



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**BÁRBARA RONCÔNI ZANOTÉLLI**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRATAMENTO  
DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA -  
LTA**

**Bárbara Roncôni Zanotelli**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRATAMENTO  
DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA -  
LTA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ma. Sônia Carvalho de Santana

Ariquemes – RO  
2014

**Bárbara Roncôni Zanotélli**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NO PROCESSO DE TRATAMENTO  
DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA -  
LTA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Professora. Ma. Sônia Carvalho de Santana  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Professora.Esp. Mariana Ferreira Carvalho  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Professora. Dr<sup>a</sup> Ederly Santos Silva  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 10 de Junho de 2014.

*Dedico este trabalho de conclusão de curso à  
minha querida Mãe!*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ser o meu refúgio em momentos de desespero, medo e aflição, pois na distância da proteção de meus pais o seu folego de vida me sustentou e me encorajou a seguir em frente.

A minha Mãe, Carmem Ronconi, por ter me ensinado o caminho da educação da religião e do trabalho me mantendo em pé e me estimulando a seguir em frente. Mãezinha obrigada pelo colo nos momentos de choro, obrigada pelo perdão e compreensão nos momentos que eu errei, obrigada por nunca ter desistido de mim, Te Amo!

A meu Pai, Geraldo José Zanotélli, que foi o meu maior encorajador, quem incansavelmente elevou minha autoestima me fazendo sorrir em momentos que a vontade era só de chorar. Obrigada Paizinho por sua firmeza, por sua amizade, e pelo seu exemplo de coragem e de não desistir nunca.

A minha irmã, Nátila, por ser uma luz que ilumina a minha vida, por encher meu coração de alegria e amor. Náh, obrigada pelos conselhos pelo seu carinho e paciência.

A meu irmão, Alex, que apesar das nossas brigas e mágoas, você é o meu presente de Deus. Espero um dia o meu nome fazer parte da sua lista de agradecimentos, porque sei que você é capaz, não desista de seus planos.

A meu namorado André, por ter o dom da paciência e da compreensão, por suportar minhas crises de desespero, raiva, angústia, sempre com muita serenidade e amor, por me ajudar nos trabalhos, e me fazer uma pessoa mais feliz e amada.

A meus amigos de infância, Junior Miotto, André Rondover, Paulo Brondani (in Memória) e Leidiane Rios. Infinitamente grata por serem luz no meu caminho. Obrigada Deus, por esses anjos fazerem parte da minha vida!

A minha Mãe baiana, Angélica Dantas, a Tia Déia e a minha prima Rejane Ronconi, por servirem de inspiração na escolha do meu curso, são joias como vocês que enriquecem nossa bela profissão.

A meus Professores, em especial minha orientadora Sônia Carvalho de Santana,

Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza, Denise Chocair, Helena Meika Uesugui, Sônia Batini, Silvia Rossetto. Obrigada pela amizade, pelas orientações e por compartilhar a riqueza de seus conhecimentos.

A minha turma, sendo ela a mais linda e mais inteligente da faculdade, composta por 11 incríveis mulheres maravilhosas, competentes e vencedoras; Nathália Fernandes Jéssica Vale, Jessica Laborda, Viviane, Lizete, Arlete, Marayane, Jádía, Claudia, e em especial minha querida amiga Marciana Andréia Pinto quem me apoio não só na vida acadêmica, mas na vida pessoal, obrigada por tudo!

A minha prima Fabíola Ronconi ao meu querido amigo Eliel Fabio da Silva Paixão, e Carolina Melo. Obrigada pelos momentos loucos e inesquecíveis.

A todos vocês que acreditaram na minha formação, hoje eu vivo a realização de um sonho, um dos momentos mais felizes e mais aliviantes da minha vida, essa batalha eu venci, e que venham as próximas!

O homem não teria alcançado o possível se, repetidas vezes, não tivesse tentado o impossível.

*Max Weber*

## RESUMO

As doenças transmissíveis podem ser veiculadas de diferentes maneiras, por meio de vetores, ambiente e indivíduo, caracterizadas como doenças cujo agente causador é vivo e transmissível, representando uma das mais importantes causas de morbimortalidade mundial, principalmente em países subdesenvolvidos. A Sistematização da Assistência de Enfermagem beneficia tanto o paciente, que receberá um atendimento individualizado e integral assim como uma melhor qualidade da assistência, principalmente no que tange a equipe de enfermagem, que poderão vivenciar a importância do Processo de Enfermagem (PE). Este estudo de revisão bibliográfica tem como objetivo geral descrever a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem no processo de tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA). Ao fim do estudo observa-se que o tratamento deve ser ampliado e remeter de forma sistemática o acolhimento aos usuários e suas necessidades, na percepção de que a saúde implica direito a dignidade.

**Palavras-Chave:** Leishmaniose Tegumentar Americana; Tratamento; Enfermagem.



## **ABSTRACT**

Communicable diseases can be transmitted in different ways , by means of vectors, environment and individual, characterized as diseases whose causative agent is alive and transmitted, representing one of the most important causes of morbidity and mortality worldwide, especially in underdeveloped countries. The Systematization of Nursing Care benefits both the patient will receive an individualized and comprehensive care and a better quality of care, especially regarding the nursing staff , who can experience the importance of the Nursing Process (EP). This bibliographic review has as general objective to describe the importance of the Systematization of Nursing Care in the process of treatment of American Cutaneous Leishmaniasis (ACL). At the end of the study it is observed that they must access to treatment and remit should be expanded systematically accommodating users and their needs the perception that health implies the right to dignity.

**Keywords:** Cutaneous Leishmaniasis; Treatment; Nursing.

## LISTA DE FIGURAS

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| FIGURA 1 - Ciclo biológico da LTA.....                                      | 19 |
| FIGURA 2 - Fêmea de Flebotomíneo ingurgitada.....                           | 22 |
| FIGURA 3 - Lesão Ulcerada com Bordas Levantadas.....                        | 28 |
| FIGURA 4 - Lesão nasal Leishmaniose Tegumentar Americana, forma mucosa..... | 29 |
| FIGURA 5 - Leishmaniose tegumentar americana, forma cutânea difusa.....     | 30 |
| FIGURA 6 - Raspagem para coleta de material.....                            | 43 |

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Esquema terapêutico preconizado para as diversas formas clínicas de LTA, segundo OMS e Ministério da Saúde.....33

QUADRO 2 – Doses de Antimoniato de N-metilglucamina utilizadas no tratamento de lesões cutâneas e mucosas.....34

QUADRO 3 – Esquema terapêutico com Anfotericina B na Leishmaniose Tegumentar Americana.....35

QUADRO 4 - Planejamento sistematizado dos cuidados de enfermagem ao portador da LTA.....42

## LISTA DE ABREVIATURAS

BVS - Biblioteca Virtual de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDRM - Intradermorreação de Montenegro

LC - Leishmaniose cutânea

LCD - Leishmaniose cutânea difusa

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LM - Leishmaniose mucosa

LTA - Leishmaniose Tegumentar Americana

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PE - Processo de Enfermagem

PSF - Programa Saúde da Família

PVLTA - Programa de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SCIELO – Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Eletrônica Científica Online)

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidades Básicas de Saúde

USP - Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....                            | <b>13</b> |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....                             | <b>15</b> |
| 2.1 GERAL.....                                       | 15        |
| 2.2 ESPECÍFICOS.....                                 | 15        |
| <b>3 METODOLOGIA</b> .....                           | <b>16</b> |
| <b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....                 | <b>17</b> |
| 4.1 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA).....     | 17        |
| <b>4.1.1 Contexto Histórico</b> .....                | <b>17</b> |
| 4.2 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA.....                  | 19        |
| <b>4.2.1 Agente Etiológico</b> .....                 | <b>20</b> |
| <b>4.2.2 Hospedeiros</b> .....                       | <b>21</b> |
| <b>4.2.3 Vetor</b> .....                             | <b>22</b> |
| <b>4.2.4 Transmissão</b> .....                       | <b>23</b> |
| <b>4.2.5 Epidemiologia</b> .....                     | <b>24</b> |
| 4.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA LTA .....              | 27        |
| <b>4.3.1 Leishmaniose cutânea (LC)</b> .....         | <b>27</b> |
| <b>4.3.2 Leishmaniose mucosa (LM)</b> .....          | <b>28</b> |
| <b>4.3.3 Leishmaniose cutânea difusa (LCD)</b> ..... | <b>29</b> |
| <b>4.3.4 Diagnóstico da LTA</b> .....                | <b>30</b> |
| <b>4.3.5 Tipos de Tratamento</b> .....               | <b>31</b> |
| 4.4 ASPECTOS HISTÓRICOS E ÉTICOS LEGAIS DA SAE ..... | 35        |
| <b>4.4.1 Processo de Enfermagem no Brasil</b> .....  | <b>40</b> |

|                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>4.4.2 Aspectos Éticos Legais .....</b>                                                 | <b>38</b> |
| <b>4.5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À LTA.....</b>                                        | <b>41</b> |
| <b>4.5.1 Processo de Tratamento da LTA e o profissional Enfermeiro (a).....</b>           | <b>46</b> |
| <b>4.5.2 Contribuição do Enfermeiro (a) na Vigilância Epidemiológica da LTA<br/>.....</b> | <b>48</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                         | <b>52</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                   | <b>53</b> |

## INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) abordada neste estudo compreende-se como zoonose que afeta o homem e diversos animais silvestres e domésticos. Não constitui poder de contágio, porém, é uma doença infecciosa, despendida por um protozoário do gênero *Leishmania*, acometendo principalmente pele e mucosas. Foram reconhecidas atualmente 11 espécies dermatrópicas de *Leishmania* causadora da LTA em humanos. No Brasil foram identificadas sete espécies, sendo que as três bacilares são *Leishmania (Leishmania) amazonensis*, a *Leishmania (Viannia) guyanensi* e a *Leishmania (Viannia) braziliensis*. Alguns fatores tornam a Leishmaniose Tegumentar Americana uma doença de difícil controle no Brasil, como as diversidades de agente etiológico, vetores e reservatórios igualmente aos distintos moldes de difusão e a ciência limitada sobre as categorias da doença (BRASIL, 2009a).

As doenças transmissíveis podem ser veiculadas de diferentes maneiras, por meio de vetores, ambiente e indivíduo. Elas podem ser caracterizadas como doenças cujo agente causador é transmissível, que representa uma das mais inusitadas causas de morbimortalidade mundial, principalmente em países subdesenvolvidos, como o Brasil. Por esses e outros motivos, LTA têm movido uma perturbação à saúde pública, na busca por sua diminuição (BESERRA et al., 2006).

Conforme relatam Cunha e Barros (2005), a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE favorece de tal maneira o paciente, o qual recebe um acolhimento individualizado e integral assim como uma melhor qualidade da assistência, principalmente no que tange o grupo de enfermagem, que poderão vivenciar a estima do processo de enfermagem (PE).

A LTA pode manifestar-se sob duas formas: tanto pela forma mucosa como pela forma cutânea. A leishmaniose cutânea se demonstra de desenho localizado abrangendo lesões de forma única ou múltipla, com particularidade ulcerada com margens elevadas e cavado granuloso, pode manifestar-se também de forma difundida atacando distintas partes do corpo, com preferência pela face e o tronco. Comumente secundária à forma cutânea, a forma mucosa diferencia-se por infiltrados e ulcerações nas cavidades nasais, laringe, faringe e cavidade oral. O caráter de difusão se dá por meio da picada dos flebotomíneos fêmeas eivadas do

gênero *Lutzomya*. A suscetibilidade é universal e o período de incubação é de em média dois meses (BRASIL, 2009a).

Assim, o aumento do número de casos da LTA no país e sua complexa epidemiologia patológica, o tratamento vem sendo a grande arma para o seu combate. Além da adesão ao tratamento, o êxito do tratamento, está proporcionalmente relacionado ao tempo que o paciente leva para procurar o diagnóstico. Em nosso país, a droga de escolha inicial para a terapêutica da LTA é o antimoniato-N-metilglucamina na dose de 10 a 20mg Sb<sup>v</sup>/Kg/d, por 20 dias para a leishmaniose do tipo cutânea, e de 20mg Sb<sup>v</sup>/Kg/d, com tempo previsto de trinta dias, para a forma mucosa, chegando ao total de três ampolas por dose, em que cada ampola contém 5mL, com 81mg Sv<sup>v</sup>/ml (SILVA e MUNIZ, 2009).

Nesta totalidade, o interesse por este tema inseriu-se pela trajetória acadêmica, este contexto em si, demonstrava inquietude e preocupações, gerando estímulos para pesquisar essa realidade angustiante, tendo em vista as situações alarmantes as quais esta população tende a sofrer (mesmo que indiretamente). Com isso, para nortear meu estudo, escolhi a interrogativa: Terá o enfermeiro influência direta na adesão ao tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) por seus portadores?

Diante da exposição, o tema abalizado para este estudo, sistematização da assistência de enfermagem no processo de tratamento da leishmaniose tegumentar americana é razoável, no entendimento de que a enfermagem é uma profissão caracterizada pelo cuidado presente no cotidiano das pessoas e contempla nestes termos o bem estar, conforto, alívio do sofrimento, segurança e o compromisso ético e estético para com os sujeitos, justificando-se assim que se estude esta temática nestas condições, para que se possa através da pesquisa, descrever a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem no processo de tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) diante da possibilidade de atenção a prática terapêutica de forma mais reflexiva para que se aprofunde os conhecimentos no redimensionamento do trabalho dos profissionais com ônus a um novo e estratégico caminho de atuação.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Descrever a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem no processo de tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA).

### 2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o contexto histórico da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA);
- Conceituar os aspectos históricos e éticos legais da SAE;
- Abordar a atuação do enfermeiro no tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana.

### 3 METODOLOGIA

O estudo trata-se de uma revisão de literatura de cunho descritivo com abordagem qualitativa, realizado através de levantamento nas bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e em livros do acervo da Biblioteca Julio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Para mais perfeita análise e concepção dos dados, os referenciais teóricos foram agrupados quanto as semelhança dos objetivos específicos. O delineamento temporal das referências se deram baseadas em literaturas datadas de 1999 a 2013.

Seus critérios de inserção para revisão de literatura foram todos os periódicos disponíveis nas bases de dados, nacionais, internacionais e com os descritores: Leishmaniose Tegumentar Americana; Tratamento; Enfermagem.

Entretanto os critérios de exclusão foram os periódicos que não estavam disponíveis por completos, e se encontravam sob a forma de resumo sem coerência frente às categorias propostas na pesquisa.

Contudo, este trabalho monográfico foi dividido em três etapas, sendo: a primeira, a confecção do Pré-Projeto de pesquisa, o qual se deu ao fim do primeiro semestre de 2013. Tendo continuidade com o Projeto de TCC, com entrega datando do final do segundo semestre de 2013 e por fim, a entrega e apresentação em slides no fim deste semestre de 2014.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA (LTA)

Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) pode ser definida como uma moléstia infecciosa sem acréscimo de inoculação da mesma, que se instala por diferentes espécimes de protozoários do gênero *Leishmania*, que ataca pele e mucosas. É entendida como infecção zoonótica, que afeta dentre outros animais também o ser humano de forma secundária (BRASIL, 2007).

A LTA é um tipo de zoonose que ataca além das assinaladas espécies de animais domésticos e silvestres, sobrevém ainda sobre o ser humano. Esta doença de alto teor infeccioso exhibe manifestações polimórficas de mucosas além de pele causada por vários espécimes, sendo as mais corriqueiras em nosso país a *Leishmania (Viannia) guyanensis*, *L. (Viannia) braziliensis*, e *L. (Leishmania) amazonensis*. Estas apresentam períodos de transmissão heterógeno, cujos vetores são artrópodes hematófagos da subfamília Phlebotominae, paralela ao *Lutzomyia*, o gênero mais costumeiro (MURBACK et al., 2011).

Em nosso país, no período de 1998 a 2008, foram registrados aproximadamente 282.000 casos de LTA. Neste mesmo período, no estado de Mato Grosso do Sul, totalizam-se cerca de 2.240 notificações. Esta patologia, no decorrer dos anos, comportou-se como enfermidade costumeiramente profissional, que acomete em formatos peculiares seres humanos adultos sujeitos a regiões de mata. Apesar disso, tem proporcionado, nas findas décadas, alterações em analogia ao seu desempenho epidemiológico, perante ao amplo artifício de urbanização, com crescente impulso ofensivo também entre crianças e mulheres (MURBACK et al., 2011).

#### 4.1.1 Contexto Histórico

Companheira do ser humano desde épocas remotas, a Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma doença que acumula descrições e relatos achados em artigos literários desde o séc. I d.C. Cerâmicas pré-colombianas forma

encontradas nas Américas, de 400 a 900 anos d.C., improvisadas pelos nativos do Peru, onde exibiam mutilações na face, características de dada afecção cutânea relativa a esta moléstia, hoje distinguida assim como leishmaniose cutânea-mucosa. Em seguida, por meio de esboços da história da medicina, foram desvendadas múmias com prejuízos de pele e mucosas, predicados atribuídos à leishmaniose. A principal alusão de LTA no Brasil esta disposto no apontamento da Pastoral Religiosa Político-Geográfica de 1827, mencionada na obra de Tello cujo título é: “Antiguidad de La Syphilis em el Peru”, no qual foi relatada a excursão que Frei Dom Hipólito Sanches de Fayas y Quiros fez do interior do Amazonas (Município de Tabatinga) até o Peru (país de terras sul-americanas), apreciando os solos do vale amazônico (BASANO e CAMARGO, 2004).

A primeira pessoa que se dispôs a analisar o parasita do gênero *Leishmania* foi Cunningham (1885), na Índia, em episódios de leishmaniose visceral. No Brasil, Cerqueira, em 1855, advertira a vivência do mal da pele, identificando-a clinicamente assim como botão de Biskra. Em 1895, na Itália, Breda, delineou a enfermidade em italianos nativos de São Paulo. Todavia, em nosso país, o gênio leishmaniótico dos detrimientos nasofaríngeos e cutâneos só foi ratificada, primitivamente, em 1909, por Lindenberg, que localizou culturas de *Leishmania*, similares à *Leishmania tropical* (Wright, 1903) da leishmaniose do Velho Mundo, em detrimientos cutâneos de pessoas que comerciavam nas matas do interior do Estado de São Paulo. Gaspar Vianna, por apreciar o parasito desigual da *L. tropicalis*, o denominou de *L. braziliensis*, permanecendo assim designado o atuante etiológico da “ferida brava”, “úlceras de Bauru”, ou “nariz de tapir” (BASANO e CAMARGO, 2004).

No Brasil, até a década de 1970, todos os episódios de LTA eram conferidos a *L. braziliensis*. Com o refinamento dos métodos de análise e a energização dos esboços epidemiológicos e ecológicos, distintas espécies foram descritas, sendo armazenadas até o período, seis espécies geradoras da LTA (BRASIL, 2000).

As leishmanioses já eram apreciadas igualmente ao princípio do século como uma abundância de moléstias dermatológicas muito parecidas dentre si e com aspecto clínico associado a lesões cutâneas, comumente ulcerosas, e por vezes afetando também as mucosas oro nasais (MARZOCHI et al., 2002).

Conforme Melão et al (2006) as elementares suposições de LTA no Brasil nasceram em 1909 quando foram localizadas leishmanias em feridas de pele de doentes de São Paulo. No período foi agregada ao serviço profissional porquanto

abordou operários da região noroeste de São Paulo, durante a constituição da ferrovia, daí a denominação “úlceras de Bauru”.

A colocação dos animais silvestres como agentes reservatórios da LTA somente ficou confirmada em 1957, quando se evidenciou primária condição de infecção em roedores silvestres, no Panamá. Três anos após, animais silvestres foram outra vez deparados com parasitas, em extensões florestais de São Paulo. Seguiram-se então múltiplos descobrimentos que colaboraram para a significação do quadro epidemiológico da zoonose, presentemente concebido por um implexo de espécies de *Leishmania*, insetos e animais reservatórios, conchegando desiguais circuitos de transmissão (FALQUETO e SESSA, 2009).

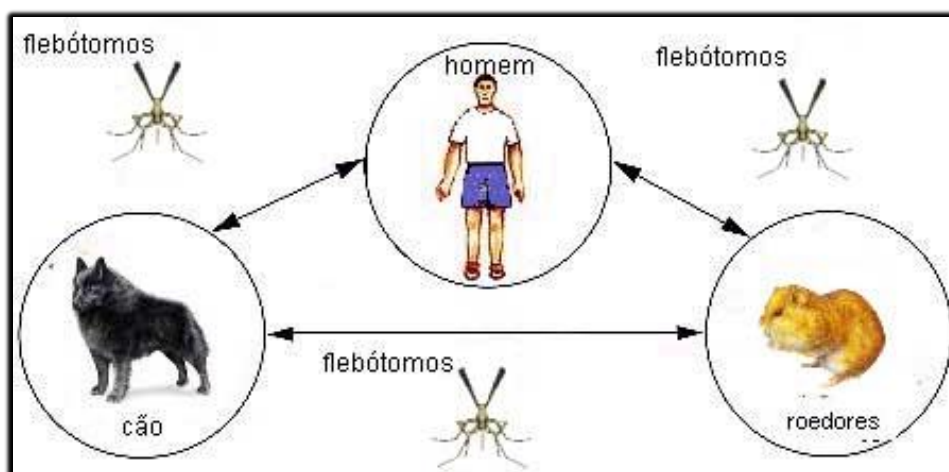


Figura 1 - Ciclo Biológico da LTA

Fonte: <http://www.vidaanimal.vet.br>

## 4.2 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

A história natural de uma doença é o título dado ao conglomerado de artifícios que abrangem as inter-relações do hospedeiro suscetível, do agente e do meio ambiente. Tem ampliação em dois momentos sequenciais: o momento patológico e o momento epidemiológico. Conhecer a história natural da LTA beneficia o campo dos atos preventivos necessários, analisando que um dos alicerces da precaução é partir ligações no ciclo de transmissão, a ciência destes fatores, assim sendo, é fundamental para as atividades de controle e prevenção. A grandeza das espécimes verificada no gênero *Leishmania*, nos reservatórios vertebrados e invertebrados

cogita a complicação da LTA e os problemas em controlá-la além de reafirmar a obrigação de mais esboços pautados a eco epidemiologia da moléstia para um máximo entrosamento dos distintos ciclos de transmissão desta terrível peste (ANDRADE, 2010a).

Compreende-se que a história natural da LTA expõe raros estudos pautados a informação dos reservatórios agregados à *Leishmania (Viannia) braziliensis*, entretanto, é correto afirmar que a LTA é um conjugado de moléstias ocasionadas por múltiplos espécimes de protozoários digenéticos da camada Kinetoplastida, da genealogia Trypanosomatidae, da qualidade *Leishmania*, que atacam a pele e mucosas do ser humano e de diversas classes de animais silvestres e domésticos de regiões tropicais e subtropicais do Novo e Velho Mundo. Nas Américas, são impressas em meio aos animais e o ser humano pela picadura das fêmeas de várias espécies de flebotomos (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae) das espécies *Lutzomyia Psychodopygus*. A contaminação diferencia-se pelo parasitismo das células do aparelhofagocítico mononuclear (SFM) da mucosa e da derme dos hospedeiros vertebrados (monócitos, histiócitos e macrófagos) (BRASIL, 2006).

#### **4.2.1 Agente Etiológico**

Pertencente à genealogia Trypanosomatidae com dois formatos fundamentais: promastigota ou flagelada, descoberta no canal digestório do artrópode vetor e em determinados ambientes de cultura camufladas além da amastigota ou aflagelada, como é percebida nos tecidos dos hospedeiros vertebrados (homem e distintos animais), a *Leishmania* é denominado um protozoário (BRASIL, 2000).

Os hospedeiros vertebrados abrangem ampla abundância de mamíferos: roedores, endentados (tamanduá, tatu, preguiça), canídeos, marsupiais (gambá) e primatas, compreendendo o ser humano. Os hospedeiros invertebrados são apoucados artrópodes da camada Diptera, linhagem Psychodidae, subfamília Phlebotominae, gênero *Lutzomyia*. Em estes insetos acontece parte do circuito biológico do parasita (GENARO e REIS, 2005).

#### 4.2.2 Hospedeiros

Em todo o mundo são existentes cerca de 500 espécies de flebotomíneos conhecidas. Destas, apenas 30 foram comprovadas como vetor doença. Os hospedeiros invertebrados: são artrópodes pequeninos da ordem díptera, família Psychodidae, subfamília Phlebotominae, gênero Lutzomyia. Já os hospedeiros vertebrados, incluem grande variedade de mamíferos, entre estes, os animais edentados os roedores, marsupiais, ainda primatas e canídeos além do homem (GIL, et al., 2003).

São apreciados como reservatórios da LTA aquelas espécies que cubram o fluxo de leishmânias na natureza dentre um repasse temporal e ambiental. São inúmeros os comentários de contaminação em animais domesticados. Contudo, não existem proeminências científicas que comprovem o papel desses animais como depósitos das espécies de leishmanias, versando sobre consideráveis hospedeiros aleatórios da moléstia. A LTA nestes animais pode se expor assim como uma enfermidade crônica, com aparições análogas as da enfermidade humana, ou seja, este parasitismo ocorre de preferencia nas regiões de mucosas nas vias aérea e digestivas superiores (BRASIL, 2007).

A disseminação da enfermidade nas mais variantes regiões de nosso país tem como contribuinte fatorial a ampla multiplicidade de hospedeiros vertebrados que epidemiologicamente são reservatórios acessíveis. Ainda que o homem se considere um hospedeiro casual para as naturezas americanas de Leishmania, se aceita que o saimento clínico da patologia na contaminação humana resulte de uma intranquilidade na afinidade parasito-hospedeiro (MARZOCHI et al., 2002).

No começo da contaminação, as cultivas promastígotas são disseminadas na derme no momento do repasto do sangue do Flebotomíneo. Certos macrófagos são apropriados de extinguir os parasitos espontaneamente, enquanto alguns necessitam ser instigados. Unicamente macrófagos precisos (histiócitos) não instigados são aptos para a consagração da contaminação. Ao constituírem-se fagocitadas, as promastigotas decompõem-se em amastigotas e principiam representação por classes binárias consecutivas; aonde mais macrófagos são seduzidos ao sítio, para se fixarem e serem infectados. O prejuízo primitivo é despontado por um influído inflamatório ajustado notadamente por macrófagos e

linfócitos na pele, permanecendo estes derradeiros entupidos de parasitas (GENARO e REIS, 2005).

#### 4.2.3 Vetor

Os Flebotomíneos formam um bando de artrópodes hematófagos, responsáveis pela difusão das Leishmanioses. Na maioria das vezes não excedem a dimensão de 0,5 cm, com membros/pernas alongadas e finas com seu corpo fortemente piloso (figura 2). Incluem como distinção seu voo estilo saltitante e a sustentação das asas rígidas, mesmo em pouso, ao adverso dos seguintes insetos. Comumente se mostra de cor parda, vulgo “mosquito palha”, ficando exclusivamente as fêmeas afeiçoadas com o concernente dispositivo bucal para pungir a pele de vertebrados e absorver o conteúdo sanguíneo. Mostram-se por contingentes denominações notórias, modificando segundo as regiões, logo: asa dura, mosquito palha, birigui, asa branca, arrepiado, tatuquira, cangalhinha, cangalha, ligeirinho, péla-égua, (BRASIL, 2007).



Figura 2 -Fêmea de Flebotomíneo ingurgitada  
Fonte: (BRASIL, 2007)



Pouco se conhece de seus viveiros, descobrindo-se as formas juvenis em resquícios de gretes de pedra, grutas, troncos do chão e de folhas perecidas e úmidas, e ainda nas fundas das árvores em tocas de animais – ou seja, em terreno úmido, mas não ensopado, e em resíduos abastados em fonte orgânica em degeneração (TEODORO et al., 2004).

Nas composições promastigotas viventes no trato digestor do vetor, o elementar sinal de casta é a obra de um secundário flagelo que consecutivamente se conserva menor do que o incomum. Isto é comboiado de uma mudança do cinetoplasto, precisado possivelmente de réplica do DNA. O centro se decompõe em ambas as partes que normalmente permanecem lado a lado. Neste andamento o cinetoplasto fica sobrecarregado e denso. Depois de o âmago ser desmontado, o cinetoplasto se abre e a corporação do parasita se espaça longitudinalmente pela região prévia para lançar duas pequenas promastigotas. Em cultivos é corriqueiro, contudo, a colisão de formatos cujo cinetoplasto se decompõe antes do núcleo. A reprodução das formas amastigotas sucede no imo dos fagossomas de macrófagos, igualmente por separação binária, de caráter análogo ao que acontece nas composições promastigotas (GENARO e REIS, 2005).

#### **4.2.4 Transmissão**

A maneira de difusão da LTA é por meio da picada de artrópodes transmissivos contaminados. Não possui difusão de pessoa para pessoa. Ao desempenhar o hematofagismo, a fêmea do flebotomíneo rasga com suas queixadas a contextura subcutânea imediatamente debaixo da pele, cultivando sob esta uma afluência de sangue, onde são disseminadas as formas promastigotas metacíclicas derivadas das regiões antecedentes do trato digestor: probóscida, cibário, esôfago e faringe (GENARO e REIS, 2005).

Visivelmente, cabais os sujeitos apresentam sensibilidade análoga à contaminação leishmaniótica, estando sujeito a encontro de casos, em motivada extensão, da máxima ou mínima apresentação dos sujeitos ao risco de inoculação pela picadura dos flebotomíneos. O tempo de incubação da moléstia no homem se dá aproximadamente por 2 meses, podendo proporcionar ocasiões mais curtas com apresentação de 2 semanas e/ou mais extensa chegando até 2 anos (BRASIL, 2000).

#### 4.2.5 Epidemiologia

No Brasil, a (LTA) é uma das infecções dermatológicas que faz jus a uma carga alta de atenção, por conta de sua intensidade, igualmente pelo risco de episódios de deformidades que pode causar no ser humano, e ainda pela inclusão psicológica, com representações no campo econômico e social, uma vez que, na pluralidade dos acontecimentos, pode ser analisada como enfermidade ocupacional, além de apresentar vasta repartição com apontamentos de casos em todas as regiões brasileiras (BRASIL, 2012).

A LTA se exhibe em etapa de dilatação geográfica. Nas derradeiras décadas, os julgamentos de esboços epidemiológicos da mesma comprovam alterações no desempenho epidemiológico da moléstia. Em sua plenitude, se autodetermina como zoonose previsível em animais silvestres, que se alastra ocasionalmente nos seres humanos em relação com matas. A LTA iniciou-se em zonas campesinas já quase completamente desmatadas e em regiões semiurbanas. Nota-se a convivência de um dúplice aspecto epidemiológico divulgada pela conservação de casos originários dos focos remotos ou de campos achegadas a eles e pelo advento de epidemias agregados a fatores decorrentes do aparecimento de prestezas parcimoniosas, como garimpos, afrouxamento de fronteiras agrárias e extrativismo, em classes ambientais amplamente adeptas à difusão da enfermidade (BRASIL, 2007).

Muito raramente a *Leishmania* determina adoecimento no hospedeiro mastozoário, acatado como reservatório natural do parasita. O contágio frequentemente continua benigno, indicando uma remota e bem hesitada afinidade parasito-hospedeiro. Em hospedeiros aleatórios, todavia, compreendendo o homem e determinados animais caseiros, como cães, a contaminação abrolha habitualmente prejuízos na pele. Com felicidade, diversos espécimes de flebotomíneos escolhem um só hospedeiro ou não é seduzida pelo ser humano, diminuindo de tal modo a enfermidade humana. Todavia, as espécies que parasitam o homem estão lançadas em largas áreas do mundo, atacando parcela expressiva da humanidade (GENARO e REIS, 2005).

Ao considerar o desenvolvimento da LTA em nosso país, percebe-se um alargamento geográfico, sendo que, no começo da década de 80, puderam ser registrados casos nativos em 19 uniões federadas e, no ano de 2003, foi aprovada a autenticidade de casos selvagens em todas as unidades federadas do país. A região

Norte emana cooperando com o máximo identificador de eventos (cerca de até 36% dos casos minutados, nesta temporada) e com os níveis mediais igualmente alçados (85,4 eventos por 100.000 moradores), acompanhada das regiões Centro-oeste (37,5 casos por 100.000 habitantes) e Nordeste (com 43,5 ocorrências por 100.000 moradores) (BRASIL, 2007).

A partir do indicante e da massa volumar de ocorrências, identificou-se, na temporada de 2004 a 2006, exatamente 26 ciclos de cultivo desta moléstia, os quais ficaram responsáveis por 56,9% absoluto de ocorrências anotadas no ano de 2007, difundidos em 663 municipalidades com total de 1.803 que exibiram casos em todo o território brasileiro (BRASIL, 2007).

São aludidas múltiplas formas clínico-epidemiológicas alistadas a díspares subgêneros e qualidades de *Leishmania*. *Leishmania* amazonenses, por exemplo, espalhada pelas matas primárias e secundárias respectivamente da Amazônia (Amazonas, Tocantins, Rondônia, Pará e sudoeste do Maranhão), individualmente em círculos de igapó e de selva tipo “várzea”. Sua compleição se expande para a região Centro-Oeste com Goiás, na região Nordeste com a Bahia e região Sudeste com os estados de São Paulo e Minas Gerais. Tem por afinidade hospedeiros cômodos como vários marsupiais, principalmente a preferência pelo roedor “rato-soiá” (*Proechymis*), afora do *Oryzomys*, que, em épocas exhibe o parasita na casca tênue sem danos cutâneos. A enfermidade compassiva é relativamente preciosa, podendo acontecer lesão do tipo ulcerada, comumente singular (BRASIL, 2007).

Visivelmente restrita para a *Leishmania* guyanensis na porção da Bacia Amazônica nas delimitações do Pará, Amapá, Amazonas e Roraima ampliando-se pelas Guianas, também se encontram em bosques de terra firme que não se ensopam no tempo de chuvas. Múltiplos mastozoários silvestres constituem-se como hospedeiros correspondentes o tamanduá, a preguiça (*Choloepus didactylus*), roedores e marsupiais (Canguru, Timbu, Gambá, Coala e Cutia). A infecção animal não é comumente sem aparente, com parasitas achados nas vísceras e pele. A enfermidade compassiva é distinguida por detrimientos múltiplos ou únicos. As lesões múltiplas são decorrentes de picadas simultâneas de múltiplos flebotomos. É muito infrequente o acometimento mucoso pela *Leishmania* guyanensis (BRASIL, 2000).

A *Leishmania braziliensis* é a classe mais largamente distribuída e ocorrem em estados como Ceará, Pará, Amapá, Paraná, Paraíba, Goiás, Bahia, Mato Grosso, Espírito Santo, São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Os hospedeiros correspondentes são ignorados e o singular vetor que pode ser qualificado é o *Psychodopiguswellcomei*, atinado no Monte dos Carajás. Este é fortemente antropofílico, tem como rotina pungir o homem ainda no claro do dia e expõe ampla atividade no período das chuvas (BRASIL, 2007).

A *Leishmania lainsoni* possui aspectos epidemiológicos os quais jazem pouco apreciados. Este parasita tem sido destacado em teia de 23% de animais da espécie *Cuniculus paca*. O vetor implicado é *Lutzomyiaubiquitalis*. Múltiplos episódios humanos de leishmaniose cutânea incluem-se com descrição na região de Tucuruí (GENARO e REIS, 2005).

A *Leishmania* do tipo shawi constitui-se de uma espécie descrita bem recentemente e que traz isolações em macacos e preguiças; o vetor é *Lutzomyia whitmani* no perímetro da região Amazônia, Pará. Ocorrências humanas de leishmaniose cutânea por esta classe de parasito incluem sua descrição no Pará e Acre (GENARO e REIS, 2005).

Já a *Leishmania naiffi* foi descrita igualmente muito recente, o parasito tem ficado separado dos que não apresentam dentes (*Dasypus novemcinctus*) no Pará; os vetores são *Lutzomyia ayrozai* e *Lutzomyia paraensis*. Quaisquer casos humanos se constituíram no estado Amazonense (GENARO e REIS, 2005).

Dentro da totalidade da vigilância epidemiológica, o enfermeiro pode agir no Programa de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana (PV-LTA) que tem como utilitário diagnosticar e proceder à forma terapêutica dos casos detectados, mirando abater as distorções geradas pela moléstia (BRASIL, 2007).

Os escopos especiais do PV-LTA são: calhar e monitorizar uniões territoriais de proeminência epidemiológica; averiguar e assinalar surtos; monitorar apresentações graves com arrasamento de mucosa; habituarem-se precocemente os eventos nativos em campos atendidos como não endêmicos; amortizar o numero de acontecimentos em espaços de difusão domiciliar; tomar notas de domínio conexo, após averiguação epidemiológica, em extensões de transmissão domiciliar; monitorar as ocorrências avessas aos medicamentos (BRASIL, 2007).

Detectar os casos de Leishmaniose Tegumentar Americana não é tarefa fácil, porém, pode ser mediado por meio de pesquisa nas redondezas por casos em cada extensão de enfoque, atos dos agentes de saúde, litígio automático às unidades de saúde e orientação quanto aos casos suspeitos (BRASIL, 2000).

#### 4.3 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA LTA

##### 4.3.1 Leishmaniose cutânea (LC)

A Leishmaniose cutânea (LC) tem sua definição pela apresentação de lesões unicamente na pele, que se principiam no alvo de inoculação das promastigotas infectantes, por meio da senda do vetor, esta forma se apresenta localizada ou disseminada. A lesão elementar é comumente singular, apesar eventualmente múltiplas picaduras do flebotomíneo ou a dispersão da localidade que possam motivar um identificador supino de perdas (GONTIJO e CARVALHO, 2003).

A lesão aparece posteriormente uma temporada de elaboração que altera entre 10 dias até três meses, como alguma pápula eritematosa que progride sem pressa para a formação de um nódulo, sendo convivas as ulcerações com margens levantadas, endurecidas e cavado com contextura de granulação abrasiva, conformando a exemplar lesão com beira em caixilho (figura 3). A representação é normalmente sem sintomas, dominando nas extensões corpóreas desvendadas e sealoja em pacientes de limites endêmicos ou que lá permaneceram (BRASIL, 2007; COURA, 2008).



Figura – 3 Lesão Ulcerada com Bordas Levantadas.  
Fonte: Ministério da Saúde. (BRASIL, 2007)

#### 4.3.2 Leishmaniose mucosa (LM)

A Leishmaniose mucosa (LM) é a condição na qual há dificuldade no prognóstico e tratamento. Está agregada à *L. (V.) braziliensis*, com grande parte das contaminações acontecendo num espaço de tempo declinável depois da disposição da lesão primitiva. Entretanto, distintas espécies de leishmânias como a *L. (V.) guyanensis*, a *L. amazonensis* e a *L. (V.) peruviana* igualmente podem ocasionar afecções das mucosas por adjacência. Estas lesões se principiam, em comum, tardiamente, como decorrência de uma lesão cutânea, na pluralidade destas vezes já cicatrizada, todavia, em determinados episódios a lesão mucosa não transcura de lesão cutânea (BRASIL, 2007).

Aproximadamente todos os casos a LM ataca a mucosa nasal (figura 4), cursam com enorme empenho comprometedor do septo, com sequencial ordem de envolvimento da mucosa oral; nos dois tipos de leishmaniose o risco de haver deformações é considerável. A disseminação para outras mucosas adjacentes é excepcional. É raro o comprometimento ósseo e só acontece por imediação de lesões cutâneas (COURA, 2008).



Figura 4 – Lesão nasal Leishmaniose Tegumentar Americana, forma mucosa.  
Fonte: (BRASIL, 2007)

#### **4.3.3 Leishmaniose cutânea difusa (LCD)**

A Leishmaniose cutânea difusa (LCD) é ocasionada na maior parte das vezes por *L. amazonensis*. É distinguida por sua imensa quantidade parasitária presentes nas lesões que em unânime são nodulares, recolhidas e agrupadas, em feitiço de placas com influídos inflamatórios, com pápulas as quais necessitam ser diferenciada da hanseníase virchowiana (COURA, 2008).

As lesões, via de regra, não cicatrizam facilmente e são classicamente obstinadas à terapêutica medicamentosa. É igualmente conhecida como leishmaniose anérgica, por não demonstrar resposta à reação de Montenegro. A análise diferencial é efetivada com desenho cutâneo difundido com atributos de lesões múltiplas, rotineiramente ulceradas e difundidas por diferentes áreas do tegumento, remota ao sítio de inoculação primária. As lesões podem ser muito numerosas (figura 5) (ANDRADE, 2010b).



Figura 5 – Leishmaniose tegumentar americana, forma cutânea difusa.  
Fonte: ANDRADE (2010)

#### 4.3.4 Diagnóstico da LTA

Nos episódios de lesões características de leishmaniose, o diagnóstico epidemiológico e clínico pode ser efetivado, notadamente se o paciente provém de regiões endêmicas ou permaneceu em lugares onde houve casos de leishmaniose. Este diagnóstico clínico epidemiológico pode ser finalizado pela intradermoreação de Montenegro (IDRM) positiva e eventualmente pela réplica clínica. Contudo, a sustentação deste diagnóstico por técnicas parasitológicas essencial tendo em vista a quantidade de moléstias que fazem diagnóstico diferencial com a LTA. O uso de tecnologias de diagnóstico laboratorial visa não exclusivamente à aprovação das características clínicas, mas pode prover admirável dado epidemiológico, pela assimilação da espécie rotativa, norteando quanto às medidas a serem seguidas para controlar este agravo (ANDRADE, 2010b).

Para diagnosticar clinicamente a LTA também pode ser feito com alicerce nas minudências da lesão com agregação à anamnese, aonde os elementos epidemiológicos são de boa estima. As especificações tegumentares do Novo Mundo abrangem um indício, onde, as aparições clínicas são dependentes de determinados fatores, como a natureza de *Leishmania* abrangida e a inclusão do



parasita com seu hospedeiro. A excitabilidade de todo processo de diagnóstico pode modificar-se de acordo com o experimento de todo serviço, a condição do aparelhamento e dos insumos empregados, o momento de melhora das lesões, as culturas clínicas e as distintas espécies de *Leishmania* submergidas. O diagnóstico laboratorial da LTA se compõe basicamente de três grupos de exames, sendo:

- I. Exames parasitológicos (EP), constituídos de: cultura (C), pesquisa direta (PD) e inoculação em hamster (IH);
- II. Exames imunológicos: intradermorreação de Montenegro (IDRM) e imunofluorescência indireta (IFI);
- III. Anatomopatológico (AP), (BRASIL, 2007).

#### **4.3.5 Tipos de Tratamento**

As drogas de principal eleição na terapêutica das leishmanioses são os antimoniais pentavalentes (Sb+5). Com o utilitário de standardizar o desenho terapêutico, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aconselha que a porção deste antimonial seja computada em mg Sb+5/kg/dia, existindo dois formatos de antimoniais pentavalentes onde podem ser empregados, o antimoniato de N-metilglucamina e o estibogluconato de sódio, sendo este findo não comercializado em nosso país (GENARO e REIS, 2005)

O antimoniato de N-metilglucamina tem sua apresentação comercial de 1,5g em recipientes de 5ml de antimoniato bruto, que corresponde a 405mg de Sb+5. Logo, uma ampola com 5ml é correspondente a 405mg de Sb+5 e todo ml computa 81mg de Sb+5. É aconselhado para a terapêutica desta forma clínica da LTA, a despeito das apresentações mucosas demandem máxima atenção, podendo oferecer respostas mais vagarosas e máxima probabilidade de infecções recorrentes. As lesões ulceradas podem sofrer infecção secundária ensejo pelo qual precisam ser prescritos determinados cuidados na região lesada como limpeza com água e sabão e, se caso precise, utilizar compressa com KMNO<sub>4</sub> (permanganato de potássio). Para que a queimadura química seja evitada, deve ser preparada a diluição deste composto obedecendo a ordem de 1/5.000, para obtenção de uma solução de tonalidade rosa clara (GONTIJO e CARVALHO, 2003).

Consideradas leishmanicidas, os antimoniais pentavalentes são as drogas que intervêm na bioenergética das formas amastigotas de *Leishmania*. Tantas vezes a glicólise, como a oxidação dos ácidos graxos, artifícios centrados em organelas típicas, são impedidos, constituindo-se de forma que a inibição se segue da diminuição na produção de GTP e v ATP. Em exposição das cultivas amastigotas exibidas em um período de quatro horas, nas variações de doses entre 150 a 500mg de Sb+5/mL, o qual chegou a um resultado na diminuição de judiciosos substratos, estas são doses subordinadas ao CO<sub>2</sub>. Se sujeitados a 500mg de Sb+5/mL, a observação clara da propensão no grau de produção de CO<sub>2</sub> por intermédio da glicólise, promovendo os destroços do parasito (BRASIL, 2007).

As composições de antimônio pentavalente, em conjuntura como o estibogluconato de sódio, desempenham insuficiente implicação a propósito das apresentações promastigotas que se desenvolvem em culturas de tecidos. Este marcante embate entre as agilidades in vitro e in vivo deste composto, indica que, para cumprir sua presteza como leishmanicida, é forçosa a diminuição de Sb+5 para Sb+3. Distintos engenhos igualmente podem estar submergidos. Os antimoniais encapsulados em lipossomos consistiram na utilização na terapêutica de contaminações por *Leishmania donovani* em hamsters e em seres humanos. Nesta forma, a medicação é seletivamente coligada por meio de endocitose alcançando os fagolisossomos dos macrófagos, aonde se deparam com os parasitas. Também relativo ao organismo de ação, examina-se a probabilidade de instigarem estruturas imunológicas do sujeito parasitado. Sendo a droga de primeira escolha, esta se difunde entre lesões de mucosas além de cutâneas, aplicando-se o próprio esquema terapêutico em crianças assim como em adultos conforme quadro 1 abaixo (BRASIL, 2007).

| <b>Forma Clínica</b> | <b>Dose</b>                                               | <b>Tempo mínimo de duração</b> |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Leishmaniose Cutanea | 10-20mg/Sb+5/kg/dia<br>(Recomenda-se<br>15mg/Sb+5/kg/dia) | 20 dias                        |
| Leishmaniose Difusa  | 20mg/Sb+5/kg/dia                                          | 20 dias                        |
| Leishmaniose Mucosa  | 20mg/Sb+5/kg/dia                                          | 30 dias                        |

Fonte: BRASIL (2007).

Quadro 1 – Esquema terapêutico preconizado para as diversas formas clínicas de LTA, segundo OMS e Ministério da Saúde.

Nas formas cutâneas disseminadas e localizadas, a dose advertida altera dentre 10 e 20mg Sb+5/kg/dia, aconselhando-se 15 mg Sb+5/kg/dia tanto na terapêutica para adultos como também em crianças por um período de 20 dias consecutivos. Não é recomendada a utilização de doses que ultrapassem 15mL/dia ou ainda 3 ampolas/dia ao adulto. Caso não haja a completa cicatrização em até três meses ou 12 semanas, posteriormente o final do tratamento, o paciente deve passar por uma reavaliação. Caso seja necessário, este plano terapêutico obedecerá a sua repetição, contemporizando desta forma, a permanência do plano terapêutico por um prazo de 30 dias. Na ocorrência de retorno negativo, aproveita-se então uma das drogas eleitas de segunda opção (LIMA, 2007).

Na forma difusa a dose é de 20mg Sb+5/kg/dia, durante 20 dias seguidos. Inicialmente, pode haver uma resposta ao antimonial, contudo são convivas as recidivas, sendo imperativo conduzir o paciente/cliente para unidades com tratamentos especializados. Igualmente, em todos os meios de acometimento da mucosa a dose advertida é de 20mg Sb+5/kg/ dia, por um período de 30 dias consecutivos, preferencialmente em atmosfera hospitalar. Caso não haja cicatrização por completo em até 3 meses após o término do tratamento, o traçado terapêutico deverá ser implementado somente uma vez sua repetição. Se não houver resposta, drogas de segunda escolha deverão ser incididas. No quadro 2 abaixo verifica-se os cálculos de dosagens (BRASIL, 2007).

| <b>ANTIMONIATO DE N-METILGLUCAMINA</b>                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apresentação = Frascos com 5mL, contendo 81mg/Sb+5 por mL<br>Exemplos para cálculo das doses                                                        |
| <b>Adultos com 60 kg:</b><br>10mg Sb+5/kg/dia<br>$10 \times 60 = 600\text{mg Sb+5/dia} \div 81 = 7,4\text{mL}$ ou aproximadamente uma ampola e meia |
| 15mg Sb+5/kg/dia<br>$15 \times 60 = 900\text{mg Sb+5/dia} \div 81 = 11,1\text{mL}$ ou aproximadamente duas ampolas                                  |

|                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20mg Sb+5/kg/dia<br>20 x 60= 1200mg Sb+5/dia ÷81= 14,8 ou aproximadamente três ampolas                                                          |
| <b>Crianças com 10kg:</b><br>15mg Sb+5/kg/dia<br>15 x 10 = 150mg Sb+5/dia ÷81=1,8mL ou aproximadamente um terço de ampola                       |
| <b>Dose máxima diária:</b><br>Adultos: 3 ampolas ou 1.215mg/ Sb+5<br>Crianças até 12 anos: metade da dose máxima de adultos (uma ampola e meia) |

Fonte: BRASIL (2007).

Quadro 2 – Doses de Antimoniato de N-metilglucamina utilizadas no tratamento de lesões cutâneas e mucosas.

As drogas de secundária alternativa são preparadas no momento em que não exista uma suficiente resposta com a terapêutica empregando o antimonial pentavalente, as drogas nomeadas como segunda escolha ou ainda secundárias opções, são constituídas pelas pentamidinas (sulfato de pentamidina e mesilato de pentamidina) e a anfotericina B. O desoxicolato de Anfotericina B caracteriza-se como sendo um antibiotico polienico com fantástica presteza in vitro no desmoronamento de Leishmania tanto intra como extracelular. Em macacos e hamsters contaminados com *L. donovani*, a anfotericina B se mostrou quatrocentas vezes mais possante que o antimonial pentavalente. Sendo considerada como droga preferencial na terapêutica em casos de gestantes infectadas e de segunda escolha no momento em que não percebe positiva resposta frente ao tratamento com o antimonial pentavalente ou na incoerência de sua utilização. Esquema de tratamento, quadro 3 (BRASIL, 2007).

| <b>Desoxicolato de Anfotericina B</b> |                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apresentação                          | Frasco com 50mg de desoxicolato sódico liofilizado de anfotericina B                                                                                                                                                                |
| Dose e via de aplicação               | Início – 1mg/kg/dia diariamente ou em dias alternados sem, contudo, ultrapassar a dose de 50mg em cada aplicação. Deve ser administrada ate atingir as seguintes doses totais.<br>Forma cutânea: 1 a 1,5g<br>Forma mucosa: 2,5 a 3g |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diluição         | Dispor o pó em 10mL de água destilada para injeção. Agitar o frasco até que a solução se torne límpida. Esta diluição inicial tem 5mg de anfotericina B por mL e pode ser mantida a temperatura de 2° a 8°C e protegida da exposição luminosa por no máximo uma semana, com perda mínima de potência e limpidez. Na preparação da solução para infusão, é forçosa uma nova diluição. Diluir cada 1mg (0,2mL) de anfotericina B da solução anterior em 10mL de soro glicosado a 5%. A concentração final será de 0,1mg por mL de anfotericina B.                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tempo de infusão | De duas a seis horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Efeitos adversos | Febre, cefaléia, náuseas, vômitos, anorexia, tremores, calafrios, flebite, cianose, hipotensão, hipopotassemia, hipomagnesemia, comprometimento da função renal e distúrbios do comportamento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Recomendações    | Monitorar função renal, potássio e magnésio séricos; <ul style="list-style-type: none"> <li>· Repor o potássio quando indicado;</li> <li>· Seguir as orientações quanto à diluição e ao tempo de infusão;</li> <li>· Em caso de reações febris com calafrios durante a infusão do medicamento, administrar antitérmico uma hora antes da próxima infusão;</li> <li>· Na disfunção renal, com níveis de creatinina acima de duas vezes o maior valor de referência, o tratamento deverá ser suspenso por dois a cinco dias e reiniciado em dias alternados quando os níveis de creatinina reduzirem;</li> <li>· Antes da reconstituição, o pó liofilizado da anfotericina B deve ser mantido sob refrigeração (temperatura 2° a 8°C) e protegido contra a exposição à luz.</li> </ul> |

Fonte: BRASIL (2007).

Quadro 3 – Esquema terapêutico com Anfotericina B na Leishmaniose Tegumentar Americana

#### 4.4 ASPECTOS HISTÓRICOS DA SAE

Os primitivos, valores, crenças e normas tradicionalmente aceitas, sempre foram às bases para a enfermagem, mas com o passar do tempo em um mundo informatizado e a ciência evoluída, teve a necessidade da pesquisa para se construir um saber (SOUZA, 2001).

Muitos benefícios como aimplicação para a profissão foram demonstrados, onde, se confirma o alcance das atividades de enfermagem como ferramenta útil no

registro de informações tendo uma base de dados nos aspectos assistenciais, gerenciais, financeiro e jurídico-legais. Houve implicações para o cliente, cursando como benefícios ao cliente referente ao levantamento de suas necessidades reais e potenciais. Tendo a eficácia de resultados nas condutas com aumento na resolução do caso e minoritário e o tempo de internação. E ainda a implicação para o enfermeiro, com o fortalecimento da profissão na utilização da SAE, com vistas a um coeficiente científico que possibilite a todos os profissionais adotar decisões, nas ações e intervenções do paciente. Aumentando assim, sua satisfação profissional (ALMEIDA, 2011).

Segundo Nascimento et al (2008):

A sistematização da assistência de enfermagem, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de métodos/metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Percebe-se, contudo, um cuidado de enfermagem ainda fortemente centrado na doença e não no ser humano, enquanto sujeito ativo e participativo do processo de cuidar. A crescente abertura para os novos métodos/ metodologias de produzir conhecimento por meio do processo de cuidar humano permite substituir o olhar reducionista e seguro do saber institucionalizado, por outro, diferenciado para os contornos de saúde/doença. (Nascimento, et al., 2008, p. 644)

Segundo Horta (1979, p. 35), processo de enfermagem é “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano”.

Florence Nightingale abrolhou os principais braços na ação de enfermagem, sendo o embasamento que é empregado até os dias de hoje na ciência de cuidar, analisando a acuidade da sabedoria e da presteza de seus atuantes (SANTOS, 2001).

Por volta do século XIX à declaração método de enfermagem até não era usado, ainda que Florence já emprega-se a obrigação de treinar as enfermeiras, a ressaltar e criar uma crítica sobre o que foi notado (CARVALHO e GARCIA, 2002).

Em 1929 descreveu-se pela primeira vez o Processo de Enfermagem (PE) e se compunha de estudo de caso, e que a seguir ao ano de 1945 este estudo evoluciona para níveis de cuidados. Anos que após foram desamparados por só objetivar progresso no entendimento entre o quadro de enfermagem, remanescente à auxílio do cliente (AMANTE, 2009).

Somente nos anos de 1950 do século XX, que sobreveio seu acesso protocolado do processo de enfermagem contíguo à profissão, entusiasmado pelo artifício de dissolução de problemas, sendo que o fundamento era o processo científico de advertência, mensuração e medite de documentos. Destaca-se neste período à solenidade de dissolução de problemas nos colégios de enfermagem, sobressaindo à seriedade do acolhimento sistemático dos dados, com todo o rigorismo metodológica (PESUT e HERMAN, 1999).

O molde deste é o inventário de 21 problemas que precisaria ser focado na enfermagem, designado por Faye Abdellah em 1960, e as 14 precisões humanas basilares descritas por Virgínia Henderson, no próprio ano. Neste período foram empregados modelos de utensílios de coleta de dados, como o modelo baseado nas 13 áreas laborais por Faye McCain no ando de 1965 (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

Em 1967 Helen Yura e Mary B. Walsh, sugeriu que o processo de enfermagem fosse operacionalizado em 4 etapas, consistindo em: Coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação. As autoras destacaram as agilidades intelectivas, interpessoais à pratica de enfermagem, e as aparências expressivas para implemento do PE (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

Em St. Louis (Estado americano de Missouri) por volta de 1973 sobreveio a elementar conferencia para categorização de diagnóstico de enfermagem, empregando a prática de acordo analítica, na qual foi instituída pelas cúmplices o primário alistamento das atuais condições para a prática do labor no campo autônomo do ofício (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

Vale aconselhar que o adjacência diagnóstico jazia na literatura desde 1950, na conferencia em Nova York e assim como através de LouseMcManus, foi referido o papel do enfermeiro especifica a assimilação ou diagnóstico do problema, adotando suas feições inter-relacionados e porque careceria ser a disposição a propósito dos atos a serem inseridos para sua dissolução. No qual a fase de diagnostico não estava adentro no PE até 1973, a absorção e categorização de diagnostico de enfermagem abalizou uma nova prole do PE, que compunha uma nova era para a enfermagem, no qual vem progredindo para sua estruturação decisiva como uma sabedoria (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

Existiu uma conflagração no pensamento da ciência, uma alteração no enfoco da identificação, palavra-chave de dificuldades para inteligência diagnostica e no pensamento critico, com a circulação de assimilação e classificação de diagnósticos

de enfermagem. Isso alterou o entrosamento do PE, de um artifício de solução de problemas, para uma tecnologia dinâmica e cíclica, acudindo ao gerenciamento dos dados a propósito de os clientes e aceitar as determinações sobre os atos e intromissões profissionais (PESUT e HERMAN, 1999).

No cabo da década de 1980 decidiram-se outras mutações no estilo de discorrer e como justapor o PE, produzido pela secundária prole do PE, no qual traz a precisão de ensino e técnica assistencial, cingindo como apreciação clínica e o juízo diagnóstico, transversalmente pela 1ª conferência de Enfermagem (PESUT e HERMAN, 1999).

Já a terciária prole do PE, no ano de 1990 alude a testagem no exercício os efeitos que signifiquem sensibilidade à influência profissional. No qual o diagnóstico de enfermagem aponta uma implicação a ser obtida cunhando uma dúplice compulsão de interferir, e na ordem fatorial ajuizar o efeito da intervenção (GARCIA e NÓBREGA, 2009).

#### **4.4.1 Aspectos Éticos Legais**

A viabilidade da disposição da assistência de enfermagem jaz direcionada aos atos sistematizados além de inter-relacionados, ou seja, o Processo de Enfermagem (PE) é uma representação do enfoque humanizado e ético de enfermagem, focada na dissolução de situações problemáticas que se rege pelas precisões frente aos cuidados prestados e a saúde do cliente como um todo. A SAE é entendida como atividade que se regulamentou por meio da Lei do Exercício Profissional da enfermagem (DUARTE, 2007).

O duelo do profissional do campo da enfermagem é motivada de forma legal na Lei do Exercício Profissional, Lei nº 7498/86, mais precisamente no artigo 8º, o qual aponta sobre o conhecimento do enfermeiro no preparo, implemento e ponderação dos níveis assistenciais de saúde (PIRES, 2007).

No ano de 1980, por meio do Decreto-lei 94406/87, ficaram definidas as práticas de enfermagem com o exercício profissional da enfermagem, sendo atividade característica do enfermeiro a preparação da determinação/prescrição de enfermagem, existindo um máximo agrupamento da SAE ao artifício de



enfermagem, deixando cada vez, mais amiudado posteriormente a implementação desta arte, concretizando sua técnica profissional (BRASIL, 1987).

Existindo também a Resolução do COFEN 272/2002 anulada pela 358/2009 que faz alusão sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nos estabelecimentos de saúde brasileiro:

Art. 1º O Processo de Enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem.

Art. 3º O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. (...). (BRASIL, 2009).

Com base na resolução acima citada, sua operacionalização passou a ser englobada em cinco etapas, sendo elas (BRASIL, 2009; TANNURE, 2010):

- 1ª Etapa: **Anamnese e exame físico (Coleta de dados/Investigação)**, no qual é realizado através do levantamento do estado de saúde do cliente, família e comunidade. Podendo ser classificados em diretos e indiretos. E sua finalidade é identificar problemas colaborativos.
- 2ª Etapa: **Diagnóstico de enfermagem** é a apreciação clínica a respeito de respostas aos problemas de saúde reais ou potenciais, que afeta o cliente, família e comunidade. Tendo como finalidade proporcionar bases para as intervenções de enfermagem, dependendo de cada diagnóstico, objetivando resultados de melhora, tendo como responsável os enfermeiros.
- 3ª Etapa: **Planejamento (resultados esperados)** através do diagnóstico de enfermagem é realizado um planejamento da assistência, buscando alcançar a reabilitação do cliente em um determinado tempo.
- 4ª Etapa: **Implementação (prescrição de enfermagem)** se dá por meio da preparação de cuidados, para a que possa minimizar alterações e ou reações através de cargas medicamentosas e fisiopatológicas, solucionando, monitorando e controlando o problema, apoiando nas necessidades fisiológicas, proporcionando e bem estar do paciente e promovendo a saúde.

- 5ª Etapa: **Evolução (avaliação)** é a avaliação realizada pelo enfermeiro de maneira reflexiva e crítica no processo da sintomatologia da patologia do cliente, realizando anotações de enfermagem e através do exame físico, analisando se os resultados esperados condizem com as prescrições.

#### 4.4.2 Processo de Enfermagem no Brasil

Em meados a década de 1950, possuiu uma precisão por parte dos enfermeiros em instituir uma noção explícita, e para que esta ciência crescesse seria preciso a instituição também de teorias convenientes de enfermagem. Abalizado nesta ciência teórica teve a descentralização do exemplo biomédico do cuidado, favorecendo o enfoque quanto ao cuidado de enfermagem despendido diretamente ao paciente/cliente, e não exclusivamente em sua enfermidade (SOUZA, 2001).

Em meados da década de 50, existiu sugestão organizacional da ciência de enfermagem, admiravelmente um amplo progresso na constituição e no aparelhamento das doutrinas de enfermagem (NÓBREGA e SILVA, 2008).

Conforme Cruz (2008), no término da década de 60, abalizado nos esboços de Horta, que os enfermeiros brasileiros deram prioridade quanto à atenção a ser disseminada para o processo de enfermagem.

Wanda de Aguiar Horta, filha de um militar, nasceu, aos 11 dias do mês de Agosto no ano de 1926, na cidade de Belém. Impetrou sua qualificação em enfermagem por volta de 1948, conseguida na escola de Enfermagem de São Paulo (Universidade de São Paulo) - USP, certificada em História Natural ainda no ano 1953, posteriormente, em 1962 tornou-se especialista em didática e pedagogia aplicada à Enfermagem, tornou-se Doutora em enfermagem com docência livre na área de fundamentos de enfermagem titulada pela Escola Ana Néri no ano de 1968, e em seguida a uma concorrência embolsou o registro de docente associada da USP (HORTA, 1979).

No ano de 1970, Horta cunhou a publicação do livro: “Contribuição a uma Teoria sobre Enfermagem”, sendo ajuizado como um padrão dentro do processo de enfermagem, um ano após a esta publicação, Horta demonstrou mais uma obra elementar na metodologia sistemática do cuidar “Metodologia do processo de

enfermagem”, mais a frente ao periódico de “A observação sistematizada como base para o diagnóstico de enfermagem”, com mediação da respeitosa Revista Brasileira de Enfermagem e, então, no ano de 1979 foi publicada sua porta de entrada para a implementação da enfermagem, o livro “Processo de enfermagem” com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos (ZANETTI, 1994).

Vindo a falecer no mês de Junho no ano de 1981, aos 52 anos, deixando numerosos grafitos ponderados como inovadores, complexos e estimulantes para o período, vindo a morrer sem o prazer de ver sua teoria legitimada. No ano de 1979, posteriormente à escrita do livro “Processo de Enfermagem” a querida Horta, veio a contribuir para a “sistematização das ações de enfermagem”, repousada na doutrina de Maslow, a teoria das precisões básica ao ser humano, sob categorização de João Mohana, no qual ela designou tal artifício como Processo de Enfermagem (PE) (ZANETTI, 1994).

#### 4.5 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À LTA

Em conformidade ao que diz Backes (2008), nas técnicas em saúde o enfermeiro amplia quatro prestações efetivas: a gerência, a educação, o cuidado e a pesquisa. Nesta perspectiva, o desempenho característico da enfermagem é proporcionar assistência ao sujeito sadio ou enfermo, a família ou coletividade, na função de desenvolver atividades que promovam saúde, mantenham ou recuperem a mesma. Mais a frente ao ato de cuidar, ulterior prestação é a de gerir, cujo papel do enfermeiro é controlar, organizar e favorecer as práticas de cuidar.

O enfermeiro exerce um papel principal na constituição do sistema de cuidados, por ser capacitado e com facilidade de interação com os demais profissionais da saúde. Nessa acepção, o enfermeiro gerencia as informações concernentes à destreza do trabalho assistencial da enfermagem e prepara autonomia para aferir precisões assistenciais do paciente, resolvendo sobre o cuidado exclusivo direcionado a dado paciente (BACKES, 2008).

Conforme Almeida (2011), a preparação da Sistematização da Assistência de Enfermagem é um dos elementos que o enfermeiro arranja para cultivar seus conhecimentos científicos, técnicos e humanos dentro da assistência ao paciente além de assinalar seu exercício profissional, contribuindo na significação do sua

função. O alvo fundamental da Sistematização da Assistência de Enfermagem é conduzir os atos de enfermagem afim de que se possam acolher as precisões individual do cliente, consentindo afeiçoarem-se as repostas forçosas para atender as indigências comprometidas e acautelar posteriores agravos.

Brandão e Santos (2007) determinaram como planejamento sistematizado dos cuidados de enfermagem ao portador da LTA, os imediatos processos descritos no quadro 4 abaixo, que compete a nível ambulatorial, hospitalar e ou domiciliar.

| <b>Planejamento sistematizado dos cuidados de enfermagem ao portador da LTA</b>                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Informar o cliente sobre a importância do tratamento precoce.                                                                                       |
| Orientar o cliente em relação ao mecanismo de transmissão da doença.                                                                                |
| Verificar o provável tipo de transmissão (silvestre ou urbana).                                                                                     |
| Pesquisar, antes do início do tratamento, historia de doenças crônica.                                                                              |
| Orientar o cliente quanto à via de administração da medicação, conforme prescrição médica, e enquanto á duração media de trinta dias de tratamento. |
| Observar e registrar a aceitação das dietas.                                                                                                        |
| Realizar a limpeza das lesões com soro fisiológico a 0,9% em jatos, protegendo-as com curativos não aderentes.                                      |
| Administrar a medicação especifica de acordo com a dose e a via prescrita.                                                                          |
| Atentar para queixas de obstrução das vias aéreas superiores.                                                                                       |
| Atentar para a presença de edema e insuficiência respiratória aguda (lesões de laringe e faringe).                                                  |
| Disponibilizar material para eventual realização de traqueostomia.                                                                                  |
| Disponibilizar caixa ou carrinho de parada cardíaca.                                                                                                |
| Orientar o cliente a não fazer uso de bebidas alcoólicas durante o tratamento.                                                                      |

Fonte: Brandão e Santos (2007)

Quadro – 4 Planejamento sistematizado dos cuidados de enfermagem ao portador da LTA

O enfermeiro é um grande cooperador no processo de diagnóstico clínico da LTA, ao fornecer subsídios em sua avaliação de sinais e sintomas, avaliando as distinções típicas pautadas na identificação de espécies parasitárias, vetores, depósitos e dos ecossistemas. Posteriormente a suspeita aparente, o diagnóstico necessita ser ratificado por meio de exames laboratoriais. A usualidade mínima de

verificação deve incluir-se da consumação do teste de IDRM, acompanhado um exame parasitológico, comumente o julgamento direto de *Leishmania* com esfregaço da lesão cutânea aberta (BRASIL, 2006).

Nesta totalidade, o enfermeiro pode efetivar a coleta de material para análise, usando de determinados cuidados necessários para se obter uma amostra viável para um diagnóstico confiável. O primeiro cuidado é com o arranjo do sítio de onde constituirá a coleta do material. Precisa neste caso de uma profunda limpeza do sítio da lesão a base de sabão neutro e água, ausentando a ferida de resíduos, medicamentos ou ainda outros conteúdos, seguindo com anti-sepsia feita com álcool a 70%. Quando se faça necessário é aconselhável a realização de um procedimento chamado botão anestésico, utilizando a lidocaína de 1 ou 2% (BRASIL, 2007).



Figura – 6 Raspagem para coleta de material  
Fonte: BRASIL (2007)

A partir de muitos dados despontados pela averiguação semiológica, a cerca de sinais e sintomas afeiçãoado além daqueles percebidos no leito da lesão, mas também no organismo paciente/cliente como um todo. Onde, será aceitável organizar um nível assistencial que obre de acordo com as precisões basilares que foram afetadas, com problemas de enfermagem calhados e com o diagnóstico alcançado. O entusiasmo crucial é o apoio para a prática do artifício clínico, que por sua vez, se reparte em exame clínico e exames laboratoriais (SILVA, 2005).

Harmonicamente as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), já no ano de 2002, teve início o procedimento de descentralização do acolhimento para as unidades básicas de saúde (UBS) nas municipalidades com grandes percentis de detecção da LTA, acendendo em seguida para os demais. Este artifício de descentralização tem por finalidade promover o ingresso da população aos serviços de saúde; estimular o diagnóstico prematuro; aperfeiçoar o saimento dos pacientes pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF); diminuir a taxa de abandono; identificar situações de risco e estabelecer conceitos educativos (LIMA et al, 2007).

Conforme Arone e Philippi (2008), a área da enfermagem compreende os três planos de precaução contra moléstias infecciosas transmissíveis, onde pode ser aplicado também ao que concerne a LTA. Na vigilância elementar, o enfermeiro pode oferecer auxílio nos algoritmos que incorrem a educação sanitária no âmbito escolar, hospitalar entre outros. Na vigilância acessória, competem justapor os processos específicos para a moléstia, círculos de diagnóstico e terapêutico, prestar assistência quanto ao acompanhamento dos pacientes além de colaborar com orientações as famílias a propósito de os cuidados apropriados com o mesmo. Na vigilância terciária, compete ao enfermeiro assistir as famílias dos usuários além de partilhar a técnica de reabilitação dos sujeitos com sequelas.

Ainda conforme os autores acima citados é correto afirmar que sendo o enfermeiro um profissional multidisciplinar, seu desempenho no artifício de acompanhamento e tratamento da leishmaniose é ainda pouco disseminada, apreciando os múltiplos planos de ação da enfermagem no progresso da moléstia.

Conforme Mota (2000) existe parâmetros que distancia a enfermagem a prestar assistência aos clientes próprios de LTA, comprovando a insuficiente relação em meio a servidores e a sociedade, bem como a carência de atos da enfermagem nos feitos de ascensão da saúde e vigilância da moléstia. Não existem alusões consideráveis da participação direta dos profissionais de enfermagem no acolhimento aos clientes, sendo mínima a exposição de notas profiláticas.

Araújo (2010) diz que a enfermagem por ser um ofício assinalado pelo cuidado coevo no dia-a-dia das pessoas, perpetra item da arte dos profissionais de enfermagem atos que aponte o bem estar, o aconchego, o alívio do sofrimento, a segurança, o compromisso ético e ademais o estético para com os sujeitos. Deste modo o enfermeiro exerce admirável papel ao oferecer um amparo de idealizador,

garantindo a apropriada terapêutica com prevenção e redução de sequelas futuras relacionadas à LTA.

Nesta perspectiva, entende-se que todas as atividades de educação em saúde precisam estar implantadas em todos os serviços que ampliam os atos que garantam o controle da LTA, demandando a inclusão ativa das equipes multi-institucionais além de somente multiprofissionais, com vistas ao trabalho pronunciado nas distintas unidades que prestam serviços de educação e saúde (ARAÚJO, 2010).

Assim, este problema considerado de saúde pública, aproxima-se de seu controle por meio da prevenção e ainda da diminuição dos fatores de risco. Em âmbito das relações humanas que distinguem algum acolhimento à saúde, é ativo adicionar à ação prática e científica, logo, uma ética que respeite e analise a singularidade das precisões do profissional assim como deste usuário, onde, acolha o desconhecido, que receba as balizes de cada circunstância. Avaliando então, que o estabelecimento de saúde carece ter como linha essencial à humanização e os ares individuais da espécie humana, porquanto o intercâmbio dos conhecimentos técnicos e científicos com feitos sociais, éticos e culturais na relação o familiar, o paciente e o profissional, na garantia de maior efeito do serviço (BRASIL, 2009).

Para a enfermagem, é respeitável distinguir a agudeza dos portadores de LTA para beneficiar a preparação de um nível de cuidado plausível a ser desempenhado para seu tratamento além da dispersão dos cuidados de competência da enfermagem ou outros cuidados dispendidos por uma equipe multiprofissional, tendendo a abonar mais comodidade e alívio, durante a duração da enfermidade. Perante disso, é possível definir percepção como atuação característica de compreender e absorver e interagir (BESERRA et al., 2006).

Além do mais, a enfermagem carece disponibilizar momentos para esclarecer aos pacientes sobre sua enfermidade tomando o cuidado para que se passem as informações pertinentes de forma que haja entendimento por parte do doente. A despeito deste quesito interação, esta prática pode ser percebida como um artifício de câmbio e abrangência de informações remetidas e recebidas. A comunicação, por exemplo, sofre mandos relativos ao lugar e a condição impressionista de quem divide de tal comunicação, pois este artifício não se abrevia apenas na fala mais no acolhimento e apoio que a enfermagem não deveria nunca deixar de fazer (SILVA, 2005).

Na prática profissional da enfermagem não se deve fazer diferenciação e para isto são mediadas formas de convívio em todo andamento, com voz, olhar, gestos, e sinais para com o enfermo e sua família. Não é consecutivamente que os pacientes perpetram esta interação, porém, é admirável pronunciar que uma concessão ativa é aquela que se consegue imprimir de forma apropriada sem consentir oscilação esclarecendo sempre o máximo ao enfermo (SILVA, 2005).

Conforme Horta (1979), o empenho da enfermagem não deve ser limitado ao momento que o paciente está sob os cuidados diretos e dependentes destas, mas

[...] a enfermagem é ir além da obrigação, do ter o que fazer. É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada a cada momento. É usar-se terapêuticamente, é dar calor humano, é se envolver (sem base neurótica) com cada ser e viver cada momento como o mais importante de sua profissão. (HORTA, 1979, p. 4).

A enfermagem emprega uma tecnologia apropriada para cada situação, conforme o conhecimento científico, de que a enfermeira se apropria na sua trajetória profissional. Refere-se também, ao conjunto de informações sistematizadas para a obtenção dos resultados.

#### **4.5.1 Processo de Tratamento da LTA e o profissional Enfermeiro (a)**

O enfermeiro é responsável pela supervisão dos remédios de acordo com a terapêutica empregada, bem como o julgamento final de seu efeito esperado para cada paciente, a resposta terapêutica e apresentação de implicações paralelas. Ficando o antimoniato pentavalente determinado como droga de primeira opção, de acordo com a OMS, é o profissional enfermeiro quem calcula a dose em mg/sbv/kg/dia, além de esclarecer dúvidas quanto aos efeitos antagônicos e suas contraindicações (BRASIL, 2007).

As injeções precisam ser feitas por via intramuscular, parenteral ou endovenosa, com devido descanso posteriormente a aplicação. A aplicação pelo acesso intramuscular (IM) pode proporcionar o desconforto da dor no ponto onde foi administrada. Aconselha-se, assim, estabelecer um “rodízio” dos locais de aplicação, elegendo a região glútea. Na ocorrência de pacientes em condições de desnutrição, com reduzida massa muscular e também em outros pacientes em concomitância de



trombocitopenia é preservada a primazia à via endovenosa (EV). Deve ser aplicada de forma lenta, em média com duração mínima de 5 minutos, com agulha de calibre 25x7 ou 25x8 e sem que haja precisão de diluir a droga. Para facilitar e mediar a consecução do repouso aconselhável depois da administração, comumente a aplicação deverá ser feita no final do dia. Vale advertir que não há distinção em meio as vias IM e EV, no que diz respeito à potência e segurança da droga (BRASIL, 2010).

A aplicabilidade de antimoniato pentavalente em doentes que tenham idade igual ou maior que 50 anos, com indícios de doenças crônicas, se faz necessário um ríspido controle clínico e laboratorial antes que se inicie a fase terapêutica, assim como seu acompanhamento durante, valendo-se de eletrocardiográfico realizados pelo menos em dois momentos semanais, acompanhado de exames de natureza bioquímica do sangue para ponderar a funcionalidade renal, hepática, pancreática além de hemograma. Esta rotina se faz necessária no intuito de orientar o abaixamento da dose, cessação a mesma ou ainda dispor a indicação de outra opção terapêutica (BRASIL, 2007).

Em casos em que haja necessidade da opção por drogas de segunda escolha, a administração da Anfotericina B deve ser por via endovenosa, gota a gota, pausadamente com estimativa de 4 horas para sua completa infusão, usando equipo multivias, sendo a droga diluída em 250 ml de solução glicosada a 5%, com alternância em sua administração na introdução de 50 a 100 mg de hidrocortisona diluído em 250 ml de soro glicosado a 5%, para a vigilância de implicações colaterais. Com aplicação em dias rotativos (BRASIL, 2007).

No caso de uso das pentamidinas, a dose indicada é de 4 mg/kg/dia, por via IM profunda, a cada 2 dias, aconselhando-se não ultrapassar a dose absoluta de 2g. é necessário orientar o paciente a alimentar-se antes e conservar-se em repouso pelo menos quinze minutos antes e depois das administrações, em decorrência ao risco de hipoglicemia acompanhado de hiperglicemia por atuação da droga no metabolismo da glicose (BRASIL, 2000).

Junto ao tratamento medicamentoso, se faz componente do desempenho da enfermagem trabalhar atividades educacionais que completem a terapêutica dos portadores de LTA. As imputações dos profissionais que fazem parte desta equipe foram instituídas pela Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 do Ministério da Saúde, podendo ser completadas pela gestão local. Entre elas:

- I. Realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; durante o tempo e frequência necessários de acordo com as necessidades de cada paciente;
- II. Conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprova a Resolução n.º 195, de 18/02/97, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV. Supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V. Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.
- VII. Planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF. (BRASIL, 2006 p 46-47).

#### **4.5.2 Contribuição do Enfermeiro (a) na Vigilância Epidemiológica da LTA**

Incluso a conjuntura da vigilância epidemiológica, o enfermeiro é apto para atuar no Programa de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana (PV-LTA) que traz como finalidade diagnosticar e tratar prematuramente os casos identificados, tendendo a restrição dos defeitos gerados pela moléstia (BRASIL, 2007).

Como utilitários específicos do PV-LTA, temos: fazer a identificação e monitoramento das unidades territoriais de grande valor epidemiológico; pesquisar e assinalar surtos; observar formas graves que destroem mucosas; proceder a identificação precoce de casos autóctones em limites entendidos como não endêmicas; diminuir o quantitativo de episódios em limites de transmissão domiciliar; tomar notas de controle relacionados, posteriormente a averiguação epidemiológica, em campos de difusão domiciliar; monitorar os episódios adversos aos medicamentos (BRASIL, 2004).

Conforme mostra Brasil (2000), a identificação de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana também pode dar-se pelo meio de investigação ativa de casos na extensão de foco, atuações dos agentes de saúde, ação espontânea às unidades de saúde e condução de suspeitos. As ações de influência pertinentes a controlar a LTA devem ser alvo de um programa continuado que tenha como finalidade o diagnóstico do doente, por meio do acolhimento de demanda e procura

de novos casos. Proceder à orientação terapêutica unificada, com o provimento de medicação e acompanhamento do paciente, investigar epidemiologicamente os focos adotando avaliações profiláticas pertinentes.

Para impedir os riscos de transmissão, determinadas medidas preventivas de lugares individuais ou grupais, Brasil (2007) demonstra a necessidade em fazer uso de repelentes quando exposto a lugares onde os vetores comumente possam ser encontrados; impedir a exibição nos horários céleres do vetor (ao entardecer); utilizar mosquiteiros de malha fina quando necessário além de telas em portas e janelas; proceder à limpeza de quintais e/ou terrenos, a fim de demudar o habitat destes vetores; fazer poda de árvores; dar destino adequado do lixo orgânico; manter em dia a manutenção de animais domésticos afastados de o ambiente domiciliar rotineiro e ainda demandar um faixa de segurança de cerca de 500 metros de distância entre uma residência e a mata. Contudo, uma faixa desse gênio conterà planejamento para impedir erosão e distintos problemas ambientais (BRASIL, 2007).

Todas estas precauções podem ser indicadas e monitoradas pelo profissional enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF), não somente durante as visitas domiciliares, todavia em palestras em companhia de órgãos afins, concretizadas nos grupos susceptíveis á moléstia e com a apresentação da doença já confirmada (BRASIL, 2007).

Segundo Brasil (2010) as atividades de educação em saúde precisam ser logradas pelos enfermeiros e estar implantadas em todos os estabelecimentos que desenvolvam o combate e controle da LTA, promovendo a envoltura efetiva das equipes multiprofissionais, habilitação das equipes de saúde da família (PSF), dos programas de agentes comunitários de saúde (PACS), vigilâncias ambiental e epidemiológica entre outros profissionais de áreas afins, estabelecendo parcerias interinstitucionais, apontando à aplicação dos atos de empenho sanitário, desenvolvimento de atividades educacionais, informativas e de comunicação em todos os níveis.

Nesse contexto o enfermeiro através de uma assistência humanizada com direcionamento não somente a pessoa acometida pela LTA, nada obstante a região que o rodeia, com vistas a um tratamento mais diligente e preventivo. Observa-se assim que a atuação do enfermeiro no artifício terapêutico da LTA, a despeito de ser de grande importância, tem sua descrição escassa e as medidas de controle expostas na literatura tem pouca exatidão em sua prática. Por isso, se faz

necessário cultivar empenhos, para aperfeiçoar a qualidade do atendimento pelas unidades de saúde (ARAÚJO, 2010).

O controle da LTA deve ser abordado, de maneira abrangente, sob cinco aspectos: vigilância epidemiológica, medidas de atuação na cadeia de transmissão, medidas educativas, medidas administrativas e vacina. A vigilância epidemiológica abrange desde a detecção do caso, a sua confirmação, o registro de sua terapêutica, o registro das variáveis básicas, fluxo de atendimento e informação, até finalizar com as análises de dados distribuídos em indicadores epidemiológicos (casos autóctones em valores absolutos e os coeficientes gerais e proporcionais) e indicadores operacionais (proporção de métodos diagnósticos auxiliares, cura, abandono e tratamento regular), visualizando e caracterizando a distribuição da doença e de seu perfil clínico e epidemiológico. As medidas de atuação, em virtude de suas peculiaridades, devem ser flexíveis e distintas, baseadas nas características epidemiológicas em particular, aliadas a um sistema de saúde básico capacitado para diagnóstico precoce e tratamento adequado (GUIMARAES, 2010).

O despreparo das unidades de saúde para diagnóstico de LTA é, sem dúvida, um grande obstáculo para uma abordagem precoce do doente. Normalmente, a maior parte dos serviços de saúde não está capacitada a realizar pesquisa de parasitas em esfregaço de lesão e/ou não possuem o antígeno de Montenegro para se aplicar a intradermoreação. Outros métodos diagnósticos como técnicas sorológicas, histopatológico e PCR, ou ainda se encontram em fase experimental e/ou não são aplicáveis no âmbito do sistema básico de saúde. Seriam desejáveis esforços no sentido de disponibilizar minimamente os métodos diagnósticos tradicionais (pesquisa de parasita pela microscopia e intradermoreação de Montenegro) a todas as unidades de saúde em áreas de transmissão, incrementar as atividades de capacitação para diagnóstico de LTA, e criar um sistema de referência para a realização de exames mais complexos para casos clínicos específicos, como nas lesões crônicas, recidivas ou nas formas mucosas, geralmente de diagnóstico mais difícil (BASANO e CAMARGO, 2004).

Com relação à terapêutica, muito embora a droga esteja geralmente disponível nas unidades de saúde, seu potencial hepato, cardio e nefrotóxico do antimonial, aliado ao seu uso parenteral exclusivo, representa um sério obstáculo ao tratamento adequado dos casos. Deve-se ter em conta que a maioria dos casos ocorre em áreas de difícil acesso, em meio à floresta, o que dificulta tanto a aplicação

parenteral da droga como o monitoramento de seus efeitos colaterais. A terapêutica da LTA, alicerçada nas drogas disponíveis atualmente, representa, por si, um obstáculo à condução clínica adequada dos casos de LTA (MASINA, 2003).

Os diferentes perfis epidemiológicos com os quais a LTA se apresenta sugerem medidas de controle de transmissão diferenciadas. Na forma de transmissão silvestre pura ou modificada, as ações de controle são mais difíceis ou não aplicáveis frente ao caráter zoonótico da parasitose. Neste caso, poderia até apostar em uma vacina eficiente e operacional, proporcionando ou não imunidade esterilizante. Apesar da abundância de estudos neste sentido, e de alguns resultados otimistas não se espera, a curto prazo, a disponibilização deste importante instrumento, continuando a ser problemático o controle da endemia com este perfil de transmissão. Neste caso, a oferta de um sistema de saúde eficiente no diagnóstico e condução clínica dos casos, seria uma alternativa para abrandar os agravos causados pela endemia (BASANO e CAMARGO, 2004).

Referente ao perfil de transmissão Peri urbano, além das medidas antivetoriais e de um eficiente sistema de vigilância epidemiológica, a redução da transmissão está intimamente relacionada com a melhoria das condições de vida da população, problemática que foge ao escopo técnico da área de saúde, representando atualmente mais uma dificuldade na abordagem do controle de Endemias (MELBY, 2002).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE no processo de controle e tratamento da Leishmaniose Tegumentar Americana – LTA, onde, destaca-se a ampliação do adequado papel do Enfermeiro (a), no intento de que a LTA é uma preocupação que envolve diferentes profissionais, porém, o Enfermeiro (a) ainda é o profissional mais envolvido neste processo atuando não somente na terapêutica medicamentosa, mas também na educação em saúde.

Verifica-se que os enfermeiros precisam desenvolver um novo campo de domínio, perante as práticas assistenciais e de um ambiente saudável para o indivíduo, sua família, comunidade e sociedade. Consolidando assim, avanços na implantação do acolhimento frente à prestação de serviço desde a prevenção até o quadro terapêutico, visto que este é elementar na supervisão, educação constante e apoio institucional das demandas.

Deste modo, reconhecer a importância dos estudos frente à temática, no entanto, somada a perspectiva do compromisso e da humanização, possibilita empreender um novo conhecimento diante dos portadores de LTA, proporcionando assim, o envolvimento, o diálogo e o acolhimento, dando espaço as suas opiniões, ideias e sentimentos para que haja o fortalecimento da confiança e então a eficácia do trabalho despendido frente a este público. Estes são potenciais que repercutem no empreendimento de um atendimento sistematizado.

Assim, a sistematização no processo de tratamento da leishmaniose tegumentar americana, serve como meio de condução e acesso ao tratamento, esta é, portanto uma questão de forte impacto na construção de padrões de atenção à saúde dedicada a remeter de forma sistemática a devida atenção a esta moléstia infecciosa. As condutas do profissional Enfermeiro (a), nestes termos, caminham para a necessidade e percepção de que a saúde implica direito a dignidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Dorothea Maria Beckers Marques de. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada em Unidade de Cuidado Semi-Intensivo** – 192 f. Dissertação de Mestrado (Título de Mestre em Áreas de Concentração: fissuras orofaciais e anomalias relacionadas). Hospital de Reabilitação de anomalias craniofaciais. Universidade de São Paulo. Bauru – SP, 2011. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/61/.../DissDorotheaAlmeidaC.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/61/.../DissDorotheaAlmeidaC.pdf)>. Acesso em: 10 de abr. de 2013

AMANTE, Lúcia Nazareth; ROSSETTO Annelise Paula; SCHNEIDER Dulcinéia Ghizoni. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. **Revista de Escola de Enfermagem** – USP. São Paulo - SP, v. 43, n.1, p. 54-64, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100007)>. Acesso em: 10 de abr. de 2013

ANDRADE, M. M. de. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 4. ed. São Paulo: Atlas, cap. 3, p. 39-42, 1999.

ANDRADE, Maria Sandra. **Caracterização da infecciosidade de pequenos roedores silvestres e sinantrópicos para incriminação de hospedeiros reservatórios de Leishmania (Viannia) braziliensis** – 117 f. Tese de Doutorado (Título de Doutora em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife – PE, 2010<sup>a</sup>. Disponível em: <[www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010andrade-ms.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010andrade-ms.pdf)>. Acesso em: 11 de abr. de 2013

ANDRADE, Thiago André Santos de. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de leishmaniose tegumentar americana no município de Igarassu / PE no período de 2008 a 2010** – 54 f. Monografia e Especialização (Título de especialista em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife – PE, 2010b. Disponível em: <[sustenere.co/journals/index.php/.../ESS2236-9600.2012.002.0001](http://sustenere.co/journals/index.php/.../ESS2236-9600.2012.002.0001)>. Acesso em: 11 de abr. de 2013

ARAÚJO, Analice Henriques; SOUZA, Silmara Marcia de. **Atuação do enfermeiro no processo de tratamento da leishmaniose tegumentar americana** – 52 f. Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem (Título de Bacharel em Enfermagem). Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC. Conselheiro Lafaiete – MG, 2010. Disponível em: <[www.portaldoenfermeiro.com.br/.../Portal%20do%20Enfermeiro%20-A](http://www.portaldoenfermeiro.com.br/.../Portal%20do%20Enfermeiro%20-A)>. Acesso em: 12 de abr. de 2013

ARONE, Evanisa Maria; PHILIPPI, Maria Lucia dos Santos. **Enfermagem em Doenças Transmissíveis**. 11ed. São Paulo (SENAC São Paulo), 2008. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080). Acesso em 15 abr. 2013

BACKES, Dirce Stein et al. O papel do Enfermeiro no Contexto Hospitalar: A Visão de Profissionais de Saúde. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. Florianópolis – SC, p. 320-325, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-6234200000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-6234200000400012)>. Acesso em 16 abr. 2013

BASANO, S. A.; CAMARGO, L. M. A. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia(RBE)**. São Paulo - SP, v. 7, n. 3, 2004. Acesso em 16 abr. 2013

BESERRA, Eveline Pinheiro; ARAUJO, Márcio Flávio Moura de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Promoção da saúde em doenças transmissíveis: uma investigação entre adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo - SP, v. 19, n. 4, dez. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002006000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002006000400006)> . Acesso em 16 abr. 2013

BRANDÃO, Euzeli da Silva; SANTOS, Iraci dos. Afecções Cutâneas. In: SILVA, Roberto Carlos Lyra da; FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de; MEIRELES, Isabella Barbosa. **Feridas: Fundamentos e Atualizações em enfermagem**. 2.ed. São Caetano do Sul – SP, Yendis, 2007.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 94.406**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília – DF, 1987. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1980-1989/D94406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm)>. Acesso em 17 de abr. de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana/Organização**: Gerência Técnica de Doenças Transmitidas por Vetores e Antropozoonoses. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiologia. Fundação Nacional de Saúde. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2000. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/zoonoses\\_intoxicacoes/leishmaniose/man\\_u\\_leishman.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/zoonoses_intoxicacoes/leishmaniose/man_u_leishman.pdf)>. Acesso em 17 de abr. de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso**. 3 ed. v. 2. Brasília, 2004. Disponível em:



[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_bolso\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_bolso_4ed.pdf). Acesso em 20 de abr. de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Atlas de Leishmaniose Tegumentar Americana: Diagnósticos Clínico e Diferencial**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas\\_lta.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_lta.pdf). Acesso em 22 de abr. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana**. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). 2 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. Brasília, 2007. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_vigilancia\\_leishmaniose\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_leishmaniose_2ed.pdf). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas\\_lta.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_lta.pdf). Acesso em 22 de abr. de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. **Doença infecciosa e parasitárias: Guia de Bolso**. 8 ed. Brasília, 2010. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas\\_infecciosas\\_parasitaria\\_guiaboiso.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guiaboiso.pdf). Acesso em 22 de abr. de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília – DF, 2009a. Disponível em [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/ZOO/lepto\\_gve7ed\\_atual.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/ZOO/lepto_gve7ed_atual.pdf). Acesso em 22 de abr. de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Ações transversais da vigilância em saúde: promoção, integração e análise**. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília – DF, 2009b. Disponível em: [ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc\\_tec/ZOO/lepto\\_gve7ed\\_atual.pdf](ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/ZOO/lepto_gve7ed_atual.pdf). Acesso em 25 de abr. de 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Série E. Legislação em Saúde). Brasília – DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 27 abr. de 2013

CARVALHO, Emilia Campos; GARCIA, Telma Ribeiro. Processo de enfermagem: o raciocínio e o julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. **In: Anais III Fórum Mineiro de Enfermagem: sistematizar o cuidar**. Universidade

Federal de Uberlândia, p. 29-40. Uberlândia – MG, 2002. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/329.pdf>>. Acesso em 27 abr. de 2013

\_\_\_\_\_. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de /2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília – DF, 2009. Disponível em: <[http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em 28 abr. de 2013

COURA, José Rodrigues de. **Síntese das doenças infecciosas e parasitárias**. Rio de Janeiro – RJ, Guanabara Koogan, 2008.

CRUZ; Diná Monteiro. **Processo de enfermagem e classificações**. In: **GAIDZINSKI RR. Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed; 2008.

CUNHA, Sandra Maria Botelho da; BARROS, Alba Lúcia Botura Leite. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília – DF, v. 58, n. 5, out. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672005000500013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672005000500013). Acesso em 28 abr. de 2013

DUARTE, Alexandra Paz Pereira; ELLENSOHN, Lisara. A operacionalização o processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro – RJ, v. 15, n.4, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewFile/7509/7874>. Acesso em 02 maio. de 2013

FALQUETO, Aloísio; SESSA, Paulo Augusto. Leishmaniose Tegumentar Americana. In: **FOCACCIA, Roberto. Tratado de Infectologia**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro – RJ, v. 13, n. 1, p. 188-193, jan./mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>. Acesso em 05 maio de 2013

GENARO, Odair; REIS, Alexandre Barbosa. Leishmaniose Tegumentar Americana. In: **NEVES, David Pereira. et al. Parasitologia Humana**. 11. ed., p 47-64. São Paulo: Atheneu, 2005.

GIL, L. H. S.; BASANO, S. A.; SOUZA, A. A.; SILVA, M. G. S.; BARATA, I.; ISHIKAWA, E. A.; CAMARGO, LMA et al. Recent observations on the sand fly (Diptera:Psychodidae) fauna of the state of Rondônia, Western Amazônia, Brazil: the importance of *Psychodopygusdavisi* as a vector of zoonotic cutaneous leishmaniasis. **Mem Inst Oswaldo Cruz.** v. 98, p. 751-5,2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-2762003000600007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-2762003000600007)>. Acesso em 05 maio de 2013

GONTIJO, B.; CARVALHO, M. L. R. Leishmaniose tegumentar americana. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** Uberaba, v. 36, n.1, p.71-80, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822012000400002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822012000400002&script=sci_arttext)>. Acesso em 05 maio de 2013

GUIMARAES, Heloísa Cristina Quatrini Carvalho Passos. Leishmaniose: oportunidade para o desenvolvimento de um novo domínio na enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem.** São Paulo – SP, v.23, n.4, p. 454-454, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023863001>>. Acesso em 08 maio de 2013

HORTA, Wanda Aguiar. **Memorial Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU Editora, 1979.

LIMA, Edson Borges de.; PORTO, Cláudia; MOTTA, Jorgeth Oliveira Carneiro; SAMPAIO, Raimunda Nonata Ribeiro. Tratamento da leishmaniose tegumentar americana. **Anais Brasileiros de Dermatologia.** Rio de Janeiro – RJ, v.82. n. 2, mar./abr., 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962007000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000200002)>. Acesso em 08 maio de 2013

LIMA, Meiri Vanderlei Nogueira de. et al. Atendimento de pacientes com leishmaniose tegumentar americana: avaliação nos serviços de saúde de municípios do noroeste do Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro - RJ, v. 23, n. 12, dez., 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007001200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2007001200015&script=sci_arttext). Acesso em 12 maio de 2013

MARZOCHI, Mauro Célio de Almeida; SCHUBACH, Armando de Oliveira; MARZOCHI, Keyla B. Feldman. Leishmaniose Tegumentar Americana. In: **CIMERMAN, Benjamim, CIMERMAN, Sérgio. Parasitologia Humana e seus Fundamentos Gerais.** 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2002.

MASINA, S.; GICHERU, M. M.; DEMOTZ, S. O.; FASEL, N. J. Protection against cutaneous leishmaniasis in outbred vervetmonkeys using a recombinant histone antigen. **Journal of Infectious Diseases**. Oxford, v. 188, p. 1250-7, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14551897>. Acesso em 17 maio de 2013

MELÃO, Roberta; AGUIAR, Zenaide Neto; CRUZ, Edily Andrada. Leishmaniose Tegumentar Americana. In: **AGUIAR, Zenaide Neto; RIBEIRO, Maria Celeste Soares. Doenças Transmissíveis**. 2 ed. São Paulo: Martinari, p.193-198, 2006.

MELBY, P. C. Vaccination against cutaneous leishmaniasis: current status. **Am Clinics in Dermatology – Journal**. v. 3, p. 557-70, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12358557>>. Acesso em 20 maio de 2013

MOTA, Maria Cecília Silveira da. **Enfermagem e Leishmaniose Tegumentar Americana: uma análise da atenção às comunidades de risco no município do Rio de Janeiro-RJ**. Dissertação de Mestrado (Título de Mestre). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro – RJ, 2000. Disponível em: [www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3990/2/000042.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3990/2/000042.pdf)>. Acesso em 23 maio de 2013

MURBACK, N. D. N.; HANS-FILHO, G.; NASCIMENTO, R. A. F.; NAKAZATO, K. R. O.; DORVAL, M. E. M. C. Leishmaniose tegumentar americana: estudo clínico, epidemiológico e laboratorial realizado no Hospital Universitário de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. Campo Grande – MS, v. 86, n.1, p. 55-63, 2011. Disponível em: [www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3990/2/000042.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3990/2/000042.pdf)>. Acesso em 25 maio de 2013

NASCIMENTO, Keyla Cristiane, et al,. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem**. Universidade de São Paulo – USP, v. 42 n. 4, p. 643-8, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-2342008000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342008000400005)>. Acesso em 27 maio de 2013

NÓBREGA, Maria Miriam Lima; SILVA, Kenya de Lima. **Fundamentos do Cuidar em enfermagem**. Belo Horizonte: ABEn, 2008. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/vol3num2artigo6.pdf>>. Acesso em 27 maio de 2013

PESUT, Daniel; HERMAN, Joann. **Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking**. Albany (NY): Delmar; 1999, p. 54-62. Disponível em: <[http://www.resourcenter.net/images/snrs/files/sojnr\\_articles2/Vol09Num01Art15.pdf](http://www.resourcenter.net/images/snrs/files/sojnr_articles2/Vol09Num01Art15.pdf)> . Acesso em 30 maio de 2013

PIRES, Sandra Maria Bastos. **Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação** – 137 f. Dissertação de Mestrado (Título de Mestre em Ciências da Saúde). Programa de Pós - Graduação em Enfermagem, Setor de Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2007. Disponível em: <[http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/14043/Microsoft%20Word%20%20Capa\\_pr%3F\\_textuais\\_Sandra%20Maria%20Bastos%20Pires.pdf?sequence=>](http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/14043/Microsoft%20Word%20%20Capa_pr%3F_textuais_Sandra%20Maria%20Bastos%20Pires.pdf?sequence=>)>. Acesso em 30 maio de 2013

SANTOS, I. et al. **Enfermagem fundamental: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2001. v.1, p. 12.

SILVA, Natal Santos da; MUNIZ, Vitor Dantas. Epidemiologia da leishmaniose tegumentar americana no Estado do Acre, Amazônia brasileira. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600015)>. Acesso em 13 de jun. de 2013

SILVA, Thais Cristina Santos. **Leishmaniose Tegumentar Americana: Estudo de Caso**. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem. 61º Congresso de Enfermagem – CBEn. Goiânia, 2005. Disponível em: <[http://www.abeneventos.com.br/anais\\_61cben/files/indices.pdf](http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/indices.pdf)>. Acesso em 22 de jun. de 2013

SOUZA, M. T. As teorias de Enfermagem e sua influencia nos processos cuidadosos. In: **CIANCIARULLO, T. I. ; GUALDA, D. M. R. ; MELLEIRO, M. M. Sistematização da assistência de enfermagem: evolução e tendências**. 3 ed. São Paulo – SP, Ícone, 2001.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático** segunda edição. 2. ed. Rio de Janeiro – RJ, v. 1. 298 p., Guanabara Koogan, 2010.

TEODORO, U.; THOMAZ-SOCCOL, V.; KÜHL, J. B.; SANTOS, D. R.; SANTOS, E. S.; SANTOS, A. R. et al. Reorganization and cleanliness of peridomiciliar area to control sand flies (Diptera, Pschodidae, Phlebotominae) in South Brazil. **Brazilian Archives of Biology and Technology**.v. 47, p. 205-12, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0102311X2006000200022&caller=www.scielo.org&lang=en>>. Acesso em 27 de jun. de 2013

ZANETTI, M. L.; MARZIALLE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C. C. O modelo de Horta, a taxonomia de NANDA e o método de solução de problemas como estratégia na assistência de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre – RS, v. 15, n. 2, p. 76-84, 1994. Disponível em: <<http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/artigo24Zafin.pdf>>. Acesso em: 12 de jul. de 2013