

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Programa Nacional de DST e Aids

**Manual de Recomendações para Diagnóstico,
Tratamento e Acompanhamento da
Co-infecção *Leishmania-HIV***

Série A. Normas e Manuais Técnicos



Brasília – DF
2004

© 2004. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos – MS

Série Manuais; n.º 49 – PNDST/Aids

Tiragem: 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde

Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, Bloco C

CEP: 70750-000, Brasília – DF

E-mail: aids@ids.gov.br

Home Page: <http://www.aids.gov.br>

Disque Saúde/Pergunte Aids: 0800 61 1997

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.

Recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da co-infecção Leishmania-HIV / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

72 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos – MS) – (Série Manuais; n.º 49 – PNDST/Aids)

ISBN 85-334-0726-2

I. Leishmania. 2. Infecção por HIV – Diagnóstico. 3. HIV - Epidemiologia. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. III. Título. IV. Série.

NLM QX 70

Catalogação na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério.

Revisão e copidesque: Paulo Henrique de Castro.

Projeto gráfico e capa: Thiago Mosquito Antonucci.

SUMÁRIO

Introdução	5
Histórico, Tendências Epidemiológicas e Situação Atual	5
Tendências da aids no Brasil.....	6
Tendências das leishmanioses no Brasil.....	6
A co-infecção <i>Leishmania</i> -HIV no Brasil	9
Manifestações Clínicas.....	9
Leishmaniose tegumentar.....	9
Quadro 1: Formas clínicas de leishmaniose tegumentar	10
Leishmaniose visceral	16
Situações Sugestivas da Co-infecção <i>Leishmania</i>-HIV	17
Quadro 2: Condições em que deve ser oferecida a sorologia para o HIV a portadores de leishmaniose tegumentar	18
Quadro 3: Condições em que deve ser oferecida a sorologia para o HIV a portadores de leishmaniose visceral.....	19
Quadro 4: Condições em que portadores de HIV/aids devem ser investigados para leishmaniose tegumentar ou visceral	19
Diagnóstico Laboratorial das Leishmanioses	20
Material para o exame	20
Exame direto.....	20
Exames indiretos – cultura e inoculação em hamsters	21
Reação de Montenegro	21
Testes sorológicos	22
Diagnóstico molecular.....	22
Tratamento da Co-infecção <i>Leishmania</i>-HIV	23
Antimoniato de N-metil glucamina	23
Anfotericina B	23
Isotionato de pentamidina	23
Formulações lipídicas da anfotericina B	23
Quadro 5: Tratamento e acompanhamento da leishmaniose visceral em portadores da co-infecção <i>Leishmania</i> -HIV	25
Quadro 6: Tratamento e acompanhamento da forma cutânea localizada ou disseminada da leishmaniose tegumentar em portadores da co-infecção <i>Leishmania</i> -HIV	26

Quadro 7:	Tratamento e acompanhamento da leishmaniose mucosa ou cutâneo-mucosa em portadores da co-infecção <i>Leishmania</i> -HIV	27
Quadro 8:	Efeitos adversos, contra-indicações e monitoramento do tratamento com as drogas recomendadas na co-infecção <i>Leishmania</i> -HIV	28
	Seguimento pós-tratamento	29
	Leishmaniose tegumentar	29
	Leishmaniose visceral	29
Profilaxia Secundária		29
Monitoramento de Efeitos Adversos pela ANVISA		30
Vigilância Epidemiológica		30
	Definição de caso da co-infecção <i>Leishmania</i> -HIV	30
	Caso suspeito	30
	Co-infecção por leishmaniose tegumentar – HIV	30
	Co-infecção por leishmaniose visceral – HIV	30
	Caso confirmado	31
	Co-infecção por leishmaniose tegumentar – HIV	31
	Co-infecção por leishmaniose visceral – HIV	31
Notificação		31
Referências Bibliográficas		32
Anexos		
Anexo 1.	Centros de referência para o atendimento dos pacientes portadores da co-infecção <i>Leishmania</i> -HIV	34
Anexo 2.	Laboratórios de referência estaduais para diagnóstico das leishmanioses e da infecção pelo HIV	45
Anexo 3.	Ficha de notificação de eventos adversos ou queixa técnica sobre medicamentos – ANVISA	50
Anexo 4.	Ficha de notificação de leishmaniose tegumentar	52
Anexo 4A.	Leishmaniose tegumentar americana/instruções para preenchimento/ficha de investigação - SINAN windows ..	55
Anexo 5.	Ficha de notificação de leishmaniose visceral	58
Anexo 5A.	Leishmaniose visceral/instruções para preenchimento/ficha de investigação - SINAN windows	61
Anexo 6.	Fichas de notificação de aids em adultos	64
Anexo 7.	Ficha de notificação de aids em crianças	68
Equipe Técnica		72

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de DST e Aids, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, reuniu em 2003 um grupo de pesquisadores em leishmaniose com o objetivo de elaborar o “**Manual de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento da Co-infecção *Leishmania*-HIV**”.

Após a introdução da terapia anti-retroviral no País, no final de 1996, e o conseqüente aumento do tempo de exposição ao HIV pelos indivíduos afetados, tem sido possível observar e compreender melhor a interação entre essa infecção/doença e diversas patologias, em especial as de caráter endêmico. Apesar de todos os avanços científicos ocorridos, o entendimento preciso da interferência de uma infecção sobre a outra permanecem não completamente elucidados, o que dificulta, inúmeras vezes, a realização do diagnóstico e acarreta atraso na terapêutica, podendo gerar conseqüências irreversíveis para os indivíduos acometidos.

O objetivo deste documento é orientar os profissionais de saúde na abordagem da co-infecção *Leishmania*-HIV, destacando os aspectos relativos ao diagnóstico, à terapêutica e ao seguimento clínico.

O Programa Nacional de DST e Aids espera, assim, estar contribuindo para a atenção qualificada aos indivíduos que vivem com HIV/Aids.

HISTÓRICO, TENDÊNCIAS EPIDEMIOLÓGICAS E SITUAÇÃO ATUAL

A associação das infecções causadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pelo protozoário *Leishmania* spp. caracteriza a co-infecção *Leishmania*-HIV. Essa co-infecção é considerada doença emergente de alta gravidade em várias regiões do mundo. Um aumento expressivo do número de casos de co-infecção tem sido observado desde o início da década de 1990, e há projeções de seu crescimento contínuo devido à superposição geográfica das duas infecções, como conseqüência da urbanização das leishmanioses e da interiorização da infecção pelo HIV. A situação é particularmente preocupante no sudoeste da Europa, no sul da Ásia, na África subsaariana e na América do Sul, onde o Brasil surge como o país que mais requer atenção devido ao grande número de casos das duas infecções.

Mais de 2.000 casos de co-infecção em 34 países foram notificados à Organização Mundial da Saúde (OMS) até 2001, a maioria na Espanha, na Itália, na França e em Portugal.

A OMS estima que 2 a 9% dos pacientes com aids no sudeste da Europa irão desenvolver leishmaniose visceral. Do ponto de vista epidemiológico, dois aspectos chamam a atenção, principalmente nos países da região do

Mediterrâneo: a maior frequência de infecção por *Leishmania* spp. entre pacientes infectados pelo HIV, comparada à ocorrência na população geral, e a predominância da infecção entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Na Europa, 71,1% dos co-infectados com leishmaniose visceral são usuários de drogas injetáveis, e o compartilhamento de agulhas é o fator de risco responsável pela transmissão das duas infecções. Esta nova modalidade de transmissão da leishmaniose foi denominada ciclo antroponótico artificial epidêmico.

A co-infecção apresenta aspectos peculiares na apresentação clínica, no perfil de diagnóstico laboratorial e na resposta ao tratamento específico. O seu diagnóstico precoce é crucial para reduzir a gravidade e a letalidade da doença nos pacientes co-infectados.

Tendências da aids no Brasil

Desde o início da década de 80 até dezembro de 2002, foram notificados ao Ministério da Saúde 257.780 casos de aids no Brasil. Desse total, 172.858 (67,1%) encontram-se na região Sudeste. Mais recentemente, pode ser observada a disseminação da epidemia para outras regiões do País e para as cidades de médio e pequeno portes. Verifica-se, também, um aumento no número de casos de aids entre mulheres e um maior acometimento entre pessoas com menor escolaridade. Nos últimos anos, observou-se uma diminuição da mortalidade específica por aids em

ambos os sexos, embora essa desaceleração tenha sido menor entre as mulheres. Contribuíram para a redução o diagnóstico precoce, o uso da terapia anti-retroviral altamente efetiva (HAART) e o acesso à prevenção das infecções oportunistas.

Tendências das leishmanioses no Brasil

As leishmanioses são zoonoses consideradas, inicialmente, de transmissão essencialmente silvestre em ambientes rurais, apresentando hoje mudanças no padrão de transmissão em decorrência das modificações sócio-ambientais, como o desmatamento e o processo migratório caracterizado pelo êxodo rural, levando o homem para as periferias das grandes cidades.

Sua dinâmica se diferencia entre os locais de ocorrência em função das variáveis relacionadas aos parasitos, aos vetores, aos ecossistemas e aos processos sociais de produção de uso do solo.

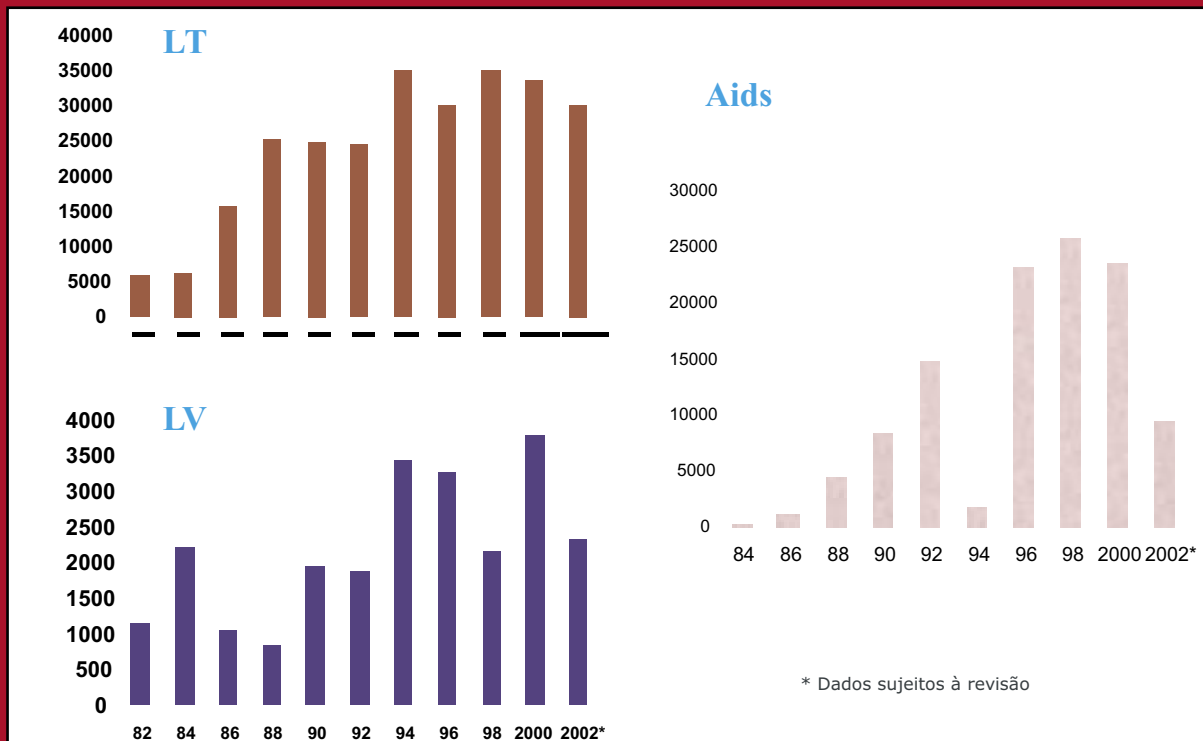
As formas tegumentares (LT) no Brasil caracterizam-se pela diversidade das apresentações clínicas e das espécies causadoras da doença. Tem sido descrito no País o acometimento tegumentar por seis espécies de *Leishmania*, algumas das quais causam síndromes peculiares associadas a fenômenos imunopatogênicos específicos, como, por exemplo, a forma difusa causada por *Leishmania* (*Leishmania*) *amazonensis* e a forma mucosa causada por *Leishmania* (*Viannia*) *braziliensis*. A leishmaniose visceral (LV) é causada essencialmente por uma única espécie, a *Leishmania* (*Leishmania*) *chagasi*.

No período de 1982 a 2002, a LT no Brasil vem apresentando coeficientes de detecção crescentes, que oscilaram entre 4,75 e 22,94 por 100.000 habitantes. Observa-se, ainda, uma expansão geográfica, visto que em 1982 foram registrados casos em 22 unidades federadas e, em 2002, todos os estados apresentaram autoctonia da doença.

A leishmaniose visceral atinge atualmente 19 unidades federadas, principalmente as da Região Nordeste, onde se concentram 87% dos casos. Nos últimos anos, a doença vem se expandindo para outras regiões brasileiras (Centro-Oeste, Norte e Sudeste).

No período de 1982 a 2002, os coeficientes de incidência de LV variaram de 0,96 a 2,66 casos por 100.000 habitantes.

Os dados epidemiológicos dos últimos dez anos revelam também a periurbanização e a urbanização da LV, destacando os surtos ocorridos em cidades como Rio de Janeiro (RJ), Belo Horizonte (MG), Araçatuba (SP), Santarém (PA), Corumbá (MS), Teresina (PI), Natal (RN), São Luís (MA), Fortaleza (CE), Camaçari (BA) e, mais recentemente, as epidemias ocorridas nos municípios de Três Lagoas (MS), Campo Grande (MS) e Palmas (TO).



Número de casos de leishmaniose tegumentar, leishmaniose visceral e de aids, no Brasil, nos últimos 20 anos.

Fontes: www.funasa.gov.br; www.aids.gov.br

A co-infecção *Leishmania*-HIV no Brasil

Algumas dezenas de casos de co-infecção foram descritas no Brasil desde 1987. A avaliação de 83 casos relatados no País, registrados em 12 estados da federação, mostrou que 62,7% dos pacientes apresentavam LT (21,8% tinham a forma cutânea e 40,9% manifestavam a forma mucosa) e 37,3% apresentavam LV. A média de idade foi de 38 anos, e 91,6% dos pacientes eram do sexo masculino. Quanto à categoria de exposição, o uso de drogas injetáveis foi relatado em apenas 3,6% dos casos. Em 18% dos pacientes o diagnóstico de leishmaniose antecedeu o de HIV, e em 41% o diagnóstico das duas infecções foi simultâneo. As principais manifestações clínicas da LV foram febre (78%), emagrecimento (77%), esplenomegalia (91%) e hepatomegalia (55%). Infecções oportunistas concomitantes foram descritas com as seguintes frequências: candidíase (46%), pneumonia por *P. carinii* (24%), infecção por *Mycobacterium* sp. (33%), toxoplasmose do sistema nervoso central (SNC) (15%) e criptococose do SNC (7%). O diagnóstico foi realizado por identificação do parasito em medula óssea em 94% dos casos de LV e por exame direto de material de biópsia em 91% dos casos de LT. Em apenas oito casos, a espécie de *Leishmania* foi caracterizada, sendo sete identificadas como *Leishmania (Viannia) braziliensis* e uma como *Leishmania (Viannia) guyanensis*.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Leishmaniose tegumentar

No Brasil, a leishmaniose tegumentar apresenta diversidade de manifestações clínicas.

A lesão cutânea primária se dá no local da picada do inseto vetor, sendo, portanto, mais freqüente em áreas expostas do corpo, como os membros. O período de incubação entre a picada e o aparecimento da lesão pode variar de poucas semanas a meses.

As lesões mucosas ocorrem meses ou anos após a lesão cutânea e ocasionalmente não se relatam lesões cutâneas precedentes. Raramente há acometimento concomitante de pele e mucosa.

As principais manifestações clínicas da LT estão relacionadas no quadro 1.

QUADRO 1. Formas Clínicas de Leishmaniose Tegumentar

Forma cutânea localizada

O aspecto mais comum é de úlceras únicas ou múltiplas com bordas elevadas, fundo granuloso e indolor. Pode se apresentar menos freqüentemente como lesões vegetantes, verrucosas ou infiltrativas. A linfadenomegalia satélite e a linfangite são observadas freqüentemente acompanhando as lesões cutâneas



Figura 1. Lesão única em paciente não portador de HIV



Figura 2. Lesões múltiplas em paciente não portador de HIV



Figura 3. Lesão única em paciente portador de HIV



Figura 4. Reativação de lesões múltiplas com infiltração periférica e formação de crostas em paciente não portador de HIV

Espécies relacionadas

Leishmania (V.) braziliensis
Leishmania (V.) guyanensis
Leishmania (L.) amazonensis
Leishmania (V.) shawi
Leishmania (V.) lainsoni
Leishmania (V.) naiffi

Forma disseminada

Lesões múltiplas e pequenas, papulares, com ou sem ulceração central, às vezes com aspecto acneiforme. Podem ser precedidas por úlceras clássicas, antes da disseminação pelo tegumento. Podem ser acompanhadas de lesões mucosas.



Figuras 5 e 6. Lesões disseminadas de aparência acneiforme em face e membros e lesão primária ulcerada em região frontal de paciente não portadora de HIV.

Figura 7



Figura 8



Figuras 7 e 8. Lesões disseminadas em paciente não portador de HIV.

Figura 9



Figura 9. Lesões disseminadas em paciente portador de HIV.

Figura 10



Figura 10. Lesões disseminadas no rosto de paciente portadora de HIV.

Espécies relacionadas

Leishmania (V.) braziliensis

Leishmania (L.) amazonensis

Forma difusa

Forma rara de doença descrita em alguns estados brasileiros, como Maranhão, Pará, Bahia e Mato Grosso. Considerada o pólo anérgico da leishmaniose tegumentar. As lesões apresentam-se como placas, nódulos, tubérculos, às vezes vegetantes, mas raramente ulceram.



Figura 11



Figura 12

Figuras 11 e 12. Lesões nodulares extensas em joelho e no pé de paciente não portador de HIV.



Figura 14



Figuras 13 e 14. Lesões nodulares, verrucosas e cicatrizes em paciente não portador de HIV.



Figura 15



Figura 16

Figuras 15 e 16. Lesões nodulares extensas em membros superiores e orelha de paciente não portador de HIV.

Figura 17



Figura 18



Figuras 17 e 18. Lesões nodulares extensas em membros superiores de paciente não portador de HIV.

Espécie relacionada

Leishmania (L.) amazonensis

Forma mucosa

As lesões podem ser infiltrativas, ulceradas e sangrantes, acometendo cavidade nasal, boca, faringe, laringe e traquéia. O septo nasal é mais freqüentemente acometido, sendo sua perfuração o evento mais característico. Não se curam espontaneamente e podem ter caráter crônico-recidivante.

Figura 19



Figura 20



Figuras 19 e 20. Imagem de nasofibroscopia (figura 19), evidenciando destruição do septo nasal e da mucosa com edema e aspecto granuloso. Foto de lesões da cavidade oral (figura 20), com acometimento de palato e lábio superior em paciente não portador de HIV.



Figura 21. Lesão mucosa que acomete nariz e lábio superior em paciente portador de HIV.

Espécies relacionadas

Leishmania (V.) braziliensis

Leishmania (L.) amazonensis

Leishmaniose visceral

A infecção pela *Leishmania (L.) chagasi* pode causar manifestações clínicas de intensidade variável. Reconhece-se que a grande maioria dos indivíduos que se infecta permanecerá assintomática o resto da vida. Em regiões endêmicas, estima-se que 20% dos indivíduos infectados desenvolvem a forma clássica da doença. Os fatores que determinam a gravidade das manifestações clínicas podem estar relacionados com a idade, o estado nutricional e as características imunogenéticas do indivíduo acometido. O período de incubação é, em média, de três meses. As manifestações clínicas variam de acordo com o tempo de evolução da doença. No período inicial ocorre febre, hepatoesplenomegalia discreta e palidez cutâneo-mucosa, podendo estar presentes tosse e diarreia. Se não tratado, o paciente evolui para o período de estado caracterizado por hepatoesplenomegalia volumosa, persistência da febre, piora da palidez cutâneo-mucosa e emagrecimento progressivo. O período final da doença associa-se com infecções bacterianas, desnutrição protéico-energética grave, epistaxe, sangramentos cutâneos ou digestivos, sendo as infecções bacterianas responsáveis pela maioria dos óbitos.

A hepatoesplenomegalia é acompanhada de citopenias, hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia. As alterações laboratoriais citadas poderão estar ausentes nos pacientes que apresentam comprometimento intestinal ou pulmonar exclusivo.

SITUAÇÕES SUGESTIVAS DA CO-INFECÇÃO *LEISHMANIA*-HIV

As leishmanioses podem modificar a progressão da doença pelo HIV, e a imunodepressão causada por este vírus facilita a progressão das leishmanioses.

A avaliação do conjunto de manifestações clínicas das leishmanioses em pacientes portadores de HIV indica que não existe um perfil definido de manifestações clínicas que possa ser indiscutivelmente associado com a co-infecção.

Chamam a atenção os relatos de disseminação da doença cutânea, com envolvimento de órgãos raramente acometidos em indivíduos imunocompetentes, em um processo conhecido como visceralização da leishmaniose tegumentar. Em pacientes com LV observam-se, também, maior frequência de envolvimento de órgãos não-pertencentes ao sistema fagocítico mononuclear e maior frequência de recidivas. Existem, no entanto, casos de indivíduos co-infectados cuja leishmaniose evolui sem nenhum impacto aparente da infecção pelo HIV. A gravidade das manifestações clínicas, a resposta ao tratamento, a evolução e o prognóstico estão diretamente associados à condição imunológica do paciente, grosseiramente indicada pelos valores de células CD4.

Todas as formas de apresentação da infecção por *Leishmania* spp. já foram descritas em porta-

dores de HIV. A tríade clássica da leishmaniose visceral é também a manifestação mais comum da LV na co-infecção: hepatoesplenomegalia, febre e pancitopenia são observadas em 75% dos casos relatados. A frequência relativa das manifestações clínicas é variável: febre em 80 a 87% dos pacientes, adenopatia em 12 a 57%, astenia e emagrecimento em 70 a 90%, anemia em 49 a 100%, esplenomegalia em 54 a 90%, hepatomegalia em 34 a 85%, leucopenia em 56 a 95%, e plaquetopenia em 52 a 93%. As manifestações pouco usuais ocorrem em aproximadamente 10 a 16% dos casos, mas a maioria delas é conhecida há décadas, em pacientes imunocompetentes. Achados não usuais são observados com certa frequência nos pacientes co-infectados, como, por exemplo, o encontro de *Leishmania* spp. em pele íntegra e sobrepondo lesão de sarcoma de Kaposi ou em lesões de *Herpes simplex* e *Herpes zoster*. O acometimento do trato gastrointestinal é frequentemente observado.

Independente da manifestação clínica das leishmanioses, os indivíduos com comportamento de risco para adquirir HIV devem ser convidados a realizar o exame diagnóstico para afastar esta infecção. É importante ressaltar que indivíduos com manifestações clássicas das leishmanioses podem apresentar resposta adequada ao tratamento na vigência da infecção pelo HIV e que as implicações do diagnóstico precoce são de extrema relevância para o prognóstico a longo prazo, principalmente no que diz respeito ao risco

de reativação da leishmaniose e à progressão da infecção pelo HIV para a aids. Recomenda-se que os pacientes portadores da co-infecção *Leishmania*-HIV sejam acompanhados em unidades de saúde com experiência no manejo das leishmanioses e da infecção pelo HIV (*anexo I*).

Os quadros 2 e 3 resumem as manifestações clínicas das leishmanioses potencialmente associadas com imunodeficiência, nas quais pacientes portadores de LT ou LV deveriam ser convidados para realizar o exame diagnóstico para o HIV.

O quadro 4 apresenta os achados clínicos que devem alertar o médico sobre a possibilidade de que um paciente portador de HIV esteja cursando com leishmaniose tegumentar ou visceral.

Quadro 2. Condições em que deve ser oferecida a sorologia para o HIV a portadores de leishmaniose tegumentar

- Qualquer forma clínica sem exposição recente (durante o último ano) a uma área de transmissão de leishmaniose;
- Forma disseminada com ou sem acometimento mucoso concomitante;
- Forma mucosa com acometimento fora da cavidade nasal;
- Forma cutânea ou forma mucosa com achados de parasitas em vísceras;
- Forma difusa;
- Qualquer forma clínica associada à reação de Montenegro negativa;
- Achado de amastigotas no exame direto de material obtido de lesões mucosas;
- Isolamento em material de pele ou mucosa de espécies de *Leishmania* viscerotrópicas – *Leishmania (Leishmania) chagasi* – ou não descritas como causadoras de lesões tegumentares;
- Falha terapêutica após uso de antimonial pentavalente;¹
- Recidiva tardia (mais de 6 meses após a cura clínica); e
- Lesões cutâneas que aparecem após o diagnóstico de lesão mucosa em atividade.

1. Ausência de cura clínica após duas tentativas de tratamento com antimoniato de meglumina (10 a 20mg de SbV/kg/d por 20 a 30 dias) com período de observação de três meses após cada série de tratamento.

Quadro 3. Condições em que deve ser oferecida a sorologia para o HIV a portadores de leishmaniose visceral

- Qualquer forma clínica sem exposição recente (durante o último ano) a uma área de transmissão de leishmaniose;
- Uso de drogas injetáveis;
- Ausência de anticorpos anti-*Leishmania* no período de estado da doença;
- Achado de formas amastigotas no sangue periférico;
- Envolvimento de órgãos raramente acometidos na leishmaniose visceral;¹
- Falha terapêutica² ou recidiva³ após o uso de antimonial pentavalente;
- Desenvolvimento de infecções sugestivas de imunodeficiência durante ou após o tratamento;⁴ e
- Isolamento de espécies de *Leishmania* dermatrópicas ou não descritas como causadoras de acometimento visceral.

1. Acometimento de trato respiratório, esôfago, estômago, duodeno, pele, etc.

2. Ausência de cura clínica após duas tentativas de tratamento com antimonialto de meglumina (20mg de SbV/kg/d por 30 dias).

3. Reparecimento da sintomatologia em até 12 meses após a cura clínica.

4. Herpes zoster, tuberculose miliar, etc.

Quadro 4. Condições em que portadores de HIV/aids devem ser investigados para leishmaniose tegumentar ou visceral

- Qualquer tipo de lesão cutânea ou mucosa de mais de duas semanas de evolução em pacientes expostos à área de transmissão de leishmaniose em qualquer época da vida;¹
- Febre associada a hepatomegalia, esplenomegalia ou citopenias em pacientes:
 - expostos à área de transmissão, em qualquer época da vida, e
 - usuários de drogas injetáveis, em qualquer época da vida.

1. Deve ser considerado como área de transmissão, para fins de avaliação da exposição de risco, qualquer município do País que tenha notificado pelo menos um caso de leishmaniose durante o período em que o paciente esteve exposto.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DAS LEISHMANIOSES

Vários métodos podem ser aplicados para o diagnóstico das leishmanioses, sendo fundamental associar as informações clínicas e epidemiológicas aos resultados de laboratório.

A reação intradérmica de Montenegro está geralmente negativa em pacientes com LV e em pacientes com aids e LT. A negatividade é explicada por se tratar de um teste dependente da resposta imune celular. O diagnóstico parasitológico por pesquisa direta ou cultivo em meio específico é facilitado pela grande quantidade de parasitos presentes nas amostras em pacientes com LT/HIV. Na LV/HIV, parasitos circulantes podem ser identificados por meio de cultivo de sangue periférico, o que é muito raro acontecer em pacientes imuno-competentes.

Devido à possibilidade de visceralização de espécies dermatrópicas ou de manifestação cutânea na LV, o isolamento e a caracterização da espécie são recomendados. Estes métodos não são fundamentais para o diagnóstico das leishmanioses, definido, na maioria das vezes, por meio de métodos diretos. No entanto, são importantes quando se necessita identificar a espécie do agente etiológico envolvido. Existem vários métodos empregados na identificação

específica de *Leishmania*, mas a eletroforese de enzimas e o perfil de reatividade com anticorpos monoclonais encontram-se mais bem padronizados. Recomenda-se que o material coletado ou as culturas dos parasitos sejam enviados a um centro de referência para que o diagnóstico específico seja realizado, preferencialmente utilizando o Laboratório de Referência Estadual (LACEN) (*anexo 2*).

Material para o exame

Leishmaniose tegumentar: são utilizados os procedimentos de escarificação, punção aspirativa ou biópsia das lesões cutâneas, de linfonodos ou de mucosas.

Leishmaniose visceral: recomenda-se o aspirado de medula óssea ou a obtenção do creme leucocitário do sangue periférico. Pode ser realizada biópsia ou punção de órgãos do sistema fagocítico-mononuclear (baço, fígado, linfonodos). Como os pacientes com imunossupressão grave podem apresentar manifestações pouco usuais, a pesquisa de *Leishmania* deverá ser solicitada sempre que a abordagem propedêutica incluir procedimentos como broncoscopia ou biópsia de tecidos como a pleura, o esôfago, o cólon, o duodeno, etc.

Exame direto

O exame direto consiste na visualização das formas amastigotas do parasito em material obtido das lesões ou tecidos afetados.

Constitui-se o exame de primeira escolha

por ser mais rápido, de menor custo e de fácil execução, embora um examinador experiente seja necessário para o diagnóstico, visto que contaminantes dos corantes, outros agentes infecciosos (principalmente fungos) e até mesmo plaquetas podem sugerir a presença de formas amastigotas. Com o material obtido é feito esfregaço ou impressão sobre lâmina de vidro, sendo então fixado com metanol, por 3 minutos, e corado pela técnica de Giemsa ou Leishman.

As lâminas são examinadas em microscópio de fase, procurando-se amastigotas que podem estar dentro ou fora dos macrófagos.

As amastigotas são formas arredondadas, com citoplasma azul pálido, núcleo excêntrico e cinetoplasto em forma de bastonete, de cor idêntica à do núcleo.

O exame histopatológico convencional com hematoxilina-eosina também é útil na detecção das formas amastigotas nos tecidos e possui singular importância para descartar ou confirmar outras doenças que fazem parte do diagnóstico diferencial. É importante ressaltar que muitas vezes não é possível visualizar parasitos nas lâminas, sendo imprescindível o uso de métodos indiretos para confirmar o diagnóstico. A positividade da pesquisa direta de amastigotas está associada com o tempo de evolução das lesões, sendo mais difícil o encontro em lesões mais antigas, com mais de seis meses de evolução. Nestes casos, a técnica de imunohistoquímica pode ser uma alternativa para o diagnóstico, aumentando a sensibilidade da detecção do parasito.

Exames indiretos – cultura e inoculação em hamsters

O mesmo material coletado para a realização do exame direto pode ser utilizado em exames parasitológicos indiretos, como a inoculação em meios de cultura ou em animais de laboratório.

Para o cultivo de *Leishmania*, é fundamental utilizar meio bifásico, sendo vários empregados como fase líquida e o NNN (ou ágar-sangue) como fase semi-sólida. As culturas devem ser mantidas em estufa seca a 25° C. No caso de não existirem condições para o cultivo destes parasitos, recomenda-se que o material coletado seja colocado em solução salina tamponada, mantido na temperatura ambiente e enviado para um laboratório central de saúde pública, até 24 horas após a coleta, para que seja cultivado. O material coletado pode também ser macerado em solução salina tamponada e inoculado em animais de laboratório, sendo o hamster o mais adequado. Os métodos de isolamento podem ser complementares e, sempre que for possível, a inoculação de hamsters deve ser encorajada.

Reação de Montenegro

É uma reação intradérmica de sensibilidade tardia, na qual se injeta 0,1ml de extrato solúvel de parasitos mortos na face interna do antebraço e procede-se à leitura após 48 a 72 horas. As endurações com diâmetro superior a 5 mm são consideradas positivas.

Quando existe suspeita de LT, o teste deve ser realizado e o resultado positivo deve ser

interpretado como indicador de exposição a agentes do gênero *Leishmania*. Neste último contexto, um resultado negativo nunca deve constituir justificativa isolada para excluir o diagnóstico. No caso da LV, o uso da reação de Montenegro deve ser desencorajado, pois é de pouca utilidade já que, na ausência de imunodeficiência adquirida, o resultado é freqüentemente negativo pela imunodepressão seletiva que a infecção induz no homem.

Testes sorológicos

A pesquisa de anticorpos específicos tem muito valor no diagnóstico da LV, quando há indução de resposta humoral, e pouca utilidade no diagnóstico da leishmaniose cutânea, quando há insuficiência de resposta humoral e maior indução da resposta celular.

A pesquisa de anticorpos realizada por meio de testes sorológicos que utilizam antígenos brutos de *Leishmania* apresenta freqüentemente resultado negativo na vigência da co-infecção *Leishmania*-HIV; portanto, não deve ser utilizada como critério isolado para afastar o diagnóstico.

Por outro lado, uma reação positiva pode representar apenas uma cicatriz sorológica e deve ser valorizada como evidência de exposição ao agente que no contexto da infecção pelo HIV adquira uma relevância maior. Resultados positivos também são observados como reações cruzadas em casos de malária, esquistossomose ou doença de Chagas. Testes mais específicos, como aqueles que utilizam o antígeno rk39, ainda

não foram validados no contexto da co-infecção.

A técnica mais utilizada na rotina para pesquisa de anticorpos anti-*Leishmania* é a Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI).

A sensibilidade da reação em LV varia de 80 a 95%; porém, em pacientes co-infectados, varia de 50 a 60%. Para o exame é necessário um mililitro de soro ou plasma obtido de cerca de quatro a cinco mililitros de sangue total, sem e com anticoagulante, respectivamente. O material deve ser enviado ao laboratório tão logo seja coletado. Entretanto, quando não for possível, o sangue deve ser centrifugado e o soro ou plasma devem ser armazenados a 4° C, até 48 horas, ou a - 20° C, se for necessário mais tempo até o transporte.

O ensaio imunoenzimático (ELISA) também pode ser usado para a pesquisa de anticorpos, apesar de não estar disponível nos laboratórios centrais de saúde pública. O valor de positividade varia conforme o kit utilizado e a padronização da reação em cada laboratório. O ponto de corte, para considerar o resultado como positivo, e o valor de densidade óptica da amostra testada devem ser informados pelo laboratório que realizou o exame.

A reação do formol-gel não tem utilidade como método diagnóstico devido à sua baixa sensibilidade e especificidade.

Diagnóstico molecular

Em caso de impossibilidade de isolamento do parasito, é possível realizar o diagnóstico molecular utilizando DNA extraído do material coletado do paciente: fragmentos de pele ou mucosa, sangue

periférico, aspirado de medula óssea ou órgãos do sistema fagocítico-mononuclear. A metodologia mais empregada é a técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR), direcionada para a amplificação de regiões do DNA do cinetoplasto, que permite o diagnóstico e a identificação do subgênero do parasito. Recomenda-se que o material seja mantido a -20° C até a extração do DNA em laboratório de referência.

TRATAMENTO DA CO-INFEÇÃO LEISHMANIA-HIV

As drogas para o tratamento da co-infecção são as mesmas utilizadas em pacientes imunocompetentes. Os antimoniais pentavalentes são recomendados como as drogas de escolha. As alternativas disponíveis na rede pública para o tratamento das leishmanioses são a anfotericina B e o isotionato de pentamidina.

Em decorrência da toxicidade das drogas utilizadas, recomendam-se as avaliações eletrocardiográfica, hepática, pancreática e renal, antes de se instituir a terapêutica.

Antimoniato de N-metil glucamina

Comercializado em frascos de 5ml, que contém 1,5g do antimoniato bruto e 405mg de antimônio pentavalente. Ou seja, cada ml contém 81mg de Sb^v. A posologia deve ser calculada em mg de Sb^v/kg, para uniformizar o tratamento.

Deve ser administrado preferencialmente pela via endovenosa por injeção lenta durante 5 minutos e pode ser administrado pela via intramuscular na região glútea.

Anfotericina B

Comercializada em frascos de 50mg, a anfotericina B é a droga de segunda escolha para o tratamento das leishmanioses. Deve ser administrada pela via endovenosa, diluída única e exclusivamente em soro glicosado 5% e infundida em 4 horas. A concentração da droga na solução não deve exceder 0,1mg/ml, para evitar flebite. No intuito de prevenir os efeitos colaterais durante a infusão pode-se utilizar hidrocortisona na dose de 25-50mg imediatamente antes da infusão.

Isotionato de pentamidina

Comercializado em frascos de 300mg (do sal), para o uso intramuscular deve ser diluído em água destilada e, no uso intravenoso, deve ser diluído em soro glicosado e administrado lentamente em infusão contínua. O uso intravenoso lento pode evitar o aparecimento dos eventos adversos agudos, como hipotensão, náusea, vômitos e síncope.

Formulações lipídicas da anfotericina B

Estão disponíveis comercialmente em três formas de apresentação: a anfotericina B lipossomal, a anfotericina B de dispersão coloidal (ABCD) e a anfotericina B de complexo lipídico (ABLC). Essas formulações demonstraram eficácia no tratamento de pacientes com LV não-

associada ao HIV. Em pacientes com co-infecção *Leishmania*-HIV também evidenciaram utilidade, embora não haja, até o momento, estudos comparativos entre essas drogas e os antimoniais e a anfotericina B convencional.

As vantagens dessas medicações devem-se à sua menor toxicidade, comparada com a anfotericina B, e ao tempo de tratamento, que pode ser reduzido. No entanto, o custo elevado e a falta de informação comparativa em relação à anfotericina B convencional na leishmaniose excluem atualmente a possibilidade de uso do medicamento em larga escala em programas de saúde pública.

A posologia das formulações lipídicas da anfotericina B no tratamento da co-infecção *Leishmania*/HIV ainda não está totalmente estabelecida, principalmente em indivíduos com LT e HIV. Em relação à LV, os dados da literatura são mais consistentes; portanto, podem ser feitas as seguintes recomendações:

- a) Anfotericina B lipossomal: a dose diária por quilo de peso é habitualmente de 1 a 1,5mg/kg/dia por 21 dias.
- b) Anfotericina B de dispersão coloidal: a dose diária por quilo de peso é habitualmente de 3 a 5mg/kg/dia. Para o tratamento deve-se atingir de 10-15mg/kg de dose total acumulada, distribuída em um período de 5 dias.

Quadro 5. Tratamento e acompanhamento da leishmaniose visceral em portadores da co-infecção Leishmania-HIV

Droga	Dose	Via	Duração	Monitoramento durante o tratamento	Acompanhamento após tratamento
1ª. Escolha: Antimoniato de N-metil glucamina.	20mg/kg/d de Sb ^v	EV ou IM	30 dias ¹	Semanal	Mensal por 6 meses. Repetir o esquema por 30 dias, se observar falha terapêutica. Após 2 esquemas completos sem resposta, utilizar a droga de 2ª. escolha.
2ª. Escolha: Anfotericina B.	1 mg/kg/d ²	EV	Depende da tolerância do paciente.	Diário	Mensal por 6 meses.
3ª. Escolha: Isotionato de pentamidina.	4 mg/kg/d do sal em dias alternados.	IM ou EV	10 a 20 aplicações.	Semanal	Mensal por 6 meses.

1. Duração recomendada objetivando diminuir a probabilidade de recidivas.

2. Dose máxima diária de 50mg e dose total acumulada de 7 a 20mg/kg.

Quadro 6. Tratamento e acompanhamento da forma cutânea localizada ou disseminada da leishmaniose tegumentar em portadores da co-infecção Leishmania-HIV

Droga	Dose	Via	Duração	Monitoramento durante o tratamento	Acompanhamento após tratamento
1ª. Escolha: Antimoniato de N-metil glucamina.	15mg/kg/d de Sb ^V	EV ou IM	20 dias	Semanal	Mensal por 3 meses. Repetir o esquema por 30 dias, se observar falha terapêutica. Após 2 esquemas completos sem resposta, utilizar a droga de 2.ª escolha.
2ª. Escolha: Anfotericina B.	1mg/kg/d ¹	EV	Depende da tolerância do paciente.	Diário	Mensal por 3 meses.
3ª. Escolha: Isotionato de pentamidina.	4mg/kg/d do sal em dias alternados.	IM ou EV	3 a 10 aplicações ²	Semanal	Mensal por 3 meses.

1. Dose máxima diária de 50mg e dose total acumulada de 1 a 1,5g.
2. Três aplicações para pacientes infectados por *L. (V.) guyanensis* e 10 aplicações para pacientes infectados por *L. (V.) braziliensis*.

Quadro 7. Tratamento e acompanhamento da leishmaniose mucosa ou cutâneo-mucosa em portadores da co-infecção Leishmania-HIV

Droga	Dose	Via	Duração	Monitoramento durante o tratamento	Acompanhamento após tratamento
1ª. Escolha: Antimoniato de N-metil glucamina.	20mg/kg/d de Sb ^v	EV ou IM	30 dias	Semanal	Mensal por 6 meses. Repetir o esquema por 30 dias, se observar falha terapêutica. Após 2 esquemas completos sem resposta, utilizar a droga de 2.ª escolha.
2ª. Escolha: Anfotericina B.	1mg/kg/d ¹	EV	Depende da tolerância do paciente.	Diário	Mensal por 6 meses.
3ª. Escolha: Isotionato de pentamidina.	4mg/kg/d do sal em dias alternados.	IM ou EV	3 a 10 aplicações ²	Semanal	Mensal por 6 meses.

1. Dose máxima diária de 50mg e dose total acumulada de 2,5 a 3,0.

2. Três aplicações para pacientes infectados por *L. (V.) guyanensis* e 10 aplicações para pacientes infectados por *L. (V.) braziliensis*.

Quadro 8. Efeitos adversos, contra-indicações e monitoramento do tratamento com as drogas recomendadas na co-infecção Leishmania-HIV

Drogas	Efeitos adversos	Contra-indicações	Monitoramento de toxicidade
Antimoniato de N-metil glucamina	Freqüentes: cefaléia, febre, artralgias, mialgias, anorexia, aumento de transaminases, fosfatase alcalina, lipase e amilase; leucopenia, alargamento do intervalo QT e supra ou infra-desnívelamento do segmento ST. Raros: aumento de uréia e creatinina, arritmia cardíaca, morte súbita e herpes zoster ¹ .	Absolutas: gravidez, doença cardiovascular com distúrbios de condução, insuficiência renal. Relativas: doenças hepáticas, hipertensão arterial grave, alcoolismo, doenças pancreáticas.	Semanal: uréia, creatinina, transaminases, amilase e lipase séricas; hemograma e eletrocardiograma.
Anfotericina B	Freqüentes: febre, calafrios, cefaléia, aumento da creatinina, hipocalcemia, hipomagnesemia, anemia e flebite. Raros: arritmias e alterações do segmento ST e onda T.	Relativas: doença cardiovascular e nefropatias com insuficiência renal.	Duas vezes por semana (mínimo): níveis séricos de sódio, potássio, magnésio, uréia e creatinina; hemograma e eletrocardiograma.
Isotionato de pentamidina	Freqüentes: náuseas, vômitos, cefaléia, abscessos estéreis no local da aplicação intramuscular, hipoglicemia e hipotensão durante a infusão. Raros: aumento de uréia e creatinina, síncope, diabetes mellitus (doses cumulativas superiores a 1g), leucopenia, trombocitopenia, pancreatite, rash, alterações inespecíficas do segmento ST e da onda T.	Absolutas: gravidez, diabetes mellitus, nefropatias com insuficiência renal e cardiopatias.	Duas vezes por semana: glicemia, creatinina, uréia, eletrocardiograma. Pacientes que receberam doses superiores a 1g devem ter a glicemia monitorizada por 6 meses após o término do tratamento.

1. Existe pouca informação sobre a toxicidade da droga em pacientes co-infectados com o HIV, mas um estudo evidenciou maior freqüência de pancreatite, inclusive com óbitos, em pacientes co-infectados que foram tratados com doses diárias de antimônio acima de 850 mg/Sb^v/dia.

Seguimento pós-tratamento

Após o término da terapêutica, os pacientes devem ser submetidos ao acompanhamento clínico e laboratorial para avaliação da resposta e também para a detecção de possível recidiva após terapia inicial bem-sucedida.

Leishmaniose tegumentar

Os critérios de cicatrização das lesões são clínicos.

Na leishmaniose cutânea, a lesão deve apresentar epiteliação completa e regressão total da infiltração e do eritema até três meses após o término do tratamento. Devido à imunossupressão ocasionada pelo HIV, o acompanhamento clínico para detectar recidiva deve ser por tempo indeterminado.

Na leishmaniose mucosa, a avaliação clínica deve ser realizada preferencialmente por um otorrinolaringologista, sendo indicativa de cicatrização das lesões mucosas a ausência de hiperemia, úlcera, vegetação ou do aspecto granulomatoso. As lesões das mucosas cicatrizam-se, geralmente, até seis meses após o término do tratamento.

O paciente deve ser acompanhado por tempo indeterminado, com avaliação otorrinolaringológica semestral no primeiro ano após a detecção da cicatrização das lesões, e, a seguir, anualmente.

Leishmaniose visceral

O acompanhamento pós-tratamento é baseado na avaliação clínica. O desaparecimento da febre ocorre na primeira semana após o início da terapêutica, seguindo-se melhora do estado geral e nutricional. A redução de 50% da esplenomegalia ocorre ao final do tratamento, havendo também nesse período melhora dos parâmetros hematológicos. Os critérios de cura clínica são, principalmente: desaparecimento da febre, regressão da esplenomegalia e aumento progressivo do peso. O paciente deve ser acompanhado por tempo indeterminado, em virtude da elevada possibilidade de recidiva.

Entretanto, a reconstituição imune com o uso da terapêutica antiretroviral altamente efetiva (HAART) pode diminuir a possibilidade de recidiva da LV nos pacientes co-infectados com o HIV.

O aspirado de medula óssea, para avaliar a presença do parasito, pode ser realizado nos casos de suspeita de falha terapêutica ou recidiva. A ausência de parasito na pesquisa direta ou em cultura do aspirado de medula indica eficácia de tratamento; entretanto, não assegura ausência de reincidência do quadro.

PROFILAXIA SECUNDÁRIA

A eficácia da profilaxia secundária após o primeiro episódio de LV tratada com sucesso não foi estabelecida definitivamente. Embora exista

probabilidade de recidiva, mesmo nos pacientes tratados com terapia antiretroviral de alta potência (HAART), a toxicidade das drogas e a possibilidade de induzir resistência que dificulte a abordagem posterior das recidivas desestimulam o uso rotineiro. Apesar de não existir indicação absoluta de profilaxia secundária, os esquemas sugeridos na literatura disponível são:

1. Antimoniato de N-metil glucamina, 81mg de Sb^v, uma vez por mês;
2. Isotionato de pentamidina, 4mg/kg do sal a cada duas ou quatro semanas;
3. Anfotericina B lipossomal, 3mg/kg uma vez ao mês.

Não há, no momento, estudos na literatura que embasem a utilização de profilaxia secundária nos casos de indivíduos tratados com sucesso para LT.

MONITORAMENTO DE EFEITOS ADVERSOS PELA ANVISA

O aparecimento de efeitos adversos graves ou raros e as queixas técnicas associadas ao uso das drogas prescritas para o tratamento das leishmanioses devem ser notificados pelos responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A notificação deverá ser realizada

utilizando-se a ficha em anexo que se encontra disponível na página <http://www.anvisa.gov.br> (anexo 3).

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Definição de caso da co-infecção *Leishmania*-HIV

Presença de leishmaniose tegumentar ou visceral e infecção concomitante pelo HIV, independente de o problema do indivíduo ter sido definido como caso de aids.

Caso suspeito

Co-infecção por leishmaniose tegumentar – HIV:

- Indivíduo portador do HIV que apresente qualquer tipo de lesão cutânea ou mucosa de mais de duas semanas de evolução, exposto à área de transmissão de leishmaniose em qualquer época da vida.
- Indivíduo portador de leishmaniose tegumentar que apresente uma das condições descritas no quadro 2 (página 18).

Co-infecção por leishmaniose visceral – HIV:

- Indivíduo portador do HIV que apresente febre associada a hepatomegalia, esplenomegalia ou citopenias que esteve exposto à área de transmissão de leishmaniose ou usou drogas injetáveis, em qualquer época da vida.

- Indivíduo portador de leishmaniose visceral que apresente uma das condições descritas no quadro 3 (página 19).

Caso confirmado

Co-infecção por leishmaniose tegumentar – HIV:

Caso suspeito com diagnóstico sorológico confirmado pelo HIV, ou que preencha critérios de definição de caso de aids, e que apresente resultado positivo para leishmaniose por um ou mais dos seguintes métodos diagnósticos:

- a. pesquisa direta (raspado, *imprint*, aspirado e exame histopatológico das lesões suspeitas);
- b. cultura;
- c. PCR (reação em cadeia pela polimerase); e
- d. reação de Montenegro.

Co-infecção por leishmaniose visceral – HIV:

Caso suspeito com diagnóstico sorológico confirmado pelo HIV, ou que preencha critérios de definição de caso de aids, e que apresente resultado positivo para leishmaniose por um ou mais dos seguintes métodos diagnósticos:

- a. pesquisa direta (aspirado de medula óssea, aspirado esplênico, sangue periférico ou qualquer tecido ou secreção obtidos para diagnóstico);
- b. cultura;
- c. PCR (reação em cadeia pela polimerase); e
- d. sorologia.

IMPORTANTE! Considerando que a co-infecção *Leishmania-HIV* trata-se de uma entidade clínica pouco conhecida, recomenda-se em todos os casos a realização de todos os exames de diagnóstico parasitológico disponíveis.

NOTIFICAÇÃO

As leishmanioses e a aids são doenças de notificação compulsória e devem ser notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (*anexos 4, 5, 6 e 7*).

Embora existam situações nas quais as leishmanioses são sugestivas de condição de imunodeficiência, no Brasil, atualmente, não são consideradas como doenças definidoras de aids e o tema permanece em discussão.

Os casos suspeitos ou confirmados da co-infecção por *Leishmania-HIV* devem ser encaminhados para os centros de referência para o acompanhamento de pacientes com leishmaniose (*anexo 5*).

Como a co-infecção por *Leishmania-HIV* é uma entidade clínica pouco conhecida no país, será construído um sistema de vigilância aprimorada com a participação de centros de referência, sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

O Hospital Universitário Prof. Edgar Santos, em Salvador, Bahia, e o Centro de Pesquisas René Rachou – Fiocruz, em Belo Horizonte, Minas Gerais (<http://www.cpqrr.fiocruz.br/leish-hiv>), fazem parte da Rede Mundial de Estudos sobre a co-infecção *Leishmania-HIV* da Organização Mundial da Saúde (<http://www.who.int/tdr/diseases/leish/>).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVAR, J. et al. *Leishmania* and human immunodeficiency virus coinfection: the first 10 years. *Clinical Microbiology Reviews*, n. 10, p. 298-319, 1997.
2. BERMAN, J. D. Human leishmaniasis: clinical, diagnostic and chemotherapeutic developments in the last 10 years. *Clinical Infectious Diseases*, n. 24, p. 684-703, 1997.
3. BRASIL. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. *Manual de controle da leishmaniose tegumentar americana*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
4. CRUZ, I. et al. *Leishmania* in discarded syringes from intravenous drug users. *Lancet*, n. 359, p. 1.124-1.125, 2002.
5. DA CRUZ, A. M. et al. Atypical Mucocutaneous Leishmaniasis caused by *Leishmania braziliensis* in an acquired immunodeficiency syndrome patient: T-cell responses and remission of lesions associated with antigen immunotherapy. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, n. 94, p. 537-542, 1999.
6. DELGADO, J. et al. High frequency of serious side effects from meglumine antimoniate given without an upper limit dose for the treatment of visceral leishmaniasis in human immunodeficiency virus type-I infected patients. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 61, p. 766-769, 1999.
7. DESJEUX, P. et al. *Leishmania/HIV co-infection in south-western Europe, 1990-1998: Retrospective analysis of 965 cases*. World Health Organization WHO/LEISH/2000.42. Disponível em: <<http://www.who.int/emc>>.
8. GASSER Jr., R. A. et al. Pancreatitis induced by pentavalent antimonials agents during treatment of leishmaniasis. *Clinical Infectious Diseases*, n. 18, p. 83-90, 1994.
9. HARMS, G.; FELDMEIR, H. HIV infection and tropical parasitic diseases – deleterious interactions in both directions. *Tropical Medicine and International Health*, n. 7, p. 479-488, 2002.
10. HERNANDEZ, D. E. et al. Visceral leishmaniasis with cutaneous and rectal dissemination due to *Leishmania braziliensis* in acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *International Journal of Dermatology*, n. 34, p. 114-115, 1995.
11. IZRI, M. A. et al. Leishmaniasis in aids patients: results of leucocyto centrifugation, a fast biological method of diagnosis. *Bulletin of the World Health Organization*, n. 74, p. 91-93, 1996.
12. KUBAR, J. et al. Transmission of *L. infantum* by blood donors. *Nature Medicine*, n. 3, p. 368, 1997.
13. LAGUNA, F. et al. Treatment of visceral leishmaniasis in HIV-infected patients: a randomized trial comparing meglumine antimoniate with amphotericin B. *Aids*, n. 13, p. 1063-1069, 1999.
14. ORLANDO, G. et al. Secondary prophylaxis for *Leishmania* infection in an HIV-positive patient. *Aids*, n. 22, p. 2.086-2.087, 1998.

15. PEREZ-MOLINA, J. A. et al. Pentamidine isethionate as secondary prophylaxis against visceral leishmaniasis in HIV-positive patients. *Aids*, n. 10, p. 237-238, 1996.
16. PRASAD, L. S. N.; SEN, S. Migration of *Leishmania donovani* amastigotes in the cerebrospinal fluid. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, n. 55, p. 652-654, 1996.
17. RABELLO, A.; ANDRADE, M. O.; DISCH, J. Co-infecção *Leishmania*/HIV. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, n. 31, supl. 3, p. 81-91, 1998.
18. RIBERA, E. et al. Prophylaxis of visceral leishmaniasis in human immunodeficiency virus-infected patients. *American Journal of Medicine*, n. 100, p. 496-501, 1996.
19. ROSENTHAL, E. et al. Clinical manifestations of visceral leishmaniasis associated with HIV infection: a retrospective study of 91 French cases. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*, n. 94, p. 37-42, 2000.
20. _____. Declining incidence of visceral leishmaniasis in HIV-infected individuals in the era of highly active antiretroviral therapy. *Aids*, n. 15, p. 1.184-1.185, 2001.
21. RUSSO, R. et al. Visceral leishmaniasis in HIV infected patients: treatment with high dose liposomal amphotericin B (AmBisome). *Journal of Infection*, n. 32, p. 133-137, 1996.
22. SANDS, M.; KRON, M. A.; BROWN, R. B. Pentamidine: a Review. *Reviews of Infectious Diseases*, n. 7, p. 625-634, 1985.
23. SILVA, E. S. et al. Visceral leishmaniasis caused by *Leishmania (Viannia) braziliensis* in a patient infected with human immunodeficiency virus. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, n. 44, p. 145-149, 2002.
24. TORTAJADA, C. et al. Highly active antiretroviral therapy (HAART) modifies the incidence and outcome of visceral leishmaniasis in HIV-infected patients. *Journal of Aids*, n. 30, p. 364-366, 2002.
25. TREMBLEY, M.; OLIVIER, M.; BERNIER, R. *Leishmania* and the pathogenesis of HIV infection. *Parasitology Today*, n. 7, p. 257-261, 1996.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Conclusions and Recommendations of the 4th Joint meeting on *Leishmania*/HIV Co-infections Catania, Italy, 17-18 May 2001.
27. _____. *Report on the Global HIV/Aids Epidemic*, 2002. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>.

ANEXO I

Centros de Referência para o atendimento dos pacientes portadores da co-infecção *Leishmania*-HIV

Centros de Referência para Leishmaniose Tegumentar

Acre

- Serviço de Assistência Especializada – SAE
– Estadual – Isaura Parente, s/n.º. Bosque – Rio
Branco/AC – CEP: 69900-000
Responsável: Daniel Francisco da Silva
Tel.: (68) 223-8571
Horário de Atendimento: das 8h às 13h
- Centro de Saúde Barral Y Barral – Municipal
– Avenida Nações Unidas, 690. Estação
Experimental – Rio Branco/AC – CEP: 69900-000
Responsável: Ana Maria Maia
Tel.: (68) 226-4202
Horário de Atendimento: das 8h às 11h e das 14h
às 17h

Alagoas

- Hospital Escola Hélio Auto Doenças Tropicais
(Antigo HDT) – Rua Comendador Lira, s/n.º,

Trapiche da Barra – Maceió/AL – CEP: 57035-550

Responsável: Edméia Reis Castelo Branco

Tel.: (82) 315-0100 / 221-4486

Horário de Atendimento: ambulatorial..

- Hospital Universitário – Setor de Ambulatório
de Infectologia – Av. Lourival Melo Mota, s/n.º,
Tabuleiro dos Martins – Maceió/AL – CEP:
57072-900
Responsável: Dr. Artur Maia Paiva
Tel.: (82) 322-2494
Horário de Atendimento: ambulatorial.
E-mail: infectologia@hu.ufal.br
- Hospital José Carneiro – Ambulatório de
Dermatologia – Av. Siqueira Campos, n.º 2095,
Trapiche da Barra – Maceió/AL – CEP: 57000-000
Responsável: Eulina Maria Vieira de Alencar
Tel.: (82) 221-7026
Horário de Atendimento: ambulatorial.
E-mail: lepeleite@hotmail.com
- Hospital dos Usineiros – Setor de Dermatologia
Sanitária – Av. Fernandes Lima, s/n.º, Farol
– Maceió/AL – CEP: 57000-000
Responsável: Luís Soares Pinto
Tel.: (82) 218-0100 / 0272 / 0135 / 0203
Horário de Atendimento: ambulatorial.
E-mail: diretoria@hospitaldoacucar.com.br

Amazonas

- Fundação de Medicina Tropical /Instituto de Medicina Tropical – FMT/IMT-AM – Av. Pedro Teixeira, 25 – D. Pedro I – Manaus/AM – CEP: 69040-525
Responsável: Jorge Augusto de Oliveira Guerra
Tel.: (92) 238-1767 / 238-1711 Ramal: 212
Horário de Atendimento: das 7h às 17h
E-mail: imtam@prodanet.com.br

Amapá

- Centro de Referência de Doenças Tropicais – Av. Professor Tostes, s/n.º, Macapá/AP – CEP 68900-350
Responsável: Edmundo de Moura Filho
Tel.: (96) 212-6173
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Bahia

- Hospital Universitário Dr. Edgar Santos – Rua João Dias das Botas, s/n.º, Canela – Salvador/BA
Responsável: Dr. Edilson Martins Bittencourt
Tel.: (71) 339-6290 / 6000 / 6290
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
E-mail: hupes@ufba.br
- Centro de Referência em Doenças Endêmicas - (PIERJ) – Rua 3, s/n.º, Casas Populares – URBIS I – Jequié/BA
Responsável: Dr.^a Eliane Góes Nascimento
Tel.: (73) 525-2635
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital Central Roberto Santos – Entrada Velha do Saboeiro, s/n.º – Salvador/BA
Responsável: Dr. Carlos Costa Neto
Tel.: (71) 387-3424 / 3423 / 3422
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

- Hospital Couto Maia – Rua São Francisco, s/n.º – Mont Serrat – Salvador/BA

Responsável: Dr.^a Silene Maria Fontes Barreto Dantas
Tel.: (71) 316-3084 / 3085 / 3261 / 3706 / 3748 / 3834
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

- Hospital Geral Camaçari – Av. Leste, Via Parafuso, s/n.º – Camaçari/BA
Responsável: Dr. José Carlos de Carvalho Pitangueira
Tel.: (71) 621-2013 / 2042 / 2168 / 2256 / 2277 / 2434 / 2587 / 7375
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

- Hospital Geral Eurico Dutra/ Hospital de Barreiras - Rua Boa Vista, s/n.º – Barreiras/BA
Responsável: Dr. Marcelo Costa Sampaio
Tel.: (77) 611-3137/4384/4904/4972
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

- Hospital Regional Cleriston Andrade – Av. Fróes da Mota, 35 – Feira de Santana/BA
Responsável: Dr.^a Denise Lima Mascarenhas
Telefone: (75) 221-6046/6077/6200/6220/6268/6288
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

- Hospital /Unidade Mista de Juazeiro – Travessa do Hospital, s/n.º – STº Antônio Juazeiro/BA
Responsável: Dr.^a Maria das Graças de Carvalho
Tel.: (74) 611-7235 / 7304 / 7532 / 8196 / 6757
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

- Hospital Santo Antônio – Bomfim, s/n.º – CEP: 40.000-000 – Salvador/BA
Responsável: Dr.^a Otaciano de Paula Campos
Tel.: (71) 310-1100/1140/1280
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Ceará

- Centro de Referência Leishmaniose Tegumentar Americana – Rua Pedro Primeiro n.º 1.033 (Esquina com Tristão Gonçalves) Centro – Fortaleza/CE – CEP: 60000-000
Responsável: Maria Araci Pontes Aires
Tel.: (085) 488-2284 / 2285
Horário de Atendimento: das 7h às 17h (de segunda a sexta)
E-mail: dlibanea@saude.ce.gov.br

Distrito Federal

- Hospital Universitário de Brasília – Av. L2 Norte, quadra 605 – Brasília/DF
Responsável: Dra. Raimunda Nonata Ribeiro Sampaio
Tel.: (61) 307-2561 / 448-5000 (geral) / 448-5427 (Dermatologia)
Horário de Atendimento: atendimento diário

Espírito Santo

- Universidade Federal do Espírito Santo – UFES / Vitória/ES. Av. Maruípe, 1468 – 3.º andar/Setor de Parasitologia, Universidade Federal do Espírito Santo – Bairro: Maruípe – Vitória/ES – CEP: 29040-090
Responsável: Dr. Aloisio Falqueto

Tel.: (27) 3335-7188

Horário de Atendimento: das 8 às 12 horas (de segunda a sexta-feira)

E-mail: falqueto@npd.ufes.br

Goiás

- Hospital de Doenças Tropicais – HDT – Hospital Anuar Auad. Av. Contorno, 3556 – Jd. Bela Vista – Goiânia/Goiás
Responsável: Dra. Ledice Inácia de A. Pereira.
Tel.: (62) 249-9122 – Médica de doenças tropicais
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Maranhão

- Hospital Getulio Vargas – Doenças Infect. (Clínicas Tropicais) – Av. 5 de Janeiro, s/n.º – Bairro Jandova – São Luís/MA – CEP: 65000-000
Responsável: Jovilene Ribeiro – Bioquímica
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
Tel.: (98) 243-9809
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Minas Gerais

- Centro de Pesquisas René Rachou – Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ/MG – Centro de Referência e Treinamento em Leishmanioses – Laboratório de Pesquisas Clínicas – Av. Augusto de Lima n.º 1715 (Barro Preto) – Belo Horizonte/MG – CEP: 30190-002
Responsável: Ana Rabello
Tel.: (31) 3295-3566
Horário de Atendimento: das 8h às 17h

- Hospital das Clínicas – Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Av. Professor Alfredo Balena, 110 – Belo Horizonte/MG
Tel.: (31) 3222-7900 / 3248-9322 / 3248-9300
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital Estadual Eduardo de Menezes – Av. Cristiano de Resende, 2213 – Bairro Bom Sucesso – Barreiro de Cima – Belo Horizonte/MG.
Tel.: (31) 3383-8000
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Mato Grosso do Sul

- Hospital Universitário – Rua Filinto Müller – Campo Grande/MS – CEP: 79080-190
Responsável: Rivaldo Venâncio da Cunha
Tel.: (67) 345-3000
Horário de Atendimento: das 8h às 18h (de segunda a sexta)
E-mail: rivaldo.venancio@uol.com.br

Mato Grosso

- Hospital Universitário Júlio Muller – Rua João Felipe Pereira Leite – s/n.º – Bairro Alvorada – Cuiabá/MT – CEP: 78048-790
Responsáveis: Dra. Márcia Hueb e Dr. Cor Jesus F Fontes
Tel.: (65) 615-7281 / 642-1767
Horário de Atendimento: às segundas e quartas-feiras (às 14h)
E-mail: mhueb@terra.com.br

Pará

- Instituto Evandro Chagas – IEC – Av. Almirante Barroso, 492 – Bairro Marco – Belém/PA – CEP:

66090-000

Responsável: Fernando Tobias

Tel.: (91) 211-4406 / 211-4427

Horário de Atendimento: das 7h30 às 17h30

E-mail: fernandotobias@iec.pa.gov.br

Paraíba

- Hospital Universitário Alcides Carneiro – Rua Carlos Chagas, s/n.º – São José – Campina Grande/PB – CEP: 58107.670
Responsável: José Araújo Sobrinho
Tel.: (83) 341-1616
Horário de Atendimento: das 7h às 11h
- Hospital Universitário Lauro Wanderley – Campus Universitário – João Pessoa/PB – CEP: 58000-000
Responsável: Benedito Bruno de Oliveira
Tel.: (83) 216-7058
Horário de Atendimento: das 8 às 12 horas e das 14 às 18 horas

Pernambuco

- Hospital Oswaldo Cruz
Responsável: Ângela Rapela
Tel.: (81) 9973-7861
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital das Clínicas
Responsável: Mitzi Quedes Mendonça
Tel.: (81) 9972-9570
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Piauí

- Hospital Lineu Araújo – Rua Magalhães Filho, 152 – Ala B – Teresina/PI – CEP: 64001-350
Responsável: Ana Lúcia França da Costa

Tel.: (86) 223-6776

Horário de Atendimento: das 7h às 10h (de segunda a quinta)

E-mail: costasoaes@uol.com.br

Paraná

- Serviço de Infectologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – Ambulatório SAM – 3 – Rua General Carneiro, 181 – Curitiba/PR – CEP: 80000.000
Responsável: Dr. Flávio de Queiroz Telles Filho
Tel.: (41) 360-1869
Horário de Atendimento: às terças-feiras, das 8 às 12 horas
E-mail: queiroz.telles@netpar.com.br
- Laboratório de Ensino e Pesquisa em Análises Clínica – Universidade Estadual de Maringá – Bloco J-90 sala 3 – Av. Colombo, 5790 – Jardim Universitário – Maringá/PR – CEP: 87020-900
Responsável: Thaís Gomes Verzignassi Silveira e Maria Valdrinez Campana Lonardoni.
Tel.: (44) 261-4495
Horário de Atendimento: de segunda a sexta-feira, das 7h45 às 11h30 e das 13h30 às 17h30
E-mail: tgvsilveira@uem.br ; mvclonardoni@uem.br

Rio de Janeiro

- Hospital Evandro Chagas – Av. Brasil, 4365 – Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro/RJ
Responsável: Dr. Armando Schubach
Tel.: (21) 2560-4123
Horário de Atendimento: horário comercial

Rio Grande do Norte

- Hospital Giselda Trigueiro – Rua Conego Monte, s/n.º – Natal/RN – CEP: 59000-000
Responsável: Luís Alberto Carneiro e Fernando Cardoso Marinho
Tel.: (84) 232-2509
Horário de Atendimento: horário ambulatorial.

Rondônia

- Centro de Medicina Tropical de Rondônia – Av. Guaporé n.º 215 – Porto Velho/RO – CEP: 78900-000
Responsáveis: Sergio de Almeida Basano, André Luiz Alves de Freitas e Rui Rafael Durlacher
Tel.: (69) 222-2679
Horário de Atendimento: das 8h às 14h

Roraima

- Hospital Geral de Roraima – Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n.º – Novo Planalto – Boa Vista/RR – CEP: 69304-650
Responsável: Drª. Simeí Monteiro Ayres de Oliveira
Tel.: (95) 623-2062 /2024
Horário de Atendimento: das 8 às 12 horas e das 14 às 18 horas
E-mail: hosp.rsb@technet.com.br

Rio Grande do Sul

- Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Fundação Fac. Fed. de Ciências Médicas – Santa Casa de Misericórdia – Praça Dom Feliciano, s/n.º – Centro – Porto Alegre/RS
Responsável: Prof. Marília Maria dos Santos Severo
Tel.: (51) 3214-8018
Horário de Atendimento: das 13h às 18h
E-mail: mmsevero@portoweb.com.br

Santa Catarina

- Universidade Federal de Santa Catarina – Dept.º de Microbiologia e Parasitologia – Bairro de Tiradentes – Campus Universitário – Florianópolis/SC
Responsável: Dr. Mário Steindel
Tel.: (48) 331-5163
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Sergipe

- Hospital Universitário – Rua Cláudio Batista, s/n.º

– Aracaju/SE – CEP: 49060-100
Responsável: Dra. Angela Maria da Silva
Tel.: (79) 243-6450
Horário de Atendimento: às quintas e sextas-
feiras, das 14 às 18 horas
E-mail: angelm@ifonet.com.br

São Paulo

- Hospital das Clínicas – FMUSP – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 225
Cerqueira César – CEP 05403-010 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3069-6000 (PABX)
Horário de Atendimento: às sextas-feiras, das 8 às 12 horas
- Ambulatório de Leishmanioses da Divisão de Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias – HC – FMUSP – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 – 5º andar Bloco 2A – Cerqueira César – São Paulo/SP – CEP: 05403-010
Tel.: (11) 3069-6397
Horário de Atendimento: às sextas-feiras, das 8 às 12 horas
- Instituto de Infectologia Emílio Ribas – IIER – São Paulo – Av. Dr. Arnaldo, 165 – Cerqueira César – CEP 01246-900 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3896-1200 (PABX)
- CRT-Aids – Referência para co-infecção HIV/ Aids-LV – Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana CEP: 04121-000 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 5087-9911
- Hospital das Clínicas – UNICAMP – Av. Vital Brasil, 251 – Cidade Universitária – “Zeferino Vaz” Barão Geraldo – Campinas/SP
Tel.: (19) 3788-7916 Moléstias Infecciosas e Parasitárias
- Hospital de Clínicas – UNESP – Distrito de Rubião Júnior, s/n.º.

CEP 18618-970 – Botucatu/SP
Tel.: (14) 6802-6000 PABX

- Hospital das Clínicas – FMUSP – Av. Bandeirantes, 3900 – Ribeirão Preto/SP – CEP 14049-900
Tel.: (16) 602-3000 PABX
- Hospital de Base – FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416 – CEP 15090-000 – São José do Rio Preto/SP
Tel.: (17) 210-5700 PABX
- Hospital das Clínicas/ Unidade Clínico-Cirúrgica – FAMEMA – R. Aziz Atalah, s/n.º – CEP 17519-040 – Marília/SP
Tel.: (14) 433-1366
- Hospital Universitário de Taubaté – UNITAU Av. Granadeiro Guimarães, 270
Centro – Taubaté/SP
- Centro de Saúde I de Araçatuba – Rua: Afonso Pena, 1537
Vila Mendonça – CEP: 16015-000 – Araçatuba/SP
Tel.: (18) 624-5749
Horário de Atendimento das 8 às 12 horas
- Centro de Saúde de Andradina – Rua: Guararapes, 282 – Centro
CEP: 16900-000 – Andradina/SP
Tel.: (18) 3722-9292
Horário de Atendimento: das 8 às 12 horas

Tocantins

- Unidade Clínica Médica de Doenças Tropicais – UCMDT – Av. José de Brito, 1015, Setor Anhanguera – Araguaína/TO – CEP: 77818-530
Responsável: Dra. Cláudia Batista Câmara.
TEL.: (63) 411-6020
Horário de Atendimento: todos os dias pela manhã.
E-mail: ncsuleiman@uol.com.br

Centros de Referência para Leishmaniose Visceral

Alagoas

- Hospital Escola Hólvio Auto Doenças Tropicais (Antigo HDT) – Rua Comendador Lira, s/n.º, Trapiche da Barra – Maceió/AL – CEP: 57035-550
Responsável: Edméia Reis Castelo Branco
Tel.: (82) 315-0100 / 221-4486
Horário de Atendimento: ambulatorial

Bahia

- Hospital Universitário Dr. Edgar Santos – Rua João Dias das Botas, s/n.º, Canela – Salvador/BA
Responsável: Edilson Martins Bittencourt
Tel.: (71) 339-6290 / 6000 / 6290
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
E-mail: hupes@ufba.br
- Centro de Referência em Doenças Endêmicas – (PIEJ) – Rua 3, s/n.º, Casas Populares – URBIS I – Jequié/BA
Responsável: Eliane Góes Nascimento
Tel.: (73) 525-2635
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital Central Roberto Santos – Entrada Velha do Saboeiro, s/n.º – Salvador/BA
Responsável: Carlos Costa Neto
Tel.: (71) 387-3424 / 3423 / 3422
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital Couto Maia – Rua São Francisco, s/n.º – Mont Serrat – Salvador/BA
Responsável: Silene Maria Fontes Barreto Dantas
Tel.: (71) 316-3084 / 3085 / 3261 / 3706 / 3748 / 3834

Horário de Atendimento: das 8h às 18h

- Hospital Geral Camaçari – Av. Leste, Via Parafuso, s/n.º – Camaçari/BA
Responsável: José Carlos de Carvalho Pitangueira
Tel.: (71) 621-2013 / 2042 / 2168 / 2256 / 2277 / 2434 / 2587 / 7375
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital Geral Eurico Dutra/ Hospital de Barreiras – Rua Boa Vista, s/n.º – Barreiras/BA
Responsável: Marcelo Costa Sampaio
Tel.: (77) 611-3137/4384/4904/4972
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital Regional Cleriston Andrade – Av. Fróes da Mota, 35 – Feira de Santana/BA
Responsável: Denise Lima Mascarenhas
Telefone: (75) 221-6046/6077/6200/6220/6268/6288
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital /Unidade Mista de Juazeiro – Travessa do Hospital, s/n.º – Santo Antônio – Juazeiro/BA
Responsável: Maria das Graças de Carvalho
Tel.: (74) 611-7235 / 7304 / 7532 / 8196 / 6757
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital Santo Antônio – Bomfim, s/n.º
CEP: 40.000-000 – Salvador/BA
Responsável: Otaciano de Paula Campos
Tel.: (71) 310-1100/1140/1280
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Ceará

- Centro de Referência Leishmaniose Visceral Americana – Rua Nestor Barbosa, n.º 315 – Parquilandia – Fortaleza/CE – CEP: 60000-000

Responsável: Maria Airtes Vieira Vitoriano
Tel.: (85) 433-4311
Horário de Atendimento: 24hs (todos os dias da semana)
E-mail: hsj@saude.ce.gov.br

Distrito Federal

- Hospital Universitário de Brasília – Av. L2 Norte, quadra 605 – Brasília/DF
Responsáveis: Gustavo Romero
Tel.: (61) 273-5008 Amb. de DIP
Horário de Atendimento: terças e quintas-feiras, das 8 às 12 horas, e quartas-feiras, das 14 às 18 horas
E-mail: gromero@unb.br

Espírito Santo

- Universidade Federal do Espírito Santo – UFES / Vitória/ES, Av. Maruípe, 1468 – 3.º andar/Setor de Parasitologia, Universidade Federal do Espírito Santo – Maruípe – Vitória/ES – CEP:29040-090
Responsável: Dr. Aloisio Falqueto
Tel.: (27) 3335-7188
Horário de Atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8 às 12 horas
E-mail: falqueto@npd.ufes.br

Goiás

- Hospital de Doenças Tropicais – HDT – Hospital Anuar Auad, Av. Contorno, 3556 – Jd. Bela Vista – Goiânia/Goiás
Responsável: Ledice Inácia de A. Pereira.
Tel.: (62) 249 9122 – Médica de doenças tropicais
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Maranhão

- Hospital Universitário Presidente Dutra – Rua Barão de Itajaú s/n.º – São Luís/MA –

CEP: 65000-000

Responsável: Mônica Elinor Alves Gama

Minas Gerais

- Centro de Pesquisas René Rachou – Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ/MG – Centro de Referência e Treinamento em Leishmanioses – Laboratório de Pesquisas Clínicas – Av. Augusto de Lima n.º 1.715 (Barro Preto) – Belo Horizonte/MG – CEP: 30190-002
Responsável: Ana Rabello
Tel.: (31) 3295-3566
Horário de Atendimento: das 8h às 17h
- Hospital das Clínicas – Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Av. Professor Alfredo Balena, 110 – Belo Horizonte/MG
Tel.: (31) 3222-7900 / 3248-9322 / 3248-9300
Horário de Atendimento: das 8h às 18h
- Hospital Estadual Eduardo de Menezes – Av. Cristiano de Resende, 2.213 – Bairro Bom Sucesso – Barreiro de Cima – Belo Horizonte/MG.
Tel.: (31) 3383-8000
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Mato Grosso do Sul

- Hospital Universitário – Rua Filinto Müller – Campo Grande/MS – CEP: 79080-190
Responsável: Ana Lúcia Lyrio Oliveira
Tel.: (67) 345-3000
Horário de Atendimento: de segunda a sexta-feira (horário comercial)
E-mail: allyrio@yahoo.com.br

Mato Grosso

- Hospital Universitário Júlio Muller – Rua João Felipe Pereira Leite, s/n.º – Bairro Alvorada – Cuiabá/MT – CEP: 78048-790

Responsável: Márcia Hueb e Cor Jesus F. Fontes
Tel.: (65) 615-7281 / 642-1767
Horário de Atendimento: às segundas e quartas-
feiras às 14 horas
E-mail: mhueb@terra.com.br

Pará

- Instituto Evandro Chagas (IEC) – Av. Almirante Barroso, 492 – Bairro Marco – Belém/PA – CEP: 66090-000
Responsável: Fernando Tobias
Tel.: (91) 211-4406 / 211-4427
Horário de Atendimento: das 7 às 17 horas
E-mail: fernandotobias@iec.pa.gov.br

Paraíba

- Hospital Universitário Alcides Carneiro – Rua Carlos Chagas, s/n.º – São José – Campina Grande/PB – CEP: 58107-670
Responsável: José Araújo Sobrinho
Tel.: (83) 341-1616
Horário de Atendimento: das 7h às 11 horas
- Hospital Universitário Lauro Wanderley – Campus Universitário – João Pessoa/PB – CEP: 58000-000
Responsável: Benedito Bruno de Oliveira
Tel.: (83) 216-7058
Horário de Atendimento: das 8 às 12 horas e das 14 às 18 horas

Pernambuco

- Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) – Rua dos coelhos, 300 – Coelhos – Recife/PE CEP: 50007-550
Superintendente: Antônio Carlos Figueira
Responsável: Márcia Jaqueline

Tel.: (81) 2122-4100 / 4192 / 4722

- Hospital Oswaldo Cruz – HOC – Rua Arnóbio Marques, 310 Santo Amaro – Recife/PE – CEP: 50100-130
Responsável: Vicente Vaz e Demócrito Miranda
Tel.: (81) 3413-1433 / 1333

- Hospital das Clínicas/HC/UFPE – Av. Prof. Moraes e Rego – Cidade Universitária – Recife/PE – CEP: 50050-901
Superintendente: Efreem Maranhão
Tel.: (81) 3454-3633 / 3453-4307

Piauí

- Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela – IDTNP – Rua Governador Raimundo Artur de Vasconcelos, 151 – Teresina/PI – CEP: 64000-000
Responsável: Carlos Henrique Nery Costa
Tel.: (86) 221-3413
Celular: 9482-8930
E-mail: crlshncst@aol.com

Paraná

- Laboratório de Ensino e Pesquisa em Análises Clínicas – Universidade Estadual de Maringá – Bloco J-90 sala 3 – Av. Colombo, 5790 – Jardim Universitário – Maringá/PR – CEP: 87020-900
Responsável: Thaís Gomes Verznigassi Silveira e Maria Valdrinez Campana Lonardoní.
Tel.: (44) 261-4495
Horário de Atendimento: de segunda a sexta-feira, das 7h45 às 11h30 e das 13h30 às 17h30
E-mail: tgvsilveira@uem.br ; mvclonardoní@uem.br

Rio de Janeiro

- Hospital Evandro Chagas – Av. Brasil, 4365 – Fundação Oswaldo Cruz – Rio de Janeiro/RJ

Responsável: Armando Schubach
Tel.: (21) 2560-4123
Horário de Atendimento: diário

Rio Grande do Norte

- Hospital Giselda Trigueiro – Rua Conego Monte, s/n.º – Natal/RN – CEP: 59000-000
Responsáveis: Luís Alberto Carneiro e Fernando Cardoso Marinho
Tel.: (84) 232-2509

Roraima

- Hospital Infantil Santo Antônio – Av. das Guianas, 1645 – 13 de Setembro – Boa Vista/RR – CEP: 69305-130
Responsável: Diretora Dr^a Marilza Bezerra Martins
Tel.: (95) 624-2804
Horário de Atendimento: das 8 às 12 horas / 14 às 18 horas

Rio Grande do Sul

- Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Fundação Fac. Fed. Ciências Médicas – Santa Casa de Misericórdia – Praça Dom Feliciano, s/n.º – Centro – Porto Alegre/RS
Responsável: Prof. Marília Maria dos Santos Severo
Tel.: (51) 3214.8018
Horário de Atendimento: das 13h às 18h
E-mail: mmsevero@portoweb.com.br

Santa Catarina

- Universidade Federal de Santa Catarina – Deptº de Microbiologia e Parasitologia – Bairro de Tiradentes – Campus Universitário – Florianópolis/SC
Responsável: Mário Steindel
Tel.: (48) 331-5163
Horário de Atendimento: das 8h às 18h

Sergipe

- Hospital Universitário – Rua Cláudio Batista, s/n.º – Aracaju/SE – CEP: 49060-100
Responsável: Angela Maria da Silva
Tel.: (79) 243-6450
Horário de Atendimento: quintas e sextas-feiras das 14 às 18 horas
E-mail: angelmar@ifonet.com.br

São Paulo

- Hospital das Clínicas – FMUSP – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 225 Cerqueira César – CEP 05403-010 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3069-6000 (PABX)
Horário de Atendimento: sextas-feiras das 8 às 12 horas
- Ambulatório de Leishmanioses da Divisão de Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias – HC – FMUSP – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 155 – 5º andar Bloco 2A – Cerqueira César CEP: 05403-010 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3069-6397
Horário de Atendimento: sextas-feiras das 8 às 12 horas
- Instituto de Infectologia Emílio Ribas – IIER – São Paulo – Av. Dr. Arnaldo, 165 – Cerqueira César CEP 01246-900 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3896-1200 (PABX)
- CRT-Aids – Referência para co-infecção HIV/Aids-LV – Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana CEP: 04121-000 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 5087-9911

- Hospital das Clínicas – UNICAMP – Av. Vital Brasil, 251 – Cidade Universitária – “Zeferino Vaz” Barão Geraldo – Campinas/SP
Tel.: (19) 3788-7916 Moléstias Infecciosas e Parasitárias
- Hospital de Clínicas – UNESP – Distrito de Rubião Júnior, s/n.º CEP 18618-970 – Botucatu/SP
Tel.: (14) 6802-6000 (PABX)
- Hospital das Clínicas – FMUSP – Ribeirão Preto
Tel.: (16) 602-3000 (PABX)
- Hospital de Base – FAMERP – Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416
CEP 15090-000 – São José do Rio Preto/SP
Tel.: (17) 210-5700 (PABX)
- Hospital das Clínicas/ Unidade Clínico-Cirúrgica – FAMEMA – R. Aziz Atalah, s/n.º
CEP 17519-040 – Marília/SP
Tel.: (14) 433-1366
- Hospital Universitário de Taubaté – UNITAU
Av. Granadeiro Guimarães, 270 Centro – Taubaté-SP
- Centro de Saúde I de Araçatuba – Rua Afonso Pena, 1537 Vila Mendonça – CEP: 16015-000 – Araçatuba/SP
Tel.: (18) 624-5749
Horário de Atendimento: 8 às 12 horas
- Centro de Saúde de Andradina – Rua Guararapes, 282 – Centro CEP: 16900-000 – Andradina/SP
Tel.: (018) 3722-9292
Horário de Atendimento: das 8 às 12 horas

Tocantins

- Hospital Dona Regina – ACNE I Conjunto 04 Lotes 36 e 38 – Palmas/TO
CEP: 77053-090
Responsável: Marielza dos Santos
Tel.: (63) 225-8283
- Hospital Comunitário de Palmas – 504 Sul, Alameda 01 Lote 01 – Palmas/TO
CEP: 77130-330
Responsável: Calixto Ismael Diaz Libera
Tel.: (63) 214-1424
- Unidade Clínica Médica de Doenças Tropicais UCMDT – Av. José de Brito, 1015, Setor Anhanguera – Araguaína/TO
CEP: 77818-530
Responsável: Cláudia Batista Câmara.
Tel.: (63) 411-6020
Horário de Atendimento: todos os dias pela manhã
E-mail: ncsuleiman@uol.com.br

ANEXO 2

Laboratórios de referência estaduais para diagnóstico das leishmanioses e da infecção pelo HIV

Instituições	Endereços	Cidades	Exames para leishmaniose		Exames para HIV
			Parasitológicos	Imunológicos	
LACEN/AC	Travessa do Hemoacre s/n.º - Vila Ivonete	Rio Branco	Pesquisa direta	Reação de Montenegro	Sorologia
LACEN/AL	Av. Marechal Castelo Branco, 1.773 - Jatiúca	Maceió	XXXXXXXXXX	RIFI	Sorologia, CD4, Carga Viral
LACEN/AP	Av. Ernestino Borges, s/n.º - Centro	Macapá	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral
FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL DO AMAZONAS	Av. Pedro Teixeira s/nº - D. Pedro I - Planalto	Manaus	Pesquisa direta, Cultura e PCR	RIFI/ e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral
LACEN/BA	Rua Waldemar Falcão, 123 - Brotas	Salvador	Pesquisa direta e Cultura	RIFI, ELISA e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral

LACEN/CE	Av. Barão de Studart, 2.405 - Aldeota	Fortaleza	Pesquisa direta	RIFI	Sorologia, CD4 e Carga Viral
LACEN/DF	SGAN Q. 601 Lotes O e P	Brasília	Pesquisa direta	Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral, e Genotipagem
CENTRO BIOMÉDICO DA UFES - NÚCLEO DE DOENÇAS INFECCIOSAS	Av. Marechal Campos, 1.468 - Maruípe	Vitória	Pesquisa direta e Cultura	Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral e Genotipagem
LACEN/GO	Av. Contorno, 3.556 - Jardim Bela Vista	Goiânia	Pesquisa direta	RIFI	Sorologia, CD4, Carga Viral
LACEN/MA	Rua Afonso Pena, 198 - Centro	São Luís	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia
LACEN/MS	Av. Filinto Müller, 1.666 - Jd. Ipiranga	Campo Grande	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral
LACEN/MT	Rua Thogo da Silva Pereira s/n.º - Centro	Cuiabá	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral

LACEN DE SAÚDE PÚBLICA/ FUNED - FUNDAÇÃO EZEQUIEL DIAS/ INSTITUTO OTÁVIO MAGALHÃES	Rua Conde Pereira C, 80 - Gameleira	Belo Horizonte	Pesquisa direta	RIFI	Sorologia, CD4 e Carga Viral
LACEN/PA	Av. Alcindo Cacela, 1.966 - Bairro de Nazaré	Belém	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4,e Carga Viral
LACEN/PB	Av. Cruz das Armas, s/n.º	João Pessoa	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral
LACEN/PE	Rua Fernandes Vieira, s/n.º - Bairro da Boa Vista	Recife	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral e Genotipagem
LACEN/PI	Rua 19 de Novembro, 1.945 - Bairro Primavera	Teresina	Pesquisa direta	Montenegro	Sorologia, CD4 e, Carga Viral
HDIC	Rua Raimundo Arthur de Vasconcelos, 151 - Centro	Teresina	Pesquisa direta e Cultura	RIFI	XXXXXXX
LACEN/PR	Ubaldo do Amaral 545 - Alto da XV	Curitiba	XXXXXXXXX	RIFI	Sorologia

FIOCRUZ (RJ) Centro de Pesquisa Clínica Hospital Evandro Chagas	Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Manguinhos	Rio de Janeiro	Pesquisa direta, Cultura e PCR	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral e Genotipagem
LACEN/RN	Rua Corrego Monte s/n.º - Quintas	Natal	XXXXXXXXX	RIFI	Sorologia, CD4, Carga Viral
LACEN/RO	Av. Jorge Teixeira, s/n.º -Policlínica Oswaldo Cruz Bloco 4 - Bairro Industrial	Porto Velho	Pesquisa direta	Montenegro	Sorologia
LACEN/RR	Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, s/n.º - Campus do Paricarana	Boa Vista	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4Carga Viral
LACEN/RS	Av. Ipiranga, 5.400 - Bairro Jardim Botânico	Porto Alegre	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral e Genotipagem
SC: Laboratório de Protozoologia - Universidade Federal de Santa Catarina	Campus da Trindade, caixa postal 476	Florianópolis	Pesquisa direta, Cultura, e PCR	RIFI e Montenegro	Sorologia e Carga Viral
LACEN/SE	Rua Campo de Brito, 551	Aracaju	Pesquisa direta	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral

INSTITUTO ADOLFO LUTZ DE SÃO PAULO	Av. Dr. Arnaldo, 355 - 10.º andar - Cerqueira César	São Paulo	Pesquisa direta e Cultura	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral
LACEN/TO	ACSU SO 60, conjunto 2, lote 1 - Centro	Palmas	XXXXXXXXXX	RIFI e Montenegro	Sorologia, CD4, Carga Viral

ANEXO 3

Formulário de notificação de suspeita de reação
adversa e queixa técnica a medicamento



Agência Nacional de Vigilância Sanitária

GGSPS - Unidade de Farmacovigilância



Preencher o maior número de informações, principalmente dados com (*)

CONFIDENCIAL

1 - Dados do Paciente

NOME OU INICIAIS*

IDADE OU DATA DE NASCIMENTO *

Nº DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

MASC. FEM.

SEXO* ☐ ☐

PESO em Kg (se conhecido)

NOME DA INSTITUIÇÃO/CLÍNICA*

2 - Dados do medicamento (nome comercial; para genéricos, informar o fabricante)

MEDICAMENTO SUSPEITO *

Dose
diária

Via de
admin.

Início
do uso

Fim
do uso

Motivo do uso

DESCRIÇÃO DA REAÇÃO (Breve relato da reação adversa, incluindo dados laboratoriais relevantes *)

Data do início da reação

Data do fim da reação

MEDICAMENTOS CONCOMITANTES (Prescritos ou por automedicação)

Dose diária

Via de admin.

Início do uso

Fim do uso

Motivo do uso

DOENÇA CONCOMITANTE OU REAÇÃO PRÉVIA AO MEDICAMENTO?

S

N

QUAL?

3 - Informações adicionais	
RECUPERAÇÃO?	☐ ^S ☐ ^N NÃO SABE
SEQUELA?	☐ ^S ☐ ^N QUAL?
ÓBITO?	☐ ^S ☐ ^N CAUSA MORTIS
NECESSITOU INTERNAÇÃO?	☐ ^S ☐ ^N PROLONGOU A INTERNAÇÃO? ☐ ^S ☐ ^N
RECEBEU TRATAMENTO ESPECÍFICO?	☐ ^S ☐ ^N QUAL?
O MEDICAMENTO FOI SUSPENSO?	☐ ^S ☐ ^N HOUVE MELHORA? ☐ ^S ☐ ^N A POSOLOGIA FOI ALTERADA? ☐ ^S ☐ ^N
HOUVE REEXPOSIÇÃO? *	☐ ^S ☐ ^N A REAÇÃO REAPARECEU? *
Em caso de gravidez, indicar a idade gestacional no momento do surgimento da reação adversa:	
É A PRIMEIRA NOTIFICAÇÃO DO CASO?	☐ ^S ☐ ^N O CASO FOI NOTIFICADO PARA A INDÚSTRIA? ☐ ^S ☐ ^N
4 - Dados do notificador	
DENTISTA ☐	ENFERMEIRO ☐
FARMACÊUTICO ☐	MÉDICO ☐
OUTROS ☐	
NOME:	ENDEREÇO:
CONSELHO PROFISSIONAL/ Nº:	UF:
TELEFONE:	DATA:
CIDADE/UF:	E-MAIL:
Obrigado pela sua cooperação!	
5 - Notificação de queixa técnica ou suspeita de desvio de qualidade	
Medicamento (nome comercial):	
Fabricante:	
Numero do lote:	
Validade:	
Forma Farmacêutica:	
Descrição do desvio:	

ANEXO 4

Ficha de notificação de leishmaniose tegumentar

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA

Dados Gerais

1

2

3

Código (IBGE)

4

Código

Dados do Caso

5

Código (CID10)

6

7

8

9

D - dias
M - meses
A - anos

10

M - Masculino
F - Feminino
I - Ignorado

11

Raça/Cor
1-Branca 2-Preta 3-Amarela
4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado

12

Escolaridade (em anos de estudo concluídos)
1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11
5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado

13

14

Dados de Residência

15

Código

16

17

18

19

20

Código (IBGE)

Distrito

21

Código (IBGE)

22

23

24

25

Código

Dados Complementares do Caso

Antecedentes Epidemiológicos

26

Data da Investigação

27

Ocupação / Ramo de Atividade Econômica

28

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

Data	Local/Município	UF	País

Dados Clínicos

29

Presença de Lesão

Cutânea

Cutânea Difusa

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Mucosa

30

Em Caso de Presença de Lesão Mucosa, Há Presença de Cicatrizes Cutâneas

1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Dados Labor.

31

Parasitológico Direto

1 - Positivo 2 - Negativo

3 - Não Realizado 9 - Ignorado

32

IRM

1 - Positivo 2 - Negativo

3 - Não Realizado 9 - Ignorado

33

Histopatologia

1 - Encontro do Parasita 2 - Compatível

3 - Não Compatível 4 - Não Realizado

9 - Ignorado

Clas. Caso

34

Tipo de Entrada

1 - Caso Novo 2 - Recidiva 9 - Ignorado

35

Forma Clínica

1 - Cutânea 2 - Mucosa

Tratamento

36

Data do Início do Tratamento

37

Droga Inicial Administrada

1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada

38

Peso

Kg

39

Dose Prescrita em mg/kg/dia Sb⁵

1 - < 10 2 - ≥ 10 < 15 3 - 15 4 - >15 <20 5 - 20 6 - >20

40

Nº Total de Ampolas Prescritas

Ampolas

41

Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial

1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina b 3 - Pentamidina 4 - Outros 5 - Não Se Aplica

Dados Entomológicos	42 Local Investigado 1-Rural 2- Urbano 3-Periurbano 4- Não se aplica 5- Não Pesquisado 9- Ignorado	43 Existência no Local da investigação : Matas Canavial Bananal Lixo Orgânico Outros 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 4 - Não Pesquisado 9 - Ignorado	
	44 Proximidade do local de investigação Metros	45 Presença de Flebotomíneo 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 4 - Não Pesquisado 9 - Ignorado	
	46 Se Afirmativo Intradomicílio Peridomicílio Extradomicílio 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	47 Existência de Animais no Peridomicílio Cão Equino Outros 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 4 - Não Pesquisado 9 - Ignorado	
	48 Existência de Animais com Lesão Aparente de Leishmaniose 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 4 - Não Pesquisado 9 - Ignorado	49 Espécies Capturadas de Flebotomíneos Obs:	
	50 Possibilidade de Transmissão no Local Pesquisado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	51 Indicação de Inseticida 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se Aplica 4 - Não Pesquisado 9 - Ignorado	
Conclusão	52 Critério de Confirmação 1 - Laboratorial 2 - Clínico-Epidemiológico	53 O Caso é Autóctone da UF ? 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado 9 - Ignorado	
	54 Autóctone do Município de Residência 1 - Sim 2 - Não 3 - Indeterminado 9 - Ignorado	55 Importado 1 - Outros Países 2 - Outra UF 3 - Outro Município	
	Local Provável de Fonte de Infecção		
	56 UF 57 País	58 Município	
	59 Bairro 60 Distrito	61 Doença Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
62 Evolução do Caso 1 - Alta por Cura 2 - Abandono 3 - Óbito 4 - Transferência 9 - Ignorado		63 Data do Óbito	64 Data do Encerramento
Observações:			
Investigador	65 Município/Unidade de Saúde		66 Código da Unid. de Saúde
	67 Nome	68 Função	69 Assinatura

Leishmaniose Tegumentar Americana

CENEPI 18/10/01

ANEXO 4A

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SINAN WINDOWS

Nº - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

1 - Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.

2 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

3 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

4 - Preencher com o nome completo da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) ou código correspondente segundo cadastro estabelecido pelo SINAN que realizou a notificação do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

5 - Nome do agravo/doença (ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado.

6 - Anotar a data em que foi realizado o diagnóstico do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

7 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações).

8 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

9 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex.: 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

10 - Preencher segundo a categoria referente ao sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado).

11 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

12 - Preencher com o código correspondente ao número de anos de estudo concluídos. A classificação é obtida em função da série e do grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação. A correspondência é feita de forma que cada série concluída com aprovação corresponde a um ano de estudo. (Ex.: Paciente cursou 4 anos, porém não concluiu o último ano, portanto o paciente deverá ser incluído na categoria de I a 3).

Este campo não se aplica para paciente com idade inferior a 7 anos.

13 - Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde - SUS.

14 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

15 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.

16 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente.

17 - Anotar o complemento do logradouro (ex.: Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

18 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente (Perto da padaria do João).

19 - Anotar a sigla da Unidade Federada da residência do paciente (ex.: DF).

20 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente.

• Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

21 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente.

22 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente (ex.: Cep : 70.036-030).

23 - Anotar o número do telefone do paciente.

24 - Zona de residência do paciente por ocasião da notificação (ex.: 1 = área com características estritamente urbana; 2 = área com características estritamente rural; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana).

25 - Anotar o nome do país de residência quando o

paciente notificado residir em outro país.

26 - Informar a data do início da investigação do caso.

27 - Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

28 - Preencher os campos data, município, unidade federada e país freqüentados pelo paciente no período de seis meses anteriores ao início dos sinais e sintomas.

29 - Preencher conforme os números pré-estabelecidos o tipo de lesão que o paciente apresenta.

30 - Caso tenha lesão mucosa, especificar se há presença de cicatriz cutânea.

31 - Informar o resultado do exame parasitológico direto.

32 - Informar o resultado da Intradermoreação de Montenegro.

33 - Informar o resultado do exame histopatológico.

34 - Informar se o caso é novo ou recidiva. É considerado recidiva, o paciente que apresentou nova lesão em qualquer lugar do corpo no período de até um ano após o último tratamento, descartando as possibilidades de nova infecção no período.

35 - Informar a forma clínica da lesão: caso tenha associação de lesão mucosa e cutânea, prevalecer a lesão mucosa.

36 - Preencher a data do início do tratamento.

37 - Informar o medicamento prescrito para o

tratamento.

38 - Informar o peso corpóreo do paciente.

39 - Informar a dose prescrita para o tratamento do paciente. Atentar para o esquema padronizado pelo MS (10 a 20 mg/Kg/dia/SB), lembrando que para as lesões mucosas a dose recomendada é de 20 mg/Kg/dia/SBv e para lesões cutâneas de 15 mg/Kg/dia/SBv.

40 - Informar o número de ampolas prescritas e entregue para o tratamento, lembrando que em casos de fracionamento (1,5) ampolas, o restante da medicação deve ser desprezada.

41 - Informar qual droga foi utilizada, na falência do tratamento inicial.

42 - Informar se foi realizada investigação (residência, trabalho e outros), indicando a sua localidade.

43 - Informar se no local investigado, há presença de matas, canavial, bananal, lixo orgânico e outros.

44 - Em caso afirmativo ao item 43 com mais de 01 situação indicada, informar a proximidade do local investigado com o item anterior que seja de maior relevância para a vigilância epidemiológica e ambiental.

45 - Informar se há presença de flebotomíneo. Indicar somente após pesquisa entomológica.

46 - Em caso afirmativo ao item 45, informar o local.

47 - Informar a existência de animais no peridomicílio.

48 - Em caso afirmativo ao item 47, informar se há presença de lesão aparente de leishmaniose.

49 - Em caso afirmativo ao item 45, informar as espécies de flebotomíneos capturadas.

50 - Informar se há possibilidade de transmissão no local pesquisado.

51 - Informar se foi indicado inseticida.

52 - Informar o critério de confirmação do caso. 53 - Informar se o caso é autóctone da UF

54 - Informar se o caso é autóctone do município de residência.

55 - Informar se o caso é importado de outros Países, outra UF ou outro município.

56 - Informar o nome da Unidade Federada correspondente ao local provável de infecção.

57 - Informar o nome do País correspondente ao local provável de infecção.

58 - Informar o nome do município correspondente ao local provável de infecção.

59 - Informar o nome do bairro correspondente ao local provável de infecção.

60 - Informar o nome do distrito/localidade correspondente ao local provável de infecção.

61 - Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo do trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto).

62 - Informar a evolução do caso.

63 - Caso o paciente tenha evoluído para óbito, preencher este campo com a data correspondente.

64 - Preencher com a data de encerramento do caso.

65 - Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação.

66 - Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.

67 - Informar o nome completo do responsável por esta investigação.

68 - Informar a função do responsável por esta investigação. Ex: enfermeiro.

69 - Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

ANEXO 5

Ficha de notificação de leishmaniose visceral

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO

Nº

LEISHMANIOSE VISCERAL

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual	2 Data da Notificação		
	3 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código		
Dados do Caso	5 Agravado LEISHMANIOSE VISCERAL	Código (CID10) B 5 5 0	6 Data dos Primeiros Sintomas	
	7 Nome do Paciente	8 Data de Nascimento		
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos	10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6- Não se aplica 9-Ignorado
	13 Número do Cartão SUS	14 Nome da mãe		
	15 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	16 Número	
Dados de Residência	17 Complemento (apto., casa, ...)	18 Ponto de Referência	19 UF	
	20 Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito	
	21 Bairro	Código (IBGE)	22 CEP	
	23 (DDD) Telefone	24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	25 País (se residente fora do Brasil)	Código

Dados Complementares do Caso	
Antecedentes Epidemiológicos	26 Data da Investigação 27 Ocupação / Ramo de Atividade Econômica
	28 Caso Novo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ 29 Município Endêmico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐
Dados Clínicos	30 Manifestações Clínicas (sinais e sintomas) 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Febre ☐ Emagrecimento ☐ Aumento do Baço ☐ Fraqueza ☐ Tosse e/ou diarreia ☐ Aumento do Fígado
	31 Infecções Intercorrentes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ HIV ☐ Tuberculose ☐ Outras
Dados Labor.	32 Diagnóstico Parasitológico 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado ☐ 33 Diagnóstico Imunológico 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Não Realizado 9 - Ignorado ☐ IFI ☐ ELISA ☐ Outro
Tratamento	34 Droga Inicial Administrada 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada 9 - Ignorada ☐ 35 Administração das Doses 1 - Supervisionada 2 - Não Supervisionada 3 - Não Se Aplica 9 - Ignorado ☐
	36 Duração do Tratamento com Antimoniato Pentavalente 1 - < 20 Dias 2 - 20 Dias 3 - 21 a 40 Dias 4 - > 40 Dias 5 - Não se Aplica 9 - Ignorado ☐ 37 Outra Droga Utilizada, na Falência do Tratamento Inicial 1 - Antimonial Pentavalente 2 - Anfotericina 3 - Pentamidina 4 - Outras 5 - Não Utilizada 9 - Ignorada ☐

Conclusão	38 Classificação Final ☐		
	1 - Confirmado 2 - Descartado (especificar) _____		
	Local Provável de Infecção		
	39 UF	40 País	41 Município
	42 Bairro	43 Distrito	
Investigador	44 Doença Relacionada ao Trabalho ☐		45 Evolução do Caso ☐
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Cura 2 - Óbito 9 - Ignorado
	46 Data do Óbito	47 Data do Encerramento	
	Observações:		
Investigador	48 Município/Unidade de Saúde		49 Código da Unid. de Saúde
	50 Nome	51 Função	52 Assinatura

ANEXO 5A

LEISHMANIOSE VISCERAL INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO FICHA DE INVESTIGAÇÃO - SINAN WINDOWS

Nº - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

1 - Este campo identifica o tipo de notificação, infoninação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.

2 - Anotar a data da notificação: data de preenchimento da ficha de notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

3 - Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

4 - Preencher com o nome completo da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) ou código correspondente segundo cadastro estabelecido pelo SINAN que realizou a notificação do caso. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.

5 - Nome do agravo/doença (ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID

10) que está sendo notificado.

6 - Anotar a data em que surgiram os primeiros sintomas no paciente. CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

7 - Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações).

8 - Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa.

9 - Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (ex.: 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.

OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

10 - Preencher segundo a categoria referente ao sexo do paciente (M = masculino, F = feminino e I = ignorado).

11 - Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: 1) Branca; 2) Preta; 3) Amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela); 4) Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça); 5) Indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

12 - Preencher com o código correspondente ao número de anos de estudo concluídos. A classificação é obtida em função da série e do grau que a pessoa está freqüentando ou

freqüentou considerando a última série concluída com aprovação. A correspondência é feita de forma que cada série concluída com aprovação corresponde a um ano de estudo. (Ex.: paciente cursou 4 anos, porém não concluiu o último ano, portanto o paciente deverá ser incluído na categoria de 1 a 3). Este campo não se aplica para paciente com idade inferior a 7 anos.

13 - Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde - SUS.

14 - Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações).

15 - Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.

16 - Anotar o número do logradouro da residência do paciente.

17 - Anotar o complemento do logradouro (ex.: Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).

18 - Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente (Perto da padaria do João).

19 - Anotar a sigla da Unidade Federada da residência do paciente (ex.: DF).

20 - Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente.

• Anotar o nome do distrito de residência do paciente.

21 - Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente.

22 - Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente (Ex.: CEP : 70.036-030).

23 - Anotar o número do telefone do paciente

24 - Zona de residência do paciente por ocasião da notificação (ex.: 1 = área com características estritamente urbanas; 2 = área com características estritamente rurais; 3 = área rural com aglomeração populacional que se assemelha a uma área urbana).

25 - Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.

26 - Informar a data do início da investigação do caso.

27 - Informar a atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).

28 - Informar se o paciente é caso novo.

29 - Informar se o município de residência do paciente é área endêmica para leishmaniose visceral.

30 - Registrar se o paciente apresenta clínica compatível com leishmaniose visceral.

31 - Registrar se o paciente apresenta infecções intercorrentes.

32 - Registrar o resultado do diagnóstico parasitológico para leishmaniose visceral.

- 33 - Registrar o resultado do diagnóstico imunológico para leishmaniose visceral.
 - 34 - Registrar a droga inicial administrada.
 - 35 - Caracterizar o tipo de administração da droga.
 - 36 - Registrar a duração do tratamento com Antimoniato Pentavalente.
 - 37 - Registrar a droga utilizada no caso de falência do tratamento inicial.
 - 38 - Identificar a classificação final. Nos casos descartados, especificar o diagnóstico de descarte.
 - 39 - Informar a unidade federada do local provável da fonte de infecção.
 - 40 - Informar o país do local provável da fonte de infecção.
 - 41 - Informar o município do local provável da fonte de infecção.
 - 42 - Informar o bairro do local provável da fonte de infecção.
 - 43 - Informar o distrito do local provável da fonte de infecção.
 - 44 - Informar se o paciente adquiriu a doença em decorrência do processo de trabalho, determinada pelos ambientes ou condições inadequadas de trabalho (contaminação acidental, exposição ou contato direto).
 - 45 - Informar a evolução do caso.
 - 46 - Em caso de óbito, informe a data de ocorrência do mesmo.
 - 47 - Informar a data do encerramento da investigação do caso.
- Observações: informar as observações

- necessárias para complementar a investigação.
- 48 - Informar o nome do município/unidade de saúde responsável por esta investigação.
 - 49 - Informar o código da unidade de saúde responsável por esta investigação.
 - 50 - Informar o nome completo do responsável por esta investigação. Ex: Mário José da Silva.
 - 51 - Informar a função do responsável por esta investigação. Ex: enfermeiro.
 - 52 - Registrar a assinatura do responsável por esta investigação.

ANEXO 6

Fichas de notificação de aids em adultos

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Data da Notificação	
	3 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Dados do Caso	5 Agravado AIDS		Código (CID10) B 2 4	6 Data do Diagnóstico
	7 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento	
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos		10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos) 1-Nenhuma 2-De 1 a 3 3-De 4 a 7 4-De 8 a 11 5-De 12 e mais 6-Não se aplica 9-Ignorado			
Dados de Residência	13 Número do Cartão SUS		14 Nome da mãe	
	15 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	16 Número
	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência	
	20 Município de Residência		Código (IBGE)	
	21 Bairro		Código (IBGE)	22 CEP
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
	25 País (se residente fora do Brasil)		Código	
Dados Complementares do Caso				
26 Nº do Prontuário		27 Ramo de Atividade Econômica		

Antecedentes Epidemiológicos

Aids Adulto

CENEPI 03.2 04/10/00

Dados Clínicos	42 Critério Caracas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Sarcoma de Kaposi (10) ☐ Tuberculose Disseminada/Extra-Pulmonar/Não Cavitária (10) ☐ Candidíase Oral ou Leucoplasia Pilosa (5) ☐ Tuberculose Pulmonar Cavitária ou Não Especificada (5) ☐ Herpes Zoster em Indivíduo Menor ou igual a 60 Anos (5) ☐ Disfunção do Sistema Nervoso Central (5) ☐ Diarréia Igual ou Maior a 1 Mês (2) ☐ Febre Maior ou Igual a 38°C por Tempo Maior ou Igual a 1 Mês (2) ☐ Caquexia ou Perda de Peso Maior que 10% (2) ☐ Astenia Maior ou Igual a 1 Mês (2) ☐ Dermatite Persistente (2) ☐ Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia (2) ☐ Tosse Persistente ou Qualquer Pneumonia (Exceto Tuberculose) (2) ☐ Linfadenopatia Maior ou Igual a 1cm, Maior ou Igual a 2 Sítios Extra-Inguinais por Tempo Maior ou Igual a 1 Mês (2)	
	43 Critério CDC/Modificado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Candidíase (Esôfago, Traquéia, Brônquio, Pulmão) ☐ Citomegalovirose ☐ Câncer Cervical Invasivo ☐ Criptococose (Extra-Pulmonar) ☐ Criptosporidíase ☐ Histoplasmose Disseminada ☐ Isosporíase ☐ Herpes Simples (Muco-Cutâneo) > 1 Mês, Esôfago, Brônquios, Pulmão) ☐ Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva ☐ Linfoma Não Hodgkin ☐ Linfoma Primário do Cérebro ☐ Micobacteriose Disseminada ☐ Pneumonia por <i>P. Carinii</i> ☐ Salmonelose (Septicemia Recorrente) ☐ Toxoplasmose Cerebral	
Dados do Laboratório	44 Diagnóstico Laboratorial de Infecção Pelo HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado 9 - Ignorado ☐ 1 - Elisa (1º Teste) ☐ 2 - Elisa (2º Teste) ☐ 3 - Imunofluorescência ☐ 4 - Western Blot ☐ 5 - PCR ☐ 6 - Outros	45 Contagem de Linfócitos CD4+
	46 Data da contagem de CD4+	
Critérios Excepcionais	47 Critério excepcional CDC - caso sem diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV, excluídas outras causas de imunodeficiência (corticoterapia sistêmica, leucoses e síndrome de imunodeficiência genética) e com doença indicativa de aids diagnosticada por método definitivo 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
	48 Diagnóstico de aids Explicitado na Declaração de Óbito, sem Nenhum Outro Dado 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 49 Óbito por Causa Não Externa de Paciente em Acompanhamento e com ARC 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	

Trat.	50 UF 51 Município Onde se Realiza o Tratamento	
-------	---	--

52

Unidade de Saúde Onde se Realiza o Tratamento

ANEXO 7

Ficha de notificação de aids em crianças

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2- Individual		2 Data da Notificação	
	3 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	4 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	
Dados do Caso	5 Agravado AIDS		Código (CID10) B 2 4	6 Data do Diagnóstico
	7 Nome do Paciente		8 Data de Nascimento	
	9 (ou) Idade D - dias M - meses A - anos		10 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	11 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado
	12 Escolaridade (em anos de estudo concluídos)		13 Nome da mãe	
Dados de Residência	15 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	16 Número
	17 Complemento (apto., casa, ...)		18 Ponto de Referência	
	19 UF		20 Município de Residência	
	Código (IBGE)		21 Bairro	
	Código (IBGE)		22 CEP	
	23 (DDD) Telefone		24 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Urbana/Rural 9 - Ignorado	
25 País (se residente fora do Brasil)		Código		
Dados Complementares do Caso				
26 Nº do Prontuário		27 Relações Sexuais 1-Só Com Homens 2-Só Com Mulheres 3-Com Homens e Mulheres 4-Não Se Aplica 9-Ignorado		

Antecedentes Epidemiológicos da Criança	28 Relações Sexuais Com Indivíduo Sabidamente HIV + / AIDS 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Se Aplica 9 - Ignorado
	29 Informação Sobre a Parceria Sexual 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Paciente com Múltiplos Parceiros Parceiro(a) com Múltiplos Parceiros Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Só Com Homens Parceiro(a) usuário(a) de Drogas Injetáveis Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Só Com Mulheres Parceiro(a) Que Recebeu Transfusão de Sangue/Derivados Parceiro(a) Que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres Parceiro Hemofílico
	30 Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 31 Hemofílico 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 32 História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	No Caso de Haver História de Transfusão de Sangue / Derivados
	33 Data da Transfusão 34 UF 35 Município
	36 Instituição
	37 Após Investigação Realizada Conforme Algoritmo da CN DST/AIDS, a Transfusão Foi Considerada Causa da Infecção Pelo HIV? 1 - Sim 2 - Não 3 - Não Houve Transfusão 4 - Investiação Inconclusiva / Não Realizada 9 - Ignorado
	38 Perinatal 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	Se Perinatal, Categoria de Exposição da Mãe 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	39 Se Heterossexual Parceiro HIV+/AIDS Parceiro Com Múltiplos Parceiros Com Múltiplos Parceiros Parceiro Usuário de Drogas Injetáveis Parceiro que Mantém Relações Sexuais Com Homens e Mulheres Parceiro Transfundido Parceiro Hemofílico
40 Usuário de Drogas Injetáveis 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado 41 História de Transfusão de Sangue / Derivados 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
42 Acidente de Trabalho em Profissionais de Saúde com Sorologia Negativa no Momento do Acidente e Soroconversão nos Primeiros 6 Meses 1-Sim 2-Não 3-Não se Aplica 9-Ignorado	

ids Infantil

Dados Clínicos	43 Sinais e Sintomas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Sinais Maiores ☐ Candidíase Oral Resistente ao Tratamento ☐ Aumento Crônico da Parótida ☐ Doença Diarréica Crônica ou Recorrente ☐ Herpes Zoster ☐ Tuberculose Sinais menores ☐ Otite ou Sinusite Crônica ou de Repetição ☐ Hepatomegalia e/ou Esplenomegalia ☐ Miocardiopatia ☐ Dermatite Crônica ☐ Linfadenopatia >= 0.5 cm em mais de 2 Sítios ☐ Febre >= 38°C >= 1 Mês ☐ Perda de Peso > 10% do Peso Anterior ou Alteração na Curva de Crescimento de 2 percentis ☐ Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia (Hb<80 g/L, linfócitos<1000mm³, plaquetas<100.000/mm³)
	44 Critério CDC 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado ☐ Candidíase (esôfago, traquéia, pulmão) ☐ Citomegalovirose ☐ Criptococose (extra-plumonar) ☐ Criptosporidíase ☐ Encefalopatia pelo HIV ☐ Gengivo-Estomatite Herpética Recorrente ☐ Herpes Simples (muco-cutâneo > 1 mês, esôfago, brônquios, pulmão) ☐ Histoplasmose Disseminada ☐ Infecções Bacterianas de Repetição/Múltiplas (pneumonia, abscessos em órgãos internos, infecções osteo-articulares) ☐ Isosporíase ☐ Leucoencefalopatia Multifocal Progressiva ☐ Linfoma não Hodgkin ☐ Linfoma Primário de Cérebro ☐ Meningite Bacteriana ou Sepsis ☐ Micobacteriose Disseminada ☐ Pneumonia Linfóide Intersticial ☐ Pneumonia por P. carinii ☐ Salmonelose (septicemia recorrente) ☐ Sarcoma de Kaposi ☐ Síndrome da Emaciação (Aids Wasting Syndrome) ☐ Toxoplasmose Cerebral
Dados do Laboratório	45 Sorologia para HIV 1 - Positivo 2 - Negativo 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizou 9 - Ignorado ☐ Elisa (1º Teste) ☐ Imunofluorescência ☐ PCR (1º teste) ☐ Elisa (2º Teste) ☐ Western Blot ☐ PCR (2º teste) ☐ Outros 46 Contagem de Linfócitos CD4+ 47 Data da contagem de CD4+
Trat.	48 UF 49 Município Onde se Realiza o Tratamento 50 Unidade de Saúde Onde se Realiza o tratamento

EQUIPE TÉCNICA

Participantes:

Ana Nilce Maia Elkhoury – SVS – MS
Ana Rabello – CPqRR – FIOCRUZ – MG
Denise Arakaki – SVS – DST – AIDS – MS
Elisa Cupolillo – IOC – FIOCRUZ – RJ
Gustavo Adolfo Sierra Romero – UnB – DF
Janduhy Santos – SVS – MS
José Angelo Lauletta Lindoso – IIER – SP
Kleber Luz – UFRN – RN
Leidijany Costa Paz – SVS – DST – AIDS – MS
Lílian Amaral Inocência – SVS – DST – AIDS – MS
Marcia Hueb – UFMT – MT
Marco Tulio A. García-Zapata – UFG – GO
Mauro Sánchez – SVS – DST – AIDS – MS
Valdir Sabbaga Amato – USP – SP

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada
gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde
pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, janeiro de 2004
OS 0005/2004