

**Perfil Clínico e Epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar Americana no Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins****Clinical and Epidemiological Profile of American Cutaneous Leishmaniasis at the Tropical Diseases Hospital of the Federal University of Tocantins**

DOI:10.34117/bjdv5n11-158

Recebimento dos originais: 10/10/2019

Aceitação para publicação: 14/11/2019

**Silvestre Júlio Souza da Silveira**

Médico, Mestrando pela USP, pós-graduação em Dermatologia, Título de especialista em Medicina Preventiva AMB/CFM.

Instituição: Professor do curso de Medicina do UNITPAC-Araguaína-TO.

E-mail: silvestremed@gmail.com

**Patrick Jack Spencer**

Doutor em Tecnologia Nuclear pela Universidade de São Paulo

Instituição: IPEN (Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares/USP), responsável pelo Biotério de criação e manutenção de animais de laboratório do IPEN.

E-mail: pspencer@ipen.br

**RESUMO**

O objetivo principal deste artigo é caracterizar o Perfil Clínico e Epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar Americana, no período de 2010 a 2016, do Hospital de Doenças Tropicais (HDT) da Universidade Federal do Tocantins no município de Araguaína-TO, área considerada endêmica para a referida doença. Como objetivos específicos, pretende-se contribuir para o conhecimento da doença nos aspectos de: a) mostrar a distribuição geográfica regional da LTA; b) caracterizar o perfil epidemiológico regional da LTA; c) retratar as formas clínicas e sua frequência na região; d) descrever os critérios diagnósticos utilizados no HDT; e d) descrever as terapêuticas empregadas para LTA no Serviço e discutir sobre os dados de acordo com a literatura atual, visto que a doença que faz parte da lista de doenças negligenciada, e as mesmas são as principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo.

**Palavras chave:** Leishmaniose tegumentar americana; Epidemiologia; Leishmania (Viannia) braziliensis; Leishmania (Leishmania) amazonensis; Leishmania (Vianna) guyanensis; Tocantins.

**ABSTRACT**

The main objective of this article is to characterize the Clinical and Epidemiological Profile of American Cutaneous Leishmaniasis, from 2010 to 2016, at the Tropical Diseases Hospital (HDT), Federal University of Tocantins, Araguaína-TO, an area considered endemic for the referred disease. As specific objectives, it is intended to contribute to the knowledge of the disease in the aspects of: a) showing the regional geographic distribution of the ATL; b) characterize the regional epidemiological profile of the ATL; c) portray the clinical forms and their frequency in the region; d) describe the diagnostic criteria used in HDT; and d) describe the therapies employed for ATL in the Service and discuss the data according to the current literature, as the disease is on the neglected list of diseases, and they are the main causes of morbidity and mortality worldwide. .

**Keywords:** American Cutaneous Leishmaniasis; Epidemiology; Leishmania (Viannia) braziliensis; Leishmania (Leishmania) amazonensis; Leishmania (Vianna) guyanensis; Tocantins.

**1 INTRODUÇÃO**

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é considerada um problema de saúde pública em 85 países, sendo uma das seis mais importantes doenças infecciosas, capaz de desenvolver deformidades. É doença não contagiosa, de evolução crônica, acometendo estruturas de pele e mucosas, de forma localizada ou difusa, atingindo pessoas de todas as faixas etárias e de ambos os sexos (BRASIL, 2017). A transmissão se dá pela picada de insetos flebotomíneos, contaminados por diversas espécies de leishmânias, o período de incubação no homem, com média de dois meses, pode variar de 2 semanas a 2 anos (BRASIL, 2017). A lesão clássica caracteriza-se por úlcera de consistência firme, bordas bem definida, geralmente em áreas de pele expostas.

O objetivo principal deste artigo é caracterizar o Perfil Clínico e Epidemiológico da Leishmaniose Tegumentar Americana, no período de 2010 a 2016, do Hospital de Doenças Tropicais (HDT) da Universidade Federal do Tocantins no município de Araguaína-TO, área considerada endêmica para a referida doença. Como objetivos específicos, pretende-se contribuir para o conhecimento da doença nos aspectos de: a) mostrar a distribuição geográfica regional da LTA; b) caracterizar o perfil epidemiológico regional da LTA; c) retratar as formas clínicas e sua frequência na região; d) descrever os critérios diagnósticos utilizados no HDT; e d) descrever as terapêuticas empregadas para LTA no Serviço.

**2 DESCRIÇÃO DOS MATERIAIS E MÉTODOS.**

*Tipo de Pesquisa.* A metodologia aplicada ao estudo teve natureza exploratória, descritiva bibliográfica, através de coleta de dados, com roteiro de observações de acordo com os objetivos propostos. A revisão bibliográfica utilizou artigos publicados selecionados por relevância, em periódicos científicos nacionais e internacionais indexados nas seguintes bases de dados: Scielo, Pubmed, Lilacs e Medline. As palavras-chave utilizadas foram: Diagnóstico; Epidemiologia; Leishmaniose; Leishmaniose Tegumentar Americana; Tratamento. A pesquisa utilizou método dedutivo, lógico, sendo pesquisa quantitativa e descritiva, através de um estudo do tipo analítico baseado em dados de casos de LTA, no qual o principal instrumento é baseado em investigação predominantemente de dados estatísticos, gerando medidas precisas e confiáveis, através de pesquisas anteriores e conhecimento teórico para escolha das variáveis (Gil, 2010).

*Universo/ Sujeito/ Amostra dos Sujeitos.* Foi realizada a análise dos 331 casos de pacientes notificados ao SINAN, com Leishmaniose Tegumentar Americana, dos anos de 2010 a 2016, atendidos no Hospital de Doenças Tropicais da UFT no município de Araguaína/TO. A amostra desta pesquisa foi não probabilística do tipo intencional, mediante a seleção dos sujeitos que possuíam as características que os pesquisadores consideraram importantes para a realização do estudo, conforme os critérios de inclusão e exclusão. A equipe de pesquisa manterá sigilo frente às informações coletadas do SINAN, dos prontuários dos pacientes.

*Critérios de Inclusão e Exclusão dos Sujeitos da Pesquisa.* Os critérios de Inclusão foram: diagnóstico de todos os casos notificados ao SINAN, com LTA, nos anos de 2010 a 2016, que foram atendidos no HDT-UFT no município de Araguaína/TO. Não houveram critérios de exclusão.

*Análise e Interpretação dos Dados.* A organização dos dados foi feita por meio da transcrição dos sujeitos notificados de LTA ao SINAN de pacientes atendidos no HDT-UFT em Araguaína-TO, no período de 2010 a 2016, por meio do roteiro de entrevista. Com os seguintes parâmetros de avaliação: sexo, faixa etária, ocupação, local de residência, tipo de lesão, avaliação clínica, droga administrada, classificação epidemiológica e evolução do caso.

**3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise revelou a notificação de 52 casos em 2010 (15,71%), 33 casos em 2011 (9,97%), 52 casos em 2012 (15,71%), 69 casos em 2013 (20,85%), 57 casos em 2014 (17,22%), 47 casos em 2015 (14,20%) e 21 casos em 2016 (6,34%) (Tabela 1). Houve uma oscilação de casos, com aumento e redução nos respectivos anos, com redução significativa no ano de 2016, caindo para 21 casos, (menos da metade em relação aos três anos anteriores). Entre possíveis justificativas para esta queda estaria a intensificação das ações contingenciais em áreas endêmicas, voltadas ao controle do vetor e dos reservatórios.

**Tabela 1. N° de casos notificados de Leishmaniose Tegumentar no HDT/UFT - 2010 a 2016**

<b>Unidade Saúde Notificadora</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
3654826 HDT/UFT	52	33	52	69	57	47	21	331
Total	52	33	52	69	57	47	21	331

Fonte: SINAN dados acessados em 23/03/2018

**3.1 DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA REGIONAL DA LTA.**

O Tocantins ocupa o nono lugar entre os Estados brasileiros em taxa de incidência da LTA, segundo dados do dataSUS 2012. Neste referido ano, por exemplo, dos mais de 400 casos notificados em todo o estado tocantinense, 52 (13%) foram notificados pelo HDT de Araguaína.

Os resultados mostraram que, de 2010 a 2016, o maior percentual dos pacientes atendidos reside no Estado do Tocantins, conforme já se esperava, com 305 (92,15%) casos notificados ao total, seguidos de 19 (5,74%) casos do Estado do Pará, 5 (1,51%) casos do Estado do Maranhão, 1 (0,30%) caso do Estado de São Paulo e 1 (0,30%) caso do Estado de Minas Gerais. Os casos do Pará e Maranhão não foram muitos, mas se sabe que Pará e Maranhão ocupam o sétimo e oitavo lugares de maior incidência em LTA no Brasil, então, concluímos que realmente os pacientes paraenses e maranhenses são encaminhados para os respectivos centros de atendimento em LTA de seus estados, em Belém-PA e São Luís-MA.

Assim, também verificou-se que 278 (83,99%) dos casos notificados com LTA foram considerados autóctones, ou seja, a infecção foi provavelmente adquirida na localidade onde o paciente mora, ou próxima a ela; 37 (11,18%) casos foram importados, e 16 (4,83%) casos ficaram indeterminados.

Acredita-se que a LT causada pela *L. braziliensis* predomina em Araguaína, (CCZ – Araguaína -TO), devido à localização geográfica, pois a cidade está em área típica de florestas primárias e secundárias da Amazônia (Amazonas, Pará, Rondônia, Tocantins e Maranhão), particularmente em áreas de igapó e de florestas tipo “várzea”.

### 3.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO REGIONAL DA LTA.

No estudo em avaliação, os resultados evidenciaram maior número de casos do sexo masculino em relação ao sexo feminino, com um total de 253 casos (76,44%) do sexo masculino contra 78 casos (23,56%) do sexo feminino no período avaliado. Tal predomínio é também observado em todo o Estado do Tocantins e no país em geral (BRASIL, 2017).

Em relação à faixa etária de maior prevalência da Leishmaniose Tegumentar no período avaliado de 2010 a 2016, a maior foi a de 20 a 29 anos, com 62 casos (18,73%), seguido de 30 a 39 anos, com 59 (17,82%) casos, e a de 40 a 49 anos, com 50 (15,11%) casos (Tabela 2). Se somarmos estas três faixas etárias prevalentes, teremos (171) 51,66% dos casos entre os 20 e 49 anos de idade, que correspondem à idade de predominância de população economicamente ativa.

<b>Faixa Etária</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
Menor 1 ano	1	0	0	0	0	0	1	2
1 a 4 anos	0	0	0	3	2	2	0	7
5 a 9 anos	0	0	0	3	0	3	1	7
10 a 14 anos	3	2	2	2	2	2	1	14
15 a 19 anos	4	6	6	8	6	1	0	31
20 a 29 anos	13	2	16	14	12	2	3	62
30 a 39 anos	6	6	12	13	6	11	5	59
40 a 49 anos	6	4	7	11	8	9	5	50
50 a 59 anos	11	3	3	6	17	3	3	46
60 a 69 anos	4	9	4	4	3	8	2	34
70 a 79 anos	3	1	0	3	1	4	0	12
80 anos e mais	1	0	2	2	0	2	0	7
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>33</b>	<b>52</b>	<b>69</b>	<b>57</b>	<b>47</b>	<b>21</b>	<b>331</b>

Fonte: SINAN dados acessados em 23/03/2018

Assim também em relação à ocupação dos pacientes, verificou-se que os trabalhadores agropecuários em geral, com (76) 22,96% dos casos, e estudantes com (69) 20,85% dos casos, são os maiores percentuais de casos notificados em todo o período avaliado.

Justificam-se estes achados pela possibilidade de maior exposição, entre os indivíduos do sexo masculino, nestas idades e dessas ocupações, às áreas que oferecem maior risco de transmissão, seja pela moradia, tipo de trabalho ou lazer. Aqui, vemos caracterizados os três padrões epidemiológicos identificados no Brasil: a) padrão silvestre: transmissão da LTA pelo contato do homem com o ambiente silvestre com zoonose, em área de vegetação primária; b) padrão ocupacional e lazer: transmissão da LTA decorrente da exploração desordenada de florestas e áreas de matas, seja para construção de estradas, usinas hidrelétricas, instalação de povoados, extração de madeira, desenvolvimento de atividades agropecuárias, ou treinamentos militares e ecoturismo; c) padrão rural e periurbano em áreas de colonização: transmissão da LTA devido ao processo migratório, a aglomerados em centros urbanos associados a matas secundárias ou residuais (BRASIL, 2017).

Verificou-se que, dos casos notificados, a grande parcela, 275 (83,08%) dos pacientes residem em zona urbana, sendo que 52 (15,71%) são residentes em zona rural, 2 (0,60%) em zona periurbana e 2 (0,60%) ignorados.

Em relação ao conhecimento dos casos, se a doença estava relacionada ao trabalho, verificou-se que, no período avaliado 2010 a 2016, em (199) 60,12% dos casos foi informado que a LTA não tem relação ao trabalho, 46 (13,90%) pacientes relataram que sim, tem relação com a atividade de trabalho, e em 86 (25,98%) casos, esta informação era ignorada/permaneceu em branco.

### 3.3 AS FORMAS CLÍNICAS DE LTA NA REGIÃO.

A redução da morbidade da doença, incluindo a prevenção de prováveis deformidades, é possível pela implementação de ações de vigilância, assistência ao paciente e educação da população. Todos os profissionais de saúde devem ser alertados e sensibilizados para o problema e, é importante que a população seja constantemente informada acerca dos serviços disponíveis e quanto à necessidade de buscar atendimento e tratamento precocemente (BRASIL, 2017).

A Leishmaniose Tegumentar é classicamente dividida em duas formas clínicas: **Leishmaniose Cutânea (LC)** e **Leishmaniose Mucosa (LM)**; cada uma, por sua vez, apresenta variadas manifestações clínicas. A forma clínica de maior prevalência, tanto de

acordo com a literatura, como conforme obtido pelos resultados encontrados de 2010 a 2016, foi evidenciada por 294 pacientes (89,73%) apresentaram Leishmaniose Cutânea.

A picada do inseto infectante produz uma mácula (por 1 a 2 dias), que evolui a pápula e, geralmente, progride a úlcera. Tipicamente esta úlcera é indolor, localizada em áreas de pele expostas, de base eritematosa e consistência firme, com bordas bem definidas e elevadas, formato ovóide/circular, fundo avermelhado com granulações grosseiras.

A partir desta descrição, a **Leishmaniose Cutânea** é classificada nas seguintes apresentações clínicas: i) forma cutânea localizada: expressa por uma ou múltiplas destas lesões (até 20), com tendência à cura e boa resposta ao tratamento; ii) forma cutânea disseminada: expressa por múltiplas lesões papulares e de aparência acneiformes, acometendo vários segmentos corporais, principalmente face e tronco; resulta provavelmente da disseminação dos parasitos via hematogênica ou linfática; iii) forma recidiva cútis: expressa pela reativação das bordas das lesões já cicatrizadas, (mantendo o centro cicatricial), com resposta ao tratamento inferior ao da lesão primária; iv) leishmaniose cutânea difusa: mais rara e grave, expressa em pacientes com resposta imune celular deficiente específica a antígenos das leishmânias, de evolução lenta (muitos anos), com amplo espectro de lesões envolvendo placas e nodulações não ulceradas em grandes extensões de pele.

Secundariamente às lesões cutâneas, os pacientes podem evoluir com lesões destrutivas nas mucosas, principalmente, das vias aéreas superiores (nariz, orofaringe, palato, lábios, língua, laringe, excepcionalmente, traqueia), determinando a **Leishmaniose Mucosa**. Esta com as seguintes apresentações clínicas: i) forma mucosa tardia: mais comum da LM, surgindo até muitos anos após as cicatrizações cutâneas, associadas às lesões cutâneas que foram múltiplas ou de longa duração, que tiveram cura espontânea ou tratamento insuficientes; ii) forma mucosa sem lesão cutânea prévia: ocorre após infecções de LC subclínicas, pequenas, de evolução rápida, ou que passaram despercebidas sem deixar cicatrizes perceptíveis; iii) forma mucosa contígua: lesão em mucosas propagadas por contiguidade da lesão cutânea localizada próxima aos orifícios naturais; iv) forma mucosa concomitante: lesão em mucosa à distância da lesão cutânea, ocorrendo concomitantemente, o que não é comum, devendo-se sempre, nestes casos, investigar a co-infecção pelo HIV; v) forma mucosa primária: ocorre pela picada eventual do vetor diretamente na mucosa/semimucosa de lábios e genitais. (TEJADA-VALENCIA, 2001; GONTIJO e CARVALHO, 2003; ANDRADE et al., 2005, BRASIL, 2017).

No Brasil, o registro de Leishmaniose Mucosa dentre os casos de LT notificados é de 3 a 6 %, podendo superar os 25% nos municípios endêmicos (BRASIL, 2017). Dentre os 331 casos notificados em Araguaína, 37 (11,18%) casos apresentaram lesões de mucosa no período avaliado 2010 a 2016, e 294 (88,82%) não apresentaram lesões de mucosa. A variação do registro de LM foi de 1,92% em 2012 a 22,8% em 2014 (Tabela 3).

<b>Ano</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
Cutânea	45	29	51	64	44	41	20	294
Mucosa	7	4	1	5	13	6	1	37
Total	52	33	52	69	57	47	21	331
<b>Forma Mucosa</b>	13,46%	12,12%	1,92%	7,24%	22,8%	12,76%	4,76%	11,18%

Fonte: SINAN dados acessados em 23/03/2018

Em relação à presença de cicatrizes cutâneas nos pacientes com LT notificados, 13 (3,93%) apresentaram cicatrizes e 23 (6,95%) não apresentaram; e para os demais 295 (89,12%), esta informação estava ignorada ou em branco, no período avaliado 2010 a 2016. Isto inviabiliza ter o dado exato de casos com cicatrizes cutâneas. Porém, não atrapalhou a construção dos dados de cura/evolução dos pacientes notificados (Tabela 4).

Pela análise dos prontuários, não foi possível obter as subclassificações da leishmaniose cutânea em localizada, disseminada, recidiva ou difusa, nem da leishmaniose mucosa em tardia, contígua, concomitante ou primária.

Observou-se co-infecção confirmada LTA-HIV em somente 6 casos (1,81%); sendo 191 casos (57,70%) sem co-infecção e 134 (40,48%) casos com esta informação ignorada nas notificações destes sete anos estudados. Nestes pacientes imunossuprimidos, a carga parasitária é maior, havendo um risco maior de atipias ou apresentações mais graves de leishmaniose cutânea e mucosa.

O custo social da doença, principalmente nos casos das lesões mais deformantes, pode ser muito alto: o estigma ainda existente pode levar ao isolamento social, desemprego, alcoolismo, doenças mentais e até ao suicídio.

### 3.4 CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA LTA UTILIZADOS NO HOSPITAL

*Casos Suspeitos.* Em pacientes residentes ou expostos às áreas de transmissão de LTA, deve-se suspeitar de: i) leishmaniose cutânea: em paciente com lesões de pele ulceradas ou não com três semanas ou mais de evolução; ii) leishmaniose mucosa: em paciente com presença de lesão de mucosa de vias aéreas superiores, (principalmente nasal).

*Casos Descartados.* São descartados os casos de pacientes suspeitos que, porém, apresentaram resultado laboratorial negativo, ou nos quais, foi confirmado outro diagnóstico.

*Casos Confirmados.* São casos em que, diante da suspeita, utilizam-se os seguintes critérios diagnósticos:

Critério Clínico-Laboratorial de leishmaniose cutânea e/ou mucosa: residência, procedência ou deslocamento do paciente em/de/para área de transmissão confirmada, associada i) ao encontro do parasita nos exames parasitológico direto ou indireto, ou ii) a intradermorreação de Montenegro (IDRM) positiva, ou iii) a outro método diagnóstico positivo.

Critério Clínico-epidemiológico de leishmaniose cutânea e/ou mucosa: residência, procedência ou deslocamento do paciente em/de/para área de transmissão confirmada, em quadro de suspeita clínica, sem acesso a métodos de diagnóstico laboratorial.

Entre os casos confirmados, observou-se que o Critério Clínico-Laboratorial foi o mais utilizado, sendo (312) 94,26% dos casos notificados confirmados através deste critério, contra apenas (19) 5,74% que se utilizaram do Critério Clínico-epidemiológico, de um total de 331 (100%) casos notificados no período avaliado.

Quanto aos métodos de diagnóstico laboratorial, o utilizado no serviço é a pesquisa direta do parasita. A demonstração direta do parasita é um meio de baixo custo, rápido e de fácil execução. No HDT-UFT, é realizado obtendo-se o material da lesão pela escarificação da borda da lesão ou por biópsia para se observar à microscopia normal. Os resultados mostraram que em 210 (63,44%) casos notificados a presença das leishmânias foi positiva, em 41 (12,39%) casos foi negativa e, em 80 (24,17%) casos não foi realizada, no período avaliado.

Em pequena parcela dos pacientes também é acrescentada a Intradermorreação de Montenegro (IDRM) como método diagnóstico, porém sem números exatos até este momento da pesquisa.

### 3.5 TERAPÊUTICAS EMPREGADAS PARA LTA NO SERVIÇO.

A terapêutica medicamentosa deve seguir o protocolo do Ministério da Saúde, publicado em Manual da LTA em 2017, após revisão quanto às recomendações sobre o manejo dos pacientes com LT, adaptada à realidade brasileira. Para cada classificação das formas de Leishmaniose Cutânea e Leishmaniose Mucosa, além de situações especiais como crianças, gestantes, idosos, co-infecção LTA-HIV ou outras imunossupressões, as drogas são optadas como de primeira ou de segunda escolha, e diferem no tempo de uso. No entanto, todas as opções versam entre: 1) antimoniais pentavalente: disponível no Brasil somente o antimoniato de meglumina (uso sistêmico e intra-lesional); 2) Anfotericina B lipossomal e 3) Desoxicolato de anfotericina B; 4) Isetionato de Pentamidina; 5) Pentoxifilina (apenas como coadjuvante no tratamento).

Em resumo, para a maioria dos casos, que são de leishmaniose cutânea, à exceção de alguns situações em que se usa anfotericina B como primeira droga, a escolha é o antimonial pentavalente (o antimoniato de meglumina) por uma série de 20 dias. Embora o período avaliado seja dos sete anos precedentes à publicação do Manual de 2017, a escolha da primeira droga condiz com essa recomendação. Assim, 277 (83,69%) casos utilizaram como droga de primeira escolha o antimonial pentavalente, e 47 (14,20%) fizeram uso de anfotericina b; dos demais casos, 3 (0,91%) com informação ignorada ou em branco, seguidos de 2 (0,60%) com uso de outras drogas, e 2 (0,60%) casos não utilizaram nenhuma droga.

Os antimoniais pentavalentes são considerados os medicamentos de primeira escolha, apesar de sua toxicidade e das queixas de desconforto na administração. Em doses elevadas, sua toxicidade pode manifestar, além de alterações hepáticas, pancreáticas e renais, alterações cardíacas mais importantes, como distúrbios de repolarização, que levem a modificação ou interrupção do tratamento.

O desoxicolato de anfotericina B pode apresentar como efeitos adversos na sua administração: febre, calafrios, cefaleia, tremores, cianose, hipotensão, hipomagnesemia, distúrbios do comportamento, náuseas, vômitos, anorexia, anemia, leucopenia, alterações cardíacas, mas deve-se estar mais atento principalmente à hipopotassemia e alteração da função renal. Já a anfotericina B lipossomal apresenta metade dessa nefrotoxicidade, embora apresente alguns efeitos adversos na primeira administração, (como aperto ou dor no peito, dispneia, broncoespasmo, rubor, taquicardia, hipotensão, artralgia e mialgia), que podem desaparecer nas administrações subsequentes.

O isetionato de pentamidina, por sua vez, apresenta toxicidade às células pancreáticas, por isto, (além de efeitos como induração local, abscessos estéreis, náuseas, vômitos, tontura, mialgia, cefaleia, síncope, pancreatite, arritmia cardíaca, leucopenia, trombocitopenia, hipocalcemia, insuficiência renal aguda, choque anafilático e hiperglicemia), seu principal efeito adverso é a hipoglicemia e o desenvolvimento de diabetes mellitus tardio.

Finalizado o tratamento medicamentoso, os pacientes devem ser seguidos ambulatorialmente com o intuito de: a) avaliar a resposta ao próprio tratamento medicamentoso, b) detectar possíveis recidivas, mesmo após terapia inicial bem sucedida, c) acompanhar a normalização dos exames laboratoriais que alteraram por efeitos adversos ao tratamento. Em muitos casos, este seguimento ambulatorial é realizado na Unidade Básica de Saúde.

Em geral, as formas cutâneas apresentam melhora progressiva com epitelização total da lesão em até 90 dias e, regressão total da infiltração e eritema, descamação e crosta até 180 dias após a conclusão do esquema terapêutico.

Já as formas mucosas apresentam, em geral, regressão de todos os sinais, comprovado pelo exame otorrinolaringológico, em até seis meses após a conclusão do esquema terapêutico.

No período avaliado de 2010 a 2016, obteve-se a cura em (316) 95,47% dos casos notificados que estavam em tratamento. (Tabela 4). Considera-se abandono de tratamento, naqueles casos em que, sem ainda haver constatação da cura clínica, o paciente não comparece ao terceiro agendamento para avaliação (o que significa que já se passaram 3 meses do término do tratamento medicamentoso). Felizmente, no período estudado, observou-se apenas 1 (0,30%) caso de abandono. Detectada 1 (0,30%) transferência, 11 (3,33%) casos com evolução ignorada, 1 (0,30%) mudança de diagnóstico, 1 (0,30%) caso de óbito por outra causa, mas nenhum óbito por LTA.

<b>Evolução do caso</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>Total</b>
Ignorado/Branco	0	0	1	0	5	2	3	11
Abandono	0	0	0	0	1	0	0	1
Óbito por outra causa	0	0	0	1	0	0	0	1
Transferência	0	0	0	0	0	0	1	1
Mudança de Diagnóstico	0	0	0	0	1	0	0	1
Cura	52	33	51	68	50	45	17	316
Total	52	33	52	69	57	47	21	331
Taxa de Cura	100%	100%	98%	98,5%	87,71%	95,74%	80,95%	95,47%

Fonte: SINAN dados acessados em 23/03/2018

Pelo presente estudo, não foram constatados casos de recidiva. Isto porque, nos prontuários, não há registro do seguimento dos 12 meses subsequentes, que em quase a totalidade dos casos, é realizado na Atenção Básica de Saúde.

As descrições das lesões obtidas dos prontuários foram muito sucintas. Uma descrição detalhada das lesões ao exame físico permitiria classificar os tipos de leishmaniose cutânea em localizada, disseminada, difusa ou recidiva. Além disto, em havendo lesões de mucosas, deveria haver registro quanto à presença de lesão cutânea concomitante ou não, ativa ou cicatricial, para classificar também os subtipos de LM.

Outra descoberta de interesse de vigilância epidemiológica deveria ser o registro de como evoluíram estes pacientes naquele seguimento dos 12 meses pós-tratamento. Quando da contra-referência para a Atenção Básica, não há dados fidedignos de recidiva e outras evoluções desfavoráveis no prontuário, haja vista que o SINAN assim não o exige.

Portanto, as informações obtidas através destes resultados epidemiológicos mostram que as ações implementadas ainda são insuficientes para minimizar a situação da endemicidade, e que aspectos teóricos muitas vezes não condizem com a realidade.

#### **4 CONCLUSÕES**

Pelo presente estudo, observamos a deficiência de informações de relevância clínica e de vigilância epidemiológica nos prontuários analisados no período 2010 a 2016. É de fundamental importância que o Serviço de Referência para Leishmaniose Tegumentar na região, sendo também um centro de ensino médico, realize seus registros em prontuário de forma a ser modelo para os profissionais de saúde em formação, bem como para atender aos protocolos de Manejo da LTA. .

Apesar das limitações apresentadas, foi possível estabelecer o perfil da LTA predominante na região: leishmaniose cutânea no homem adulto jovem.

#### **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, B.B; BOAVENTURA V., BARRAL-NETTO, M.B.A. Métodos Diagnósticos da Leishmaniose Tegumentar: Fatos, Falácias e Perspectivas. *Gazeta Médica da Bahia*; v.75, n.1, p.75-82, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde: volume 3/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 1. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfeção leishmania-HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 1. ed., rev. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/27/guia-vigilancia-saude-linkado-27-11-14.pdf>>. Acesso em 15 Jun. 2018.

CHAGAS, R. L. A. Leishmaniose Visceral Canina: Perfil epidemiológico do Distrito Federal, 2013 a 2017. 2017. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Medicina Veterinária) - Universidade de Brasília, Brasília.

COSTA, K.F.L. Percepção e diagnóstico da leishmaniose visceral canina em áreas ribeirinhas na cidade de Mossoró. 2014, 93f. Dissertação (Mestrado em ambiente, tecnologia e sociedade). Rio Grande do Norte. 2014.

DIAMANTINO, T.C.C. Leishmaniose Visceral: Avaliação das Repercussões Cardiovasculares Secundárias à Doença e ao Tratamento em Crianças e Adolescentes Tratadas com Três Esquemas Terapêuticos. 2010, 222f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Belo Horizonte: 2010.

DINIZ, D. S. The effect of age on the frequency of adverse reactions caused by antimony in the treatment of American tegumentary leishmaniasis in Governador Valadares, State of Minas Gerais, Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v.45,n.5,p 597-600, 2012.

GONTIJO, B.; DE CARVALHO, M.L.R. Leishmaniose tegumentar americana. *Rev Soc Bras Med Trop*, v. 36, n. 1, p. 71-80, 2003.

NASCIMENTO, Júnior Batista do. *Tocantins: história e geografia*. Goiânia: Bandeirante, 2011. 7<sup>a</sup> edição.

SINAN - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO - SINAN. Leishmaniose Tegumentar Americana- Notificações Registradas: banco de dados. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=29892200&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sinannet/cnv/lta>>. Acesso em: <10 de mar. de 2018>.

TEJADA-VALENCIA, A. I, TEJADA-CESPEDES, O. B.; ZORRILLA-CIEZA, V. Leishmaniasis Tegumentaria en Ambo. *Revista Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales*, v.1, n.1, p.21-8, 2001.