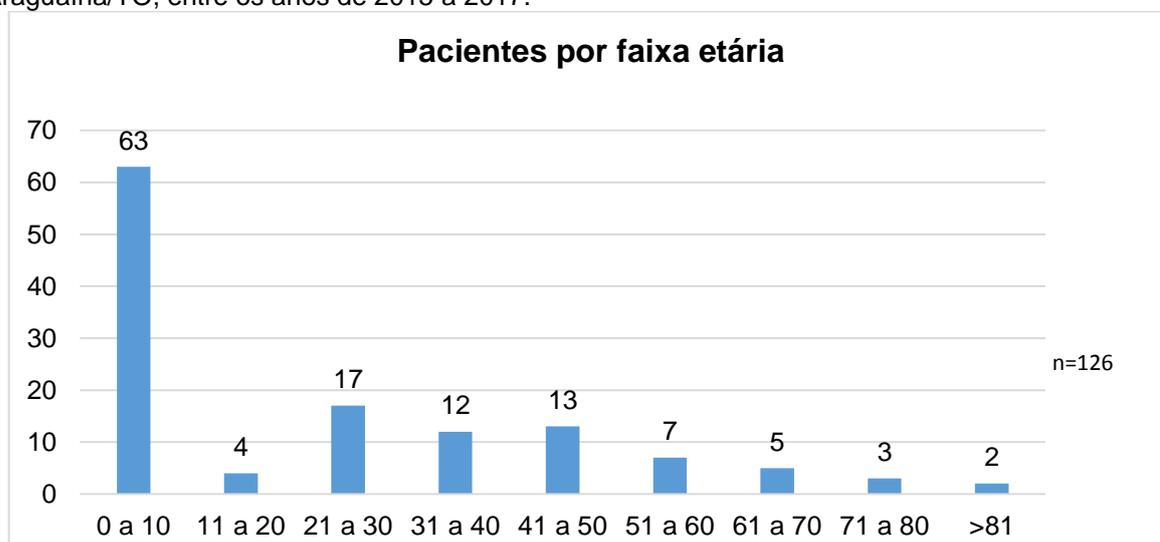
Tabela 4 – Sexo dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.

Sexo	Número de pessoas	Porcentagem (%)
Masculino	74	58,73
Feminino	52	41,2

Fonte: Autor.

Quanto à idade, considerando grupos etários de 10 anos, foi encontrado um maior número de indivíduos entre 0 a 10 anos (63 pacientes), correspondendo a cerca de 50% do total (Gráfico 2). Dessas crianças, 10 eram menores de 12 meses e outras 46 tinham entre 1 e 6 anos de idade.

Gráfico 2 – Relação dos casos de Leishmaniose Visceral por faixa etária, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

O nível de escolaridade variou entre o analfabetismo até o Ensino Superior (Tabela 5), sendo que dos 54 pacientes não alfabetizados, 47 eram crianças de 0 a 5 anos, o que é esperado para idade. Quanto à ocupação, a maioria estava descrita como sem ocupação (n=52; 41,2%), sendo que todos estes tinham até 8 anos de idade. Dos que tinham ocupação, a maior frequência observada foi de estudantes (n= 16, 12,69%), seguida por lavradores (n= 10; 7,9%) e donas de casa (n=9; 7,14%).

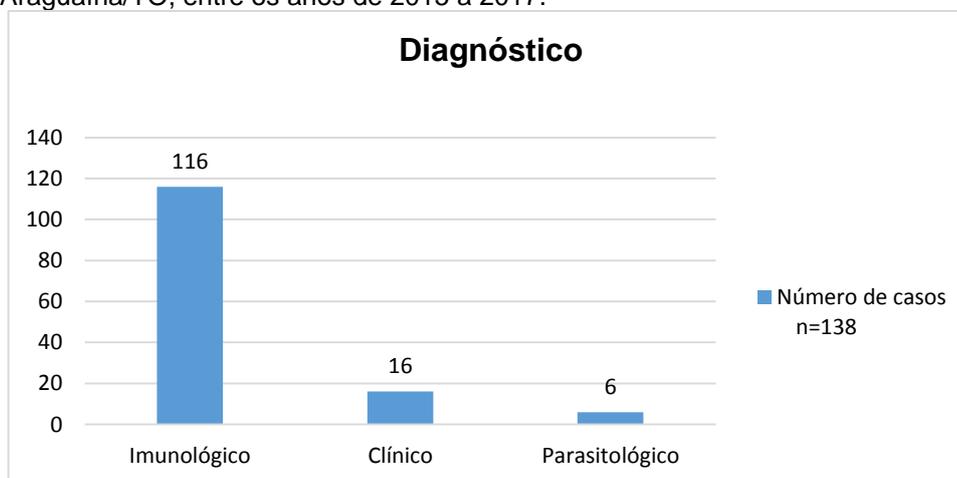
Tabela 5 – Nível de escolaridade dos pacientes com Leishmaniose Visceral tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.

Escolaridade	Número de pessoas	Porcentagem (%)
Analfabeto	54	42,8
Ens. Fundamental Incompleto	44	34,9
Ens. Fundamental Completo	5	3,96
Ens. Médio Incompleto	8	6,34
Ens. Médio Completo	9	7,14
Ens. Superio Completo	2	1,58
Sem Registro	4	3,17

Fonte: Autor.

O critério diagnóstico de confirmação foi clínico-laboratorial em 116 casos (81,6%), representando sua maioria. Em 16 casos (11,59%) foi baseado em critérios clínicos-epidemiológicos, e em apenas 6 (4,22%) se deu pelo encontro de parasitas através da microscopia direta de punção de medula óssea (Gráfico 3).

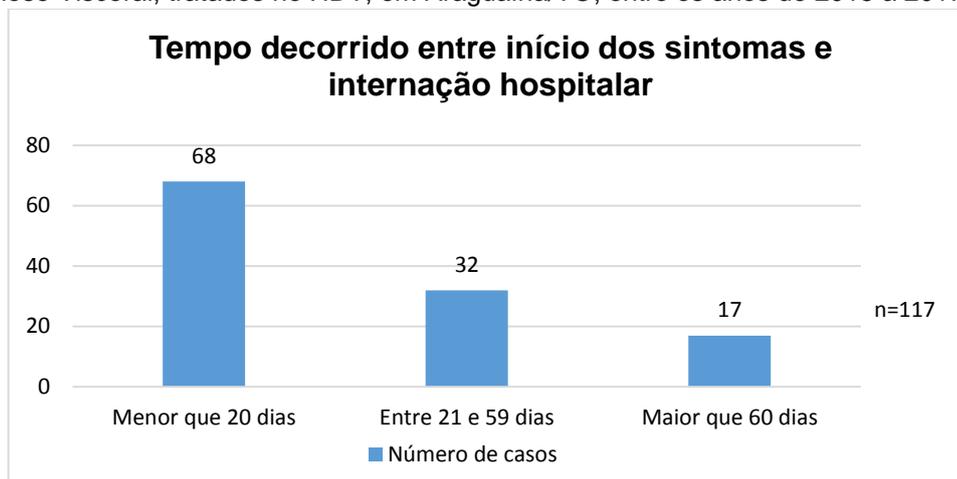
Gráfico 3 – Critério diagnóstico de confirmação dos casos de Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a internação hospitalar, foi dividido em 3 grupos para fins de classificação de gravidade (Gráfico 4). Não houve registro de início dos sintomas em 21 situações (Gráfico 4).

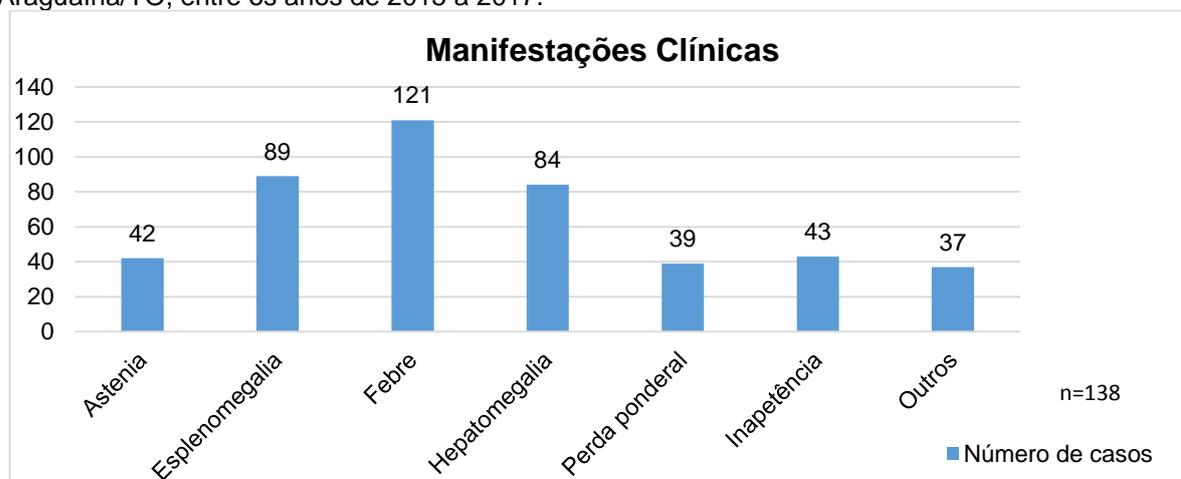
Gráfico 4 – Tempo decorrido entre o início dos sintomas e a internação hospitalar dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

As manifestações clínicas mais frequentes foram febre (n= 121), esplenomegalia (n= 89) e hepatomegalia (n=84). A tríade febre, esplenomegalia e hepatomegalia esteve presente em 70 casos (50,7%). Outras condições foram relatadas como dor abdominal, diarreia, icterícia e fenômenos hemorrágicos (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Manifestações clínicas dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

A investigação de coinfeção crônica registrou 22 pacientes com o HIV e outros 2 indivíduos com hepatites virais.

Os agravos mais verificados durante a internação foram pneumonia (n=16), flebite (n=6), gastroenterite (n=5), infecção do trato urinário (n=6) e IVAS (n=4) (Tabela 6).

Tabela 6 – Agravos observados durante a internação de pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.

Agravos durante a internação	Número de pessoas
Pneumonia	16
Flebite	6
Infecção do trato urinário	6
Gastroenterite	5
IVAS*	4

* Infecção de Vias Aéreas Superiores.

Fonte: Autor.

O tratamento inicial mais empregado foi o Antimoniato de N-metilglucamina (n=63; 45,6%), seguido da Anfotericina B lipossomal (n=39; 28,2%) e Anfotericina B desoxicolato (n=36; 26%) (Tabela 7). Para o tratamento em caso de falência da terapia inicial, a Anfotericina B lipossomal foi utilizada em 86,9% dos 23 casos registrados.

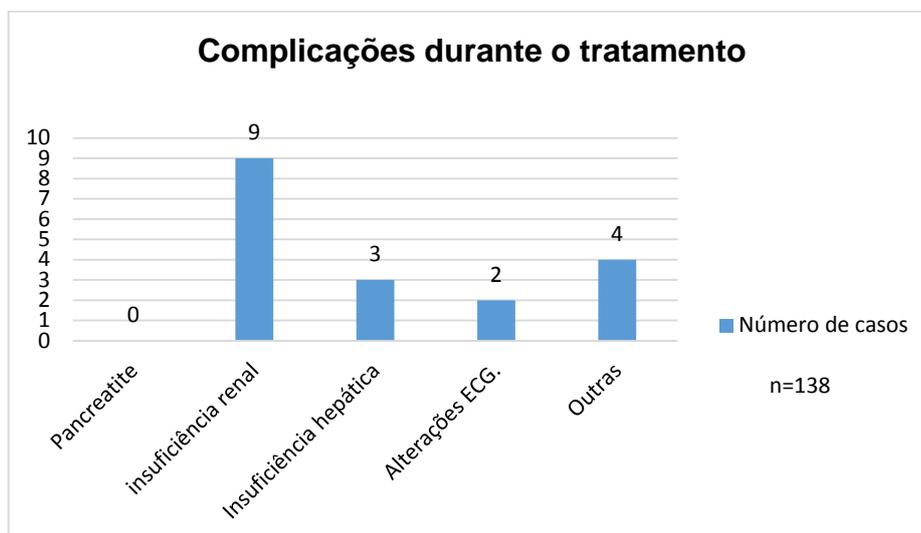
Tabela 7 – Tratamento inicial empregado nos casos de Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.

Tratamento inicial empregado	Número de casos	Porcentagem (%)
Antimoniato de N-metilglucamina	63	45,66
Anfotericina B lipossomal	39	28,26
Anfotericina B desoxicolato	36	26,08
Total	138	100

Fonte: Autor.

Algumas complicações foram observadas durante o tratamento, sendo a insuficiência renal, a mais prevalente (n=9) (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Complicações observadas durante os tratamentos de Leishmaniose Visceral, realizados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.

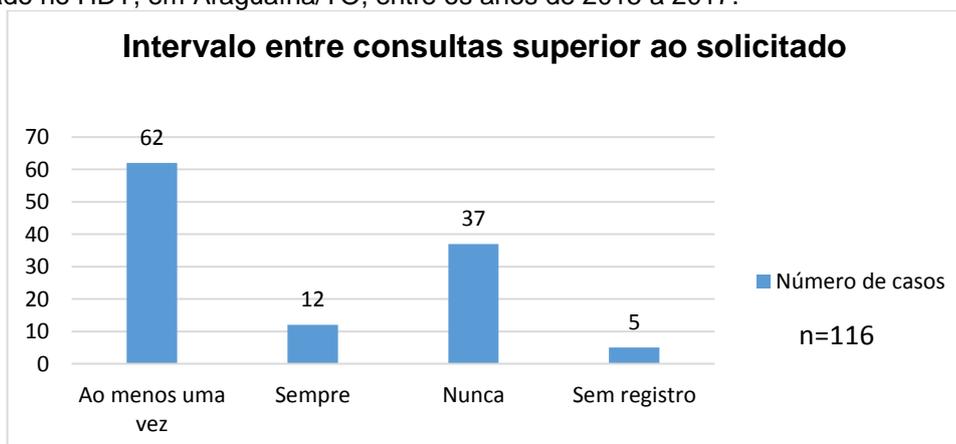


Fonte: Autor.

Dos casos incluídos no estudo (n=138), 73 tiveram tratamento concluído em regime hospitalar, 55 foram encaminhados para término no Hospital Dia, 2 abandonaram a internação, 5 foram transferidos para outra unidade hospitalar e 3 evoluíram para óbito. Os sinais e sintomas avaliados na alta dos pacientes foram relatados em 65,9% dos casos, porém não houve registro em 47 ocorrências (34,05%). A programação de retorno após a alta foi documentada em 78,51% das internações.

Após o regime de internação, 116 casos tiveram seguimento ambulatorial. O número de consultas destes pacientes variou de 1 a 14. A data estimada para o primeiro retorno foi cumprida em 73 casos. Mas, o intervalo entre as demais consultas foi superior ao solicitado na maioria das vezes (Gráfico 7). Faltaram à consulta previamente agendada 17 pacientes.

Gráfico 7 – Intervalo entre consultas ambulatoriais, de pacientes com Leishmaniose Visceral, superior ao solicitado no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

Nos 116 casos acompanhados em ambulatório, somente para 44 (37,93%) foram encontradas anotações de solicitação de exames laboratoriais (Gráfico 8).

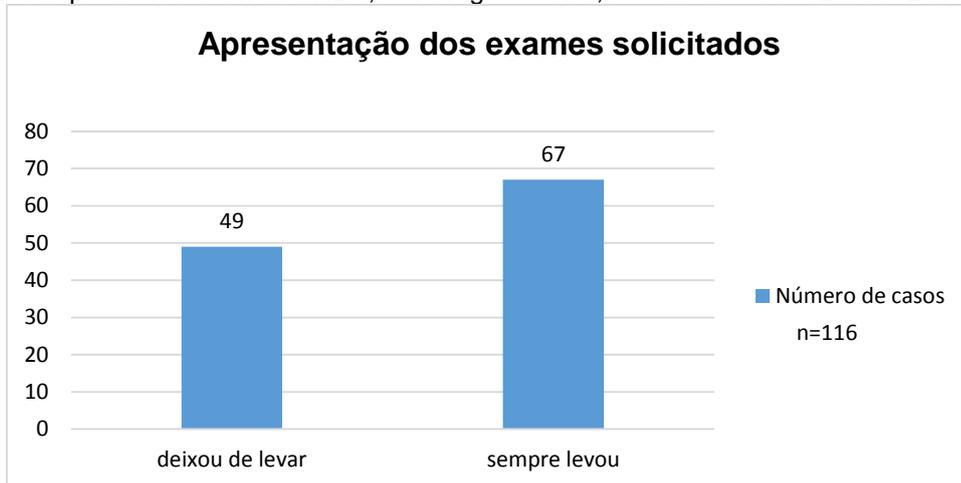
Gráfico 8 – Solicitação de exames laboratoriais para os pacientes com Leishmaniose Visceral, acompanhados pelo ambulatório do HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

Os pacientes deixaram de levar os exames solicitados em 49 casos, uma vez ou mais (Gráfico 9).

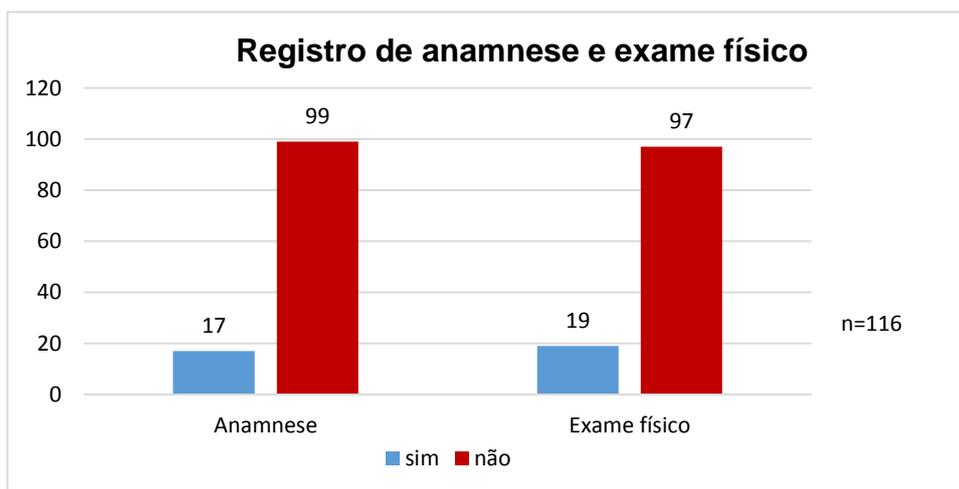
Gráfico 9 – Apresentação de exames solicitados aos pacientes com Leishmaniose Visceral, acompanhados pelo ambulatório do HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

Destes 116, não há descrição da anamnese em 99 casos e também não há registro do exame físico dirigido em 97 (Gráfico 10).

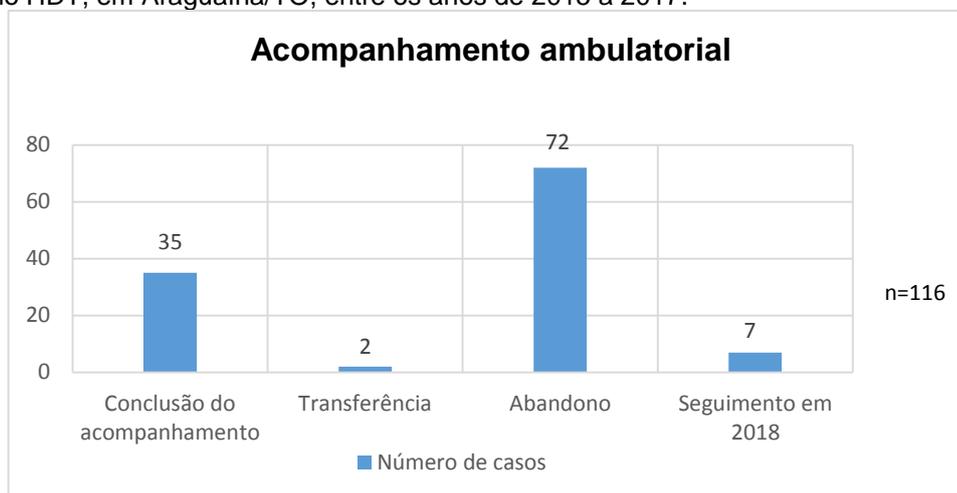
Gráfico 10 – Registro de anamnese e exames físico dirigido dos pacientes com Leishmaniose Visceral, acompanhados pelo ambulatório do HDT, em Araguaína/TO entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

Para 35 casos foi dada alta por conclusão do acompanhamento ambulatorial, ocorreram 2 transferências, enquanto 72 abandonaram a assistência (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Desfecho do acompanhamento ambulatorial dos pacientes com Leishmaniose Visceral, tratados no HDT, em Araguaína/TO, entre os anos de 2015 a 2017.



Fonte: Autor.

A partir desses resultados, chegou-se ao diagnóstico situacional dos casos de LV tratados no HDT, entre os anos de 2015 e 2017. E a partir de então, elaborados os produtos dessa dissertação, considerando as falhas no sistema de acompanhamento dos pacientes e a necessidade de se estabelecer um fluxo para contrarreferência à Atenção Primária.

As principais limitações durante a coleta dos dados foram relacionadas à falta de descrição em prontuário ou à qualidade das informações registradas, com possibilidade de subnotificação.

7 DISCUSSÃO

A LV é considerada uma das doenças mais negligenciadas globalmente (SUNDAR et al, 2014). Esta pesquisa retratou o perfil epidemiológico dos pacientes tratados para LV no HDT entre os anos de 2015 e 2017, evidenciando fatores que podem estar relacionados à infecção.

Alguns estudos levantam diferentes hipóteses para a maior prevalência no sexo masculino, como diferenças hormonais e a maior exposição da superfície corpórea ao vetor (BELO et al, 2013). Em relação à idade viu-se, assim como em outros estudos, maior frequência em crianças (0 a 10 anos), fato atribuído à imaturidade imunológica e também a desnutrição associada, muito frequente nas áreas endêmicas.

A prevalência da baixa escolaridade está relacionada ao fato da maioria dos casos ter ocorrido em crianças com até 10 anos, justificando ainda a desocupação trabalhista. Apesar de neste estudo não ter sido avaliada a renda da população incluída, sabe-se a LV é uma doença negligenciada, associada a estados de vulnerabilidade social, já que 80% dos casos ocorrem em populações de baixa renda (AGUIAR; RODRIGUES, 2017).

Dos 138 casos, 18 foram classificados como recidiva. Destes, 12 pacientes eram coinfectados pelo HIV, mais do que tem sido relatado na literatura (2 a 9%). A pandemia de HIV/AIDS tem modificado a história natural da LV, aumentando o risco de adoecimento de 100 a mais de 2000 vezes em áreas endêmicas (GOÉS; JERALDO; OLIVEIRA, 2014). Os pacientes coinfectados frequentemente têm uma baixa resposta ao tratamento, o que leva a frequentes recaídas e alta mortalidade (SUNDAR et al, 2014).

Desta forma, é imperativo que tais pacientes sejam diagnosticados e tratados apropriadamente, por meio de abordagens de detecção de casos ativos, já que os pacientes coinfectados tendem a transmitir cepas mais virulentas de LV (SUNDAR et al, 2014). Um fato importante é que da mesma forma que a LV tem passado pelo processo de urbanização, o HIV tem se interiorizado, sendo inevitável o encontro dessas duas endemias (GOÉS; JERALDO; OLIVEIRA, 2014).

As manifestações clínicas mais frequentes foram febre, esplenomegalia e hepatomegalia. A duração prolongada dos sintomas e, conseqüente, demora no diagnóstico e tratamento dos pacientes têm sido apontadas como fatores de risco

para a mortalidade associada à doença (BARBOSA et al, 2013). Neste estudo, em mais de 35, 4% dos casos o início dos sintomas se deu a mais de 20 dias, porém em quase 15, 2% não houve registro do tempo.

Pneumonia, bronquiolite, IVAS estiveram entre as infecções mais registradas em prontuário durante as internações. Relatos de casos descrevem que dentre as principais alterações em pacientes com envolvimento pulmonar estão a pneumonite intersticial e o derrame pleural. Outros sintomas comumente encontrados são a tosse seca e, eventualmente, dispneia e inflamação generalizada da árvore brônquica (SILVA et al, 2013). O que pode gerar confusão diagnóstica e tratamento inadequado pela difícil diferenciação entre o que é próprio da ação da Leishmania no tecido pulmonar e o que é infecção secundária pela imunossupressão. Pela potencial gravidade, diante de uma forte suspeita infecciosa, recomenda-se solicitar exames de cultura e iniciar a antibioticoterapia. Outro problema registrado foi a incidência de flebite que pode ser classificada como mecânica, química e bacteriana, dependendo do fator causal (URBANETTO, 2016). Nesse estudo não é possível assegurar o tipo mais frequente, mas como em 6 de 9 casos a flebite coexistiu à administração da Anfotericina B desoxicolato, sabidamente tóxica ao endotélio vascular, a hipótese de que tenha sido este o fator desencadenante se torna evidente.

O Antimoniato de N-metilglucamina foi a droga empregada para tratamento inicial em 45,6% dos casos. Ele é considerado a primeira escolha pelo MS, possui menor custo e pode ser administrado ambulatorialmente, não havendo indicação formal de se fazer em regime de internação hospitalar, o que foi ratificado pela condução da maioria destes tratamentos no Hospital Dia local (n= 41, 65,07%).

Sobre as complicações relacionadas ao tratamento, destacou-se a insuficiência renal em 9 casos, dos quais 6 tinham a Anfotericina desoxicolato como fármaco de escolha, o que representa 25% do total de casos tratados inicialmente com ela. Em conformidade, está a literatura que associa a Anfotericina desoxicolato ao comprometimento renal em praticamente todos os pacientes ao longo do tratamento (BRASIL, 2014).

Em 47 casos (34,05%) não foi feito o registro do quadro clínico em prontuário e/ou resumo de alta na ocasião da alta hospitalar, o que inviabiliza a avaliação durante o acompanhamento e a realização de estudos sobre a evolução clínica da

LV. Esta comunicação ineficaz sobre o histórico de saúde e tratamentos, impede a integralidade da atenção. Se fazendo necessário um sistema de contrarreferência dentro do sistema de saúde, onde um serviço informa ao outro sobre o estado clínico, doença e tratamento do usuário em questão (FRATINI, 2007).

Como ocorreram 3 óbitos, seguiu-se o estudo com 135 casos após a alta. Destes, 29 (21,48%) não tiveram retorno ambulatorial agendado e destes, 17 (58,62%) não retornaram. Dos 106 casos que tiveram o agendamento realizado, 73 (68,86%) retornaram na data prevista.

Após a alta hospitalar, 116 casos foram acompanhados em ambulatório de clínica médica. A grande variação do número de consultas (1 a 14) se deve ao fato de alguns pacientes serem coinfectados pelo HIV, tendo outras manifestações não relacionadas à LV e também porque muitas vezes foram solicitados exames laboratoriais para serem avaliados no dia seguinte. Tais exames, na maioria dos casos, poderiam ter sido requisitados em consulta anterior, pois se trata de rotina, otimizando o atendimento.

Em mais de 80% dos casos acompanhados no ambulatório, não foram descritos o quadro clínico e/ou exame físico. Não é possível afirmar em quais situações tais procedimentos não foram realizados e/ou registrados. Essa ausência dificulta o seguimento recomendado e prejudica a eficácia do tratamento, à medida que as alterações relacionadas à melhora ou piora clínica não são observadas. Além de não atender ao Código de Ética Médica que afirma que é vedado ao médico deixar de elaborar prontuário legível, e que o mesmo deve conter os dados clínicos necessários para boa condução do caso e ser preenchido em cada avaliação (CFM, 2019).

Em 62% dos casos (n=72), os exames laboratoriais de seguimento não foram solicitados em todas as consultas, o que prejudica a avaliação médica. Além disto, em 42,2% (n=49) os pacientes deixaram de levar os exames solicitados ao menos uma vez.

Faltaram à consulta marcada 17 pacientes. Se esses estivessem sendo acompanhados pela Unidade Básica de Saúde, a busca ativa seria viabilizada. Apenas 35 casos receberam alta do acompanhamento ambulatorial. Porém, nem todas seguiram a recomendação do MS. Outros 72 casos foram classificados como abandono. Muitos desses (n=21), não tinham registro de solicitação de retorno.

Outros fatores que podem ter contribuído para o abandono é a distância entre o município de residência e o hospital, pois a maioria (n= 51) não residia em Araguaína, além da dificuldade para agendamento, pois para o ambulatório de Clínica Médica existem poucos profissionais disponíveis e conseqüentemente as vagas para o atendimento são limitadas. Notou-se ainda que 34 eram pacientes menores de idade com até 15 anos, que dependem dos cuidados de terceiros, inclusive para o comparecimento às consultas. Na saúde a referência e contrarreferência vem promover a integração dos serviços e equipes de saúde, facilitando o acesso do usuário e acionando os princípios do SUS (FRATINI, 2007).

Na utilização dos produtos desta dissertação, deve-se observar que alguns fatores como a inexperiência no manejo de casos da doença, o desconhecimento de fluxogramas e protocolos para atendimento, a desorientação quanto aos exames necessários durante o acompanhamento, podem ser limitadores na obtenção dos objetivos propostos, sendo essencial que outros estudos e políticas públicas invistam na capacitação da rede de Atenção Primária.

8 PRODUTOS DA DISSERTAÇÃO

8.1 Descrição

A Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral (Anexo 5) é um documento para registro de dados do paciente e de como foi diagnosticada e tratada a patologia, bem como da atualização do quadro clínico, além da programação de suas consultas e exames até a cura clínica (Figura 2).

Figura 2 – Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral

<p>ORIENTAÇÕES</p> <p>Esta é uma área com transmissão de Leishmaniose Visceral (LV). Portanto, todo paciente com febre e esplenomegalia é um caso suspeito.</p> <p>Os casos de difícil diagnóstico ou de maior gravidade devem ser encaminhados ao hospital de referência.</p>	<p>EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</p> <p>HDT HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS</p> <p>CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL</p> <p>PRODUTO MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA</p> <p>Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT)</p> <p>Telefone: (63) 3413-8600</p> <p>Email: comunicacao.hdt@ebserh.gov.br regulacao.hdt@ebserh.gov.br (informações sobre exames)</p>	<p>CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL</p>  <p>Nome: _____</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>Unidade de saúde: _____</p>
---	--	--

Ela foi elaborada a partir das recomendações do MS para o acompanhamento do paciente após o tratamento, ponderando as principais alterações clínicas e laboratoriais observadas nos pacientes com LV decorrentes da doença e do tratamento empregado. Consideraram-se ainda os resultados desta pesquisa, que revelou falha na documentação de dados da anamnese e do exame físico dos pacientes e também no agendamento de consultas e exames.

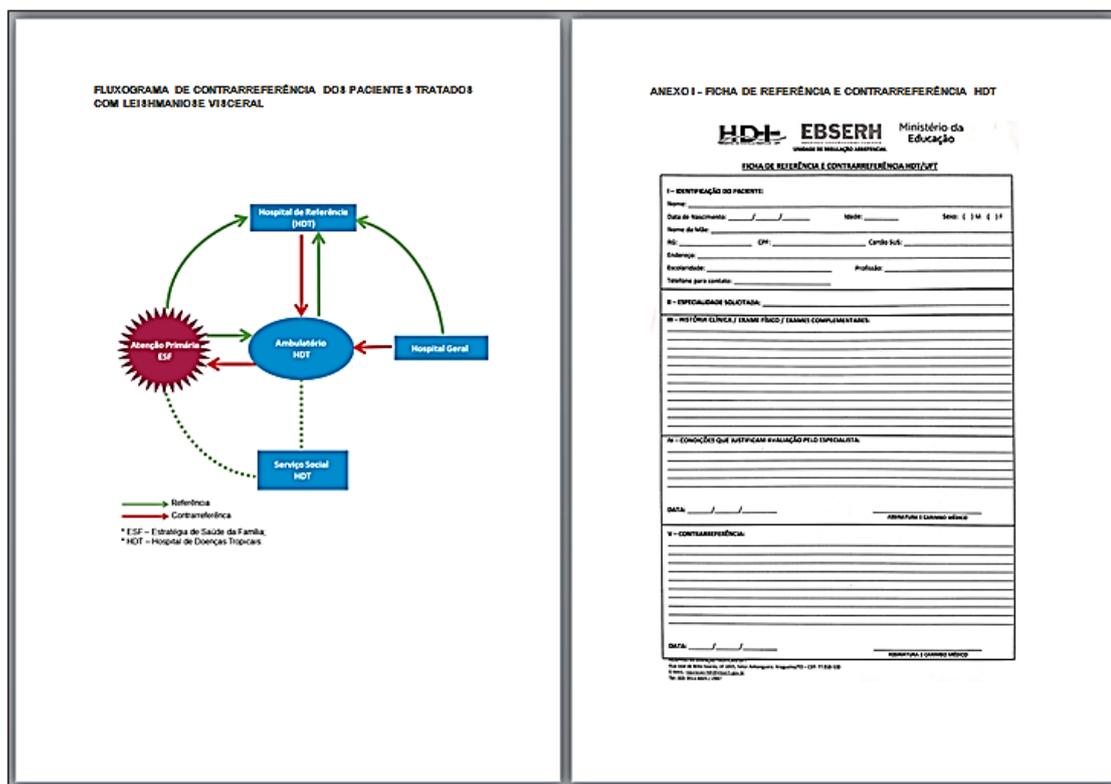
Figura 4 – Plano de contrarreferência dos pacientes com Leishmaniose Visceral após tratamento no Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins (HDT)

<p>PLANO DE CONTRARREFERÊNCIA DOS PACIENTES COM LEISHMANIOSE VISCERAL APÓS TRATAMENTO NO HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DO TOCANTINS (HDT)</p> <p>Apresentação</p> <p>A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença crônica potencialmente grave, com risco de óbito quando não tratada ou em fase avançada. Após o tratamento hospitalar, o paciente necessita ser acompanhado por 12 meses para receber alta, se em boas condições clínicas. Este acompanhamento deve ser realizado, preferencialmente, pela Atenção Primária, visto que essa fase requer cuidados menos complexos e que a Unidade Básica constitui o nível de atenção à saúde mais próximo dos cidadãos. Para que isso ocorra, é necessário um plano de contrarreferência estruturado e eficiente. Este plano deve ser implementado no HDT-TO e amplamente divulgado pelas Redes de Atenção à Saúde.</p> <p>Objetivos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Garantir o encaminhamento do paciente com Leishmaniose Visceral à sua região de origem, após tratamento hospitalar; 2) Fornecer as informações que permearam o tratamento, necessárias para o acompanhamento; 3) Promover o atendimento integral ao usuário do Sistema de Saúde nos diferentes níveis assistenciais; 4) Preservar o vínculo do paciente com a Estratégia Saúde da Família. <p>Estratégias</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital de Doenças Tropicais <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer auxílio médico e de enfermagem para diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes referenciados, sempre que necessário, preservando o vínculo assistencial após a contrarreferência. 	<p>Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer o relatório de alta constando todas as informações pertinentes ao tratamento realizado e quadro clínico atual; <p>Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar o paciente para o setor de Agendamento de Consultas Ambulatoriais, para início do acompanhamento. Recomenda-se que a primeira consulta ocorra até 30 dias após a alta. <p>2. Ambulatório de Especialidades (HDT)</p> <p>Técnico de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a triagem do paciente; <p>Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar em prontuário todas as informações pertinentes ao atendimento; • Preencher e entregar a Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral na primeira consulta; • Orientar o paciente quanto à importância do acompanhamento para o sucesso do tratamento e do preenchimento dos campos da caderneta a cada consulta para avaliar a progressão do quadro clínico; • Preencher o formulário de contrarreferência (Anexo I), padronizado pelo serviço, com informações claras sobre o acompanhamento neste nível de atenção, bem como sobre a atenção adicional requerida durante o seguimento; • Encaminhar ao estabelecimento de origem após a primeira consulta ou logo que seu reestabelecimento possa ser mantido pelo nível de menor complexidade; • Conduzir o paciente ao Serviço Social do HDT, munido do formulário de contrarreferência, para orientação.
<p>Assistência Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Localizar e contatar a ESBF de origem ou Secretaria Municipal de Saúde para contrarreferência do paciente; • Orientar o paciente quanto ao acompanhamento conjunto (Ambulatório de Especialidades e Estratégia Saúde da Família) e sobre seus direitos enquanto usuário do sistema. <p>3. Estratégia Saúde da Família</p> <p>Agente Comunitário de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar o vínculo com a Unidade Básica de Saúde; • Colaborar para prevenção/controlar da LV, verificando a presença de focos para o inseto vetor (<i>Lutzomyia sp.</i>) e de cães doentes na residência do paciente e acionar os órgãos competentes. <p>Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso o paciente ainda não seja acompanhado pela Atenção Primária e conhecido pela equipe, agendar uma consulta para estabelecimento de vínculo e cuidado; • Reconhecer as necessidades e vulnerabilidades do usuário através da consulta de Enfermagem; • Coordenar atividades educativas que envolvam o tema "Leishmaniose Visceral", considerando o potencial de risco de transmissão da área; • Notificar falhas terapêuticas e recidivas. <p>Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar as consultas de acompanhamento, solicitando os retornos de forma individualizada, conforme a necessidade do paciente. No mínimo três consultas no período de um ano (3, 6 e 12 meses), de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde; • Solicitar exames laboratoriais complementares, necessários ao acompanhamento; 	<ul style="list-style-type: none"> • Preencher a Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral a cada consulta e registrar em prontuário, atendendo às necessidades específicas do exame físico e da anamnese; • Dar alta do acompanhamento, ao final de 12 meses, se critérios de cura clínica. <p>Farmacêutico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o uso racional dos medicamentos adjuvantes prescritos durante o acompanhamento do paciente. <p>Técnico de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar o peso atual na Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral a cada consulta; • Verificar a presença de sintomatologia semelhante em pessoas que convivem com o paciente acompanhado, através da visita domiciliar; • Realizar busca ativa do paciente sempre que ele falter à consulta de acompanhamento e não comparecer à unidade para justificar.

No nível terciário, logo após a alta hospitalar, o médico deverá solicitar o retorno do paciente no Ambulatório de Especialidades do HDT. Esse atendimento deverá ocorrer, em nível secundário, até 30 dias depois, quando a Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral será entregue e a contrarreferência à Atenção Primária será realizada. Junto à entrega da caderneta deverão ser fornecidas, ao paciente, orientações para sua melhor utilização. O profissional deverá ressaltar a importância do comparecimento às consultas e instruir o paciente a levar consigo a caderneta bem como solicitar o seu preenchimento pelo médico assistente na Unidade Básica de Saúde.

O fluxo ilustra a sequência do acompanhamento do paciente com Leishmaniose Visceral após a alta hospitalar até a cura clínica, nos âmbitos da Atenção Primária, Secundária e Terciária (Figura 5). O Plano não segue o modelo piramidal de hierarquização, pois se entende que o processo deve ser integrado e as ações articuladas e contínuas entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

Figura 5 – Plano de contrarreferência dos pacientes com Leishmaniose Visceral após tratamento no Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins (HDT) (Fluxograma e Ficha de referência e contrarreferência)



8.2 Aplicabilidade

A produção e implementação da Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral pretende facilitar o manejo da LV por profissionais médicos em qualquer unidade de saúde, descentralizar o acompanhamento do paciente após tratamento hospitalar, melhorando a observância de falhas terapêuticas e recidivas, e a adesão ao plano terapêutico. Isso diminuirá a sobrecarga do serviço de referência e disponibilizará o atendimento a novos casos. Os médicos de família terão a atenção chamada para os cuidados da anamnese, exame físico e exames laboratoriais durante o preenchimento da caderneta.

O plano de contrarreferência será utilizado para conectar os diferentes níveis de assistência e para estruturar e padronizar o acompanhamento do paciente com LV após a alta hospitalar. O paciente será preparado para vinculação com a Unidade de Atenção Básica e terá garantida a manutenção do laço com o ambulatório especializado de referência.

Reforça-se a necessidade de trabalhos permanentes em capacitação dos profissionais da Atenção Primária e do envolvimento das Secretarias Municipais de Saúde para que a contribuição proposta pelo uso da Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral seja alcançada.

8.3 Inserção Social

A confecção e distribuição da Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral, à medida que irá facilitar o trabalho dos médicos, também irá promover a vinculação entre o usuário e o serviço de saúde, uma vez que poderão ser evitados deslocamentos daqueles que moram em outros municípios, despesas com transporte, estadia e alimentação, minimizando as faltas e abandono do acompanhamento. Ela também despertará no paciente a responsabilidade com seu autocuidado à medida que for informado sobre a importância de levar a caderneta em cada consulta e exigir o seu correto preenchimento, ressaltando a importância do registro médico que é direito de todos os cidadãos.

O plano de contrarreferência aperfeiçoará a atenção dada ao paciente, visto que a Estratégia Saúde da Família atua efetivando a integralidade, pois é capaz de manter a vigilância através de visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que o usuário compareça às consultas agendadas. A troca de experiências entre profissionais do ambulatório especializado e as equipes também pode colaborar para a atualização profissional das mesmas.

9 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico situacional dos casos de LV no Hospital de Doenças Tropicais de Araguaína destaca a prevalência de crianças com até 10 anos, pardas, do sexo masculino. Apesar da alta prevalência na região, verificou-se um grande número de casos tratados na rede hospitalar, o que pode representar um diagnóstico tardio, com maiores chances de agravamento do quadro, e também abandono de acompanhamento. A maioria dos acompanhamentos não foi concluída, com registro de alta em prontuário, no intervalo de tempo recomendado pelo MS.

A Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral é uma ferramenta que visa melhorar a eficiência do sistema de acompanhamento. Este documento, contendo os dados dos pacientes e sua programação de intervenções poderá favorecer o vínculo entre o paciente e o serviço de saúde, contribuindo assim para adesão à terapia proposta. Através da caderneta será possível evidenciar o progresso do tratamento e facilitar a observância de falhas terapêuticas e recidivas. Sua produção surge como ferramenta para a descentralização do acompanhamento do paciente após o tratamento, facilitando sua realização em qualquer Unidade Básica de Saúde, a fim de se evitar o deslocamento dos pacientes que residam em outros municípios, diminuir os gastos com transporte, minimizar as faltas às consultas agendadas e a sobrecarga ambulatorial dos serviços de referência. Ela servirá como meio de comunicação entre o paciente, a equipe de referência e a Unidade de Atenção Básica.

Para o adequado manejo da LV, além do controle vetorial, é necessária capacitação e inserção do profissional de saúde nesse complexo processo de controle da doença. Após o tratamento hospitalar, o paciente necessita ser acompanhado por 12 meses para receber alta, se em boas condições clínicas. Este acompanhamento deve ser realizado, preferencialmente, pela Atenção Primária, visto que essa fase requer cuidados menos complexos e que a Unidade Básica constitui o nível de atenção à saúde mais próximo dos cidadãos. Para que isso ocorra, sugerimos um plano de contrarreferência estruturado e eficiente. O plano estabelecido nesse trabalho deve ser amplamente divulgado pelas Redes de Atenção à Saúde.

Este estudo tem algumas limitações. Uma limitação é o fato de ter sido realizado um diagnóstico situacional por meio de coleta de dados em prontuários em papel, que apresentaram falhas de registros, comprometendo a qualidade das informações. Outra limitação é o fato dos resultados obtidos serem restritos a apenas um único hospital, o que dificulta a generalização para outras instituições. Ainda assim, dada a relevância do tema, como perspectiva futura pretende-se divulgar os resultados deste estudo à comunidade por meio de um artigo científico.

Os produtos elaborados serão apresentados a Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital de Doenças Tropicais e outros setores pertinentes a fim de verificar a viabilidade de implementação da caderneta e do plano de contrarreferência no HDT. Vale destacar, que a usabilidade dos produtos deverá ser testada na perspectiva dos profissionais envolvidos na sua utilização bem como dos pacientes e de seus responsáveis.

10 REFERÊNCIAS

- AGUIAR, P. F.; RODRIGUES, R. K. Leishmaniose Visceral No Brasil: artigo de revisão. **Revista Unimontes Científica**, Montes Carlos, v. 19, n. 1, 2017.
- ALVAR, J. *et al.* The Relationship between Leishmaniasis and AIDS: the Second 10 Years. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 21, n. 2, p. 334-359, 2008.
- AMORA, Sthenia S A *et al.* Control of phlebotomine (Diptera: Psychodidae) leishmaniasis vectors. **Neotrop. entomol.**, Londrina, v. 38, n. 3, p. 303-310, June 2009.
- ANVERSA, L. *et al.* Leishmaniose humana no Brasil: uma revisão geral. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 64, n. 3, São Paulo, 2018.
- ASSIS, T. S. M. *et al.* Validação do teste imunocromatográfico rápido IT-LEISH® para o diagnóstico da leishmaniose visceral humana. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 107-116, 2008.
- BADARO, R.; DUARTE, M. Leishmaniose Visceral. In: Veronessi: **Tratado de Infectologia**. ed. 2, São Paulo, Atheneu, 2002.
- BARBOSA, M. N. *et al.* Atenção aos Casos Humanos De Leishmaniose Visceral no âmbito da atenção primária à saúde em município da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista APS**, v. 16, n. 3, p. 234-241, 2013.
- BELO, V. S. *et al.* Factors Associated with Visceral Leishmaniasis in the Americas: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 7, n. 4, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose Visceral Grave: normas e condutas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose Visceral 2017**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ed 7, Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose visceral: Recomendações clínicas para redução da letalidade**. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfeção Leishmania-HIV**. Brasília MS, 2011b.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral**. ed. 1; Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Proposta de Elaboração Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas**. Escopo. Leishmaniose Visceral. Brasília, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, v. 3, 2017b.

CALDAS, A. J. M. *et al.* Perfil das crianças com Leishmaniose Visceral que evoluíram para óbito, falha terapêutica e recidiva em hospital de São Luís, Maranhão. **Revista de Pesquisa em Saúde**, São Luís, v. 14, n. 4, p. 91-95, 2013.

CAVALCANTE, I. J. M.; VALE, M. R. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose visceral (calazar) no Ceará no período de 2007 a 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, p.911-924, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: **Código de Ética Médica**: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, Brasília, 2019.

COSTA, C. H. N. *et al.* Is severe visceral leishmaniasis a systemic inflammatory response syndrome? A case control study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.43, n. 4, p. 386-92, 2010.

COSTA, C. H. N.; *et al.* **Kala-azar is a slow-motion systemic inflammatory response syndrome: lessons from death**. In: International Congress of Immunology, Aug. 21-25, Rio de Janeiro, Brazil, 2007.

COUTINHO, J. V. S. C. *et al.* Visceral leishmaniasis and leishmaniasis-HIV coinfection: comparative study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 50, n. 5, p. 670-674, 2017.

DESJEUX, P. Leishmaniasis: current situation and new perspectives. Comparative Immunology. **Microbiology and Infectious Diseases**, v. 27, n. 5, p. 305-318, 2004.

FRATINI, J. R. G. **Avaliação de um programa de referência e contra-referência em saúde**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Vale do Itajaí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Mestrado Profissionalizante em Saúde e Gestão do Trabalho, Itajaí, 2007.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n.1, p. 65-72, 2008.

GOÉS, M. A. O.; JERALDO, V. L. S.; OLIVEIRA, A. S. Urbanização da leishmaniose visceral: aspectos clínicos e epidemiológicos em Aracaju, Sergipe, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 31; p. 119-126, 2014.

LINDOSO, J. A. L.; GOTO, H. Leishmaniose visceral. In: LOPES, A.C. **Tratado de clínica médica**. São Paulo, Roca, p. 4121-26, 2006.

HENRIQUE, LIZANA AREND. **Avaliação da efetividade da Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente do município de Florianópolis, em um Hospital Universitário**. Trabalho de conclusão do curso de medicina – Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MARZOCHI, M. C. C. *et al.* Leishmaniose Visceral (Calazar). **Jornal Brasileiro de Medicina**, n. 41, p. 69-84, 1981.

MENON, S. S. *et al.* Decentralized control of human visceral leishmaniasis in endemic urban areas of Brazil: a literature review. **Tropical Medicine and Health**, v. 44, n. 9, 2016.

MEYERHOFF, A. U. S. Food and drug administration approval of AmBisome (liposomal amphotericin B) for treatment of visceral leishmaniasis. **Clinical Infectious Diseases**, v. 28, n. 1, p. 42-48, 1999.

MISHRA, M. *et al.* Amphotericin versus sodium stibogluconate in first-line treatment of Indian kala-azar. **Lancet**, v. 344, n. 8937, p. 1599-1600, 1994.

NEVES, D. P. *et al.* **Parasitologia Humana**. ed. 12, São Paulo, Atheneu, 2012.

ORTIZ, R. C.; ANVERSA, L. Epidemiologia da leishmaniose visceral em Bauru, São Paulo, no período de 2004 a 2012: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 97-104, 2015.

PEARSON, R. D.; QUEIROZ, A. S. Leishmania species: visceral (Kala-Azar) cutaneous, and mucosal leishmaniasis. In: MANDELL G. L., BENNETT J. E., DOLIN R., editors. **Principles and practice of infectious diseases**. New York, Elsevier/Churchill Livingstone, ed. 6, p. 3145-3155, 2005.

RIBEIRO, R. S. P. **Incidência e Epidemiologia da Leishmaniose Visceral no Norte do Tocantins**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de tecnologia nuclear) – Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

SEAMAN, J. *et al.* Epidemic visceral leishmaniasis in southern Sudan: treatment of severely debilitated patients under wartime conditions and with limited resources. **Annals of Internal Medicine**, v. 124, p. 664-672, 1996.

SILVA, A. O. *et al.* Adaptações crônicas sobre a função pulmonar em indivíduos infectados pela leishmaniose visceral. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 403-411, 2013.

SOARES, R. O. A.; LEON, L. Modelos de Estudo para o Desenvolvimento de Drogas AntiLeishmania. **Leishmanioses no continente americano**. Fátima Conceição-Silva e Carlos Roberto Alves (org), Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014.

SUNDAR, S. *et al.* Efficacy and Safety of Amphotericin B Emulsion versus Liposomal Formulation in Indian Patients with Visceral Leishmaniasis: A Randomized, Open-Label Study. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 8, n. 9, 2014.

TAMAYO, C. O. C. **Avaliação da co-infecção por Leishmania em pessoas vivendo com HIV/ Aids acompanhadas no Hospital Universitário de Brasília: estudo transversal com ênfase na Leishmaniose visceral**. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

THAKUR, C. P.; NARAYAN, S. A comparative evaluation of amphotericin B and sodium antimony gluconate, as first-line drugs in the treatment of Indian visceral leishmaniasis. **Annals of Tropical Medicine and Parasitology**, v. 98, n. 2, p. 129-138, 2004.

URBANETTO, J. S. *et al.* Incidência de flebites durante o uso e após a retirada de cateter intravenoso periférico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 24, 2016.

WALDMAN, E. A.; SATO, A. P. S. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, n. 58, 2016.

ZUBEN, A. P. B.; DONALISIO, M. R. Dificuldades na Execução das Diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em Grande Municípios Brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro; v. 32, n. 6, 2016.

11 ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CADERNETA DO PACIENTE COM LEISMANIOSE VISCERAL: UMA FERRAMENTA PARA O MONITORAMENTO E CONTROLE DA ENDEMIAS

A. IDENTIFICAÇÃO DO CASO

1. CODIGO:
2. DATA DA NOTIFICAÇÃO:
3. DIAGNÓSTICO: PARASITOLÓGICO <input type="checkbox"/> IMUNOLÓGICO <input type="checkbox"/> CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO <input type="checkbox"/>
4. CLASSIFICAÇÃO: CASO NOVO <input type="checkbox"/> RECIDIVA <input type="checkbox"/> FALHA TERAPÊUTICA <input type="checkbox"/>

B. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. IDADE:	6. SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
7. COR/ETNIA: AMARELO <input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> PARDO <input type="checkbox"/> PRETO <input type="checkbox"/>	
8. ESCOLARIDADE: ANALFABETO <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL INCOMPLETO <input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL COMPLETO <input type="checkbox"/> MÉDIO INCOMPLETO <input type="checkbox"/> MÉDIO COMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR INCOMPLETO <input type="checkbox"/> SUPERIOR COMPLETO <input type="checkbox"/>	
9. OCUPAÇÃO:	
10. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	11. UF

C. DADOS CLÍNICOS

12. INÍCIO DOS SINTOMAS: até 20 dias () de 21 a 59 dias () mais de 60 dias () Não registrado ()
13. SINAIS E SINTOMAS NA ADMISSÃO: FEBRE <input type="checkbox"/> INAPETÊNCIA <input type="checkbox"/> ASTENIA <input type="checkbox"/> PERDA DE PESO <input type="checkbox"/> DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> FENÔMENOS HEMORRÁGICOS <input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA <input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA <input type="checkbox"/> OUTROS:
14. COINFEÇÃO: HIV <input type="checkbox"/> OUTRO:
15. COMORBIDADES: HIPERTENSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA CRÔNICA <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL CRÔNICA <input type="checkbox"/> DOENÇA HEPÁTICA CRÔNICA <input type="checkbox"/> OUTRA:
16. OUTRAS INFECÇÕES NA ADMISSÃO OU DURANTE TRATAMENTO: PNEUMONIA <input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> OUTRA:
17. REGISTRO PESO: SIM () NÃO ()

D. TRATAMENTO

18. TIPO DE INTERNAÇÃO: ENFERMARIA <input type="checkbox"/> UNIDADE SEMI-INTENSIVA <input type="checkbox"/>
19. DATA DA INTERNAÇÃO:
20. DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO:
21. FÁRMACO DE ESCOLHA:

GLUCAMINA <input type="checkbox"/> ANFOTERICINA DESOXICOLATO <input type="checkbox"/> ANFOTERICINA LIPOSSOMAL <input type="checkbox"/>
22. FÁRMACO UTILIZADO, NA FALÊNCIA DO TRATAMENTO INICIAL:
GLUCAMINA <input type="checkbox"/> ANFOTERICINA DESOXICOLATO <input type="checkbox"/> ANFOTERICINA LIPOSSOMAL <input type="checkbox"/>
23.COMPLICAÇÕES DECORRENTES DO TRATAMENTO:
PANCREATITE <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA RENAL <input type="checkbox"/> INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA <input type="checkbox"/>
ALTERAÇÃO ELETROCARDIOGRÁFICA <input type="checkbox"/> OUTRA: <input type="checkbox"/>

E. DADOS DA ALTA

24.DATA:
25.TIPO DE SAÍDA:
ALTA MÉDICA <input type="checkbox"/> ABANDONO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>
26.NÚMERO DE DIAS DE INTERNAÇÃO:
27. ESQUEMA COMPLETO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
28. SINAIS E SINTOMAS NA ALTA:
FEBRE <input type="checkbox"/> INAPETÊNCIA <input type="checkbox"/> ASTENIA <input type="checkbox"/> PERDA DE PESO <input type="checkbox"/>
DOR ABDOMINAL <input type="checkbox"/> EDEMA <input type="checkbox"/> ICTERÍCIA <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/>
FENÔMENOS HEMORRÁGICOS <input type="checkbox"/> ESPLENOMEGALIA <input type="checkbox"/> HEPATOMEGALIA <input type="checkbox"/>
SEM REGISTRO <input type="checkbox"/> OUTRO: <input type="checkbox"/>
29. REGISTRO DE PROGRAMAÇÃO DE RETORNO AMBULATORIAL: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

F. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL APÓS ALTA (12 MESES)

30.NÚMERO DE DIAS ATÉ PRIMEIRO RETORNO:
31. 1º RETORNO NA DATA SOLICITADA PELO MÉDICO ASSISTENTE: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
32.NÚMERO DE CONSULTAS:
33.REGISTRO DE AUSÊNCIA A ALGUMA CONSULTA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
34.INTERVALO ENTRE CONSULTAS SUPERIOR AO SOLICITADO:
NUNCA <input type="checkbox"/> TODAS AS VEZES <input type="checkbox"/> AO MENOS UMA VEZ <input type="checkbox"/>
35.LEVOU EXAMES SOLICITADOS NA CONSULTA ANTERIOR:
SEMPRE <input type="checkbox"/> NUNCA <input type="checkbox"/> DEIXOU DE LEVAR AO MENOS UMA VEZ <input type="checkbox"/>
36. LIVRE DEMANDA DEVIDO A CAUSAS RELACIONADAS À LV: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
37.LIVRE DEMANDA POR CAUSAS NÃO RELACIONADAS À LV: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
38.ENCAMINHAMENTO MÉDICO POR CAUSA RELACIONADA À LV: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
39.ENCAMINHAMENTO MÉDICO POR CAUSA NÃO RELACIONADA À LV: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
40.REGISTRO DE EXAME FÍSICO EM TODAS AS CONSULTAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
41.REGISTRO DE ANAMNESE DIRIGIDA EM TODAS AS CONSULTAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
42.REGISTRO DE SOLICITAÇÃO DE EXAMES EM TODAS AS CONSULTAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
43. REGISTRO DE PROGRAMAÇÃO DE RETORNO EM TODAS AS CONSULTAS:
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
44. REGISTRO DE ALTA DO AMBULATÓRIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
45. REGISTRO DE TRANSFERÊNCIA DURANTE O ACOMPANHAMENTO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
46. ABANDONO DO ACOMPANHAMENTO ANTES DA ALTA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

G. ANAMNESE DIRIGIDA, QUANTO AO REGISTRO/PRESENÇA DE SINTOMAS DE ALERTA

47.SINTOMA/ CONSULTA	1°	2°	3°	4°	5°	6°
-------------------------	----	----	----	----	----	----

FEBRE	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
INAPETÊNCIA	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

H. EXAME FÍSICO DIRIGIDO, QUANTO AO REGISTRO/PRESENÇA DE SINAIS DE ALERTA

48.SINAL/CONSULTA	1°	2°	3°	4°	5°	6°
ESPLENOMEGALIA	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HEPATOMEGALIA	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

I. EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS NAS OCASIÕES DE ADMISSÃO, ALTA E DURANTE O ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

EXAME/OCASIÃO	ADMISSÃO	ALTA	1°	2°	3°	4°	5°	6°
HEMOGRAMA								
UREIA								
CREATININA								
SÓDIO								
POTÁSSIO								
TGO								
TGP								
TAP/INR								
GGT								
FA								
BILIRRUBINA								
PROTEÍNAS SÉRICAS								
AMILASE								
LIPASE								
VHS								
EAS								

J. OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES

	ADMISSÃO	INTERNAÇÃO	ACOMPANHAMENTO
ECG	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
RX TÓRAX	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
USG ABDOMINAL	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
OUTROS:			

ANEXO 2: CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA



Termo de Anuência para Realização de Pesquisa

O Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT), instituição filiada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSEH), autoriza a realização do projeto de pesquisa intitulado "Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral: Uma Ferramenta para o Monitoramento e Controle da Endemia", coordenado pela pesquisadora **Glauyane Motta Soares** nas instalações do Hospital.

O HDT-UFT se compromete em apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa através da autorização para coleta de dados durante o período de 01/10/18 a 28/02/19.

Anuímos que nossa instituição é coparticipante do presente projeto e requeremos do coordenador e da equipe de pesquisa o cumprimento da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, principalmente no que tange a segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados bem como da utilização dos dados e materiais coletados exclusivamente para os fins da pesquisa.

Araguaína, 24 de agosto de 2018.



JOSÉ PEREIRA GUIMARÃES-NETO
Superintendente



Página 1

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
Rua José de Brito Soares, nº 1015, Setor Anhangüera - Araguaína - TO - CEP: 77.818-530.
Telefone: (63) 3413-6000

ANEXO 3: TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS

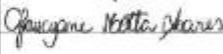
Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

**CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE
VISCERAL: UMA FERRAMENTA PARA O
MONITORAMENTO E CONTROLE DA ENDEMI**

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Doenças Tropicais do Tocantins. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 24 de Agosto de 2018.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
GABRIELLA REJANE DOS SANTOS DALMOLIN	
GLAUCYANE MOTTA SOARES	

ANEXO 4: TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO, GUARDA E DIVULGAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA

	
Termo de Responsabilidade para Uso, Guarda e Divulgação dos Dados da Pesquisa	
Título do projeto: CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL: UMA FERRAMENTA PARA O MONITORAMENTO E CONTROLE DA ENDEMIAS.	
Nome do coordenador(a): GLAUCYANE MOTTA SOARES	
RG: 73266397-0	CPF: 916 729 963 68
Endereço: AV. TOCANTINS	n° 500
Bairro: SETOR ANHANGUERA	Cidade: ARAGUAÍNA
CEP: 77818-550	Estado: TO

O coordenador do projeto, retro qualificado, se declara ciente e de acordo:

- a) de todos os termos do presente instrumento, assumindo toda e qualquer responsabilidade por quaisquer condutas, ações ou omissões que importem na inobservação do presente e consequente violação de quaisquer das cláusulas abaixo descritas bem como por outras normas previstas em lei, aqui não especificadas, respondendo de forma ilimitada, irretroatível, irrevogável e absoluta perante a provedora dos dados e arquivos em eventuais ações regressivas, bem como perante terceiros eventualmente prejudicados por sua não observação.
- b) de que os dados e arquivos a ele fornecidos deverão ser usados, guardados e preservados em sigilo e que eventual divulgação dos dados deverá ser feita em estrita observação aos princípios éticos de pesquisa, resguardando-se ainda aos termos da Constituição Federal de 1988, especialmente no tocante ao direito a intimidade e a privacidade dos consultados, sejam eles pacientes ou não.
- c) de que as informações constantes nos dados ou arquivos a ele disponibilizados deverão ser utilizados apenas e tão somente para a execução e pesquisa do projeto acima descrito, sendo vedado o uso em outro projeto, seja a que título for salvo expressa autorização em contrário pelos participantes da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- d) de que eventuais informações a serem divulgadas, serão única e exclusivamente para fins de pesquisa científica, sendo vedado uso das informações para publicação em quaisquer meios de comunicação de massa que não guardem compromisso ou relação científica, tais como televisão, jornais, periódicos e revistas, entre outros aqui não especificados.
- e) de que a instituição HDT-UFT/EBSEH será mencionada quando houver divulgação na forma de mídia impressa ou digital dos resultados do projeto de pesquisa.
- f) sem prejuízo dos termos do presente, que deverão ser respeitadas as normas da Resolução 466/12 e suas complementares na execução do projeto em epígrafe.

Araguaína, 24 de Agosto de 2018.

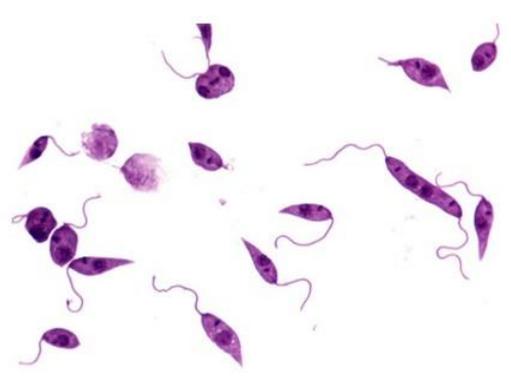


NOME DO COORDENADOR DO PROJETO

HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
Rua José de Brito Soares, n° 1015, Setor Anhanguera – Araguaína-TO – CEP: 77.818-550
Telefone: (63) 3411-6000

Página 1

ANEXO 5: CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL

<p>ORIENTAÇÕES</p> <p>Esta é uma área com transmissão de Leishmaniose Visceral (LV). Portanto, todo paciente com febre e esplenomegalia é um caso suspeito.</p> <p>Os casos de difícil diagnóstico ou de maior gravidade devem ser encaminhados ao hospital de referência.</p>	<p>EBSERH HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS</p> <p>HDT HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS</p> <p>CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL</p> <p>PRODUTO MESTRADO PROFISSIONAL EM PESQUISA CLÍNICA</p> <p>Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins (HDT-UFT) Telefone: (63) 3413-8600 Email: comunicacao.hdt@ebserh.gov.br regulacao.hdt@ebserh.gov.br (informações sobre exames)</p>	<p>CADERNETA DO PACIENTE COM LEISHMANIOSE VISCERAL</p>  <p>Nome: _____</p> <p>_____</p> <p>Data de nascimento: ____/____/____</p> <p>Unidade de saúde: _____</p>
---	---	--

DIAGNÓSTICO

Imunológico: TR Sorologia _____

Parasitológico

Clinico-Epidemiológico

Data: ____/____/____

CLASSIFICAÇÃO

Caso Novo Recidiva Falha Terapêutica

COMORBIDADES

PVHA Hepatite C

Hepatite B Outras: _____

ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO

Consulta nº:								
Data Agendada								
Data Real								
Peso								
Febre*								
Inapetência*								
Hipocorado*								
Esplenomegalia*								
Hepatomegalia*								
Edema*								
Tosse*								
Diarreia*								

*Sim (S) ou Não (N)

EXAMES LABORATORIAIS

Data								
Hemograma								
Ureia								
Creatinina								
TGO								
TGP								
TAP								
Proteínas T e F								
Bilirrubinas								
Amilase								
VHS								

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES (QUADRO CLÍNICO/EXAMES):

PROFILAXIA SECUNDÁRIA

PVHA Outros: _____

Fármaco: _____ N° Doses: _____

Intervalo: _____

DATA DA ADMINISTRAÇÃO

RECOMENDAÇÕES

DATA	

Alta do Acompanhamento: ____/____/____

T R A T A M E N T O	DATA	Nº DE DOSES
Antimoniato de N-metilglucamina	__/__/__ à __/__/__	
Anfotericina B desoxicolato	__/__/__ à __/__/__	
Anfotericina B lipossomal	__/__/__ à __/__/__	

COMPLICAÇÕES

Nefrotoxicidade

Hepatotoxicidade

Cardiotoxicidade

Hiperamilasemia

Outras: _____

ANEXO 6: PLANO DE CONTRARREFERÊNCIA DOS PACIENTES COM LEISHMANIOSE VISCERAL APÓS TRATAMENTO NO HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS DO TOCANTINS (HDT)

Apresentação

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença crônica potencialmente grave, com risco de óbito quando não tratada ou em fase avançada. Após o tratamento hospitalar, o paciente necessita ser acompanhado por 12 meses para receber alta, se em boas condições clínicas. Este acompanhamento deve ser realizado, preferencialmente, pela Atenção Primária, visto que essa fase requer cuidados menos complexos e que a Unidade Básica constitui o nível de atenção à saúde mais próximo dos cidadãos. Para que isso ocorra, é necessário um plano de contrarreferência estruturado e eficiente. Este plano deve ser implementado no HDT-TO e amplamente divulgado pelas Redes de Atenção à Saúde.

Objetivos

- 1) Garantir o encaminhamento do paciente com Leishmaniose Visceral à sua região de origem, após tratamento hospitalar;
- 2) Fornecer as informações que permearam o tratamento, necessárias para o acompanhamento;
- 3) Promover o atendimento integral ao usuário do Sistema de Saúde nos diferentes níveis assistenciais;
- 4) Preservar o vínculo do paciente com a Estratégia Saúde da Família.

Estratégias

1. Hospital de Doenças Tropicais

- Oferecer auxílio médico e de enfermagem para diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes referenciados, sempre que necessário, preservando o vínculo assistencial após a contrarreferência.

Médico:

- Fornecer o relatório de alta constando todas as informações pertinentes ao tratamento realizado e quadro clínico atual;

Enfermeiro:

- Encaminhar o paciente para o setor de Agendamento de Consultas Ambulatoriais, para início do acompanhamento. Recomenda-se que a primeira consulta ocorra até 30 dias após a alta.

2. Ambulatório de Especialidades (HDT)**Técnico de Enfermagem:**

- Realizar a triagem do paciente;

Médico:

- Registrar em prontuário todas as informações pertinentes ao atendimento;
- Preencher e entregar a Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral na primeira consulta;
- Orientar o paciente quanto à importância do acompanhamento para o sucesso do tratamento e do preenchimento dos campos da caderneta a cada consulta para avaliar a progressão do quadro clínico;
- Preencher o formulário de contrarreferência (Anexo I), padronizado pelo serviço, com informações claras sobre o acompanhamento neste nível de atenção, bem como sobre a atenção adicional requerida durante o seguimento;
- Encaminhar ao estabelecimento de origem após a primeira consulta ou logo que seu reestabelecimento possa ser mantido pelo nível de menor complexidade;
- Conduzir o paciente ao Serviço Social do HDT, munido do formulário de contrarreferência, para orientação.

Assistente Social:

- Localizar e contatar a ESF de origem ou Secretaria Municipal de Saúde para contrarreferência do paciente;
- Orientar o paciente quanto ao acompanhamento conjunto (Ambulatório de Especialidades e Estratégia Saúde da Família) e sobre seus direitos enquanto usuário do sistema.

3. Estratégia Saúde da Família**Agente Comunitário de Saúde:**

- Facilitar o vínculo com a Unidade Básica de Saúde;
- Colaborar para prevenção/controle da LV, verificando a presença de focos para o inseto vetor (*Lutzomia sp.*) e de cães doentes na residência do paciente e acionar os órgãos competentes.

Enfermeiro:

- Caso o paciente ainda não seja acompanhado pela Atenção Primária e conhecido pela equipe, agendar uma consulta para estabelecimento de vínculo e cuidado;
- Reconhecer as necessidades e vulnerabilidades do usuário através da consulta de Enfermagem;
- Coordenar atividades educativas que envolvam o tema “Leishmaniose Visceral”, considerando o potencial de risco de transmissão da área;
- Notificar falhas terapêuticas e recidivas.

Médico:

- Realizar as consultas de acompanhamento, solicitando os retornos de forma individualizada, conforme a necessidade do paciente. No mínimo três consultas no período de um ano (3, 6 e 12 meses), de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde;
- Solicitar exames laboratoriais complementares, necessários ao acompanhamento;
- Preencher a Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral a cada consulta e registrar em prontuário, atentando às necessidades específicas do exame físico e da anamnese;

- Dar alta do acompanhamento, ao final de 12 meses, se critérios de cura clínica.

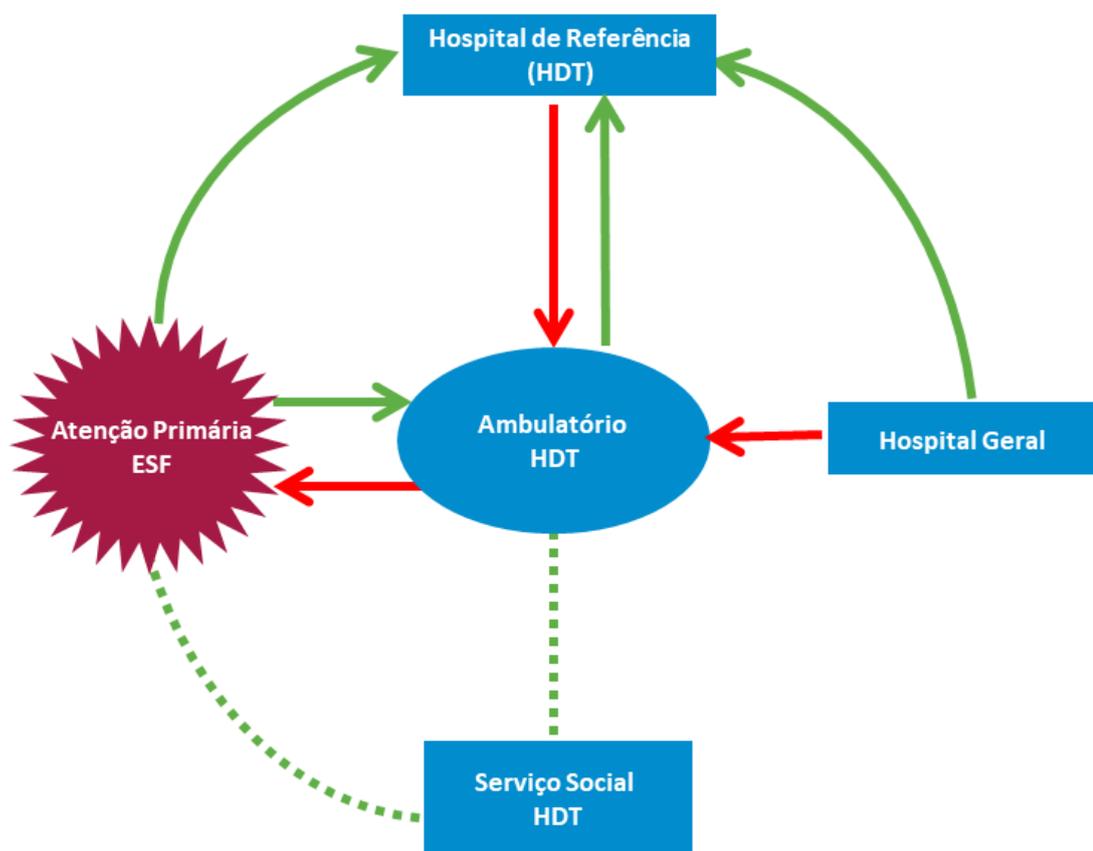
Farmacêutico:

- Promover o uso racional dos medicamentos adjuvantes prescritos durante o acompanhamento do paciente.

Técnico de Enfermagem:

- Registrar o peso atual na Caderneta do Paciente com Leishmaniose Visceral a cada consulta;
- Verificar a presença de sintomatologia semelhante em pessoas que convivem com o paciente acompanhado, através da visita domiciliar;
- Realizar busca ativa do paciente sempre que ele faltar à consulta de acompanhamento e não comparecer à unidade para justificar.

FLUXOGRAMA DE CONTRARRREFERÊNCIA DOS PACIENTES TRATADOS COM LEISHMANIOSE VISCERAL



→ Referência
→ Contrarreferência

* ESF – Estratégia de Saúde da Família;
* HDT – Hospital de Doenças Tropicais.

