

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

JOZELMA PEREIRA BARROS DE SOUZA

TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NO MANEJO CLÍNICO DA  
LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA

Recife

2020

JOZELMA PEREIRA BARROS DE SOUZA

**TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NO MANEJO CLÍNICO DA  
LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra<sup>a</sup> Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Recife

2020

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães**

---

- S729t Souza, Jozelma Pereira Barros de.  
Translação do Conhecimento no Manejo Clínico da  
Leishmaniose Visceral Humana / Jozelma Pereira Barros  
de Souza. - Recife: [s.n.], 2020.  
120 p.: il.
- Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde  
Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação  
Oswaldo Cruz, Recife, 2020.  
Orientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira.
1. Leishmaniose Visceral. 2. Gerenciamento Clínico.  
3. Pesquisa Médica Translacional. I. Oliveira, Sydia  
Rosana de Araújo. II. Título.

---

CDU 614.39

**JOZELMA PEREIRA BARROS DE SOUZA**

**TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NO MANEJO CLÍNICO DA  
LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data de aprovação: 28 /08 /2020

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (orientadora)

---

Profa. Dra Elaine Christine de Souza Gomes  
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

---

Profa. Dra Maria de Fátima Pinto Ribeiro  
Centro Universitário Facol

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pois sem Ele nada teria acontecido;

A minha família linda por ser minha base sólida e meu refúgio em especial minha mãezinha, por ser meu porto seguro e a minha fortaleza;

Aos meus irmãos pelo calor fraternal e por compartilharem todos os meus momentos, sejam eles tristes ou felizes. Em especial Bel e Nelsinho que foram meu ponto de apoio.

Ao meu tio Bonifácio (*in memória*), meu segundo pai que torceu e vibrou pela a minha entrada neste tão sonhando mestrado, mas partiu antes de comemorarmos a conclusão.

Ao meu esposo Rickson, por dividir comigo os fardos pesados tornando-os mais leves, por ser “presente sempre”; pela paciência, companheirismo e palavras de incentivo nos momentos difíceis.

Ao meu amado filho Joaquim, que muitas vezes precisou ficar afastado de mim por uma semana nos seus primeiros meses de vida, obrigada meu anjinho.

A minha orientadora Dra. Sydia Oliveira, pelo auxílio, condução, incentivo, paciência e acima de tudo pelas informações repassadas de maneira tão sábia.

Ao meu amigo “Dan” por nunca ter me deixado só nessa jornada, por dividir comigo momentos alegres e tristes... Enfim, por ser meu amigo.

A todos os meus amigos do mestrado pela alegria, força e compreensão em tantos momentos; por ter sido a melhor turma;

Aos professores da FIOCRUZ pelo conhecimento repassado e compartilhado;  
Aos profissionais da XI Região de Saúde de Pernambuco, em especial a gerente Karla Millene por todo apoio e incentivo.

Aos médicos e enfermeiros da atenção básica e aos secretários municipais de saúde da XI Região de Saúde de Pernambuco por tanta cordialidade e confiança na realização desta pesquisa.

SOUZA, Jozelma Pereira Barros de. **Translação do Conhecimento no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral Humana**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

## RESUMO

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH) é uma doença negligenciada de grande relevância mundial. Apesar disso e de todo avanço da tecnologia e dos estudos nesta área, ainda não se conseguiu avançar no tratamento e controle da doença. Destaca-se como barreira, a lacuna entre o conhecimento teórico e a prática dos profissionais de saúde em relação ao manejo clínico da LVH. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe a construção de estratégia de ação para reduzir o “hiato” entre o conhecimento produzido e sua tradução na prática clínica. Esta proposta denomina-se: translação do conhecimento (TC) e é definida como um processo dinâmico e interativo que abrange todas as etapas do conhecimento. A XI Região de Saúde de Pernambuco é endêmica para a LVH. Assim, objetivou-se analisar a TC no manejo clínico da LVH pelos médicos e enfermeiros desta região. O estudo se deu por meio de uma pesquisa documental, retrospectiva e quantitativa, com um roteiro para coletar as informações dos casos de LVH notificados no SINAN entre os anos de 2015 a 2018; e uma pesquisa de campo do tipo exploratória, descritiva e transversal de abordagem quanti-qualitativa, por meio de um questionário semiestruturado. Foram entrevistados 71 enfermeiros (as) e 62 médicos (as). Apesar de ser uma região endêmica, apenas (56,4%) sabiam da presença de casos de LVH nos municípios. Pouco mais da metade se sente seguro para identificar os sinais e sintomas da doença. Muitos desconhecem os métodos de diagnóstico e tratamento da LVH, o que pode ter contribuído para o baixo número de casos notificados na atenção básica. A maioria atribui a qualidade da prática clínica e o melhor prognóstico do paciente a incorporação do conhecimento científico mas, quase um terço afirma não utilizar. Assim, torna-se necessário uma articulação entre governo e serviço para implementarem propostas de educação permanente na regional, com o intuito de vencer as barreiras existentes para a TC no manejo clínico da doença.

Palavras chaves: Leishmaniose Visceral; Manejo clínico; Translação do conhecimento.

SOUZA, Jozelma Pereira Barros de. **Knowledge Translation in the Clinical Management of Human Visceral Leishmaniasis**. 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

### **ABSTRACT**

Human visceral leishmaniasis (HVL) is a neglected disease of worldwide relevance. Besides this fact, and all technological development and research on this field, there is no progress in finding a treatment for HVL and getting it under control. One obstacle that stands in the way of having it controlled is the gap between the theoretical knowledge about the disease and what health care providers actually do when it comes to dealing with it in a clinical situation. Taking this into account, the World Health Organization (WHO) propose one strategy in order to reduce the distance between scientific evidence and medical practice. The proposition is called knowledge translation (KT) and it's defined as a dynamic and interactive process that includes all stages of knowledge. The 11th Health Region of Pernambuco is endemic for HVL. Thus, this study aimed at analyzing KT in the clinical management of HVL by doctors and nurses in region. The study was carried out through a documentary, retrospective, and quantitative research, with a script to collect information on cases of HVL reported in SINAN from 2015 to 2018; and an exploratory, descriptive and transversal field research with a quantitative and qualitative approach, through a semi-structured survey. A total of 133 professionals participated in the research, they were 71 nurses and 62 doctors. Even though it is an endemic region, only 56.4% knew about the presence of HVL cases in the city. Just over half of the people feel safe to identify the signs and symptoms of the disease. Most attribute the clinical practice quality and the patient's best prognosis to the incorporation of scientific knowledge. However, almost a third does not use it in the clinical practice of HVL. Thus, it is necessary to articulate the government and the service to implement proposals for continuing education in the region, in order to overcome the existing barriers for KT in the clinical management of the disease.

Key words: Visceral Leishmaniasis; Clinical management; Knowledge translation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Modelo Metodológico de Tradução do Conhecimento em Ação.....	31
<b>Quadro 1</b> - Distribuição dos Profissionais médicos e enfermeiros dos municípios da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco. 2019.....	35
<b>Quadro 2</b> - Síntese da metodologia proposta para a pesquisa, Pernambuco, 2019.....	39
<b>Gráfico 1</b> - Frequências de casos notificados e confirmados de LVH, por município de residência da XI região de Saúde de PE, 2015-2018.....	46
<b>Gráfico 2</b> - Critério de confirmação da LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019 .....	49



## LISTAS DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Distribuição dos médicos e enfermeiros da atenção básica segundo o perfil demográfico. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019.....	41
<b>Tabela 2</b> – Distribuição dos médicos e enfermeiros segundo o perfil de formação. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019 .....	42
<b>Tabela 3</b> – Distribuição dos médicos e enfermeiros da atenção básica, segundo características profissionais. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019 .....	42
<b>Tabela 4</b> – Característica do conhecimento epidemiológico e das manifestações clínicas da LVH pelos Enfermeiros e Médicos da atenção básica. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019 .....	44
<b>Tabela 5</b> - Frequência das manifestações clínicas em 93 casos de LVH na XI Região de saúde de Pernambuco. Brasil, 2014-2018.....	45
<b>Tabela 6</b> – Cruzamento entre as informações do atendimento a pacientes com LV e a segurança para identificar os sinais e sintomas da LV por graduação. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019 .....	46
<b>Tabela 7</b> - Unidades notificadores de casos de LVH confirmados. XI Região de saúde de Pernambuco. Brasil, 2014-2018. ....	47
<b>Tabela 8</b> – Respostas dos médicos e enfermeiros da atenção básica em relação a atendimento e conhecimento dos métodos de diagnósticos da LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019. ....	48
<b>Tabela 9</b> – Respostas do enfermeiros e médicos em relação a disponibilidade de exames para diagnóstico, fluxo, diagnóstico clínico-epidemiológico e centro de referência. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019. ....	49
<b>Tabela 10</b> – Conhecimento dos médicos e enfermeiros da atenção básica em relação a terapêutica dos pacientes com LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019.....	51
<b>Tabela 11</b> – Respostas dos médicos e enfermeiros da atenção básica em relação a atualização profissional. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019.....	52
<b>Tabela 12</b> – Respostas dos médicos e enfermeiros da atenção básica quanto ao acesso, adaptação e barreiras relacionados ao conhecimento do manejo clínico da LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019 .....	55
<b>Tabela 13</b> – Avaliação da questão “Sentem seguros na identificação de sinais e sintomas?” segundo a graduação, tempo que finalizou a graduação e participação de curso/treinamento	57

<b>Tabela 14</b> – Cruzamento das respostas dos médicos e enfermeiros quanto ao fármaco de primeira escolha com atendimento ou não de pacientes com LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019.....	58
--	----

## LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

<b>CIHR</b>	Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde
<b>CLT</b>	Consolidação das Leis do Trabalho
<b>CONITEC</b>	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no sistema único de saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>GERES</b>	Gerência Regional de Saúde
<b>HLH</b>	Linfocitose Hemofagocítica
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IDRM</b>	Intradermorreação de Montenegro
<b>LVH</b>	Leishmaniose Visceral Humana
<b>LTA</b>	Leishmaniose Tegumentar Americana
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PCDT</b>	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
<b>PCR</b>	Proteína C-reativa
<b>SANAR</b>	Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas
<b>SEVS/PE</b>	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco
<b>SES/PE</b>	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
<b>SINAN</b>	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TC</b>	Translação do Conhecimento/ Tradução do Conhecimento
<b>USF</b>	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	17
<b>3.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	18
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
4.1 LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA: ASPECTOS HISTÓRICOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	19
4.2 ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA LEISHMANIOSE VISCERAL.....	21
<b>4.2.1 Aspectos Clínicos</b> .....	21
<b>4.2.2 Diagnóstico da LVH</b> .....	24
<b>4.2.3 Tratamento da LVH</b> .....	27
4.3 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO .....	29
<b>5 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	344
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	344
5.2 PERÍODO DO ESTUDO .....	34
5.3 ÁREA DO ESTUDO.....	355
5.4 POPULAÇÃO .....	355
5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	366
5.6 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	36
<b>5.6.1 Instrumento e procedimento para coleta dos dados</b> .....	36
5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	37
<b>5.8 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	40
<b>6. RESULTADOS</b> .....	41
6.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA .....	41
6.2 CONHECIMENTO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DA LVH .....	43
6.3 UTILIZAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA PRÁTICA CLÍNICA .....	52
6.5 BARREIRAS OU LIMITAÇÕES PARA TRADUZIR O CONHECIMENTO CIENTÍFICO NA PRÁTICA CLÍNICA DA LVH E ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO LOCAL .....	54

<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	599
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	699
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
<b>APENDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS DO SINAN</b> .....	823
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO</b> .....	855
<b>APÊNDICE C - QUADRO DE REVISÃO DE LITERATURA PARA CONFECCÃO DO QUESTIONÁRIO</b> .....	90
<b>APÊNDICE D - RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO</b> .....	977
<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	1066
<b>ANEXOS – CARTA DE ANUÊNCIA</b> .....	1077

## 1 INTRODUÇÃO

No processo saúde-doença, a humanidade tem convivido com o surgimento de várias doenças parasitárias, como é o caso da Leishmaniose Visceral Humana (LVH) (GOMES et al., 2011; SILVA et al., 2017). Classificada como uma doença negligenciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido sua prevalência em condições de pobreza; é considerada como importante problema de saúde pública em setenta e seis (76) países, estando incluída entre as seis endemias de maior relevância mundial (COSTA et al., 2016; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2018; SOUZA, 2010).

Nas Américas, a LVH também se apresenta como um problema de saúde pública devido a sua magnitude e complexidade clínica, biológica e epidemiológica (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019). A sua ampla abrangência nesta região tem aumentado o número de mortes causadas pela doença, chegando a alcançar em 2018, uma taxa de letalidade de 8%, considerada a mais elevada quando comparada a outros continentes. No mesmo ano, o Brasil foi responsável por 97% dos casos de LVH nas américas, totalizando 3.466 casos, mais da metade (1735) foi notificado no Nordeste. Tanto o país quanto o Nordeste apresentaram em 2018 uma taxa de letalidade maior que a do continente (8,3% e 8,9% respectivamente). Ainda neste ano, o estado de Pernambuco registrou 112 casos da doença, com letalidade de 7,14%, sendo 26 casos reportados pela XI Região de Saúde que apresentou uma letalidade de 3,8% (BRASIL, 2019; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019).

A atenção à LVH é considerada complexa e um grande desafio à saúde pública no Brasil, por envolver ações que vão desde o controle do vetor e do reservatório, até o cuidado com o diagnóstico e tratamento oportuno dos pacientes para reduzir a letalidade (BARBOSA; GUIMARÃES; LUZ, 2016). Nesse sentido, Sousa, Ramalho e Melo (2018) afirmam que a alta taxa de letalidade no estado de Pernambuco, demonstra a necessidade de avaliar os principais fatores que estão relacionados as mortes por esta doença. Ainda para estes autores, os profissionais de saúde da atenção primária devem estar sensibilizados em relação a sua importância no que diz respeito ao cuidado com os pacientes com LVH.

Assim, por ser negligenciada, letal e historicamente endêmica em Pernambuco, a LVH passou a fazer parte do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), desde o ano de 2015 (Este programa foi criado em 2011, a partir do Pacto pela Saúde e instituído pelo Decreto N°39.497 de 2013). O programa incluiu onze municípios como prioritários para a LVH,

distribuídos por sete regiões de saúde, dois destes fazem parte da XI Gerência Regional de saúde: Carnaubeira da Penha e Serra Talhada (PERNAMBUCO, 2015).

Há quase 15 anos, Dantas-Torres e Brandão-Filho (2006), já afirmavam que existiam conhecimentos em relação aos aspectos mais importantes da LVH, mas que apesar disso as estratégias utilizadas ainda não eram suficientes para diminuir a incidência e letalidade da doença. Outrossim, para estes pesquisadores o maior desafio para o controle da LVH, já evidenciado naquele período, era “como traduzir o conhecimento derivado das pesquisas” em medidas efetivas para o enfrentamento da doença. Ressaltando também, a importância da atenção básica a saúde na redução da letalidade através da detecção oportuna e do tratamento correto.

Alinhado a este pensamento, Sampaio et al. (2015) também afirmam que apesar de ser um problema mundial, do avanço da tecnologia e dos estudos produzidos, ainda não se conseguiu avançar em relação ao tratamento e controle das leishmanioses (SAMPAIO, 2015). Para Menezes et al. (2014), a grande barreira para este avanço é a lacuna entre o conhecimento teórico e a prática por parte dos profissionais de saúde em relação ao manejo clínico do paciente infectado.

Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde defende a importância da aplicabilidade clínica dos resultados das pesquisas científicas e propõe a construção de estratégias de ação para reduzir o “hiato” entre o conhecimento produzido e sua tradução na resolutividade dos problemas da área de saúde na interface com outros setores. Esta proposta denomina-se: Translação do Conhecimento (TC) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006). Definida pelo Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde como um processo dinâmico e interativo que abrange todas as etapas do conhecimento; desde a síntese, a disseminação, o intercâmbio até sua aplicação eticamente sólida. Com a finalidade de proporcionar produtos e serviços de saúde efetivos e assim melhorar o sistema de saúde (CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2012; TETROE, 2007).

Neste estudo, os termos tradução do conhecimento, conhecimento-ação e translação do conhecimento serão intercambiáveis, pois ambos representam o processo interativo e dinâmico de “colocar o conhecimento em ação” (STRAUS; TETROE; GRAHAM, 2009).

A aplicação do conhecimento científico na tomada de decisão no manejo clínico da leishmaniose pode evitar a evolução da doença, bem como contribuir para a melhoria na qualidade de vida do paciente. A luz destas informações, este estudo teve o seguinte questionamento: Como os médicos e enfermeiros da atenção básica dos municípios que

compõem a XI Região de saúde de Pernambuco aplicam os conhecimentos científicos para diagnosticar e tratar a LVH?



## 2 JUSTIFICATIVA

A XI Região de Saúde de Pernambuco é historicamente conhecida por apresentar casos de LVH, estando inserida entre as áreas prioritárias do programa SANAR/SES/PE por apresentar indicadores inaceitáveis para o Estado. Sendo a proponente desta pesquisa a farmacêutica responsável pelos medicamentos preconizados pelo SUS para o tratamento da Leishmaniose (glucantime e a Anfotericina B). Estes só são liberados mediante prescrição médica, que muitas vezes são feitas sem a indicação correta do fármaco e/ou com erro posológico.

Apesar do limitado arsenal terapêutico, houve avanço da tecnologia em diagnóstico rápido, além da confecção de manuais e guias para o manejo clínico da LVH. Mas, a letalidade desta infecção continua sendo um problema de saúde pública, tendo como principal agravante o diagnóstico e tratamento tardio ou ineficaz (SAMPAIO, 2015, ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Diante do exposto, tornou-se relevante avaliar a translação do conhecimento no manejo clínico da LVH pelos profissionais de saúde da XI Região de Saúde de Pernambuco. Para compreender se os enfermeiros e médicos desta regional, utilizam as evidências científicas relacionadas a LVH na prática clínica (DAVISON, 2009). Visando com isso, ampliar as fronteiras do conhecimento sobre a relação entre conhecimento científico e práticas clínicas no manejo da LVH que possam contribuir aos interesses da coletividade, como elemento de reflexão para todos os envolvidos na gestão e no cuidado dos pacientes com LVH na Região de Saúde.

### 3 OBJETIVO GERAL

Analisar a translação do conhecimento no manejo clínico da LVH pelos médicos e enfermeiros da atenção básica da XI Região de saúde de Pernambuco.

#### 3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- a) Descrever o conhecimento e aplicação de protocolos clínicos e manuais do MS pelos enfermeiros e médicos para diagnosticar e tratar a LVH na atenção básica da XI Região de Saúde de PE;
- b) Conhecer como os médicos e enfermeiros acessam e utilizam as evidências científicas para auxiliar no diagnóstico e tratamento do paciente com LVH.
- c) Identificar barreiras e limitações para diagnosticar e tratar oportunamente a LVH.
- d) Construir estratégia efetiva de ação da Educação Permanente para profissionais de saúde, com vistas a reduzir o hiato entre o conhecimento produzido e a sua tradução na prática clínica.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

A leishmaniose visceral foi descrita pela primeira vez em 1835 na Grécia com o nome de “ponos” ou “hapoplinaikon” (que significa esplenomegalia infantil). Em 1869 na Índia foi denominada “Kala-jwar” (febre negra) ou “Kala-azar” (Calazar) devido ao escurecimento da pele durante a doença, esta característica não é evidenciada no Brasil (GLÓRIA, 2006; MARZOCHI et al., 1981).

### 4.1 LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA: ASPECTOS HISTÓRICOS EPIDEMIOLÓGICOS

O primeiro registro de LVH na América do Sul se deu em 1913 no Paraguai, quando Migone diagnosticou a doença em um paciente que morreu no país, mas que provavelmente contraiu a doença no Brasil, no estado do Mato grosso do Sul, assim este também foi o primeiro caso autóctone no Brasil (BADARÓ, DUARTE, 2002; MIGONE, 1913).

Em 1934, Penna fez relato do primeiro caso de LVH no Brasil quando encontrou *Leishmania Donovanii* em análise a 41 fragmentos hepáticos de pacientes mortos com febre amarela, originários do norte e nordeste brasileiro. Este achado motivou Carlos Chagas na época, diretor do Instituto Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, a delegar ao seu filho Evandro Chagas a missão de investigar o calazar nestas regiões que se estendeu para todo o país (CHAGAS et al., 1937; PENNA, 1934; SOARES, 2010). Dois anos depois, em 1936, Evandro Chagas realizou o primeiro diagnóstico *in vivo* da doença, a partir de uma punção esplênica, classificando a *Leishmania chagasi* como uma nova espécie do gênero *Leishmania* (CHAGAS et al., 1937).

O Nordeste brasileiro, nos últimos 30 anos tem se destacado como região endêmica, devido ao crescimento na transmissão de LVH em vários Estados (REIS et al., 2017). Em Pernambuco, esta doença é endêmica, inicialmente estava presente em áreas rurais, mas após a década de 80 também se expandiu para áreas urbanas (ALVAR et al., 2012; SOUZA, 2017). Para Furlan (2010), esta mudança na distribuição geográfica aconteceu devido à urbanização desordenada, pobreza, migração humana, desmatamento além da adaptação do vetor aos novos lugares.

A principal forma de transmissão do parasito para o homem e outros hospedeiros mamíferos é pela picada das fêmeas de dípteros da família *Psychodidae*, subfamília

*Phlebotominae*, conhecidos por flebotomíneos (FERREIRA, 2018; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2012; NEVES et al., 2016).

Assim, as leishmanioses são doenças infecto-parasitárias causadas por protozoários flagelados do gênero *Leishmania* sp. de transmissão zoonótica que acometem seres humanos, animais silvestres (marsupiais e raposa) e domésticos como cães e gatos (LIMA et al., 2012; QUINNELL, COURTENA, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

Dependendo da espécie infectante a leishmaniose se apresenta de três formas clínicas, sendo classificada com base no quadro clínico do hospedeiro: leishmaniose cutânea, mucocutânea e visceral. A primeira caracteriza-se pelo aparecimento de úlceras na pele sendo considerada a mais comum. A forma mucocutânea se caracteriza pela destruição total ou parcial da mucosa nasal, oral e dos tecidos circundantes. A forma clínica mais grave é a leishmaniose visceral, devido às frequentes complicações acometendo um grande número de órgãos como o baço, medula óssea, linfonodos e fígado que se não tratada pode evoluir para a morte (LIMA et al., 2012; QUINNELL, COURTENA, 2009; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010).

As ações de controle na LVH foram regulamentadas em 1963 pelo decreto presidencial nº 51.838, onde estabelece Normas Técnicas especiais para o combate às leishmanioses enfatizando o diagnóstico e o tratamento precoce dos casos humanos, a redução da população de flebotomíneos e a eliminação de reservatórios infectados. Ainda em 2019, esses são os pilares que regem o Programa de Controle da Leishmaniose Visceral (PCVL) do Ministério da Saúde.

Neste sentido, o MS tem publicado documentos oficiais com a finalidade de instruir os profissionais de saúde em relação ao manejo clínico da LVH além da vigilância dos casos humanos da doença, a saber:

- a) Em 2006: Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral;
- b) Em 2011: Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade;
- c) Em 2014: Guia de Vigilância em Saúde, Capítulo nº 8;
- d) Em 2015: Manual de recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento de pacientes com a Coinfecção *Leishmania*-HIV;
- e) Em 2016: Guia de Vigilância em Saúde, Capítulo nº 8;
- f) Em 2017: Guia de Vigilância em Saúde, Capítulo nº 8.

Encontra-se em elaboração pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) do MS, desde 2016, um Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para a LVH. Segundo a CONITEC, este documento deve ser orientado por evidências científicas e “considerar critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas”. Estabelecendo critérios para o diagnóstico e tratamento da doença, “a serem seguidos pelos gestores do SUS”. Com isso, contribuindo para a melhoria do cuidado ao paciente por minimizar a lacuna entre a criação das evidências e o seu uso na prática clínica (COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS. SECRETARIA DE SAÚDE, 2016).

Logo, em consonância com a organização do SUS, a detecção, assistência e acompanhamento e/ou encaminhamento dos pacientes com LVH aos hospitais de referências é de responsabilidade da rede básica de saúde das secretarias municipais de Saúde, com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde. “Para tanto, é necessário estabelecer um fluxo de referência e contrarreferência, bem como oferecer as condições para diagnosticar e tratar precocemente os casos” (BRASIL, 2017).

#### 4.2 ASPECTOS CLÍNICOS, DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS DA LEISHMANIOSE VISCERAL

As principais espécies causadoras da leishmaniose visceral humana são a *Leishmania donovani* e *Leishmania infantum* (chagasi), possuem comprimento de 15 a 25 µm. Esta última é responsável pela doença no Brasil. Após inoculação no tecido ou na corrente sanguínea do hospedeiro, a leishmania é absorvida por macrófagos que se acumulam principalmente na medula óssea, fígado, baço e linfonodos (ADAMCZICK et al., 2018). Assim, a denominação leishmaniose visceral é devido ao “viscerotropismo” do parasita durante a evolução da doença (LEÃO et al., 2013).

##### 4.2.1 Aspectos Clínicos

A evolução da doença depende do estado imunitário do hospedeiro, por isso a LVH é considerada uma infecção oportunista em pessoas com HIV/AIDS ou com outras causas de imunossupressão (ADAMCZICK et al., 2018). No homem, de acordo com o MS a incubação do parasita da Leishmaniose Visceral ocorre no período de 10 dias a 24 meses, com média entre 2 e 6 meses (BRASIL, 2017). Pode se comportar de forma assintomática

até apresentar várias manifestações clínicas como: Febre de longa duração, adinamia, astenia, manifestações hemorrágicas, anemia, hepatoesplenomegalia, além de linfadenomegalia, perda de peso, taquicardia, tosse seca e diarreia. Com a progressão da infecção podem surgir outros sinais e sintomas, como desnutrição, edema periférico, alterações na pele e unha além da queda de cabelos (BARBOSA; COSTA, 2013; BRASIL, 2014, 2017).

Para Neves et al. (2016), todas estas manifestações clínicas combinadas com a residência do paciente em região endêmica podem servir de base para o diagnóstico clínico. Porém, o profissional de saúde precisa estar atento porque o quadro clínico pode ser confundido com outras patologias como malária, febre tifoide, toxoplasmose, leucemia, brucelose e esquistossomose hepatoesplênica, forma aguda da doença de chagas, mieloma múltiplo, anemia falciforme entre outras (BRASIL, 2017).

Para Adamczick et al. (2018) a Linfocitose Hemofagocítica (HLH) e a leucemia aguda, são os dois diagnósticos diferenciais mais relevantes, pois apresentam sintomas semelhantes como “pancitopenia, hepatoesplenomegalia, linfadenopatia, febre e elevação das enzimas hepáticas”.

A HLH “é uma condição incomum e potencialmente fatal, caracterizada por importante ativação imunológica e produção maciça de citocinas por células mononucleares inflamatórias, devido a defeitos na função linfocitária citotóxica” (LIMA et al., 2018). A HLH pode ser desencadeada pela LVH, neste caso essa deve ser tratada antes de iniciar a terapia imunossupressora (ADAMCZICK et al., 2018; BODE, et al., 2014).

A suscetibilidade de adoecimento da LVH é universal, atingindo qualquer pessoa em qualquer idade. Entretanto no Brasil acomete principalmente crianças, (predominantemente nos seis primeiros anos de vida) e idosos (BARBOSA; COSTA 2013; CHAPPUIS et al., 2007; GRAMICCIA; GRANDONI, 2005).

Comumente na fase aguda ou inicial da doença os pacientes apresentam febre com duração menor que um mês, apresentam “palidez cutaneomucosa e hepatoesplenomegalia”. Em áreas endêmicas pode acontecer de alguns infectados, geralmente as crianças apresentarem uma “forma oligossintomática” por cerca de duas semanas. As manifestações clínicas e achados laboratoriais que podem caracterizar esta forma é: febre, hepatomegalia, hiperglobulinemia e velocidade de hemossedimentação alta (BRASIL, 2017; OLIVEIRA, 2014).

Quando a doença evolui, leva ao “período de estado que é caracterizado por febre irregular, acompanhada de perda ponderal progressiva e aumento da hepatoesplenomegalia”. Nesta fase o quadro clínico do paciente já apresenta comprometimento, pois geralmente já tem passado mais de dois meses de evolução. Caso o profissional de saúde e/ o serviço de saúde não consiga fechar o diagnóstico, “o quadro clínico evolui progressivamente para o período final” com a presença de febre contínua, desnutrição e comprometimento intenso do estado geral. Nesse momento podem surgir complicações severas como hemorragias e infecções que muitas vezes são fatais para o paciente (BRASIL, 2017; OLIVEIRA, 2014).

Assim, alguns fatores podem favorecer o aumento da letalidade da LVH, como o diagnóstico tardio, acometimento de pacientes com outras doenças, principalmente as complicações infecciosas e hemorrágicas, além do tratamento tardio (BRASIL, 2014; LINDOSO et al., 2006, OLIVEIRA et al., 2008; REY, 2008).

Em uma pesquisa realizada pelas autoras Barbosa e Costa (2013), com casos autóctones de LVH em indivíduos de 0 a 15 anos de idade no estado do Rio Grande do Norte. Analisaram as informações referentes ao período de janeiro de 2007 a dezembro de 2011, sendo identificadas 291 crianças e adolescentes com LVH. Às principais manifestações clínicas apresentadas foram: febre (76,9%), palidez (68,0%), esplenomegalia (67,7%) e hepatomegalia (63,9%).

No estudo realizado por Driemeier et al., (2015) com 80 pacientes idosos tratados no hospital de ensino da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no período de 2000 a 2003, a febre foi relatada em 84,7% dos prontuários (61/72), perda de peso em 81,4% (57/70), hepatomegalia em 58,3% (42/72) e esplenomegalia em 51,4% (37/72). Não foram relatados casos de linfadenomegalia.

Assim, a febre foi o sintoma mais relatado tanto nas crianças no estudo anterior, quanto pelos idosos. Em relação a este achado as autoras Driemeier et al. (2015), afirmam que a febre é mais consistente em indivíduos jovens e que a ausência desta pode sugerir má resposta imunológica e conseqüentemente um pior prognóstico (DRIEMEIER et al., 2015).

Devido ainda não existir vacina para a prevenção da LVH, torna-se necessário adotar medidas para combater e controlar a doença, partindo do cuidado com os reservatórios e vetores, busca ativa de casos pelos profissionais de saúde, diagnóstico e tratamento precoce dos pacientes, gestão ambiental além da educação em saúde (ARAÚJO; KAMPHORST et al., 2015; BRASIL, 2017; VASCONCELOS, ROCHA, 2017).

No estudo realizado por Barbosa et al. (2013), em uma região com alta letalidade da LVH em Belo Horizonte - MG. Do total de 45 médicos apenas sete (16%) afirmaram que tratariam o paciente com a doença na unidade da atenção primária à Saúde (APS). As autoras acreditam que este fato pode ser reflexo da pouca experiência destes profissionais com o manejo clínico da doença, pois mais da metade (60%) nunca tinha tratado paciente com Leishmaniose Visceral.

Neste sentido, o MS afirma que apesar da disponibilidade de recursos para o diagnóstico e tratamento, além de formulações de protocolo para o manejo clínico da LVH, não houve diminuição da sua letalidade no país (BRASIL, 2011).

#### **4.2.2 Diagnóstico da LVH**

O diagnóstico da LVH é uma etapa fundamental para o cuidado do paciente acometido com a doença. Pode ser realizado a partir de parâmetros clínicos e epidemiológicos, mas estes muitas vezes não são específicos e podem ter as características clínicas confundidas com as de outras patologias. Sendo fundamental associar a suspeita clínica e epidemiológica aos resultados laboratoriais que no serviço público são basicamente, os exames imunológicos e parasitológicos (BRASIL, 2017; CUPOLILLO, 2005; OLIVEIRA, 2010).

Existem diversas propostas de ferramentas para auxiliar os métodos de diagnóstico laboratoriais das leishmanioses, mas o método considerado “ouro” ainda é a demonstração e o isolamento do parasito. Neste contexto, os autores Souza et al. (2012) após realizarem uma revisão da literatura sobre a temática, afirmam que a “construção do diagnóstico” da LVH envolve métodos clínicos, parasitológicos, sorológicos e imunológicos descritos a seguir:

- a) Método Clínico- Este método se baseia nos sinais e sintomas dos pacientes infectados levando em consideração a sua história de residência em áreas endêmicas (clínico-epidemiológico). Para este diagnóstico é fundamental o conhecimento dos profissionais de saúde em relação às várias manifestações que a LVH pode apresentar, como: febre baixa recorrente, envolvimento linfático, anemia, leucopenia, hepatoesplenomegalia (CUPOLILLO, 2005; NEVES, 2012; SOUZA et al. 2012).
- b) Método Parasitológico (demonstração direta do parasito e cultivo): É feito pela pesquisa da forma amastigota das leishmânias em material de biópsia ou



punção aspirativa do fígado, medula óssea, linfonodos ou baço (BRASIL, 2014; SENA, 2015). “Este último deve ser realizado em ambiente hospitalar e em condições cirúrgicas” (BRASIL, 2014). Para Souza et al. (2012) a maioria dos autores preferem a punção esternal em adultos ou a punção da crista ílica em crianças. Ainda em caso de co-infecção Leishmania-HIV é realizado o esfregaço do creme leucocitário (CUPOLILLO, 2005). O material aspirado segundo o Guia de Vigilância e Saúde do MS (2017), deverá ser examinado seguindo a seguinte sequência: Exame direto; Isolamento em meio de cultura (in vitro); Isolamento em animais susceptíveis (in vivo); e novos métodos de diagnóstico – o método do PCR (amplificação do DNA do parasito) (BRASIL, 2017).

- c) Métodos Sorológico e Imunológico: Uma das características da LVH é a hipergamaglobulinemia, assim a grande produção de anticorpos possibilita a realização de testes sorológico que são menos invasivos que os parasitológicos. Os testes mais usados são: Ensaio imunoenzimático (Elisa), imunocromatografia (Teste Rápido), imunofluorescência indireta (RIFI).

O Elisa tem seu resultado expresso em unidades de absorvância de raios de luz no agregado imunológico, conseguindo qualificar e quantificar a concentração de anticorpos presentes no ensaio, e permitindo a realização de grande número de ensaios em curto espaço de tempo. Apesar de ser um teste sensível, capaz de detectar baixos títulos de anticorpos, apresenta pouca precisão na detecção dos casos subclínicos ou assintomáticos e é influenciado pelo tipo de antígeno utilizado no teste (MAIA, CAMPINO, 2008; SOUZA et al., 2012).

A Reação de Imunofluorescência Indireta (RIFI) é realizada a partir da diluição seriada do soro do hospedeiro suspeito e colocado em contato com uma lâmina sensibilizada com as formas promastigotas do parasito. Apesar de apresentar sensibilidade considerável, observam-se reações cruzadas em títulos baixos com outras doenças como a Doença de Chagas, devido à proximidade filogenética existente entre os dois parasitos. - Reação de fixação de complemento: tem boa sensibilidade, mas pode ocorrer reação cruzada em títulos baixos com outras doenças como Chagas (SOUZA et al., 2012; SAKKAS et al., 2016).

Intradermorreação de Montenegro, ou teste de Leishmanina (IDRM), muito utilizado na leishmaniose tegumentar, não sendo assim, utilizado para o diagnóstico da LVH. “Na maioria dos pacientes, torna-se positivo após a cura clínica em um período de

seis meses a três anos após o término do tratamento” (BRASIL, 2017). Por fim, outro método de sorodiagnóstico é o imunocromatográfico rápido (teste rápido) ele é simples, preciso, específico, econômico, além de facilitar a interpretação do resultado pois é feito a olho nu. Seu procedimento é feito colocando-se o soro do paciente em contato com a fita e este é adsorvido pela membrana em fluxo ascendente. Os antígenos formam a linha teste e o antígeno anti-IgG constitui a linha controle. Quando as duas linhas aparecem (teste e controle) na membrana de nitrocelulose, o teste é considerado positivo e negativo quando visualizar apenas a linha controle (ASSIS et al., 2008; GRADONI, 2002).

Barbosa (2013) realizou um estudo com objetivo de descrever o perfil epidemiológico da LVH e sua distribuição espacial no estado do Rio Grande do Norte no período de 2007 a 2011. Observou nos seus resultados que dos 474 casos notificados e confirmados de LVH neste período, 437 (92,19 %) tiveram confirmação laboratorial, em 62 (13%) foram realizadas a técnica RIFI associado ao parasitológico (mielograma). Apenas em 37 (18,14%) não foi realizado nenhum tipo de diagnóstico laboratorial.

Estudo realizado por Silva, Carvalho e Faustino (2017) na cidade de Goiana em Pernambuco, evidenciou-se que 10 (77%) dos 13 casos autóctones tiveram confirmação laboratorial (não foram descritos os tipos de exames), enquanto 03 (23%) foram diagnosticados pelo parâmetro clínico-epidemiológico.

Conforme disposto no Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (2006), o diagnóstico pode ser realizado no âmbito ambulatorial e, por se tratar de uma doença de notificação compulsória e com características clínicas de evolução grave, deve ser feito de forma precisa e o mais precocemente possível. As rotinas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes necessitam ser implantadas obrigatoriamente em todas as áreas com transmissão ou em risco de transmissão (BRASIL, 2017).

Assim, os profissionais de saúde principalmente de áreas endêmicas devem conhecer as manifestações clínicas da LVH, os tipos de diagnósticos acessíveis ao serviço, bem como o fluxo para o cuidado com o paciente infectado. É imprescindível a realização de um diagnóstico rápido e a conduta terapêutica correta para evitar o avanço e a letalidade da doença (MARTINS-MELO et al., 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), geralmente o diagnóstico dos pacientes com LVH é realizado em fase avançada, alguns fatores podem contribuir para este problema, um deles é a demora com que os doentes procuram os serviços de saúde e outro é a baixa capacidade de detecção dos casos pelos profissionais da atenção básica de saúde.

O pesquisador Fernandes (2013), com o intuito de “analisar as informações a respeito das leishmanioses, obtidas através dos médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Florianópolis”, realizou uma pesquisa de abordagem quantitativa, utilizando um questionário autoaplicável. Verificou-se que a população estudada (105) era jovem, com mediana de 35 anos de idade e, 09 anos de formados; a maioria (78%) tinha pós-graduação. Quando questionados quanto ao conhecimento em relação a leishmaniose, 72% dos pesquisados informaram que este foi adquirido nas disciplinas obrigatórias durante a graduação. Também foi observado que apenas 21% dos pesquisados se sentiam capazes de realizar a suspeita diagnóstica da LVH, levando o autor a concluir que existe desconhecimento entre os profissionais estudados quanto ao manejo clínico da doença.

Neste sentido, o MS orienta que todo caso suspeito de LVH deve ser submetido a investigação clínica, epidemiológica e aos métodos auxiliares de diagnóstico. Caso seja confirmado, inicia-se o tratamento segundo procedimentos terapêuticos padronizados e acompanha-se o paciente mensalmente (para avaliação da cura clínica). Já em situações onde não tenha o diagnóstico sorológico e/ou parasitológico disponível ou ocorra atraso na liberação dos resultados laboratoriais, deve-se iniciar o tratamento (BRASIL, 2016).

Entretanto, conforme o Manual de Controle de Leishmaniose Visceral (BRASIL, 2014) “um teste reagente na ausência de manifestações clínicas sugestivas, não autoriza o início do tratamento”.

#### **4.2.3 Tratamento da LVH**

Apesar da Leishmaniose ser uma doença antiga e atingir vários países, há mais de seis décadas o seu arsenal terapêutico não ganhou grandes avanços. Neste sentido, apesar do Brasil ter tradição em realizar relevantes estudos sobre a doença, ainda não evoluiu em pesquisas para o desenvolvimento de fármacos mais efetivo e com menor toxicidade para tratar a LVH. Mesmo com um elenco limitado de medicamentos, o tratamento em humanos na maioria das vezes é eficaz, sendo realizado com os seguintes medicamentos: Pentamidinas, miltefosina (hexadecilfosfocolina), antimoniais pentavalentes (Glucantime), a anfotericina B lipossomal ou desoxicolato. Os três últimos são utilizados no Brasil e fornecidos pelo SUS (BRASIL, 2014; CONCEIÇÃO-SILVA; ALVES, 2014; MARINHO, 2016; PELISSARI et al., 2011; ROMERO; BOELAERT, 2010; SOARES; LEON, 2014; SUNYOTO; POTET; BOELAERT, 2018).

O tratamento da LVH no Brasil leva em consideração as experiências clínicas e as evidências científicas mundiais e locais. Assim, com exceção do estado de Bihar na Índia (com elevada taxa de resistência ao glucantime) e o sul da Europa que a droga de primeira escolha é a Anfotericina B Lipossomal, os antimoniais pentavalentes são adotadas pela OMS como droga de primeira escolha para tratar a LVH (MARINHO, 2016; SOARES, LEON, 2014; TAVARES et al; 2008).

No Brasil, os antimoniais pentavalentes são utilizados no tratamento inicial da LVH desde 1950 (BERMAN, 1997). Já a anfotericina B, introduzida em 1960, é indicada na falha terapêutica ou na hipersensibilidade do antimonial pentavalente, também é utilizado como o fármaco de primeira escolha para os pacientes que se enquadram nos fatores de riscos preconizados pelo MS. Sendo ainda a droga de escolha para o tratamento e profilaxia secundária de pacientes co-infectados com Leishmania/HIV.

Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2016), o tratamento com antimoniais pentavalentes pode ser realizado no ambulatório, sem a necessidade de internar o paciente, sendo necessário apenas se apresentar alguma gravidade. Já o uso da anfotericina B lipossomal ainda é limitado no Brasil devido ao seu elevado custo. Apesar das vantagens da anfotericina B lipossomal, para ser administrada é necessário deixar o paciente hospitalizado, além de também apresentar toxicidade. Em suma, todas as alternativas terapêuticas disponíveis para o tratamento da LVH possuem elevada toxicidade, além da desvantagem de estarem disponíveis apenas para uso parenteral (BRASIL, 2016; SILVA, 2011). O único fármaco oral utilizado no tratamento da LVH é o miltefosina, este foi registrado na Índia em 2002 como primeira escolha para tratar a forma mais grave da doença, mas não está disponível no Brasil (SUNYOTO; POTET; BOELAERT, 2018).

Pelissari et al. (2011) avaliaram o tratamento dos pacientes com LVH e LTA no ano de 2009 no Brasil com base nas informações do SINAN e da ficha de solicitação de anfotericina B lipossomal preconizada pelo MS. Diante dos achados da pesquisa os autores inferem que boa parte dos pacientes com LVH estão sendo tratados de forma inadequada. Levando a concluir que é necessário intervir na qualificação dos profissionais médicos em relação ao manejo clínico desses pacientes. Sugerindo medidas que possam ser realizadas em curto prazo: “divulgação em informativos para as entidades de classe, publicação de notas técnicas, divulgação em congressos, entre outros meios de comunicação” e a longo prazo: “cursos à distância com ampla abrangência e capacitações locais em áreas que apresentem maior dificuldade no manejo desses pacientes”.

A Organização Mundial de Saúde (2006) enfatiza que o início precoce e correto do tratamento da LVH aumenta a chance de recuperação do paciente, caso contrário pode piorar o prognóstico e contribuir para a letalidade da doença. Por isso, a importância de uma equipe de profissionais capacitados e atentos com o manejo clínico da LHV nas regiões endêmicas.

Devido à alta toxicidade de todas as drogas utilizadas para o tratamento da LVH, o MS recomendada que os profissionais façam a avaliação “hepática, renal, pancreática e eletrocardiográfica” do paciente, antes de iniciar o tratamento (BRASIL, 2015). Como já mencionado, há um limitado arsenal terapêutico para o tratamento da LVH além da grande toxicidade dos fármacos. Logo, torna-se relevante que o profissional de saúde utilize as evidências científicas no manejo clínico do paciente com leishmaniose, a fim de adotar a melhor conduta terapêutica evitando colocá-lo em risco.

Entende-se por evidência científica a informação relevante na prática clínica, resultante de uma pesquisa científica, realizada mediante rigor metodológico estabelecido pelos parâmetros científicos (CRUZ, PIMENTA, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Devido a leishmaniose ser uma doença antiga, vários estudos já foram realizados, mas ainda persistem dúvidas, questionamentos e “lacunas de conhecimento”, em relação às informações produzidas interferindo na melhor assistência e controle efetivo desta doença (TOLEZANO, 2015).

#### 4.3 TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

A necessidade de aplicar o conhecimento na prática não é um fato recente, acompanha a evolução da humanidade. Tem-se como exemplo os primitivos caçadores que obtiveram êxito na agricultura, depois de descobertas e “transmissão do conhecimento prático” passado de geração para geração (KRIEGER, 2018).

Muito se tem avançado em relação aos estudos e publicações de artigos científicos, mas ainda existem lacunas no aproveitamento e aplicabilidade dos resultados destas pesquisas na prática. Este fato leva tanto a academia quanto os gestores e governo a se questionarem em relação ao que se pode fazer para “integrar e propiciar uma ponte efetiva entre pesquisa e a prática” (BARBOSA, PEREIRA, 2017; DIAS, 2016, MARTINEZ-SILVEIRA, 2016). Assim, é um desafio das pesquisas científicas em saúde pública, a utilização dos seus resultados em ações e políticas de saúde mais eficazes que atendam as

reais necessidades da população (DIAS et al., 2016; OLIVEIRA, 2019). Contudo, não adianta produzir novos conhecimentos se estes não chegarem na prática para melhorar e fortalecer os serviços de saúde (INSTITUTO CANADENSE DE PESQUISA EM SAÚDE, 2012; ROY et al., 2003).

Neste contexto, surge a translação do conhecimento, que historicamente vem assumindo um papel importante para a investigação em saúde. Sendo utilizada para descrever atividades na tentativa de preencher o vazio entre o conhecimento científico e prático, em benefício da qualidade da saúde dos indivíduos (MARTINEZ-SILVEIRA, 2016; BARBOSA, PEREIRA, 2017; DIAS, 2016). Observou-se uma tímida inserção no campo da saúde por volta da década de 1970, e ganhou destaque na sua utilização por volta dos anos 90 (DAVISON, 2009; DONNELLY, 2014). Mas, este tema ainda é relativamente novo no Brasil e pouco discutido (BANDEIRA, et al., 2017; SILVA, 2018, SILVA, ALVES, OLIVEIRA).

Em 2004, a TC foi conceituada pelo Instituto Canadense de Pesquisa em Saúde (CIHR) como um:

Processo dinâmico e interativo que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e aplicação baseada em princípios éticos do conhecimento a fim de incrementar a saúde, prover serviços de saúde e produtos mais efetivos e fortalecer os sistemas de saúde (INSTITUTO CANADENSE DE PESQUISA EM SAÚDE, 2004).

Com base no processo da TC, Martinez-Silveira (2016) afirma que dois passos são decisivos para que a pesquisa científica possa ser aproveitada na prática. Um deles, é aplicar na prática clínica os resultados das pesquisas básicas, a partir das investigações experimentais realizadas em laboratório. O outro passo é produzir evidências científicas que possam ser utilizadas nas políticas de saúde. Ainda para a autora, a evidência científica só “faz sentido se for utilizada, assimilada e incorporada no processo decisório”. Logo, é um desafio estabelecer intervenções que sejam efetivas e que consigam diminuir as lacunas que recaem sobre o processo de TC para a prática de cuidados em saúde. Este processo surge como uma mudança necessária para obter melhores resultados de pesquisa e na prática clínica (BURSZTYN; DELGADO, 2017).

Alguns estudos realizados na década de 90, já observavam que os médicos podiam encontrar barreiras tanto individuais, quanto no nível do sistema para absorver o conhecimento e mudar a prática clínica. Em relação ao sistema, alguns fatores como a falta de apoio administrativo podem ser uma barreira significativa, contribuindo com a falta de tempo para ler e integrar as informações da pesquisa na prática. No nível individual, os

médicos podem ter dificuldade em interpretar e aplicar os resultados das pesquisas. Ainda, nas situações em que os médicos tenham tempo para ler e facilidade de análise e interpretação das pesquisas, a aplicação na prática pode depender de questões econômicas, administrativas e culturais dos serviços ou da comunidade (BARTA, 1995; LAW, BAUM, 1998; HAYNES, 1993; NOLAN, 1994). Este cenário não é diferente para os enfermeiros. Pereira (2013) e Bandeira et al. (2017) afirmam que apesar do crescimento exponencial da produção do conhecimento científico em enfermagem no Brasil, ainda não se observa a implementação desses conhecimentos na prática clínica destes profissionais.

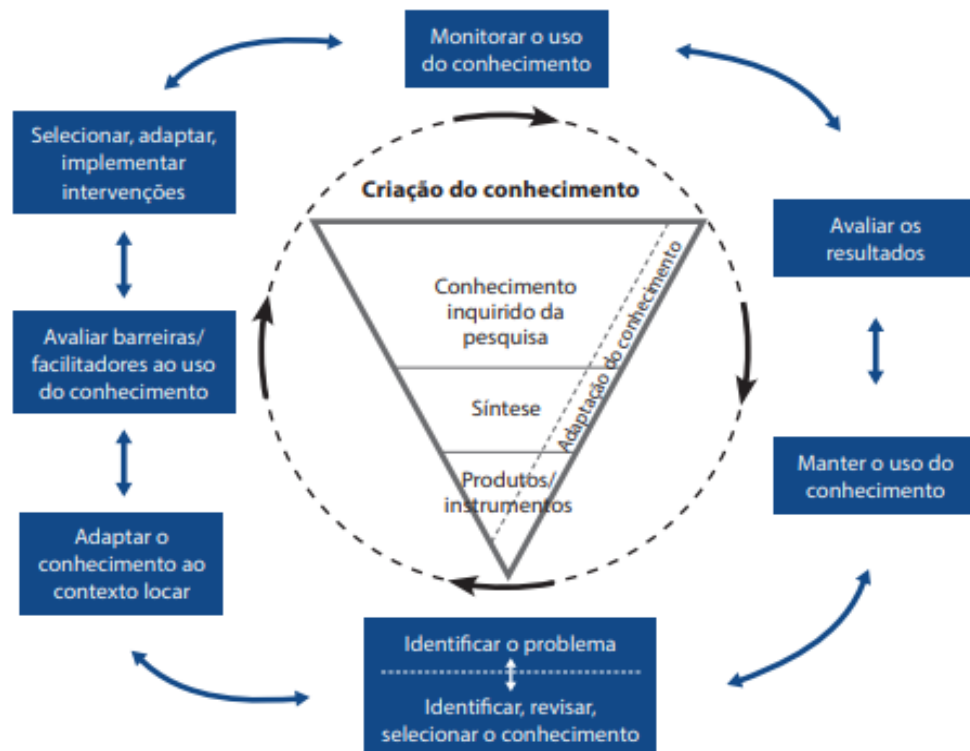
Para Oelke, Lima e Acosta (2015) existem muitos desafios para alcançar o sucesso da implementação da TC no Brasil. Os principais fatores impeditivos são: a falta de interesse das agências de financiamento somado aos “baixos orçamentos para pesquisa, a falta de familiaridade, a dificuldade em identificar problema de pesquisa relevante, pouco envolvimento dos principais interessados” e o desencontro entre o investigador e o “usuário do conhecimento”.

Neste sentido, algumas barreiras para a implementação podem estar associadas ao conhecimento (falta de familiaridade); “associadas às atitudes e à motivação (falta de concordância, dificuldades na aplicabilidade, baixas expectativas de mudança)”; fatores comportamentais; e a presença de barreiras externas que podem ter relação com o paciente e/ ou organização do serviço (PEREIRA, 2015). Assim, conhecer as barreiras é uma ação fundamental para planejar mudanças na prática. O planejamento deve considerar a “natureza da inovação; características dos profissionais e pacientes envolvidos; além do contexto social, organizacional, econômico e político” (GROL, WENSING, 2004).

Para que aconteça o sucesso da implementação do conhecimento científico na prática clínica é necessário considerar o contexto local. Desta forma, o conhecimento deve ser adaptado ao contexto de trabalho do profissional, “pois cada local pode apresentar diferentes circunstâncias para que coloquem a evidência em prática” (BANDEIRA et al., 2017).

Em 2006, Graham e seus colaboradores criaram um modelo metodológico, adotado pelo CIHR, que representa a tradução do conhecimento para a ação de forma interativa, dinâmica, mas também complexa. Este modelo será ilustrado na figura 1 e apresenta a articulação entre a criação do conhecimento e o ciclo de ação que representa a implementação e aplicação deste na prática (GRAHAM et al., 2006).

**Figura 1** - Modelo Metodológico de Tradução do Conhecimento em Ação



Fonte: Graham et al. (2006).

Este modelo tem a finalidade de facilitar a utilização dos resultados da pesquisa por diferentes “tomadores de decisão” que podem ser os profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas, paciente e sociedade civil. Se apresenta em duas etapas:

- 1) O ciclo da criação do conhecimento é composto por três fases, que vai da investigação e sua síntese, a fase de desenvolvimento de instrumentos e de seus produtos. Representado pelo funil, conforme o conhecimento vai passando de fase mais sintético e mais útil, este vai se apresentando para a prática clínica (SUDSAWAD, 2007).
- 2) Já o ciclo da ação ou aplicação, mesmo estando representado por um ciclo, suas fases não necessariamente seguem uma ordem, podem acontecer concomitantemente, pois dependem dos objetivos propostos. Porém, tem seu início com a identificação de um problema, sendo necessário identificar, revisar e selecionar um conhecimento que seja possível de resolver o problema. Em seguida, esse conhecimento é adaptado ao contexto local, avaliando as possíveis barreiras e facilitadores no processo de tradução desse conhecimento para a prática clínica (BURSZTYN; DELGADO, 2017).

Essas informações obtidas nas etapas anteriores são utilizadas para selecionar, adaptar, implementar e facilitar a utilização desse conhecimento na prática. Sendo



necessário monitorar o uso desse conhecimento na prática clínica. Além de avaliar os resultados da aplicação desse conhecimento, para finalmente garantir a continuidade da mudança baseada nas evidências científicas (GRAHAM et al, 2006; SUDSAWAD, 2007).

Deste modo, a pesquisa orienta-se nos princípios conceituais da TC, por procurar articular o conhecimento produzido nos estudos científicos em relação ao diagnóstico e tratamento da LVH e a sua aplicação na prática clínica pelos médicos e enfermeiros da XI região de saúde.

## 5 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo fundamentado nos princípios conceituais da translação do conhecimento, defendida por Graham et al. (2006) e representada de forma esquemática na figura 1.

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Como já mencionado, o ciclo de Graham é composto por duas etapas, sendo a criação do conhecimento e o ciclo da ação ou aplicação. O ciclo da criação do conhecimento não foi utilizado por considerar que este já existe em relação ao manejo clínico da LVH, contudo tem-se como pressuposto que este não é aplicado pelos médicos e enfermeiros da atenção básica para diagnosticar e tratar oportunamente a doença.

Assim, em virtude do tempo, a pesquisa se propôs a executar quatro das sete fases do ciclo da ação, apesar do projeto de intervenção poder dar elementos ao tomador de decisão para a realização das demais fases. A fase inicial é de identificação do problema (identificar um problema que precisa ser abordado) revisar e selecionar o conhecimento. Para revisar e selecionar o conhecimento foi necessário o suporte de pesquisas da literatura nacional e internacional, além dos manuais do Ministério de Saúde. Esta revisão foi necessária para a confecção do questionário da pesquisa.

As três fases seguintes do ciclo de ação, se propõem a analisar “as lacunas entre as evidências do tratamento e diagnóstico da LVH (sobre o que deveria estar acontecendo) e a prática atual” dos enfermeiros e médicos que atendem nos serviços públicos da XI Região de Saúde. Sendo a quarta fase, a construção de uma estratégia efetiva de implementação das evidências no manejo clínico da LVH pelos profissionais de saúde, no intuito de reduzir o hiato entre o conhecimento e a sua tradução na prática clínica no contexto da região estudada e possibilitar a realização das outras fases, mesmo entendendo que o processo não é linear.

### 5.2 PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa aconteceu no período de julho a outubro de 2019.

### 5.3 ÁREA DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família dos municípios que compõem a XI Região de Saúde de Pernambuco, com sede no município de Serra Talhada, a 415 Km da Capital Recife. A sua área de abrangência, tem um total populacional de 235.692 habitantes distribuídos em dez municípios: Carnaubeira da Penha, Floresta, Itacuruba, São José do Belmonte, Santa Cruz da Baixa Verde, Serra Talhada, Triunfo, Betânia, Calumbi e Flores.

### 5.4 POPULAÇÃO

A população foi composta por todos os médicos e enfermeiros (144) das USFs dos municípios que compõem a XI GERES. O quantitativo de Estratégia Saúde da Família (ESF) foi obtido pelo banco de dados do DATASUS, conforme apresentado no quadro 1.

**Quadro 1** - Distribuição dos Profissionais médicos e enfermeiros dos municípios da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco. 2019.

<b>Município</b>	<b>Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>	<b>Polo Indígena</b>	<b>Profissionais Médicos e Enfermeiros</b>
Betânia	05		10
Calumbi	02		04
Carnaubeira da Penha	02	04	12
Flores	07		14
Floresta	08	01	18
Itacuruba	01	01	04
Santa Cruz da Baixa Verde	05		10
São José do Belmonte	07		14
Serra Talhada	23		46
Triunfo	06		12
<b>Total</b>			<b>144</b>

Fonte: Brasil, 2019a.

## 5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para responder a pergunta da pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: Profissionais médicos e enfermeiros que atuam nas ESF e nos pólos indígenas dos municípios que compõem a XI Região de Saúde que estavam na unidade no período da pesquisa.

Por outro lado, foram excluídos os profissionais que estavam afastados das atividades como férias, folga e licença-saúde, durante a coleta de dados e aqueles que após duas tentativas de contato não estavam em seu local de trabalho. Totalizando 133 profissionais da atenção básica que cumpriram os critérios de inclusão. Era esperado entrevistar 72 enfermeiros e 72 médicos. Mas, no período da coleta uma enfermeira e dois médicos estavam de férias, um médico se recusou a responder o questionário, um médico estava de atestado médico, quatro médicos não se encontravam na UBS nas duas visitas realizadas para a aplicação do questionário. Também foi verificado que em um município o mesmo médico atendia em duas unidades ou seja, quatro UBS tinham quatro enfermeiros mas apenas dois médicos, assim contribuiu com a menor quantidade de médicos em relação aos enfermeiros.

## 5.6 ESTRATÉGIAS DE PRODUÇÃO DE DADOS.

O estudo seguiu estratégias diferentes para a produção de dados: pesquisa documental, retrospectiva e quantitativa e uma pesquisa de campo do tipo exploratória, descritiva e transversal de abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa documental foi utilizada para verificar as informações dos registros do SINAN em relação aos sinais e sintomas, diagnósticos, tratamento e a evolução dos casos de LVH da área de abrangência do estudo. Enquanto a pesquisa de campo foi importante para obter informações em relação ao pressuposto da pouca utilização das evidências científicas do manejo clínico da LVH pelos enfermeiros e médicos da XI Região de Saúde (GONSALVES, 2001; PRODANOV, FREITAS, 2013).

### **5.6.1 Instrumento e procedimento para coleta dos dados**

A pesquisa documental foi realizada por meio de um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A) para coletar as informações em relação ao diagnóstico e tratamento dos pacientes notificados e registrados no SINAN, no período de 2014 a 2018. Este quadriênio

foi escolhido por corresponder ao período que o programa SANAR definiu como meta tratar oportunamente 90% dos casos de LVH em Pernambuco.

Para Moreira (2015), a pesquisa documental tanto pode ser utilizada como método servindo de base para uma investigação, quanto como técnica complementar às “outras formas de obtenção” de informações, como o questionário.

Os dados da pesquisa de campo foram coletados por meio de um questionário com perguntas objetivas e algumas abertas (para complementar e/ou justificar alguma resposta anterior) (APENDICE B). Foi realizada uma revisão de literatura nacional e internacional e consulta aos manuais e protocolos do MS, para identificar o conhecimento produzindo nos últimos cinco anos em relação ao manejo clínico da LVH e dar suporte científico a confecção do questionário (APÊNDICE C).

Para consolidação e validação do questionário foi realizado um teste piloto com seis médicos e seis enfermeiros que trabalham no Hospital Professor Agamenon Magalhães- HOSPAM em Serra Talhada. Esta unidade de saúde foi escolhida por ser o hospital de referência para os casos de LVH na regional estudada. Após aplicação do piloto, constatou-se que o instrumento não apresentava problemas quanto à formulação e compreensão das perguntas.

Foram aplicados os questionários com 133 profissionais da atenção básica de um total de 144, sendo 62 médicos e 71 enfermeiros. O questionário foi aplicado no local do trabalho após consentimento do profissional por meio do TCLE (APÊNDICE D). Este instrumento de coleta foi autoaplicável e dividido em três partes dos quais constam os seguintes dados:

- a) a primeira parte contém variáveis sociodemográficas e relativas à formação dos profissionais (categoria profissional, tempo de graduado, atuação na ESF);
- b) a segunda parte relaciona-se a prática atual do profissional em relação ao diagnóstico e tratamento da LVH, com questões relacionadas às recomendações dos manuais do manejo clínico da doença;
- c) na terceira parte, perguntas relacionadas a aplicação de evidências científicas na prática profissional.

## 5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações em relação aos sinais e sintomas, diagnósticos, tratamento e a evolução dos casos entre os anos de 2015- 2018, oriundos do SINAN foram compilados e

inseridos em uma planilha eletrônica própria do programa Microsoft Office Excel versão 2010, que serviu de suporte para tabulação. Estes, são apresentados de forma descritiva, expressos em percentuais e representados através da análise visual de gráficos e tabelas (PETTERNELLI, 2005). Em seguida, foi feito o cruzamento destas informações com as informações dos questionários aplicados aos profissionais.

Os resultados obtidos nas questões fechadas do questionário foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 23.

Os dados foram analisados descritivamente através de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana. Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada. A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%.

Para análise das questões abertas foi utilizada a análise de conteúdo temática de Bardin (2016), que possibilitou identificar a percepção dos entrevistados em relação a incorporação de evidências científicas na prática profissional no manejo clínico da LVH. A análise qualitativa, possibilitou aglutinar os dados em duas categorias maiores:

- 1) Ampliação de Conhecimentos/Incorporação de novas técnicas: Aprimoramento da prática profissional; e
- 2) Repercussões positivas da aplicação do conhecimento na atenção à saúde do paciente com LVH.

Estas categorias não são auto excludentes nem se contrapõem, todavia evidenciam a compreensão de cada sujeito sobre o caminho percorrido no processo de incorporação científica até o momento da materialização desta no cuidado em saúde.

O quadro seguinte apresenta a síntese da metodologia utilizada para a realização do estudo (Quadro 2).

**Quadro 2** - Síntese da metodologia proposta para a pesquisa, Pernambuco, 2019

<b>FASE DO CICLO DE GRAHAM</b>	<b>OBJETIVO DA PESQUISA</b>	<b>TÉCNICA DE COLETA</b>	<b>FONTE DE DADOS</b>	<b>VARIÁVEIS/ CATEGORIAS DE ANÁLISE</b>
1 <sup>a</sup> Identificação do problema (identificar um problema que precisa ser abordado, revisar e selecionar o conhecimento)	I. Descrever o conhecimento e aplicação de protocolos clínicos e manuais do MS pelos enfermeiros e médicos para tratar e diagnosticar a LVH nos serviços públicos de saúde da XI Região de Saúde de PE	a) Suporte de pesquisas que abordam o problema em questão.	a) Literatura nacional e internacional além de manuais e protocolos do MS.	a) Tratamento e diagnóstico oportuno da LVH
		b) Pesquisa Documental	b) Informações do SINAN e do SANAR	b) Nº de casos notificados/ Nº de casos confirmados; Local da notificação; sintomas; diagnóstico e tratamento oportuno e evolução do caso. Além da Letalidade da LVH.
		c) Questionário semiestruturado (Parte 1 e 2)	c) Enfermeiros e Médicos do serviço público dos municípios que compõem a XI Região de Saúde	c) Conhecimento dos enfermeiros e médicos em relação ao aspecto epidemiológico, aspecto clínico, terapêutico e diagnóstico da LVH.
2 <sup>a</sup> Adaptar o conhecimento ao contexto local (Adaptação de instrumentos na prática clínica)	II. Conhecer o acesso e uso de evidências científicas por profissionais de saúde para auxiliar no diagnóstico e no tratamento do paciente com leishmaniose visceral.	Questionário semiestruturado (Parte 3)	Enfermeiros e Médicos do serviço público dos municípios que compõem a XI Região de Saúde.	Atualização profissional; utilização das evidências científicas para diagnosticar e tratar o paciente com LVH; Conhecimento e utilização dos manuais e protocolos do MS e da SES-PE. Fontes de atualização; Considerações em relação a incorporação de evidências científicas na prática clínica. Revisão da evidência científica atual e contexto local
3 <sup>a</sup> Avaliar as barreiras para o uso do conhecimento	II Identificar as barreiras e limitações encontrados pelos profissionais de saúde para diagnosticar e tratar oportunamente a LVH.	b) Questionário semiestruturado (Parte 2 e 3)	b) Enfermeiros e Médicos do serviço público dos municípios que compõem a XI Região de Saúde.	*Disponibilidade de insumos para o diagnóstico e tratamento oportuno do paciente com LVH;  *Dificuldades para o Uso de evidências no manejo clínico da LVH
4 <sup>a</sup> Selecionar, Adaptar e Implementar Intervenções	IV. Construir estratégia efetiva de ação da Educação Permanente para profissionais de saúde, com vistas a reduzir o hiato entre o conhecimento produzido e a sua tradução na prática clínica.	Não se aplica	Não se aplica	Implementação das estratégias de tradução do conhecimento na rotina dos médicos e enfermeiros em relação a prática clínica da LVH .

Fonte: A autora, 2019.

## 5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa encontra-se de acordo com as normas da Resolução n° 466/ 12, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/ Conselho Nacional de Saúde (CONEP/ CNS) de 12 de dezembro de 2012, por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa- CEP/IAM sendo aprovado com o CAAE 28125720.0.0000.5190 (Anexo A).

Foi solicitada carta de anuência institucional da XI GERES (Anexo B), do Hospital Prof. Agamenon Magalhães para realização do teste piloto (Anexo C) e das dez secretarias municipais de saúde (Anexo D). Os entrevistados assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido garantido o sigilo, que assegura a privacidade dos voluntários quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Além da liberdade do participante de se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento, em qualquer fase desta, sem haver qualquer penalização.



## 6. RESULTADOS

Esta seção tem o objetivo de apresentar os resultados referentes a articulação entre o conhecimento científico produzido em relação ao manejo clínico da LVH e a sua aplicação pelos enfermeiros e médicos da atenção básica na XI Região de Saúde de Pernambuco.

### 6.1 DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Participaram deste estudo 133 profissionais de saúde, pouco mais da metade 53,4% (71) eram graduados em enfermagem e os 46,6% (62) demais em Medicina, a maioria era do sexo feminino (69,9%). A idade dos pesquisados variou de 23 a 70 anos, com média de 33,01 anos, desvio padrão de 7,52 anos e mediana de 31,00 anos.

Foram entrevistados todos os médicos e enfermeiros dos municípios de Triunfo, Calumbi e São José do Belmonte. Não participaram da pesquisa três profissionais do município de Santa C. da Baixa Verde, dois profissionais de Serra Talhada e Floresta e faltou um profissional nos demais municípios: Flores, Carnaubeira da Penha, Betânia e Itacuruba.

**Tabela 1** – Distribuição dos médicos e enfermeiros da atenção básica segundo o perfil demográfico. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019

Variáveis	Amostra = 133	N	%
<b>Faixa etária</b>			
23 a 29		46	34,6
30 a 39		69	51,9
40 a 70		18	13,5
<b>Sexo</b>			
Masculino		40	30,1
Feminino		93	69,9
<b>Município onde trabalha</b>			
Serra Talhada		44	33,1
Floresta		14	10,5
São J. do Belmonte		16	12,0
Flores		13	9,8
Triunfo		12	9,0
Carnaubeira da Penha		11	8,3
Betânia		9	6,8
Santa Cruz da Baixa Verde		7	5,3
Itacuruba		3	2,3
Calumbi		4	3,0
<b>Graduação</b>			
Enfermagem		71	53,4
Medicina		<b>62</b>	46,6
<b>TOTAL</b>		133	100,0

Fonte: A autora.

Quanto ao tempo de formado, percebe-se uma variação de 0 a 47 anos, média de 7,00 anos, desvio padrão 6,82 anos, mediana de 6,00 anos e os percentis de 25 e 75 foram respectivamente 2,50 a 9,00 anos. Verificou-se que mais da metade (55,6%) concluiu o curso em instituição privada e os 44,4% em instituições públicas. Quando questionados em relação a pós-graduação, verificou-se que 69,2% tinham curso de pós-graduação e deste percentual 62,4% fez especialização, 5,3% residência, apenas 1,5% fez mestrado e nenhum com doutorado (Tabela 2).

**Tabela 2** – Distribuição dos médicos e enfermeiros segundo o perfil de formação. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019

Variáveis	Amostra=133	N	%
<b>Ano que finalizou o curso</b>			
Até 2005		15	11,3
2006 a 2010		21	15,8
2011 a 2015		56	42,1
2016 a 2019		41	30,8
<b>Instituição da conclusão</b>			
Pública		59	44,4
Privada		74	55,6
<b>Possui pós-graduação</b>			
		92	69,20
<b>Curso da pós-graduação</b>			
Especialização		83	62,4
Residência		7	5,3
Mestrado		2	1,5
Não possui		41	30,8
<b>TOTAL</b>		<b>133</b>	<b>100,0</b>

Fonte: A autora, 2019

Quanto aos dados obtidos em relação ao tempo de trabalho, observou-se que a maioria dos entrevistados somavam menos de 5 anos que iniciaram suas atividades nos respectivos municípios; o maior percentual (36,1%) tinha menos de um ano que iniciou o trabalho, 27,8% de 1 a 2 anos, 21,8% de 3 a 5 anos e os 14,3% demais, mais de 5 anos. A maioria (65,4%) tinha contrato temporário, 27,1% eram concursados e os 7,5% demais eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); foi questionado se trabalhavam em outra unidade de Saúde Pública, 38,3% responderam afirmativamente; a maioria (77,4%) tinha atuação profissional apenas nos serviços de saúde do setor público, 23,3% em setor público e privado, 8,3% eram docentes em alguma instituição de ensino superior e 7,5% em atividade docente de curso técnico, com a ressalva que um mesmo profissional poderia atuar em mais de uma das atividade citadas (tabela 3).

**Tabela 3** – Distribuição dos médicos e enfermeiros da atenção básica, segundo características profissionais. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019

Variável	Amostra = 133	N	%
<b>Tempo em que iniciou o trabalho no serviço (anos)</b>			
Menos de 1		48	36,1
1 a 2		37	27,8
3 a 5		29	21,8
<b>Mais de 5</b>		19	14,3
<b>Tipo de vínculo</b>			
Concursado		36	27,1
Contrato temporário		87	65,4
CLT		10	7,5
<b>Trabalha em outra unidade de saúde pública</b>		51	38,3
<b>Atuação profissional <sup>(1)</sup></b>			
Trabalha exclusivamente nos serviços de saúde do setor público		103	77,4
Trabalha nos setores de saúde público e privado		31	23,3
Trabalha em atividade docente na área de saúde em alguma Instituição de ensino superior (IES)		11	8,3
Trabalha em atividade docente em curso técnico de saúde		<b>10</b>	7,5

Fonte: A autora.

Nota: (1) Considerando que um mesmo pesquisado poderia atuar em mais de uma atividade profissional a soma das frequências pode ser superior ao total.

## 6.2 CONHECIMENTO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DA LVH

Os resultados contidos na tabela 4, mostram que pouco mais da metade dos profissionais afirmaram haver casos de LVH no município onde trabalham (56,4%), 57,9% afirmam realizar detecção oportuna dos casos, 51,9% dizem ter segurança para identificar os sinais e sintomas de LVH. Questionados sobre as principais manifestações clínicas que fazem suspeitar da doença, os médicos e enfermeiros citaram: febre (45,9%), hepatoesplenomegalia/ aumento do fígado e do baço (39,6%), perda de peso/ perda ponderal (29,3%), anemia (19,5%) e pancitopenia (11,3%), dor abdominal (9,8%), icterícia (9,8%), fraqueza (9%) e palidez (6%).

**Tabela 4** – Característica do conhecimento epidemiológico e das manifestações clínicas da LVH pelos Enfermeiros e Médicos da atenção básica. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019

Variável	Amostra = 133	N	%
<b>Há casos de LVH no município onde trabalha</b>		75	56,4
<b>Realiza detecção oportuna dos casos</b>		77	57,9
<b>Sente segurança para identificar os sinais e sintomas de LVH</b>		69	51,9
<b>Principais manifestações clínicas que faz ser o quadro suspeito <sup>(1)</sup></b>			
Febre		61	45,9
Hepatoesplenomegalia / aumento do fígado e do baço		53	39,6
Perda de peso/ Perda ponderal		39	29,3
Anemia		26	19,5
Pancitopenia		15	11,3
Dor abdominal		13	9,8
Icterícia		13	9,8
Fraqueza		12	9,0
Palidez		8	6,0
Distensão abdominal		7	5,3
Astenia		7	5,3
Anorexia		5	3,8
Úlcera na pele		5	3,8
Perda de apetite/ Inapetência		5	3,8
Fadiga/Indisposição		4	3,0
Leucopenia		4	3,0
Abdome globoso		3	2,3
Linfonodos palpáveis		3	2,3
Hipoxia		2	1,5
Desconforto abdominal		2	1,5
Edema		2	1,5
Mal-estar		2	1,5
Diarreia		2	1,5
Suor noturno		2	1,5
Plaquetopenia		2	1,5
Outro		9	6,8
Não informado		61	45,9
<b>TOTAL</b>		<b>133</b>	<b>100</b>

Fonte: A autora

**Nota: (1) Variável com respostas múltiplas.**

Em seguida, foram comparadas as respostas dos entrevistados com as informações retiradas do SINAN (Tabela 5) em relação as manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes da região estudada entre os anos de 2014 a 2018. Constata-se que das nove manifestações clínicas mais citadas pelos entrevistados, sete delas (febre, emagrecimento, palidez, aumento do baço e do fígado, fraqueza e icterícia) correspondiam aos principais sinais e sintomas encontrados no SINAN. Ressalta-se ainda que 31,2% dos pacientes apresentaram tosse e/ou diarreia, sendo a diarreia foi pouco mencionada, enquanto a tosse não foi citada nenhuma vez pelos médicos e enfermeiros. Também foi identificado, que 3,8% dos entrevistados citaram uma característica exclusiva da LTA que é a úlcera na pele.

**Tabela 5** - Frequência das manifestações clínicas em 93 casos de LVH na XI Região de saúde de Pernambuco. Brasil, 2014-2018

Variáveis	Amostra =93	N	%
<b>*Sintomas</b>			
Febre		85	91,4
Emagrecimento		69	74,2
Palidez		57	61,3
Aumento do baço		57	61,3
Fraqueza		44	47,3
Aumento do fígado		39	41,9
Tosse e/ou diarreia		29	31,2
Icterícia		25	26,9
Quadro infeccioso		18	19,4
Edema		11	11,8
Cefaleia		5	5,4
Vômito		3	3,2
Anemia moderada, Anemia crônica		2	2,2
Fenômenos hemorrágicos, diarreia, Plaquetopenia, calafrios, poliúria, Saliva grossa e enjojo, falta de apetite, dor abdominal		1	1,1

Fonte: Brasil (2019)

**Nota: (\*) A maioria dos pacientes apresentava mais de uma manifestação**

Percebe-se associação significativa entre as questões “Sente segurança para identificar os sinais e sintomas LVH” e “Já atendeu paciente com LV?”, quando os dados foram analisados separadamente nos graduados em Enfermagem e os graduados em Medicina. Em cada grupo de profissionais, os percentuais que sentem segurança para identificar os sinais e sintomas da LVH foram correspondentemente mais elevados se o profissional já tinha atendido paciente com a doença do que se não houvesse atendido, respectivamente: 54,5% e 28,6% Enfermagem; 88,6% e 44,4% medicina.

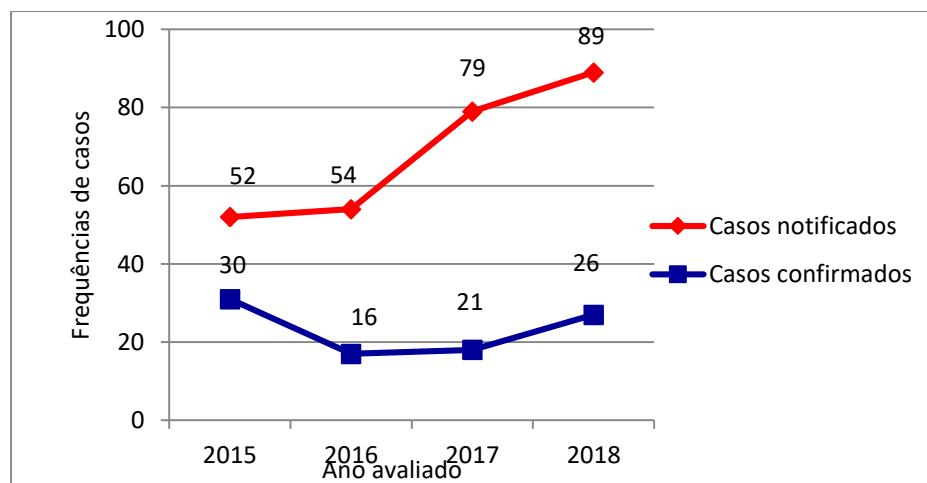
**Tabela 6** – Cruzamento entre as informações do atendimento a pacientes com LV e a segurança para identificar os sinais e sintomas da LV por graduação. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019

Graduação	Sente segurança para identificar os sinais e sintomas LVH (P3.1)	Já atendeu paciente com LV - (P3.2)				Grupo Total		Valor de p
		Sim		Não		N	%	
		n	%	N	%			
Enfermagem	Sim	12	54,5	14	28,6	26	36,6	p <sup>(1)</sup> = 0,036*
	Não	10	45,5	35	71,4	45	63,4	
	<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>	
Medicina	Sim	31	88,6	12	44,4	43	69,4	p <sup>(1)</sup> < 0,001*
	Não	4	11,4	15	55,6	19	30,6	
	<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: A autora.

Observa-se no gráfico 1 que no período de 2015 a 2018 foram notificados 274 casos de LVH na XI região de saúde, com aumento das notificações ao longo dos anos. No total foram confirmados 93 casos da doença, com um número maior em 2015. Compreende-se que apesar do maior número de casos confirmados ter sido em 2015 (30), este foi o ano que teve o menor número de casos suspeitos (52).

**Gráfico 1** – Frequências de casos notificados e confirmados de LVH, por município de residência da XI região de Saúde de PE, 2015-2018.



Fonte: A autora a partir dos dados do SINAN, 2019.

A tabela 7 apresenta as unidades notificadoras dos casos confirmados de LVH da região estudada entre os anos de 2015 a 2018. Identificou-se que apenas 11,83% dos pacientes foram notificados nos serviços de atenção básica; quanto aos atendimentos nos hospitais municipais, hospitais e serviços de saúde fora da regional e hospitais de alta complexidade na capital (Recife) apresentaram o mesmo percentual (16,13%); já o hospital de referência da regional (HOSPAM) atendeu 32,23% dos casos. Verifica-se ainda que nenhum paciente com LVH de São José do Belmonte e de Carnaubeira da Penha foram atendidos no HOSPAM. Vale ressaltar que o município de Carnaubeira da Penha apesar de não ter nenhum caso notificado no HOSPAM, teve metade dos atendimentos realizados em hospitais de outras regionais no interior do Estado, com destaque o hospital regional de Salgueiro.

**Tabela 7** - Unidades notificadores de casos de LVH confirmados. XI Região de saúde de Pernambuco. Brasil, 2014-2018.

<b>Município</b>	<b>UNIDADE NOTIFICADORA</b>					
	Hospital da Regional (HOSPAM)	Hospital na Capital (Recife)	Hospital municipal	Hospital e Serviço especializado em outras regionais do interior	Unidade Básica de Saúde	Outros Serviços de Saúde Municipal
Betânia	4	2	4	2	3	-
Carnaubeira da Penha	-	4	10	10	4	-
Flores	1	1	-	1	1	-
Floresta	1	1	-	-	-	-
Santa C. da Baixa Verde	3	1	-	1	-	-
São José do Belmonte	-	2	1	-	1	-
Serra Talhada	20	4	-	-	2	6
Triunfo	1	-	-	1	-	1
<b>N</b>	<b>30</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>7</b>
<b>%</b>	<b>32,26%</b>	<b>16,13%</b>	<b>16,13%</b>	<b>16,13%</b>	<b>11,83%</b>	<b>7,53%</b>

Fonte: A autora a partir dos dados do SINAN, 2019.

Quando questionados se já haviam realizado atendimento a pacientes com LVH, 42,9% dos entrevistados responderam que sim. Sobre as condutas adotadas diante de um caso suspeito da doença, observou-se que as mais citadas foram: notificar (82,7%), investigar (66,9%) e as categorias: transferir para um serviço de referência, diagnosticar e tratar foram citados respectivamente por 43,6%, 39,1% e 23,3%. Sobre os métodos de detecção da LVH, 14,3% dos pesquisados não conhecem. Dos que afirmaram conhecer, citaram com maior frequência: ELISA (ensaio imunoenzimático) com 57,9%, testes rápidos imunocromatográficos (39,1%),

hemograma (33,8%), RIFI (24,8%), punção aspirativa de medula óssea (24,1%), com menor frequência foi isolamento em cultivo (3,8%) e os percentuais dos outros métodos citados variaram de 17,3% a 21,8% (tabela 8).

**Tabela 8** – Respostas dos médicos e enfermeiros da atenção básica em relação a atendimento e conhecimento dos métodos de diagnósticos da LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019.

Variável	Amostra = 133	N	%
<b>P3.2 - Já atendeu pacientes com LVH?</b>		57	42,9
<b>P3.3 - Conduta diante de um caso suspeito de LVH:<sup>(1)</sup></b>			
Notifica		110	82,7
Investiga		89	66,9
Diagnostica		52	39,1
Trata		31	23,3
Transfere para um serviço de referência		58	43,6
<b>P4.1 - Principais métodos diagnósticos de detecção da LVH<sup>(1)</sup></b>			
ELISA (Ensaio Imunoenzimático)		77	57,9
Testes rápidos imunocromatográficos		52	39,1
Hemograma		45	33,8
RIFI (Imunofluorescência Indireta)		33	24,8
Punção aspirativa de medula óssea		32	24,1
Exames parasitológicos direto		29	21,8
PCR (amplificação do DNA do parasita)		28	21,1
IDRM (Intradermorreação de Montenegro)		23	17,3
Isolamento em cultivo		5	3,8
Desconhece		19	14,3

Fonte: A autora

(1) Variável com respostas múltiplas.

Sobre a disponibilidade de exames para diagnosticar os pacientes com LVH no local de trabalho, menos da metade (41,4%) dos entrevistados responderam que tinha disponível. Também foi questionado se existe fluxo para a orientação de diagnóstico e tratamento de casos de LVH no município, pouco mais da metade (53,4%) respondeu que sim. Em seguida, foi solicitado que citassem algum centro de referência para diagnóstico e/ou tratamento de leishmaniose na XI Região de Saúde, o maior percentual (60,9%) não soube informar e 30,1% citaram apenas o HOSPAM, este também foi citado junto a outras unidades de saúde, sendo este o Hospital de referência na regional (Tabela 9).

A maioria (67,7%) dos sujeitos concorda em iniciar o tratamento apenas com o diagnóstico clínico-epidemiológico, caso o diagnóstico laboratorial não esteja disponível ou tenha atraso na liberação do resultado de confirmação da LVH (Tabela 9).



**Tabela 9** – Respostas dos enfermeiros e médicos em relação a disponibilidade de exames para diagnóstico, fluxo, diagnóstico clínico-epidemiológico e centro de referência. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019.

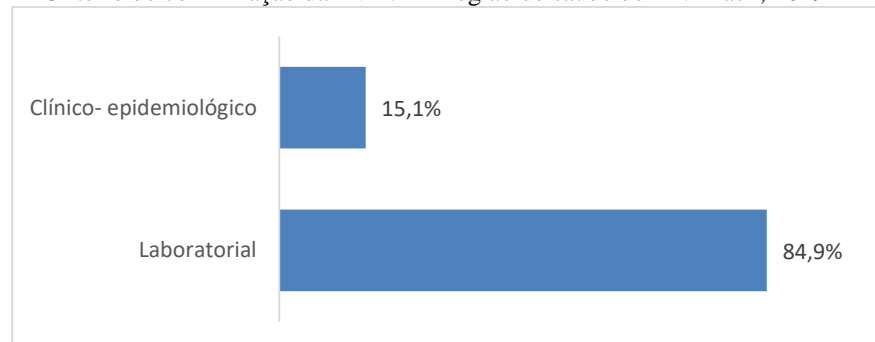
Variável	Amostra = 133	N	%
<b>P4.2 - Disponibilidade de exames no local de trabalho para diagnosticar os pacientes com LVH ?</b>			
Sim		55	41,4
Não		27	20,3
Não sabe informar		51	38,3
<b>P5.1 - Existe fluxo para orientação de diagnóstico e tratamento de casos de LVH no seu município/Hospital?</b>			
Sim		71	53,4
Não		16	12,0
Não sabe informar		46	34,6
<b>P5.2 - Caso o diagnóstico laboratorial não esteja disponível ou atrase o resultado de confirmação da LV, o tratamento pode ser iniciado apenas com o diagnóstico clínico-epidemiológico?</b>			
		90	67,7
<b>P5.9 - Poderia citar algum centro de referência para diagnóstico e/ou tratamento de leishmaniose na XI Região de Saúde?</b>			
		55	41,4
<b>P5.9.1 - Qual centro?<sup>(1)</sup></b>			
HOSPAM		40	30,1
HOSPAM e UPA		3	2,3
GERES		2	1,6
HOSPAM E GERES		1	0,8
HOSPAM e Laboratório Municipal		1	0,8
HOSPAM, Laboratório Municipal e Unidade de Tratamento		1	0,8
CTA		1	0,8
Hospital Osvaldo Cruz		1	0,8
Recife		1	0,8
SAD		1	0,8
Não informado		3	2,3
Desconhece		78	58,6

Fonte: A autora

(1) Variáveis múltiplas.

O gráfico 2 apresenta as informações referentes ao critério de confirmação utilizado para diagnosticar os 93 pacientes notificados no SINAN. Assim, constata-se que a maioria (84,9%) dos casos confirmados foi por meio do diagnóstico laboratorial.

**Gráfico 2** - Critério de confirmação da LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019



Fonte: A autora a partir dos dados do SINAN,2019.

Sobre a questão que trata do conhecimento dos pesquisados em relação ao fármaco recomendado pelo MS como primeira escolha para o tratamento da LVH (exceto em algumas situações clínicas), um pouco mais da metade (51,9%) respondeu positivamente e alinhado ao MS “antimoniato de meglumina (glucantime)”, 26,3% citaram “Anfotericina B lipossomal” e 20,3% desconheciam (tabela 10).

Quando questionados em relação ao medicamento que pode ser administrado em nível ambulatorial, as maiores frequências corresponderam as respostas “Antimoniato de meglumina (47,1%) (afirmativa correta) e “Desconhecer” (42,9%). Sobre a dose recomendada de antimoniato de meglumina para tratar a LVH observa-se que muitos profissionais (61,7%) não conheciam e apenas 32,3% citaram a dose correta de 20 mg/kg dia. Já em relação a dose recomendada de anfotericina B lipossomal, a maioria (66,9%) desconhece e poucos (20,3%) responderam acertadamente a posologia “4 mg/kg/dia por 5 dias ou 3mg/kg/dia por 7 dias” (tabela 10).

Ainda em relação a anfotericina B lipossomal, foi perguntado aos entrevistados quais são os critérios utilizados pelo MS para a indicação deste fármaco como primeira escolha para o tratamento da LVH. Um pouco mais da metade (51,9%) afirmou desconhecer, duas respostas tiveram frequências mais baixas: diabéticos (4,5%) e uso de medicação imunossupressora (8,3%) e uma lista de 14 indicações tiveram percentuais que variaram de 17,3% a 30,1%.

Com exceção do diabetes que teve um percentual de 25,6%, o MS adota todas as outras alternativas como critério para indicação da Anfotericina B lipossomal (tabela 10): insuficiência renal (30,1%); insuficiência hepática (28,6%); falha terapêutica ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LVH (28,6%); idade maior que 50 anos (27,1%); hipersensibilidade ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LVH (27,1%); intervalo QT corrigido maior que 450ms (27,1%); a idade menor que 1 ano (25,6%); insuficiência cardíaca (24,8%); infecção pelo HIV (21,8%); comorbidades que comprometem a imunidade (21,1%); uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT (19,5%); uso de medicação imunossupressora (17,3%) e as demais citadas com menor frequência.

**Tabela 10** – Conhecimento dos médicos e enfermeiros da atenção básica em relação a terapêutica dos pacientes com LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019

Variável	Amostra = 133	N	%
<b>P5.3 - Qual fármaco é recomendado pelo MS como primeira escolha para o tratamento da LVH?</b>			
Antimoniato de meglumina (glucantime)		69	51,9
Anfotericina B lipossomal		35	26,3
Desoxicolato Anfotericina B		2	1,5
Desconhece		27	20,3
<b>P5.4. - Quais medicamentos podem ser administrados em nível ambulatorial?</b>			
Antimoniato de meglumina (glucantime)		63	47,1
Anfotericina B lipossomal		17	12,8
Desoxicolato Anfotericina B		3	2,3
Desconhece		57	42,9
<b>P5.5 - Qual é a dose recomendada de antimoniato de meglumina para tratar a LVH?</b>			
10mg/Kg/dia		4	3,0
20mg/Kg/dia		43	32,3
25mg/Kg/dia		3	2,3
30mg/Kg/dia		1	0,8
Desconhece		82	61,7
<b>P5.6 - Qual a dose recomendada de anfotericina B lipossomal para o tratamento da LVH?</b>			
4 mg/kg/dia por 5 dias ou 3mg/kg/dia por 7 dias		27	20,3
5mg/kg/dia por 7 dias ou 8mg/kg/dia por 10 dias		13	9,8
5mg/kg/dia por 10 dias		4	3,0
Desconhece		89	66,9
<b>P5.7 - Quais são os critérios utilizados pelo MS de indicação da Anfotericina B lipossomal como fármaco de primeira escolha para o tratamento de LVH?<sup>(1)</sup></b>			
Insuficiência renal		40	30,1
Insuficiência hepática		38	28,6
Falha terapêutica ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LVH		38	28,6
Idade maior que 50 anos		36	27,1
Hipersensibilidade ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LVH		36	27,1
Gestantes		34	25,6
Idade menor que 1 ano (critério exclusivo para leishmaniose visceral)		34	25,6
Insuficiência cardíaca		33	24,8
Intervalo QT corrigido maior que 450 ms		32	24,1
Infecção pelo HIV (tratamento)		29	21,8
Comorbidades que comprometem a imunidade		28	21,1
Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT		26	19,5
Transplantados, cardíacos, renais ou hepáticos		25	18,8
Uso de medicação imunossupressora		23	17,3
Infecção pelo HIV (profilaxia secundária)		11	8,3
Diabéticos		6	4,5
Desconhece		69	51,9

Fonte: A autora

Nota: Variável com respostas múltiplas

### 6.3 UTILIZAÇÃO DE EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Com relação ao nível de atualização profissional, verificou-se que as duas respostas mais prevalentes foram regular (50,4%) e bom (42,0%). Neste contexto, também foi questionado em relação as estratégias que eles utilizam para atualização, constatou-se que, 70,7% informaram realizar leitura de manuais e protocolos do MS; 58,6% realização de cursos; 53,4%, leitura de artigos científicos; 41,4% participação em congressos/simpósios/reuniões científicas; 32,3% o uso de bases científicas na internet (BIREME, BVS, etc.), além dos 23,3% que utilizam livros de caráter técnico-científicos (tabela 11).

Também foi perguntado aos profissionais se estes utilizam as evidências científicas para diagnosticar e tratar o paciente com LVH (considerando os manuais e protocolos do MS), a maioria (63,9%) das respostas foi positiva. Em seguida, procurou-se descobrir como eles obtém as evidências científicas em relação ao manejo clínico da LVH, pouco mais da metade afirmaram utilizar as informações dos protocolos e manuais do MS (56,5%), o menor percentual (3,0%) respondeu outros meios como o MEDCURSO, os percentuais das outras três categorias citadas variaram de 11,3% a 19,5% (tabela 11).

**Tabela 11** – Respostas dos médicos e enfermeiros da atenção básica em relação a atualização profissional. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019.

Variável	Amostra = 133	N	%
<b>P6 - Como considera seu nível de atualização profissional permanente?</b>			
Ótimo		4	3,0
Bom		57	42,9
Regular		67	50,4
Ruim		5	3,8
<b>P7 - Quais estratégias você utiliza para atualização profissional?<sup>(1)</sup></b>			
Leitura de manuais e protocolos do MS		94	70,7
Realização de cursos		78	58,6
Leitura de artigos científicos		71	53,4
Participação em congressos/simpósios/reuniões científicas		55	41,4
Uso de bases científicas na internet (BIREME, BVS, etc.)		43	32,3
Leitura de livros científicos		31	23,3
Outra		8	6,0
<b>P8 - Utiliza evidências científicas para diagnosticar e tratar o paciente com LVH (considerando os manuais e protocolos do MS)?</b>		85	63,9
<b>P9 - Como obtém as evidências científicas em relação ao manejo clínico da LVH?<sup>(1)</sup></b>			
A partir das informações dos protocolos e manuais do MS		75	56,4
Por meio de discussões em seminários, oficinas e cursos		26	19,5
Por meio de palestras		22	16,5
Por meio de discussões de artigos científicos		15	11,3
Outro meio		4	3,0

Fonte: A autora.

No que diz respeito a incorporação das evidências científicas e a prática profissional no manejo clínico da LVH, evidencia-se que 6,0% dos entrevistados afirmaram não acreditarem que a incorporação de conhecimentos científicos promova mudanças positivas no processo de trabalho, e conseqüentemente, no cuidado ao paciente portador de LVH. Segundo um entrevistado sua resposta se justifica por acreditar que “*a resposta clínica de cada paciente é diferente*” (entrevistado X). Dos 94% que responderam acreditar que a incorporação de evidências científicas altera/qualifica/aprimora a prática profissional no manejo clínico da doença, apenas 55,6 % complementaram sua resposta descrevendo como esse processo acontece.

Compreende-se que há influência na dinâmica do processo de trabalho no qual há uma relação direta entre a incorporação de evidências científicas, conseqüentemente maior acúmulo de conhecimento e ampliação do leque de propostas terapêuticas promovendo maior qualificação profissional, expressa pela categoria “Ampliação de Conhecimentos/Incorporação de novas técnicas: Aprimoramento da prática profissional”.

Melhora o nível de conhecimento o que repercute diretamente por aprimorar as práticas já realizadas, por aprimorar práticas e condutas antigas diante de um caso de LV, favorecendo a qualidade de vida do paciente, o que por sua vez aprimora e qualifica o profissional. (entrevistado XX).

A segunda categoria apresenta as repercussões que a incorporação de evidências científicas tem na assistência direta a saúde do paciente, a saber: “Repercussões positivas da aplicação do conhecimento na atenção à saúde do paciente com LVH”. Nesse contexto, os sujeitos apresentaram posicionamentos que estão alinhados a três temáticas específicas do cuidado em saúde, as quais sejam: Manejo Clínico, na perspectiva de uma prática clínica mais aperfeiçoada; Diagnóstico Precoce, evidenciando que o conhecimento científico das peculiaridades da patologia pode conferir maior rapidez no diagnóstico; Segurança Clínica, expressando que a prática clínica alinhada ao conhecimento das evidências científicas torna o cuidado mais efetivo, favorecendo ao melhor prognóstico do paciente.

Melhor manejo clínico e desfecho clínico da LVH (entrevistado XXX); Diagnóstico mais rápido e preciso (entrevistado YXX); Quando você tem mais evidências, tem mais segurança no tratamento (entrevistado XYX); A prática baseada em evidências eleva o manejo mais assertivo e com menos margem para erro (entrevistado XXY); Quanto mais informações e orientações, melhor o conhecimento para que os casos suspeitos sejam confirmados, diagnosticados e tratados (entrevistado YYX).

## 6.5 BARREIRAS OU LIMITAÇÕES PARA TRADUZIR O CONHECIMENTO CIENTÍFICO NA PRÁTICA CLÍNICA DA LVH E ADAPTAÇÃO AO CONTEXTO LOCAL

Quando indagados em relação as barreiras ou limitações encontradas para traduzir o conhecimento científico na prática clínica da LVH, 35,3% dos profissionais alegaram a falta de tempo, falta de sistemas de apoio à decisão clínica baseada em evidências (29,3%), falta de meios práticos para alcançar a melhor evidência (27,8%), falta de incentivos financeiros (25,6%), e por fim, falta de publicações com novas evidências, em relação ao manejo clínico da LVH (21,8%) (tabela 12).

A maioria dos entrevistados (85,0%), afirmou que as evidências científicas são adaptáveis ao seu ambiente de trabalho. Assim, também, procurou-se conhecer quais fontes eles levam em consideração para diagnosticar e tratar um paciente com LVH. Grande parte (88,0%) respondeu considerar a orientação de manuais e protocolos do MS, o segundo maior percentual (44,4%) traz as informações fornecidas por outro profissional experiente com o manejo clínico da doença; em seguida, com percentuais similares entre as alternativas vem a experiência pessoal (42,1%) e a leitura científica (42,9%), e a menos citada, foi o bom senso/intuição (10,5%). Apesar de 88,0% dos profissionais afirmarem considerar a orientação de manuais e protocolos do MS para diagnosticar e tratar o paciente com LVH, um percentual menor (68,4%) afirma conhecer os mesmos (tabela 12).

Foi observado que 29,3% dos profissionais participaram de algum curso/ treinamento/ seminário relacionado ao Manejo Clínico da LVH, com exceção de um participante todos os demais responderam ter interesse em participar de curso/ treinamento/ seminário relacionado ao Manejo clínico da LVH. Neste sentido, foi questionado qual seria a melhor estratégia (método/processos e técnicas) para adquirir conhecimento em relação ao manejo clínico da LVH, tendo a maior frequência (87,2%) nas respostas o curso de aperfeiçoamento em sala de aula (presencial), treinamento no local de trabalho e estudo de caso tiveram o mesmo percentual (39,1%), conferência/palestras com 26,3% e os percentuais das outras três estratégias listadas tiveram valores de 10,5% a 19,5%. Os profissionais reconhecem quase por unanimidade (96,2%) que seu conhecimento pode ser melhorado (tabela 12).

**Tabela 12** – Respostas dos médicos e enfermeiros da atenção básica quanto ao acesso, adaptação e barreiras relacionados ao conhecimento do manejo clínico da LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019

Variável	N	%
<b>P11 - Quais barreiras ou limitações você encontra para traduzir o conhecimento científico na prática clínica da LVH?<sup>(1)</sup></b>		
Falta de tempo	47	35,3
Falta de sistemas de apoio à decisão clínica baseada em evidências	39	29,3
Falta de meios práticos para alcançar a melhor evidência	37	27,8
Falta de incentivos financeiros	34	25,6
A falta de publicações com novas evidências em relação ao manejo clínico da LVH	29	21,8
Falta de diretrizes clínicas baseadas em evidências para o cuidado do paciente com LVH	20	15,0
Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho a partir das evidências científicas	11	8,3
A evidência é difícil de ser entendida e de ser colocada em uso	6	4,5
As evidências científicas não trazem grandes atualizações em relação ao manejo clínico da LVH	5	3,8
Outra	4	3,0
<b>P12 - Você acha que as evidências (literatura, manuais e protocolos do MS) são adaptáveis ao seu ambiente de trabalho?</b>		
Sim	113	85,0
Não	11	8,3
Não sabe informar	9	6,8
<b>P13 - O que você considera para diagnosticar e tratar um paciente com LVH?<sup>(1)</sup></b>		
Orientação de manuais e protocolos do MS	117	88,0
Experiência pessoal	56	42,1
Leitura de literatura científica	57	42,9
Bom senso/intuição	14	10,5
Informações fornecidas por outro profissional experiente com o manejo clínico da doença	59	44,4
<b>P14 - Conhece os manuais e protocolos do MS em relação ao manejo clínico da LVH?</b>		
	91	68,4
<b>P16 - Já participou de algum curso/ treinamento/ seminário relacionado ao Manejo Clínico da LVH?</b>		
	39	29,3
<b>P17 - Tem interesse em participar de curso/ treinamento/ seminário relacionado ao Manejo clínico da Leishmaniose Visceral?</b>		
	132	99,2
<b>P18 - Qual seria a melhor estratégia (método/processos e técnicas) para adquirir melhor o conhecimento em relação ao manejo clínico da LVH?<sup>(1)</sup></b>		
Curso de aperfeiçoamento em sala de aula (presencial)	116	87,2
Treinamento no local de trabalho	52	39,1
Estudo de caso	52	39,1
Conferência/Palestras	35	26,3
Diretrizes terapêuticas	26	19,5
Curso de aperfeiçoamento à distância	19	14,3
Grupo de estudos	14	10,5
<b>P19 - Qual das alternativas corresponde ao seu conhecimento em relação ao manejo clínico da LVH?</b>		
Acho que meu conhecimento pode ser melhorado	128	96,2
Conheço todas as evidências científicas em relação ao tratamento e diagnóstico oportuno da LVH	1	0,8
Não sabe informar	4	3,0

Fonte: A autora.

**Nota: (1) Variável com respostas múltiplas.**

Na Tabela 13 apresenta-se os resultados dos cruzamentos entre a questão referente a sentir-se seguro na identificação de sinais e sintomas com algumas outras variáveis do estudo. Para a margem de erro fixada (5%) verifica-se associação significativa ( $p < 0,05$ ) com a graduação e o ano de formação, com o atendimento ou não de pacientes com LV. Nas variáveis com associação significativa se destaca que o percentual que respondeu sim, foi mais elevado entre os que tinham feito graduação em medicina do que enfermagem (69,4% x 36,6%); mais elevado entre os que tinham menos de quatro anos de formados (63,4%), mais elevado entre os que já tinham realizado atendimento de pacientes com LVH do que os que não tinham (75,4% x 34,2%).

Com a finalidade de compreender a relação de algumas variáveis com a segurança dos profissionais na identificação de sinais e sintomas foram feitos alguns cruzamentos: com a questão que trata das fontes que estes consideram para diagnosticar e tratar o paciente com LVH. O percentual que respondeu “sim”, foi mais elevado entre aqueles que consideram a experiência profissional (64,3% x 45,1%) e os que consideram a literatura científica (64,9% x 44,3%). Enquanto o percentual de quem respondeu sim foi menor nos que consideram as informações fornecidas por outros profissionais (44,1% x 69,2%). Quase não houve diferença entre os que afirmam se orientar pelos manuais e protocolos do MS (53,8% x 50%). Também foi feito o cruzamento da pergunta P13 com a questão da participação em cursos e treinamentos relacionados ao manejo clínico da LVH, constatou-se que o percentual maior de respondente “sim” foi àquele que participou de capacitação em relação a doença (69,2% x 44,7%) (tabela 13).



**Tabela 13** – Avaliação da questão “Sentem seguros na identificação de sinais e sintomas?” segundo a graduação, tempo que finalizou a graduação e participação de curso/treinamento

Variável	Se sentem seguros na identificação de sinais e sintomas (Item 3.1)						Valor de p
	Sim		Não		TOTAL		
	N	%	N	%	N	%	
<b>P1.4. Graduação</b>							$p^{(1)} < 0,001^*$
Enfermagem	26	36,6	45	63,4	71	100,0	
Medicina	43	69,4	19	30,6	62	100,0	
<b>P1.5. Ano que finalizou a graduação</b>							$p^{(1)} = 0,322$
Até 2005	6	40,0	9	60,0	15	100,0	
2006 a 2010	10	47,6	11	52,4	21	100,0	
2011 a 2015	27	48,2	29	51,8	56	100,0	
2016 a 2019	26	63,4	15	36,6	41	100,0	
<b>P3.2. Atendimento de pacientes com LVH</b>							$p^{(1)} < 0,001^*$
Sim	43	75,4	14	24,6	57	100,0	
Não	26	34,2	50	65,8	76	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>69</b>	<b>51,9</b>	<b>64</b>	<b>48,1</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>	
<b>P13. O que considera para diagnosticar e tratar um paciente com LVH?:</b>							
<b>Orientação de manuais e protocolos do MS</b>							$p^{(2)} = 1,000$
Sim	63	53,8	54	46,2	117	100,0	
Não	5	50,0	5	50,0	10	100,0	
<b>Experiência pessoal</b>							$p^{(1)} = 0,031^*$
Sim	36	64,3	20	35,7	56	100,0	
Não	32	45,1	39	54,9	71	100,0	
<b>Leitura de literatura científica</b>							$p^{(1)} = 0,020^*$
Sim	37	64,9	20	35,1	57	100,0	
Não	31	44,3	39	55,7	70	100,0	
<b>Bom senso/intuição</b>							$p^{(1)} = 0,155$
Sim	10	71,4	4	28,6	14	100,0	
Não	58	51,3	55	48,7	113	100,0	
<b>Informações fornecidas por outro profissional experiente com o manejo clínico da doença</b>							$p^{(1)} = 0,046^*$
Sim	26	44,1	33	55,9	59	100,0	
Não	42	61,8	26	38,2	68	100,0	
<b>Grupo Total<sup>(3)</sup></b>	<b>68</b>	<b>53,5</b>	<b>59</b>	<b>46,5</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	
<b>P16. Participação de curso de treinamento</b>							$p^{(1)} = 0,010^*$
Sim	27	69,2	12	30,8	39	100,0	
Não	42	44,7	52	55,3	94	100,0	
<b>Grupo Total</b>	<b>69</b>	<b>51,9</b>	<b>64</b>	<b>48,1</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>	

Fonte: A autora.

Notas:

(\*) Associação significativa ao nível de 5,0%

(1) Pelo teste Qui-quadrado de Pearson

(2) Pelo teste Exato de Fisher

(3) Para 6 pesquisados se dispõe essa informação.

Na Tabela 14 se evidencia que o acerto do fármaco de primeira escolha recomendado pelo MS foi mais elevado entre os profissionais que já haviam realizado atendimento a pacientes

com LVH (70,2% x 38,2%); o percentual que respondeu corretamente a dose recomendada de antimoniato de meglumina também foi mais elevado entre os que tinham realizado este tipo de atendimento (47,4% x 21,1%). Estas variáveis mostraram associação significativa ( $p < 0,05$ ).

**Tabela 14** – Cruzamento das respostas dos médicos e enfermeiros quanto ao fármaco de primeira escolha com atendimento ou não de pacientes com LVH. XI Região de saúde de PE. Brasil, 2019.

Variável	Atendimento de pacientes com LVH				Grupo Total		Valor de p
	Sim		Não				
	N	%	N	%	N	%	
<b>TOTAL</b>	<b>57</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>	<b>133</b>	<b>100,0</b>	
<b>P5.3. Acerto do fármaco de primeira escolha recomendado pelo MS</b>							$p^{(1)} < 0,001^*$
Sim (Antimoniato de meglumina - glucantime)	40	70,2	29	38,2	69	51,9	
Não	17	29,8	47	61,8	64	48,1	
<b>P5.5. Acerto da dose recomendada de antimoniato</b>							$p^{(1)} = 0,001^*$
Sim (20mg/kg/dia)	27	47,4	16	21,1	43	32,3	
Não	30	52,6	60	78,9	90	67,7	

Autora: A autora

## 7 DISCUSSÃO

A atenção primária a saúde tem a missão de resolver 90% das necessidades de saúde da sua população e tem a função de regular os fluxos e contrafluxos dos pacientes na rede de serviços de saúde (MENDES, 2012). À luz dessa informação, os médicos e enfermeiros assumem função estratégica em relação a detecção e tratamento oportuno da LVH neste nível de atenção.

Assim, entende-se que eles devam possuir “capacidade e conhecimento” para preencher as fichas de notificação do SINAN além de todo trabalho conjunto para diagnosticar, tratar e acompanhar os pacientes com LVH (FERNANDES, 2013). Dessa forma, para realização desta pesquisa, utilizou-se o mesmo questionário para ambos profissionais.

Ressalta-se que quase a totalidade dos enfermeiros da região estudada participou da pesquisa. Houve predomínio de uma população jovem, uma quantidade considerada tinha menos de seis anos de formado, com um percentual um pouco maior de egressos de instituição privada, além do pouco tempo de trabalho nas unidades. Estes resultados se assemelham aos encontrados por Santos et al. (2019), quando entrevistaram médicos e enfermeiros da atenção primária a saúde de uma microrregião de Minas Gerais. Segundo os autores do total de 135 profissionais 74 eram enfermeiros (54,8%), e 61 médicos (45,2%), com mediana de idade de 31 anos e com pouco tempo de experiência e atuação no serviço.

Alinhado a estes achados, Fernandes (2013) ao entrevistar médicos e enfermeiros das UBSs de Florianópolis a respeito das informações referentes a leishmaniose, também encontrou uma população jovem com uma mediana pouco maior de 35 anos, sugerindo assim como nos nossos resultados que está havendo uma “renovação” destes profissionais na atenção básica. Em consonância com outros estudos, Santos et al. (2019) afirmam que estes resultados podem estar relacionados ao crescente aumento da oferta de cursos de graduação e ampliação das vagas, principalmente em instituições particulares, conforme resultados desta pesquisa.

Pode-se inferir que a pouca experiência e o pouco tempo de trabalho dos profissionais na unidade, pode ser um limitador para que estes consigam traçar o perfil epidemiológico da sua área de abrangência. No entanto, o conhecimento deste perfil é essencial para identificar os principais riscos de adoecimento da população (FARIA; DALBELLO-ARAÚJO, 2011). Nesta direção, a permanência do médico e enfermeiro na UBS pode contribuir para a detecção de casos suspeitos de LVH, porém a maioria dos entrevistados demonstra ter vínculo contratual precário, trabalhando com contrato temporário.

Quanto ao perfil de formação dos entrevistados predominou a especialização, concordando com os achados de outros estudos (CARNEIRO et al., 2014; CHOMATAS et al., 2013; SILVA, 2014). Esta formação deve perpassar a graduação e acompanhar toda caminhada profissional, tendo em vista as especializações ampliarem o conhecimento, além de aprimorar a competência profissional e assim contribuir com a mudança na prática clínica (MAIA, 2020; SCHERER, 2016).

De acordo com os dados do SINAN, entre os anos de 2015 a 2018, apenas dois municípios da região estudada não apresentaram casos confirmados de LVH (Calumbi e Itacuruba). No entanto, foi observado que quase metade dos profissionais, responderam não saber se há casos na área que trabalha. Resultados semelhantes foram encontrados por Lane (2016) na sua pesquisa com profissionais de um território endêmico para LVH do Distrito Federal, ela constatou que a metade dos profissionais que trabalhavam nas UBSs afirmou a inexistência de casos. Sousa (2017) identificou que a maioria dos profissionais de Caruaru-PE, desconhece que o município é endêmico para a doença. Para a autora, isso demonstra a falta de interesse do profissional em relação a temática além de refletir fragilidade na comunicação e integração no serviço de saúde nas ações de combate à doença.

O desconhecimento dos médicos e enfermeiros da atenção básica em relação a situação epidemiológica da LVH em área endêmica pode ser considerado um fator negativo para a detecção precoce. Pois, o profissional ao saber da presença de casos no território que trabalha, pode se tornar mais vigilante e atento aos sinais e sintomas sugestivos da LVH. Este fato pode ter contribuído para o pouco número de casos diagnosticados na atenção básica, onde a maioria foi notificado em unidade hospitalar, inclusive fora do município de residência do paciente e da área de abrangência regional. Vale destacar que o município de Carnaubeira da Penha, o segundo em números de casos, não teve nenhum paciente notificado no hospital de referência para a doença na XI Região de Saúde (HOSPAM) em Serra Talhada. Tendo sido notificados e tratados em hospitais e serviços de saúde da regional de Salgueiro, Caruaru, Petrolina e Recife. Isso pode demonstrar fragilidade em relação ao fluxo e a falta de implantação de um serviço de referência para atender os casos mais graves da doença na regional.

Também se constata que o município sede da região estudada, Serra Talhada, não possui hospital municipal, o que pode ter contribuído para o grande número de casos notificados no HOSPAM. Estes dados corroboram com os resultados de Barbosa et al. (2013) e Lane (2016), que também identificaram nos seus estudos a baixa detecção dos casos de LVH na atenção básica, sinalizando que este serviço precisa ser melhor organizado para funcionar efetivamente como porta de entrada para os pacientes com LVH (BARBOSA, 2014).

Verificou-se que maior parte dos profissionais trabalha exclusivamente no SUS, sendo este o serviço de saúde responsável pelo controle, detecção e tratamento da leishmaniose. No entanto, menos da metade dos profissionais afirmou ter realizado atendimento a pacientes com LVH. Sendo que os que atenderam mostraram ter mais conhecimento quando questionados em relação ao diagnóstico e tratamento da doença, em consonância com os achados de Fernandes (2013).

Quanto as condutas adotadas diante de caso suspeito de LVH, a maioria respondeu realizar notificação, apesar dos achados do SINAN apontarem que tiveram poucos casos notificados e confirmados na atenção básica. Poucos profissionais afirmaram realizar o diagnóstico e tratamento da doença, o que pode estar associado a pouca experiência, o pouco conhecimento em relação a doença e a falta de informação em relação ao fluxo no sistema de saúde local (BARBOSA et al., 2013). Neste sentido, constata-se que quase metade dos profissionais não tinha conhecimento da existência de fluxo. Enquanto dos que afirmaram conhecer, a maioria não soube citar um local de referência, sendo o HOSPAM a unidade de saúde mais mencionada.

Para Fernandes (2013), o conhecimento dos profissionais em relação ao fluxo correto de encaminhamento dos pacientes contribui para o diagnóstico e tratamento correto, elevando o número de pacientes que atingem a cura clínica. Vale ressaltar que o primeiro atendimento deve ser feito na UBS e depois de avaliar, o profissional deve decidir se o tratamento e acompanhamento serão realizados na unidade ou se existe a necessidade de encaminhar para unidade hospitalar (BRASIL, 2011). Pois, alguns casos necessitam de nível de cuidado mais complexo, principalmente se forem detectados tardiamente, sendo necessário estabelecer uma rede de atenção à saúde que proporcione um atendimento integral aos pacientes (BARBOSA, 2014).

Pouco mais da metade dos pesquisados afirmam realizar detecção precoce e sentir-se seguro para identificar os sinais e sintomas da doença. Quando comparadas as respostas destes respondentes com as informações registradas no SINAN, verifica-se que foram citadas a maioria das manifestações clínicas (febre, hepatoesplenomegalia, perda de peso e palidez) apresentadas pelos pacientes, coincidindo também com os achados de outros estudos (ALVARENGA, 2010; BARBOSA, COSTA, 2013; SILVA, et al., 2020). Verificou-se ainda que alguns profissionais mencionaram a úlcera de pele, mas esta é uma característica da LTA, e não da LVH.

Apesar da tosse não ter sido citada por nenhum entrevistado, ela esteve presente nos casos confirmados da regional. Sendo este um sintoma comum e a principal alteração pulmonar

apresentada por pacientes com LVH, podendo surgir tanto na forma oligossintomática quanto na forma clássica da doença. Isso acontece devido a presença de material antigênico de *Leishmania* nos septos alveolares (BISPO et al., 2020). Num estudo realizado por Sena (2015) para identificar os fatores associados ao óbito por LVH em hospital público de referência no estado do Piauí, constatou-se que o paciente com “tosse no momento da admissão apresentou 2,23 vezes mais chances de evoluir para o óbito”.

Para Luz et al. (2019), um dos motivos de haver falha no reconhecimento imediato da LVH nos serviços da atenção básica pode ser a presença de quadro clínico que se confundem com outras doenças que também apresentam síndromes febris. Mas, ainda para os autores, “faltam profissionais de saúde preparados para atuar no reconhecimento da LVH e no atendimento ao paciente”.

Como já mencionado, a atenção básica deve realizar o diagnóstico precoce e preciso da LVH. Para isso, é necessário que os profissionais utilizem os métodos clínico-epidemiológicos associados aos métodos sorológicos, imunológicos e parasitológicos ofertados pelo SUS (BRASIL, 2017, SOUZA et al., 2012). Nesse sentido, observa-se que o método de diagnóstico laboratorial para a LVH mais conhecido pelos respondentes foi o ELISA, mas este não está disponível na rede pública. O segundo mais citado foi o teste rápido (imunocromatográfico). No entanto, menos de um quarto marcou o método de imunofluorescência indireta (RIFI), sendo estes dois últimos os mais utilizados para fins de diagnóstico da LVH no SUS. O RIFI é considerado o principal método imunológico para o diagnóstico das leishmanioses no Brasil, apesar do parasitológico ser considerado o “padrão ouro” (BRASIL, 2017; OLIVEIRA, 2016).

Também foi identificado que um terço dos pesquisados citou o hemograma como método de confirmação diagnóstica da LVH. No entanto, este é um exame inespecífico utilizado diante de uma suspeita, podendo evidenciar por exemplo uma pancitopenia e anemia, presente nesse tipo de agravo (FERNANDES, 2013). Outro exame citado foi o IDRM, que apesar de mostrar o grau de reação inflamatória cutânea local não tem especificidade para o diagnóstico da LVH, portanto é considerado um método complementar e não é utilizado no serviço público desde 2016 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2010; OLIVEIRA, 2016). Destaca-se ainda que quase 15% dos entrevistados não conhecem nenhum dos métodos de diagnóstico e menos da metade afirma ter exames de diagnóstico no serviço para confirmação da doença.

De acordo com dados do SINAN, no quadriênio estudado, a grande maioria dos pacientes da XI região de saúde teve seu diagnóstico confirmado com base nos exames laboratoriais. Resultados semelhantes foram encontrados por Freire (2017) ao analisar os casos

de LVH no Brasil de 2007 a 2015 e por Machado et al. (2020) ao analisarem os casos de LVH no nordeste brasileiro entre 2007 a 2017, ambos identificaram respectivamente que 86% e 82,4% dos casos foram diagnosticados por confirmação laboratorial e os demais por critério clínico epidemiológico.

Verificou-se que a maioria dos profissionais tinha ciência desta conduta clínica citada. Contudo, a falta de confirmação laboratorial, pode ser vista como uma fragilidade no serviço por não atender a integralidade os serviços necessários para confirmação diagnóstica do paciente. Por outro lado, a decisão de iniciar o tratamento apenas com a história clínica e o perfil epidemiológico, pode demonstrar segurança e conhecimento dos profissionais diante deste agravo contribuindo para o tratamento precoce do tratamento como recomenda o MS.

Neste sentido, o tratamento oportuno do paciente reduz as complicações e a letalidade da LVH. Para isso, é fundamental o conhecimento dos profissionais de saúde em relação terapêutica da doença. Além da indicação correta dos medicamentos é fundamental o cuidado em relação a posologia, tendo em vista estes apresentarem elevada toxicidade. O antimoniato de meglumina (glucantime) é a droga de primeira escolha preconizada pelo MS e tem a vantagem de poder ser administrada a nível ambulatorial diminuindo os riscos relacionados à hospitalização. Assim, as respostas dos entrevistados em relação a essas informações foram preocupantes, pois quase metade não soube responder. Verificou-se ainda que mais da metade não soube informar a dose recomendada deste fármaco que é de 20mg/Kg/dia (BRASIL, 2014; FERREIRA, 2019).

Quanto ao fármaco de segunda linha, a anfotericina B, constata-se que a falta de conhecimento dos profissionais foi ainda maior. Estes não tinham conhecimento em relação a posologia e não souberam responder em relação aos critérios adotados pelo MS para a sua indicação. É um fármaco de alto custo, que também apresenta toxicidade, há necessidade de hospitalização, mas tem como vantagem o menor tempo de tratamento, o que justifica sua escolha nos casos mais graves. Assim era esperado, com exceção dos pacientes diabéticos, que os entrevistados identificassem todos os outros critérios em relação a indicação da anfotericina B lipossomal. Ressalta-se ainda que apesar desta ser a única opção para tratar gestantes com LVH, poucos profissionais conheciam (BRASIL, 2014; FERREIRA, 2019; SOUZA et al., 2012). Por se tratar de medicamento de alto custo, o MS criou critérios para indicação da Anfotericina B conforme critério abaixo:

- idade menor que 1 ano;
- idade maior que 50 anos;
- escore de gravidade: clínico >4 ou clínico-laboratorial >6;

- insuficiência renal;
- insuficiência hepática;
- insuficiência cardíaca;
- intervalo QT corrigido maior que 450ms;
- uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT;
- hipersensibilidade ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LVH;
- infecção pelo HIV;
- comorbidades que comprometem a imunidade;
- uso de medicação imunossupressora;
- falha terapêutica ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LVH;
- gestantes.

Quanto aos estudos produzidos sobre a LVH, verifica-se que não houve nova inclusão de fármacos para o tratamento da doença nos últimos 60 anos no Brasil, havendo apenas pequenos avanços em relação ao diagnóstico. Constata-se que há um consenso entre os estudos quanto a importância do diagnóstico e tratamento oportuno de casos humanos como medida óbvia para melhorar o gerenciamento do paciente e reduzir a letalidade dos casos. Nesse sentido, além de todas as informações resultantes das pesquisas, o MS criou manuais com normas e recomendações com o intuito de orientar os profissionais de saúde em relação ao manejo clínico da doença (BARBOSA, GUIMARÃES, LUZ, 2016; BRASIL, 2006, BRASIL, 2014; CHAKRAVARTY, SUNDAR, 2019; CONCEIÇÃO-SILVA, ALVES, 2014; KHODABANDEH, 2019; LUZ et al., 2019; MARINHO, 2016; PELISSARI et al., 2011; ROMERO, BOELAERT, 2010; SOARES, LEON, 2014; SUNYOTO, POTET, BOELAERT, 2018).

Para Sampaio et al. (2015), a doença ainda aguarda soluções. Como já mencionado, não está disponível no Brasil drogas menos tóxicas e de fácil administração, como medicamento oral já adotado em outros países. Para os autores, o desafio atualmente é superar a lacuna entre “o conhecimento e a sua aplicação” na prática. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde conheçam e implementem as evidências do manejo clínico da LVH, adotando as melhores recomendações para a decisão clínica no atendimento ao paciente.

Após descrever o conhecimento dos profissionais em relação ao manejo clínico da LVH, procurou-se conhecer como estes acessam e utilizam as evidências científicas para diagnosticar e tratar a doença. Segundo Castro et al. (2012) e Chomatas et al. (2013) a qualificação



profissional melhora a qualidade dos serviços executados pela APS. Nesse sentido, o trabalhador de saúde precisa desenvolver habilidades para exercer a prática profissional, para isso é fundamental que tenha atualização constante (BRASIL, 2012). O nível de atualização do grupo estudado variou de ruim (50,4%) a bom (42,0%), sendo a estratégia mais utilizada a leitura de manuais e protocolos do MS, em seguida a realização de cursos e a leitura de artigos científicos.

A maioria expressiva dos profissionais, acredita que a incorporação de evidências científicas altera/qualifica/aprimora a prática profissional no manejo clínico da LVH. Ou seja, acredita que a partir delas há mudança, de diversas ordens, no processo de trabalho e atenção à saúde do paciente com LVH. Logo, atribuem a qualidade da prática clínica e o melhor prognóstico do paciente a incorporação do conhecimento científico. Não obstante, para que isso aconteça é necessário adaptar o conhecimento ao contexto local além de avaliar as possíveis barreiras e facilitadores para o seu uso (HARRISON et al., 2010; OELKE, LIMA, ACOSTA, 2015).

Apesar da maioria dos entrevistados achar importante a incorporação do conhecimento científico na prática clínica e considerá-lo adaptável ao seu ambiente de trabalho, observou-se que quase um terço destes não os utilizam para diagnosticar e tratar pacientes com LVH. No entanto, a maioria que afirmou utilizar as evidências no manejo clínico da doença, leva em consideração as orientações dos manuais e protocolos. De acordo com o MS, as informações clínicas propostas pelo manual de “Recomendações Clínicas para Redução da Letalidade da Leishmaniose Visceral” são baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis junto aos estudos epidemiológicos. Na ausência dessas evidências, por falta de novos estudos, o comitê considerado opiniões de especialistas em tratamento da LVH (BRAIL, 2014).

Cabral e Paula (2020) quando se referem a fase final do ciclo da criação do conhecimento, falam da importância dos produtos e instrumentos/ferramentas criados no final desta etapa. Para elas, estes produtos e instrumentos fazem parte da “delimitação do conhecimento”, pois são frutos da síntese dos resultados da pesquisa científica elaborados com uma linguagem que possa ser acessível aos diversos públicos (profissionais de saúde, gerentes e pacientes). Já os autores Schneider, Pereira e Ferraz (2018) consideram que a preferência pelos “protocolos pode estar relacionado com as dificuldades em identificar as fontes de informação, formular uma questão de pesquisa, analisar criticamente as evidências e a própria dificuldade em fazer pesquisa”.

Assim, apesar dos manuais serem considerados uma importante ferramenta norteadora para as práticas clínicas nos serviços de saúde pública, estes não devem ser adotados pelos

profissionais como a única fonte de atualização (TOMAN; HARRISON; LOGAN, 2001). O conhecimento não pode ficar estagnado ao uso dos manuais e protocolos, ele precisa ser ampliado. No entanto, se faz necessário que os médicos e enfermeiros que trabalham em regiões endêmicas como a estudada, conheçam, compreendam e apliquem no mínimo as informações destes instrumentos. Pois estes, apesar de não serem atualizados constantemente, trazem orientações relevantes em relação a condutas clínicas, fluxo e insumos padronizados e fornecidos pelo serviço.

Os resultados encontrados confirmam o pressuposto desta pesquisa, da pouca utilização das evidências científicas no manejo clínico da LVH pelos enfermeiros e médicos que atuam na atenção básica dos municípios estudados. Neste sentido, os profissionais apontaram a falta de tempo como a principal barreira para a tradução do conhecimento científico na prática clínica. Seguido da falta de sistemas de apoio à decisão clínica baseada em evidências, da falta de meios práticos para alcançar a melhor evidência e da falta de incentivos financeiros. O tempo insuficiente também foi a principal barreira encontrada por Dalheim et al. (2012) ao realizarem um estudo com enfermeiros na Noruega. Os autores constataram que estes profissionais mantêm uma cultura de em que só é trabalho se for valorizado e recompensado. Assim, esta cultura não beneficia àqueles que se “sentam, ler e refletem sobre os resultados da pesquisa”.

Alinhados a estas informações, outros estudos também evidenciam como barreiras o tempo limitado, a vasta base de evidências científicas, a falta de recursos financeiros e a falta de autoridade dos profissionais para implementar as evidências na prática (FERRAZ; RUI; ALTAMIRO, 2020; OELKE, LIMA, ACOSTA, 2015; SHIVNAN, 2011). As falhas na organização do serviço, como a falta de um fluxo instituído ou de insumos, também podem ser um limitador para o uso do conhecimento pelos profissionais no contexto local de atendimento dos pacientes com LVH.

Por conseguinte, é imprescindível que os serviços de saúde dos municípios estudados, criem ambientes favoráveis para superar as barreiras apresentadas pelos entrevistados. Para isso, é necessário que haja o apoio institucional com oferta de infraestrutura tecnológica para oportunizar aos profissionais o acesso as evidências científicas (FERRAZ, RUI, ALTAMIRO, 2020). Com a finalidade de aperfeiçoar os seus conhecimentos e as suas habilidades favorecendo o processo de mudança e de comportamento em relação ao manejo clínico da LVH (CARVALHO, 2017; HADGU, ALMAZ, TSEHAY, 2015).

Para facilitar a implementação das evidências científicas na prática clínica, como propõe a TC, é essencial que as instituições de saúde ofereçam aos seus trabalhadores educação continuada e permanente. Também, vale destacar a importância das instituições de ensino na

disseminação dos resultados das pesquisas para que estes possam ser implementados na rotina de cuidado de saúde (CARVALHO, 2017; FERRAZ; RUI; ALTAMIRO, 2020).

Existe uma variedade de estratégias que podem ser utilizadas para realizar intervenções de TC, desde abordagens mais tradicionais como publicações de artigos científicos, boletins informativos e apresentações em congressos à combinação de diversas intervenções como educação continuada multifacetada, o que confere maior eficácia para a mudança da prática. São exemplos dessas intervenções: educação continuada, capacitação a partir de sistemas baseados na tecnologia de informação, treinamento com auditoria e feedback e sistemas de apoio à decisão clínica (CHAUHAN et al., 2017; OELKE, LIMA, ACOSTA, 2015; SQUIRES et al., 2015).

Desse modo, observou-se que a maioria expressiva dos entrevistados entendem que seu conhecimento deve ser melhorado em relação ao tratamento e diagnóstico da LVH. Quase a totalidade dos profissionais diz ter interesse em participar de algum curso/ treinamento/ seminário relacionado ao Manejo Clínico da LVH. Não obstante, uma pequena quantidade afirmou ter participado de alguma dessas estratégias. Vale destacar que estes foram os que mais afirmaram sentir-se seguros para identificar os sinais e sintomas da doença. Quanto a estratégia escolhida para a atualização sobre a temática, a maioria optou por uma metodologia tradicional: “curso de aperfeiçoamento em sala de aula (presencial)”. Nesse sentido para Scherer et al. (2016):

O processo de mudança na prática dos profissionais não depende apenas dos sujeitos em serviço e dos processos formativos. Além disto, o conhecimento não pode ser tratado como algo que se transfere, mas como fruto de reflexão sobre as práticas em um contexto de construção coletiva. A realização de um curso tem seus limites e pode não ser “a solução”, mas pode possibilitar a identificação de um caminho a percorrer para enfrentar as dificuldades de implementação de novas práticas segundo os princípios e diretrizes para a APS.

De acordo com Bezerra et al. (2019) a Vigilância em Saúde do Estado de Pernambuco vem recebendo investimento financeiro contínuo desde o ano de 2011, com a finalidade de capacitar e qualificar os “gestores e técnicos dos três níveis de atuação (central, regional e municipal)”. Estes incentivos acontecem, tanto por meio de parcerias com instituições de ensino e pesquisa, como “por iniciativa dos interessados e apoio institucional para formação”. Esta parceria é importante, por oportunizar aos profissionais a produção de novos conhecimentos dentro do contexto real do serviço, por meio dos estudos e das pesquisas científicas. Nesse sentido, estes autores realizaram uma pesquisa com o objetivo de “analisar a ocorrência da TC na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE), tomando como base as pesquisas avaliativas - produtos dos cursos de pós-graduação de seus profissionais”. A

análise da pesquisa foi feita por meio de uma adaptação ao modelo de conhecimento para a ação proposto por Graham et al. (2006).

Assim, Bezerra et al. (2019) constataram que para atingir o grau da TC, sobretudo no final do ciclo das avaliações, foi necessário identificar as oportunidades e superar as barreiras que surgiram (a falta de tempo também foi a principal barreira encontrada). Além de depender da “capacidade de compor as prioridades das áreas envolvidas para seleção, adaptação ou implementação de intervenções”, que corresponde a quarta fase do ciclo de ação de Gharam et al. (2006).

Por fim, os resultados da pesquisa foram fundamentais para construção do projeto de intervenção previsto no terceiro objetivo deste estudo e que corresponde a quarta fase do Ciclo de ação de Gharam et al. (2006). Tendo a finalidade de implementar estratégias de tradução do conhecimento na rotina dos médicos e enfermeiros, da atenção básica da XI Região de saúde, em relação a prática clínica da LVH, projeto este em anexo nesta pesquisa.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os médicos e enfermeiros da atenção básica da região estudada, assumem um papel de grande relevância frente ao diagnóstico e tratamento oportuno da LVH. Assim, é imprescindível que estes profissionais conheçam o perfil epidemiológico do território adscrito pela ESF que atua. Todavia, os achados da pesquisa revelam que apesar da região ser endêmica para a LVH muitos profissionais desconhecem a presença de casos nos municípios. Deve-se salientar que esta informação pode contribuir para o aumento da suspeita diagnóstica e detecção precoce da doença.

O cenário evidenciado através dos resultados posiciona o manejo clínico da LVH como uma situação de saúde não prioritária aos profissionais pesquisados, isso se justifica pela falta de conhecimento em relação aos métodos de diagnósticos e tratamento da LVH. Estes achados se refletem pelo pouco número de casos notificados na atenção básica como preconiza o MS. Pois a maioria dos pacientes foram notificados e tratados em unidades hospitalares, inclusive fora da regional. Este dado também reflete uma fragilidade na comunicação e articulação do fluxo de atendimento na rede de serviço, necessária para o acolhimento e cuidado integral do paciente com leishmaniose.

Também foi visto que boa parte dos profissionais considera seu nível de atualização ruim apesar de acreditarem que a incorporação do conhecimento científico melhora a prática clínica, e que o mesmo se apresenta com potencial de TC ao contexto local. Dessa forma, se o conhecimento existente em relação a LVH fosse aplicado na prática, possibilitaria aos profissionais um arsenal teórico amplo e maior capacidade de identificá-la ainda na fase inicial podendo reduzir as complicações, bem como a letalidade da doença.

Assim, é notória a necessidade de se fazer chegar à prática, no cenário estudado, o conhecimento em relação ao diagnóstico e tratamento da LVH. Neste contexto, para que se concretize a TC, torna-se necessário uma articulação entre governo e serviço para implementarem propostas de educação permanente no contexto da região, com o intuito de vencer as barreiras existentes para a aplicação do conhecimento científico no manejo clínico da doença.

## REFERÊNCIAS

- AL-JAWABREH. *et al.* A Comparison of the Efficiency of Three Sampling Methods for use in the Molecular and Conventional Diagnosis of Cutaneous Leishmaniasis. **Journal Acta Tropica**, v. 182, p. 173-177, Amsterdam, June 2018.
- ALVAR, J. *et al.* Leishmaniasis worldwide and global estimates of its incidence. **Journal PLoS One**, v. 7, n. 5, p. 1-10, São Francisco, 2012.
- ALVARENGA, D. G *et al.* Visceral Leishmaniasis: retrospective study on factors associated with lethality. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 43, n. 2, p. 194-197, 2010.
- ARMSTRONG. R. *et al.* Knowledge translation strategies to improve the use of evidence in public health decision making in local government: intervention design and implementation plan. **Journal Implementation Science**. v. 8, n.1, p. 1-10, Londres, 2013.
- ARTINEZ-SILVEIRA, M. S. 'Knowledge translation' na área de saúde. *In*: Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 17., 2016, Salvador. **Anais**. Salvador: PPGCI, UFBA, 2016. v. 17. p. 4913-4930.
- ARAÚJO, A. C. *et al.* Visceral Leishmaniasis in Petrolina, State of Pernambuco, Brazil, 2007-2013. **Revista Instituto medicina tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 58, 29, 2016.
- ASSIS, T. S. M. *et al.* Validação do Teste Imunocromatográfico rápido IT-LEISH® para o diagnóstico da leishmaniose visceral humana. **Revista Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 107-116, jun. 2008.
- BANDEIRA, A. G. *et al.* A utilização de um referencial metodológico na implementação de evidências como parte da investigação em enfermagem. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**. Universidade Federal de Santa Catarina: PPGENF, Florianópolis, v. 26, n. 4. 2017.
- BARBOSA, M. N.; CARMO, R. F.; DA LUZ, Z. M. P. Conhecimento, Atitudes e Práticas em Leishmaniose Visceral: Reflexões para uma Atuação Sustentável em Município Endêmico. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 20, n. 4. 2017.
- BARBOSA, I. R. Epidemiologia da Leishmaniose Visceral no estado do Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**: Hospital Santa Cruz: Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 17-21, 2013.
- BARBOSA, I.R.; COSTA, I.C.C. Aspectos clínicos e epidemiológicos da Leishmaniose Visceral em crianças de até 15 anos no Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Minas Gerais, vol.23, n.1, pp. 5-11. 2013.
- BARBOSA, L.; PEREIRA NETO, A. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. **Revista Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 317-329, mar. 2017. Número especial.
- BARBOSA, M. N *et al.* Atenção aos casos humanos de Leishmaniose Visceral no âmbito da Atenção Primária à Saúde em município da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v. 16, n. 3, 2013.

BARBOSA, M. N. Implantação e Avaliação de Estratégia de Organização de Serviços de Saúde para Prevenção e Controle da Leishmaniose Visceral em Município da Região Metropolitana de Belo Horizonte onde a doença é endêmica. 2014. 192 f. **Tese** (Doutorado Ciências da Saúde) - Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2014.

BARBOSA, M. N; GUIMARAES, E. A. de A; LUZ, Z. M. P. da. Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral. **Revista Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 563-574, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, M.L. *et al.* Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. **Revista The Lancet**, Londres, v. 37, p. 1877-1889. 2011.

BARTA, K.M. Information seeking, research utilization, and barriers to utilization of pediatric nurse educators. **Journal of Professional Nursin**, Philadelphia, 1995. 49-57.

BERHE, M. *et al.* Knowledge Attitude and Practice towards Visceral Leishmaniasis among Residents and Health Professionals in Welkait District, Western Tigray, Ethiopia. **Journal of Tropical Diseases**, v. 6, p. 257. 2018.

BERMAN, J. D. Human leishmaniasis: clinical, diagnostic, and chemotherapeutic developments in the last 10 years. **Clinical Infectious Diseases**, Chicago, v. 24, n. 4, p. 684-703, 1997.

BEZERRA, L. C. A. *et al.* Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 01 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290112>. ISSN 1809-4481. Acesso em 12 Ago 2020.

BISPO, A. J. B. *et al.* Pulmonary involvement in human visceral leishmaniasis: Clinical and tomographic evaluation. **Journal PloS ONE**, v. 15, n. 01 California v. 15, n. 1, p. 1-12, 2020.

BODE, S.F. *et al.* Hemophagocytic lymphohistiocytosis in imported pediatric visceral leishmaniasis in a nonendemic area. **The Journal of pediatrics**, v.165(1):147–153, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. 1. ed. Brasília: Ministério Saúde, 2014. 120p (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de**

**pacientes com a coinfeção leishmania-HIV** . 1. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Portal TeleSaúde; APS, BVS. Quais as opções terapêuticas para Leishmaniose Visceral disponíveis no Sistema Único de Saúde? São Paulo/SP. 2015 b. Uma iniciativa do **Ministério da Saúde e BIREME/OPAS/OMS** em parceria com instituições do Programa Nacional Telessaúde. Disponível em <<http://aps.bvs.br/aps/quais-as-opcoes-terapeuticas-para-leishmaniose-visceral-disponiveis-no-sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 11 de fev. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde – 1. ed. – Brasília. 2016. 773p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1ª. ed. v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. p. 515-534.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**– 2º edição. ed. atual. – Brasília. 2017.705p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde - **CNES Consultas- Extração de Profissionais**. Brasília, 2019a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>. Acesso em 04 de Fevereiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Casos confirmados de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2018. Brasília, 2019b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/14/LV-Casos.pdf>> Acesso em 10 Jun. 2020.

BURSZTYN, D. C.; DELGADO, P. G. Conhecimento Compartilhado e Estratégias Colaborativas de Pesquisa na Atenção Psicossocial. **Revista ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, UFF: Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 68-77, 2017.

CABRAL, I. E.; PAULA, C. C. Perspectiva Latinoamericana del Modelo Conceptual Conocimiento en Acción de Knowledge Translation. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 36, n. 1, mar. 2020. ISSN 1561-2961. Disponível em: <<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2907/549>>. Acesso em 05 mai. 2020.

CARDONA-G W; YEPES AF; HERRERA-R A. Hybrid Molecules: Promising Compounds for the Development of New Treatments against Leishmaniasis and Chagas Disease. **Revista Current medicinal chemistry**, Emirados Árabes, v. 25(30):3637-3679, 2018.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **Knowledge Translation Strategy 2004-2009**. Innovation in Action. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research, 2004.

CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. **Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: integrated and end-of-grant approaches**. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research, 2012. Disponível em:- [http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt\\_lm\\_ktplan-en.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/kt_lm_ktplan-en.pdf). Acesso em 10 nov. 2018.



CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH. More about knowledge translation at CIHR: knowledge translation definition [ONLINE]. 2014. Disponível em: <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/39033.html>> Acesso em 10 de nov. de 2018.

CARMO, R. F; LUZ, Z. M. P. da; BEVILACQUA, P. D. Percepções da população e de profissionais de saúde sobre a leishmaniose visceral. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 621-628, 2016.

CARNEIRO, M. do S. M. *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 279-295, Out. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600279&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 de Jan de 2020.

CARVALHO, J. C. **Efeito do knowledge translation para melhoria do manejo da dor em recém-nascidos em uma unidade neonatal.** 2017. 157 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

CASTRO, R. C. L. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública.** 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000900015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900015)>. Acesso em: 30 jul. 2014.

CHAGAS, E. *et al.* Leishmaniose Visceral Americana: (Relatório dos trabalhos realizados pela comissão encarregada do estudo da Leishmaniose Visceral Americana em 1937). **Revista Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 1938, v. 33, n. 1. pp. 89-229. Publicação: 16 out. 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0074-02761938000100010>> Acesso em 30 de jul. 2020.

CHAKRAVARTY, J.; SUNDAR, S. Current and emerging medications for the treatment of leishmaniasis. **Revista Expert opinion on pharmacotherapy**, Londres, v. 20, n. 10, p. 1251-1265, 2019.

CHAPMAN, E. *et al.* Los mecanismos de traducción de conocimientos para la formulación de políticas informadas/Mecanismos de tradução do conhecimento para a formulação de Políticas Informadas por Evidências. **Revista Políticas de Saúde Informadas por Evidência.** São Paulo, v. 17, n.1, 2016.

CHAUHAN, B. F. *et al.* Behavior change interventions and policies influencing primary healthcare professionals' practice-an overview of reviews. **Revista Implementation Science.** Londres, 12(1):3. Jan, 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28057024/>> Acesso em 06 de Jan de 2020.

CHOMATAS, E. *et al.* Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária em Curitiba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro. p. 294-303, 2013. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/828>. Acesso em 01 nov. 2017.

COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS. SECRETARIA DE SAÚDE. **Proposta de Elaboração Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.** 2016. Disponível em: < <http://conitec.gov.br/protocolos-e-diretrizes>.> Acesso em 16 jan. 2019.

CONCEIÇÃO-SILVA, F.; ALVES, C. R. Leishmanioses do continente americano. **Editora FIOCRUZ**. p.512. Rio de Janeiro. 2014.

COSTA, D. L *et al.* Predicting death from kala-azar: construction, development, and validation of a score set and accompanying software. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 49, n. 6, p. 728-740. 2016.

COSTA, G. R. de T. *et al.* Atuação da vigilância ambiental em saúde no controle da Leishmaniose visceral em condomínio horizontal na região administrativa Jardim Botânico, Distrito Federal. **Revista Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 167-172, 2016.

CRUZ, D. A. L. M.; PIMENTA, C. A. M. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 415-422, 2005.

CUPOLILLO, E. Avanços dos estudos moleculares de Leishmania (Leishmania) chagasi aplicados ao diagnóstico de LV no Brasil. In: **Consulta de Expertos OPS/OMS Sobre Leishmaniasis Visceral en Las Américas**, p. 57-62, 2005.

DALHEIM, A. *et al.* Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. **Revista BMC health services research**, Londres, v. 12, n. 1, p. 367, 2012.

DANTAS-TORRES, F.; BRANDAO-FILHO, S. P. Visceral leishmaniasis in Brazil: revisiting paradigms of epidemiology and control. **Revista do Instituto de Medicina tropical de SP**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 151-156, Jun, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-46652006000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652006000300007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05 mai. 2020.

DAVISON, C. M. Knowledge translation: Implications for evaluation. In: OTTOSON, J. M.; HAWES, P. (Org.). Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation. **New Directions for Evaluation**, Hoken, 2009. p. 75-87.

LUCENA, de R. V.; MEDEIROS, J. Caracterização epidemiológica da leishmaniose visceral humana no Nordeste brasileiro, entre 2010 e 2017. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, Paraíba, v. 14, n. 4. 2018.

DIAS, S. *et al.* Como potencializar a produção e translação de conhecimento na investigação participativa? A experiência de um projeto na área do VIH/Sida. **Anais Do Instituto De Higiene E Medicina Tropical**, v. 15, n. 2, 2016.

DIAS, S; FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* Avaliação do processo de translação do conhecimento na investigação em saúde - um estudo de caso dos projetos Grand Challenges Brasil. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, 15:95-9, 2016.

DONNELLY, C. *et al.* Supporting knowledge translation through evaluation: Evaluator as Knowledge Broker. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, Toronto, v. 29, n. 1, p. 36-61, 2014.

DRIEMEIER, M. *et al.* Late diagnosis: a factor associated with death from visceral leishmaniasis in elderly patients. **Revista Pathogens and global health**, Londres, v. 109, n. 6, p. 283-289, 2015.

FAKIOLA, M *et al.* Transcriptional blood signatures for active and amphotericin B treated visceral leishmaniasis in India. **Revista PLoS neglected tropical diseases**, San Francisco, 2019.

FERNANDES, A. Análise das informações a respeito das leishmanioses, obtidas através dos enfermeiros e médicos das unidades básicas de saúde (UBS) no município de Florianópolis. **Dissertação (mestrado)** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

FERRAZ, L. P.; RUI, P. G. P., ALTAMIRO, M. R. C. Tradução do Conhecimento e os desafios contemporâneos na área da saúde: uma revisão de escopo. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe2, pp. 200-216. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S215>. Acesso em: 10 Maio 2020.

FERREIRA, D. T. **Leishmaniose Visceral em crianças: dispensação e controle da utilização dos medicamentos antimoniato de meglumina e anfotericina b lipossomal no tratamento específico da leishmaniose visceral em um hospital universitário de referência no Mato Grosso do Sul**. 2019, 78 p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica. Porto Alegre, 2019.

FERREIRA, F. R. *et al.* Leishmaniose Tegumentar Americana: Uma Doença Polimorfa. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 76, n. 2, p. 177-180, 2018.

FLORES-MIR, C. Systematic reviews: knowledge translation?. **Dental press journal of orthodontics**, v. 21, n. 1, p. 13-14, Maringá. 2016.

FREIRE, M. L. Avaliação de desempenho e custos diretos de kits comercialmente disponíveis no Brasil e do protótipo DAT-LPC para o diagnóstico da leishmaniose visceral humana. 101f. **Dissertação (Mestrado em Ciências - Concentração Doenças Infecciosas e Parasitárias)** Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, 2017.

FURLAN, M. B. J. Epidemia de Leishmaniose Visceral no Município de Campo Grande-Mato Grosso do Sul, 2002 a 2006. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 19, pp. 15-24. 2010.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Abordagem multiprofissional no diagnóstico de leishmaniose: um relato de caso. **Archives Of Health Investigation**, v. 6, n. 8, Araçatuba – São Paulo. 2017.

GLÓRIA, M.R.B. **Leishmaniose visceral: situação epidemiológica e distribuição espacial, município de Palmas, Tocantins**. 2006, 86 p. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006.

GOMES, L. H. *et al.* Serviços municipais de controle de zoonoses no Estado de São Paulo: diagnóstico situacional. **BEPA, Boletim Epidemiológico Paulista**. São Paulo, v. 8, n. 96, dez. 2011.

GONÇALVES, E. P. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas, São Paulo: Editora Alínea, 2001.

GRAHAM, I. D. *et al.* Lost in knowledge translation: time for a map? **Journal of continuing education in the health professions**, v. 26, n. 1, p. 13-24, 2006.

- GRADONI, L. The diagnosis of canine leishmaniasis. Moving towards a solution. **Proceedings of the second international canine leishmaniasis forum: 2002**; Sevilla, Spain. Edited by: Killick-Kendrick. 7-14, 2002.
- GROL, R.; WENSING, M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. **Medical Journal of Australia**, v. 180, p. S57-S60, 2004.
- GUIMARÃES, R. Pesquisa Translacional: uma interpretação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1731-1744, 2013.
- HADGU, G.; ALMAZ, S.; TSEHAY, S. Assessment of nurses' perceptions and barriers on evidence based practice in Tikur Anbessa specialized hospital Addis Ababa Ethiopia. **American Journal of Nursing Science**, v. 4, n. 3, p. 73-83, 2015.
- HAYNES, R.B. Some problems in applying evidence in clinical practice. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, The Academy, 210-224, 1993.
- HIRATA, Karina Yukie. *et al.* Exposure to Leishmania spp. infection and Lutzomyia spp. in individuals living in an area endemic for visceral leishmaniasis in Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 53, 2019.
- JOGAS JUNIOR, D. G. Uma doença americana? A Leishmaniose Tegumentar na produção de conhecimento em medicina tropical (1909-1927). 2014. 131 f. **Dissertação**. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- KAMPHORST, A.O; ARAKI, K. AHMED, R. Além de adjuvantes: estratégias de imunomodulação para aumentar a imunidade de células T. **Revista Vacina**, vol.33, supl.2, pp. B21-B28. 2015.
- KHODABANDEH, M. *et al.* Treatment of resistant visceral leishmaniasis with interferon gamma in combination with liposomal amphotericin B and allopurinol. **Parasitology International Journal**, Amsterdam, v. 72, p. 101934, 2019.
- KRIEGER, E. M. A hipertensão e a medicina translacional. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 1, 2018.
- LANE, V. F. M. Análise epidemiológica da Leishmaniose visceral humana no Brasil: contribuição as políticas de controle. 2016. xvii, 141 f., il. **Tese (Doutorado em Ciências Médicas)**. Universidade de Brasília, Brasília, 2016.
- LAW, M.; BAUM, C. Evidence based occupational therapy. **Canadian Journal of Occupational Therapy**. Canadá, 131-135, 1998.
- LEÃO, R. N. Q. et al. Medicina tropical e infectologia na Amazônia. v. 2. In: **Medicina tropical e infectologia na Amazônia**. V. 2. p. 848-848. Belém, Pará, 2013.
- LIMA, I. D. *et al.* Leishmania infantum chagasi in northeastern Brazil: asymptomatic infection at the urban perimeter. **The American Journal of Tropical medicine and hygiene**, v. 86, n. 1, p. 99. 107, 2012.
- LIMA, V. A. C. C. *et al.* Linfocitose hemofagocítica, condição rara no transplante renal - relato de caso. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 423-427, dez. 2018.

LINDOSO, J.A.L. *et al.* Fatores associados à leishmaniose tumba visceral. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol.39, supl.3, pp. 133-134. 2006.

LÓPEZ L. *et at.* Eligibility criteria and outcome measures adopted in clinical trials of treatments of cutaneous leishmaniasis: systematic literature review covering the period 1991-2015. **Tropical Medicine & International Health**, 2018.

LUCENA, R. V.; MEDEIROS, J.S. Caracterização epidemiológica da leishmaniose visceral humana no Nordeste brasileiro, entre 2010 e 2017. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 14, n. 4, Oxford, 2018.

LUZ, J. G. G. *et al.* Where, when, and how the diagnosis of human visceral leishmaniasis is defined: answers from the Brazilian control program. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 114, e190253, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0074-02762019000100351&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762019000100351&lng=en&nrm=iso). Acesso em: Nov.de 2020.

MACHADO, C. A. L. *et al.* Spatial analysis and epidemiological profile of visceral leishmaniasis, northeastern Brazil: a cross-sectional study. **Journal Acta Tropica**, p. 105520, Netherlands, 2020.

MAIA, L. G. *et al.* A qualidade de serviços de atenção primária, a formação profissional e o Programa Mais Médicos em uma região de saúde do sudoeste goiano. **Revista brasileira de epidemiologia**, Rio de Janeiro, v.23, e200014, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2020000100413&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100413&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 abril. 2020.

MARCHI, Melca Niceia Altoé de. *et al.* Spatial analysis of leishmaniasis in Brazil: a systematized review. **Revista do Instituto de Medicina tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 61, e68, 2019.

MARINHO, D. S. Estudo dos potenciais valores econômico-sanitários de intervenções para o tratamento da leishmaniose visceral no cenário epidemiológico brasileiro. 2016. 178 f. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

MARTINS, G. A. S.; LIMA, M. D. Leishmaniose: do Diagnóstico ao Tratamento. Enciclopédia Biosfera, **Centro Científico Conhecer** - Goiânia, v. 9, n. 16; p. 2556-69, 2013.

MARTINS-MELO, F.R. *et al.* Mortality and Case Fatality Due to Visceral Leishmaniose in Brasil: A Nationwide Analysis of Epidemiology, Trends and Spatial Patterns. **Journal PloS One**, v. 9, n. 4. 2014.

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

MENEZES, J. A. *et al.* Leishmanioses: o conhecimento dos profissionais de saúde em área endêmica. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 27, n. 2, p. 207-215, 2014.

MOREIRA, S.V. Análise Documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A (org.). **Métodos e Técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, P. 269-279. 2005.

NEVES, D. P. *et al.* Parasitologia humana. 13. ed. 494p. Rio de Janeiro: **Atheneu**, 2016.

NOLAN, M.T. A review of approaches to integrating research and practice. 199-207. **Nursing Research Journal**, Philadelphia, 1994.

OELKE, N. D; LIMA, M. A. D. S; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para uso na prática e na formulação de políticas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 113-117. Rio Grande do Sul, 2015.

OLIVEIRA, A. L. L. *et al.* Infecção assintomática em contatos familiares de pacientes com leishmaniose visceral humana em Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2827-2833, dez. 2008.

OLIVEIRA, E. R. Análise do desenvolvimento tecnológico para o diagnóstico das leishmanioses: a proteção intelectual à disponibilidade comercial. 2016. 151 f. **Dissertação** (Mestrado em Ciências da Saúde concentração em Doenças Infecciosas e Parasitárias). Fundação Oswaldo Cruz. Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2016.

OLIVEIRA, J. M. *et al.* Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, p. 188-193, Mato Grosso do Sul, 2010.

OLIVEIRA, M. J. C. Estudo da função túbulo-glomerular e inflamação renal em pacientes com leishmaniose visceral. 2014. 101 f: il. **Tese** (Doutorado- Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

OLIVEIRA, S. R. A. Redes sociotécnicas e translação do conhecimento. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, v. 17, p. 97-104, Lisboa, Portugal, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.266>> Acesso em maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Bridging the “Know–Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health**. Geneva: World Health Organization, 2006a

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Leishmaniasis [Internet]. **World Health Organization**. 2010. Disponível em: <[www.who.int/leishmaniasis/en/](http://www.who.int/leishmaniasis/en/)> acesso em novembro de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the **WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis**. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Status of endemicity of visceral leishmaniasis, **World Health Organization**, Geneva, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informe Final de la Reunión de Expertos OPAS/OMS sobre Leishmaniasis Visceral en las Américas**. Washington: OPAS, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informe Epidemiológico nas Américas**. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018. Disponível em: <[www.paho.org/leishmaniasis](http://www.paho.org/leishmaniasis)> Acesso em: 10 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informe Epidemiológico nas Américas: Washington**: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019. Disponível em: <[www.paho.org/leishmaniasis](http://www.paho.org/leishmaniasis)> Acesso em dezembro de 2019.

PEARSON, A; JORDAN Z; MUNN, Z. Translational science and evidence-based healthcare: A clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. **Nursing Research and Practice Journal**, 792519: 1-6. Cairo, 2012.

PELLISSARI, D. M. *et al.* Tratamento da Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, n. 20, v. 1, p. 107-110, jan-mar 2011.

PEREIRA, E.R. Translation of knowledge and translational research in healthcare. **J Nurs. Revista de Enfermagem UFPE online**. Recife, 2013. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/4615>>. Acesso em 20 Novembro de 2018.

PEREIRA, R. P. G. Enfermagem baseada na evidência: atitudes, barreiras e práticas entre contextos de cuidados. **Revista de Enfermagem Referência**. Coimbra. vol. Ser III no.7 Coimbra, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Plano Integrado de Ações para o Enfretamento às Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco/ SANAR – 2015 – 2018. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Situação Epidemiológica da Leishmaniose Visceral em Pernambuco 1º semestre de 2018. Recife: Secretaria Estadual de Saúde. Ago. 2018.

PETTERNELLI, L.A . INF 162 – Estatística I. (Apostila). 2005. Disponível em: <[http://www.uspleste.usp.br/rvicente/Paternelli\\_Cap2.pdf](http://www.uspleste.usp.br/rvicente/Paternelli_Cap2.pdf)> Acesso em 25 fevereiro de 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. **Artmed Editora**, 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico - 2ª Edição. **Editora Feevale**, 2013.

QUINNELL, R. J.; COURTENAY, O. Transmission, reservoir hosts and control of zoonotic visceral leishmaniasis. **Journal Parasitology**, v. 136, n. 14, p. 1915-1934, Londres, 2009.

REIS, L.L. *et al.* Mudanças na epidemiologia da leishmaniose visceral no Brasil de 2001 a 2014. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, vol.50, n.5, pp. 638-645. Manaus, 2017.

ROCHA, M. A. N. *et al.* Epidemiological aspects of human and canine visceral leishmaniasis in State of Alagoas, Northeast, Brazil. **Brazilian Journal of Biology**, São Carlos, v. 78, n.4, p. 609-614, Nov. 2018.

ROMERO, G. A. S.; BOELAERT, M. Control of visceral leishmaniasis in latin america-a systematic review. **Journal PLoS neglected tropical diseases**, v. 4, n. 1, p. e584, 2010.

SAKKAS, H.; GARTZONIKA, C.; LEVIDIOTOU, S. Laboratory diagnosis of human visceral leishmaniasis. **Journal of Vector Borne Diseases**, v. 53, n. 1, p. 8, 2016.

SALES, D. P *et al.* Aspectos Epidemiológicos da Leishmaniose Visceral Canina e Humana no Estado do Maranhão, Brasil (2009-2012). **Revista Brasileira de Ciência Veterinária**, v. 24, n. 3. 2018.

SAMPAIO, R. B. *et al.* Mobilização para um Programa de Pesquisa Translacional em Leishmanioses: uma Solução para Saúde Pública. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 249-267, 2015.

SANTOS, L. S. *et al.* Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. **Revista Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 4, p. 552-560, 2019.

SCHERER, M. D.A. *et al.* Cursos de especialização em Saúde da Família: o que muda no trabalho com a formação? **Jornal Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, online, v. 20, pp. 691-702, São Paulo, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000300691&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300691&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 de jan. de 2019.

SCHNEIDER, L. R.; PEREIRA, R. P. G. E FERRAZ, L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde em Debate** [online] v. 42, n. pp. 594-605, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>. Acessado 02 jul. de 2020.

SENA, I. V. de O. Fatores associados ao óbito por leishmaniose visceral em hospital público de referência no estado do Piauí. 2015. 62 f. **Dissertação** (Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SHIVNAN, J. C. How do you support your staff? Promote EBP. **Journal Nursing management**, v. 4, n. 2, p. 12-14, 2011.

SILVA, J. C.; ALVES, C. K.A.; OLIVEIRA, S. R. A. Cartão de Evento-Crítico: ferramenta analítica para translação do conhecimento. **Revista Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe2, p. 10-18, nov. 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019s201>> acesso em maio de 2020.

SILVA, J. Y. T. Farmacovigilância na terapêutica específica de Leishmaniose visceral em hospital de referência de Belém do Pará. **Dissertação** (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2011.

SILVA, J.A.O.; CARVALHO, G. A.; FAUSTINO, M. A. G. Dinâmica da leishmaniose visceral humana no município de Goiana-PE. **Revista PUBVET**, v. 11, p. 1188-1297, Londrina, 2017.

SILVA, S. A. da. *et al.* Assessment of primary health care: health professionals' perspective. **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p.122-128, agosto, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700122&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 de Jan. 2020.

SILVA, T. A. M. *et al.* Prognostic factors associated with death from visceral leishmaniasis: a case-control study in Brazil. **Journal Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, Londres, 2020.



SILVA, A. G. A. S. Translação do conhecimento: atenção em saúde bucal baseada em evidências. 2018. **Dissertação** (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

SILVA, S.T.P. *et al.* Leishmaniose visceral humana: reflexões éticas e jurídicas acerca do controle do reservatório canino no Brasil. **Revista de bioética y derecho**, n. 39, p. 135-151, 2017.

SOARES, M. C. P. O doutor Evandro Chagas na Amazônia: entre a epopeia e a tragédia. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 13-18, 2010.

SOARES, R. A.; LEON, L. **Modelos de Estudo para o Desenvolvimento de Drogas AntiLeishmania**: Leishmanioses no continente americano. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 413p

SOUSA, J. M. S. Leishmaniose visceral humana: aspectos sócio-epidemiológicos em Pernambuco e conhecimento de profissionais de saúde sobre o agravo no município de Caruaru-PE. 76 f. **Dissertação** (Programa de Pós-Graduação em Ciência Animal Tropical) - Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife. 2017.

SOUSA, J. M. S.; RAMALHO, W. M.; MELO, M. A. Demographic and clinical characterization of human visceral leishmaniasis in the State of Pernambuco, Brazil between 2006 and 2015. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 5, p. 622-630, 2018.

SOUZA, M.A. *et al.* Leishmaniose visceral humana: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 10, n. 2, p. 61-69, Mossoró, 2012.

SOUZA, W. Doenças negligenciadas. Rio de Janeiro: **Academia Brasileira de Ciências**; 2010.

SPIR, P.R.N. *et al.* Características clínicas e distribuição espacial da leishmaniose visceral em crianças no estado de São Paulo: um foco emergente da leishmaniose visceral no Brasil. **Pathog Glob Health**. 2017; 111 (2): 91-7

SQUIRES, J.E. *et al.* Understanding context in Knowledge Translation: A concept analysis study protocol. **Journal of advanced nursing**, 71 (5):1146–55. Oxford, 2015.

STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, Ian. Defining knowledge translation. **Journal Canadian Medical Association**, v. 181, n. 3-4, p. 165-168, 2009.

SUDSAWAD, P. Knowledge translation: introduction to models, strategies, and measures. Austin, TX, Southwest Educational Development Laboratory, **National Center for the Dissemination of Disability Research**, 2007. Disponível em <<http://www.ncddr.org/kt/products/ktintro/>> Acesso em novembro de 2019.

SUNYOTO, T.; POTET, J.; BOELAERT, M. Why miltefosine a life saving drug for leishmaniasis—is unavailable to people who need it the most. **Journal BMJ global health**, v. 3, n. 3, p. e000709, 2018.

TETROE J. Knowledge Translation at the Canadian Institutes of Health Research: a primer. **Revista Focus Technical Brief**. 18:1-8; 2007.

TOLEZANO, J.E. Hanseníase: O presente e o futuro das leishmanioses. **Hansen Int**. 40 (1): p. 1-2; 2015.

VASCONCELOS, P. P.; ARAÚJO, N. J.; ROCHA, F. J. S. Ocorrência e comportamento sociodemográfico de pacientes com leishmaniose tegumentar americana em Vicência, Pernambuco, no período de 2007 a 2014. **Semina Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 38, n. 1, p. 105-114, Londrina, 2017.

WERNECK, G. L. Expansão geográfica da Leishmaniose Visceral no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. 2010; 26(4): 644-645.

XU W. *et al.* Cyclopropane fatty acid synthesis affects cell shape and acid resistance in *Leishmania Mexicana*. **International Journal Parasitol.** 2018;48(3-4):245-256. Oxford, 2018.

ZUBEN, A. P. B.; DONALISIO, M. R. Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00087415, 2016.

## APENDICE A – ROTEIRO PARA COLETA DOS DADOS DO SINAN

### Roteiro para coleta dos dados do SINAN

#### 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1.1 Iniciais do Paciente: \_\_\_\_\_

1.3 Município de residência: \_\_\_\_\_

1.6 Sexo: ( ) M ( ) F ( ) Ignorado

1.7 Gravidez: ( ) Sim ( ) Não

1.8 Peso: \_\_\_\_\_

1.6 Idade : \_\_\_\_\_ (Para menores de um ano expressar a idade em meses)

## 2 DADOS DO SERVIÇO:

2.1 Unidade de Saúde notificadora:

( ) USF, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Hospital Municipal, qual? \_\_\_\_\_

( ) Hospital Regional-HOSPAM ( ) Outro: \_\_\_\_\_

2.2 Data da notificação: \_\_\_\_\_

2.3 Unidade de Saúde do atendimento:

( ) USF, qual? \_\_\_\_\_ ( ) Hospital Municipal, qual? \_\_\_\_\_

( ) Hospital Regional-HOSPAM ( ) Outro: \_\_\_\_\_

2.4 Data de entrada no serviço: \_\_\_\_\_

## 3 DADOS CLÍNICOS

3.1 Data da investigação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Início dos sintomas a : \_\_\_\_ meses, \_\_\_\_ dias

3.3 Sintomas:

( ) Febre ( ) Emagrecimento ( ) Palidez ( ) Tosse ( ) Diarréia  
 ( ) Dor abdominal ( ) Icterícia ( ) Sangramento ( ) Esplenomegalia ( )  
 Hepatomegalia ( ) Palidez ( ) Desnutrição grave ( ) Diarreia ( ) Icterícia ( )  
 Fenômenos hemorrágicos ( ) Edema localizado ( ) Edema generalizado ( ) Arritmia cardíaca ( )  
 Vômitos ( ) Dispneia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Doenças associadas: ( ) Ausente ( ) Doença renal ( ) Doença cardíaca ( ) Doença hepática ( )  
 HIV/AIDS ( ) Infecção ( ) Outros \_\_\_\_\_

3.4 Critérios de confirmação do caso: \_\_\_\_\_ ( )  
 Clínico-epidemiológico ( ) Laboratorial

## 4 INFORMAÇÕES DO DIAGNÓSTICO:

4.1 Data da solicitação do exame: \_\_\_\_\_

4.2 Exames solicitados:

Parasitológico: Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aspirado de medula: ( ) Positivo ( ) Negativo

Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Positivo ( ) Negativo

Sorológico: Data do exame: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

RIFI (diluição): \_\_\_\_\_ Teste rápido: \_\_\_\_\_ Elisa: \_\_\_\_\_  
 Outro: \_\_\_\_\_ ( ) Positivo ( ) Negativo  
 Outros exames (Ex: PCR) \_\_\_\_\_ Data do exame: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

### 5 CLASSIFICAÇÃO DO CASO:

( ) Caso novo ( ) Recidiva ( ) Transferência ( ) Ignorado

### 6 INFORMAÇÕES TERAPÊUTICAS:

6.1 Droga inicial administrada:

( ) Antimonial Pentavalente ( ) Anfotericina B ( ) outras \_\_\_\_\_ ( ) Não utilizada

Data do início do tratamento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

6.2 Dose prescrita em mg/kg/dia Sb+5 (Antimonial Pentavalente)

( ) Menor que 10

( ) Maior ou igual a 10 e menor que 15

( ) Igual a 15

( ) Maior que 15 e menor que 20

( ) Maior ou igual a 20

Nº total de ampolas prescritas: \_\_\_\_\_

Outra droga utilizada, na falência do tratamento inicial

( ) Anfotericina B lipossomal

( ) Outros \_\_\_\_\_

### 7. EVOLUÇÃO DO CASO:

( ) Cura ( ) Abandono ( ) Óbito ( ) Outro \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO

### QUESTIONÁRIO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**PESQUISA:** Avaliação de intervenções de Atenção Primária à Saúde no Estado de Pernambuco.

**Pesquisador principal:** Jozelma Pereira Barros de Souza **Pesquisador responsável:** Orientador Profa. Dra. Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Questionário Nº: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

( ) USF, qual? \_\_\_\_\_ ( ) HOSPAM

#### PARTE 1

##### 1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

1.1 Idade: \_\_\_\_\_ 1.2 Sexo: \_\_\_\_\_ 1.3 Cidade que reside: \_\_\_\_\_

1.4 Graduação: ( ) Medicina ( ) Enfermagem

1.5 Ano que finalizou a graduação: \_\_\_\_\_ 1.6 Instituição: \_\_\_\_\_

1.7 Possui curso de pós-graduação lato e/ou strictu sensu? ( ) sim ( ) não Se sim, qual?  
( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Residência ( ) Doutorado ( ) Pós-doutorado

1.10 Tempo que iniciou o trabalho neste serviço: \_\_\_\_\_ 1.9 Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

1.11 Trabalha em outra unidade de saúde pública? ( ) sim ( ) não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

1.12 Sobre sua atuação profissional (pode marcar mais de uma):  
( ) trabalha exclusivamente nos serviços de saúde do setor público;  
( ) trabalha nos serviços de saúde do setor público e privado;  
( ) Trabalha em atividade docente na área de saúde em alguma Instituição de ensino superior (IES);  
( ) Trabalha em atividade docente em curso técnico de saúde;  
( ) Outros, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

#### PARTE 2

##### 2.0 LVH- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

**2.0.1 Há casos de leishmaniose Visceral humana (LVH) no município que você trabalha?**

( ) Sim ( ) Não ( ) Desconheço

**2.2 Você realiza detecção oportuna dos casos?**

( ) Sim ( ) Não Se Não, porquê? \_\_\_\_\_

##### 3.0 LVH- ASPECTOS CLÍNICOS

**3.1 Atualmente você se sente seguro na identificação clínica dos sinais e sintomas da LVH?** ( ) Sim ( ) Não

3.1.2 Caso a resposta da pergunta anterior seja “Sim”, qual ou quais (cinco no máximo) principais manifestações clínicas do paciente o faz ser caso suspeito?

---



---



---

**3.2 Já realizou atendimento de algum paciente com LV?** ( ) Sim ( ) Não

**3.3 Qual (ais) conduta (s) você adotada diante de um caso suspeito de LVH?**

( ) Notifica ( ) Investiga ( ) Diagnostica ( ) Transfere para o serviço de Referência ( ) Trata ( ) Outra(s): \_\_\_\_\_

#### 4. LVH- MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

**4.1 Qual(ais) é (são) o(s) principal (ais) métodos diagnósticos de confirmação para LVH que você conhece?**

( ) ELISA (Ensaio Imunoenzimático) ( ) Exames parasitológicos direto  
 ( ) Hemograma ( ) IDR (Intradermorreação de Montenegro)  
 ( ) RIFI (Imunofluorescência Indireta) ( ) Isolamento em cultivo  
 ( ) PCR (amplificação do DNA do parasita) ( ) Punção aspirativa de medula óssea ( )  
 Testes rápidos imunocromatográficos ( ) Desconheço ( )  
 Outro(s): \_\_\_\_\_

**4.2 Há disponibilidade de exames para diagnosticar pacientes com LV no município/ Hospital que você trabalha?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei informar

Se Sim, qual (ais)? \_\_\_\_\_

---



---

#### 5. LVH- TRATAMENTO

**5.1 Existe fluxo para orientação de diagnóstico e tratamento de casos de LVH no seu município/ Hospital?** ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sei informar

**5.2 Caso o diagnóstico laboratorial não esteja disponível ou atrase o resultado de confirmação da LV, o tratamento pode ser iniciado apenas com o diagnóstico clínico-epidemiológico?**  
 ( ) Sim ( ) Não

**5.3 Qual fármaco é recomendado pelo MS como primeira escolha para o tratamento da LVH (exceto em algumas situações)?**

( ) Pentamidina ( ) Anfotericina B lipossomal ( ) Oxacilina  
 ( ) Estreptomicina ( ) Antimoniato de meglumina (glucantime) ( ) Ceftriaxona  
 ( ) Pentoxifilina ( ) Desoxicolato Anfotericina B ( ) Desconheço

**5.4 Qual (ais) medicamento (s) pode (em) ser administrados (s) em nível ambulatorial?**

( ) Antimoniato de meglumina (glucantime) ( ) Anfotericina B lipossomal  
 ( ) Desoxicolato Anfotericina B ( ) Desconheço

**5.5 Qual é a dose recomendada de antimoniato de meglumina para tratar a LVH? (O cálculo para o tratamento da LV é baseada no antimônio pentavalente (Sb+5) e cada 1,5g de antimoniato de meglumina contém 405 mg de Sb+5).**

10mg/Kg/dia     20mg/kg/dia     25mg/kg/dia     30mg/kg/dia     Desconheço

**5.6 Qual a dose recomendada de anfotericina B lipossomal para o tratamento da LVH?**

4 mg/kg/dia por 5 dias ou 3mg/kg/dia por 7 dias                       5mg/kg/dia por 10 dias  
 5mg/kg/dia por 7 dias ou 8mg/kg/dia por 10 dias                       Desconheço

**5.7 Qual (ais) é (são) o(s) critério(s) utilizado(s) pelo MS de indicação da Anfotericina B lipossomal como fármaco de primeira escolha para o tratamento de LVH?**

- Idade menor que 1 ano(critério exclusivo para leishmaniose visceral)  
 Idade maior que 50 anos  
 Insuficiência renal  
 Insuficiência hepática  
 Insuficiência cardíaca  
 Transplantados, cardíacos,renais ou hepáticos;  
 Intervalo QT corrigido maior que 450 ms  
 Uso concomitante de medicamentos que alteram o intervalo QT  
 Hipersensibilidade ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV  
 Infecção pelo HIV (tratamento)  
 Infecção pelo HIV (profilaxia secundária)  
 Comorbidades que comprometem a imunidade  
 Uso de medicação imunossupressora.  
 Falha terapêutica ao antimonial pentavalente ou a outros medicamentos utilizados para o tratamento da LV  
 Gestantes  
 Paciente diabético  
 Desconheço

**5.8 Há disponibilidade de exames para acompanhar o tratamento dos pacientes com LVH no seu município?**  Sim             Não             Não sei informar            5.7.1 Se sim, quais são os exames disponíveis? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5.9 Poderia citar algum centro de referência para diagnóstico e/ou tratamento de leishmaniose na XI Região de Saúde?**

Não  Sim Se sim, Qual? \_\_\_\_\_

**PARTE 3**

**APLICAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA PRÁTICA PROFISSIONAL**

**6. Como considera seu nível de atualização profissional permanente?**

Ótimo     Bom     Regular     Ruim

**7. Qual (ais) a(s) estratégia(as) você utiliza para atualização profissional?**

- leitura de artigos científicos  
 uso de bases científicas na internet (BIREME, BVS, etc.)  
 participação em congressos/simpósios/reuniões científicas  
 realização de cursos  
 leitura de livros científicos

leitura de manuais e protocolos do MS por favor, especifique: _____	( ) Outros,
<b>8. Você utiliza evidências científicas para diagnosticar e tratar o paciente com LV</b> (considerando os manuais e protocolos do MS)?	
<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Caso a resposta seja <b>não</b> , pule para a questão 10.	
Caso a resposta à pergunta 08 seja <b>sim</b> , responda:	
<b>9. Como você obtém as evidências científicas em relação ao manejo clínico da LVH?</b>	
<input type="checkbox"/> através de discussões em seminários, oficinas e cursos <input type="checkbox"/> através de discussões de artigos científicos <input type="checkbox"/> por meio de palestras <input type="checkbox"/> a partir das informações dos Protocolos e manuais do MS <input type="checkbox"/> não sei informar <input type="checkbox"/> outros, qual(ais)? _____	
<b>10. Você acredita que a incorporação de evidências científicas altera/qualifica/aprimora a prática profissional no manejo clínico da LVH?</b>	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   Se sim, como? _____ _____ _____	
<b>11. Qual (ais) a(s) barreiras(s) ou limitação (ões) você encontra para traduzir o conhecimento científico na prática clínica da LV?</b>	
<input type="checkbox"/> Falta de tempo _____ ( ) Falta de incentivos financeiros <input type="checkbox"/> Acho difícil influenciar a mudança na prática clínica no meu contexto de trabalho a partir das evidências científicas; _____ ( ) A falta de publicações com novas evidências em relação ao manejo clínico da LVH; <input type="checkbox"/> Falta de diretrizes clínicas baseadas em evidências para o cuidado do paciente com LV; _____ ( ) Falta de sistemas de apoio à decisão clínica baseada em evidências; _____ ( ) Falta de meios práticos para alcançar a melhor evidência; _____ ( ) A evidência é difícil de ser entendida e de ser colocada em uso; <input type="checkbox"/> As evidências científicas não trazem grandes atualizações em relação ao manejo clínico da LVH; <input type="checkbox"/> Outros, por favor especifique: _____	
<b>12. Você acha que as evidências (literatura, manuais e protocolos do MS) são adaptáveis ao seu ambiente de trabalho?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei informar	
Se não, porquê? _____	
<b>13. O que você considera para diagnosticar e tratar um paciente com LVH (Pode marcar mais de uma resposta ?</b>	
<input type="checkbox"/> Orientação de manuais e protocolos do MS <input type="checkbox"/> experiência pessoal <input type="checkbox"/> leitura de literatura científica <input type="checkbox"/> bom senso/intuição <input type="checkbox"/> informações fornecidas por outro profissional experiente com o manejo clínico da doença <input type="checkbox"/> não sei informar <input type="checkbox"/> Outros, por favor, especifique: _____	
<b>14. Você conhece os manuais e protocolos do MS em relação ao manejo clínico da LVH?</b>	



<p>a) Sim b) Não</p>
<p><b>15. Você se baseia pelo Manual e protocolo do MS para diagnosticar e tratar a LVH (marque apenas uma)?</b>  <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Sim, o manual é claro  <input type="checkbox"/> Sim, pois confio nas evidencias científicas do manual  <input type="checkbox"/> Sim, apesar de não achar claro o manual  <input type="checkbox"/> Não  <input type="checkbox"/> Não, porque o manual não é claro  <input type="checkbox"/> Não, porque não condiz com o contexto que trabalho ( )  <input type="checkbox"/> Não, porque ele encontra-se desatualizado</p>
<p><b>16. Você já participou de algum curso/ treinamento/ seminário relacionado ao Manejo Clínico da LVH?</b>      <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não    Se sim, quando? _____</p>
<p><b>17. Você tem interesse em participar de curso/ treinamento/ seminário relacionado ao Manejo clínico da Leishmaniose Visceral?</b>      <input type="checkbox"/> Sim   <input type="checkbox"/> Não</p>
<p><b>18. Qual seria (é), a melhor estratégia (método/ processos e técnicas) para você absorver melhor o conhecimento em relação ao manejo clínico da LV?</b>  <input type="checkbox"/> Curso de aperfeiçoamento em sala de aula (presencial);  <input type="checkbox"/> Curso de aperfeiçoamento à distância;  <input type="checkbox"/> Treinamento no local de trabalho;  <input type="checkbox"/> Estudo de caso;  <input type="checkbox"/> Grupo de estudo;  <input type="checkbox"/> Conferência ou palestra;  <input type="checkbox"/> Diretrizes Terapêuticas  <input type="checkbox"/> Outra(s), qual(ais)? _____</p>
<p><b>19. Qual das alternativas corresponde ao seu conhecimento em relação ao manejo clínico da LVH?</b>  <input type="checkbox"/> Acho que meu conhecimento pode ser melhorado  <input type="checkbox"/> Conheço todas as evidências científicas em relação ao tratamento e diagnóstico oportuno da LVH  <input type="checkbox"/> Não sei informar</p>

Adaptado de Silva (2018); elaboração da autora.

Agradeço as suas respostas pois elas serão determinantes para o sucesso desta pesquisa científica.

## APÊNDICE C – QUADRO DE REVISÃO

Quadro 1 - Revisão de literatura para confecção do questionário.

ANO	AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	REVISTA/PORTAL	Base
2011*	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.	Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade. Brasília: Ministério da Saúde.	Recomendações clínicas para redução da letalidade de leishmaniose visceral – LV, revisadas a partir das normas e condutas para identificação e tratamento de pacientes graves com LV.	Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, disponível em: <a href="http://sbmt.org.br/portal/wp-content/uploads/2013/01/lv_reducao_letalidade_web.pdf">http://sbmt.org.br/portal/wp-content/uploads/2013/01/lv_reducao_letalidade_web.pdf</a>
2014*	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica	Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Brasília: O Ministério; 1ª edição. 120p (Série A. Normas e Manuais Técnicos)	A Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde, apresenta o Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (LV), cujo conteúdo propõe atender às necessidades do serviço na implementação das ações de vigilância e controle da LV no Brasil.	Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde	Biblioteca Virtual em Saúde, disponível em: <a href="http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral.pdf">http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral.pdf</a>
2015	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.	Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfeção leishmania-HIV. 1. ed., rev. e ampl. – Brasília : Ministério da Saúde.	Conteúdo propõe atender às necessidades do serviço na implantação das ações de vigilância e controle em pacientes coinfectados no Brasil.	World Health Organization.	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, disponível em: <a href="https://www.who.int/leishmaniasis/burden/manual-recomendacoes-diagnostico-leishmania-hiv-BRA.pdf?ua=1">https://www.who.int/leishmaniasis/burden/manual-recomendacoes-diagnostico-leishmania-hiv-BRA.pdf?ua=1</a>

2015	BRASIL. Ministério da Saúde e BIREME/OPAS /OMS	Ministério da Saúde e BIREME/OPAS/OMS	Discutir as três opções terapêuticas para Leishmaniose Visceral (LV) disponíveis no SUS: O antimoniato pentavalente, anfotericina B e anfotericina B lipossomal. A escolha de cada um deles deverá considerar a faixa etária, presença de gravidez e comorbidades.	Biblioteca Virtual em Atenção Primária a Saúde.	BVS APS, disponível em: <a href="https://aps.bvs.br/aps/quais-as-opcoes-terapeuticas-para-leishmaniose-visceral-disponiveis-no-sistema-unico-de-saude/">https://aps.bvs.br/aps/quais-as-opcoes-terapeuticas-para-leishmaniose-visceral-disponiveis-no-sistema-unico-de-saude/</a>
2015	SAMPAIO, R. B et al.	Mobilização para um Programa de Pesquisa Translacional em Leishmanioses: uma Solução para Saúde Pública. Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 9, n. 3, p. 249-267.	Registrar o processo de articulação de pesquisadores e gestores de Ciência e Tecnologia que culminou com a estruturação de um programa de pesquisa translacional para busca de soluções acerca de novos tratamentos para as leishmanioses.	Revista Eletrônica Tempus Actas de Saúde Coletiva.	Revista Tempus, disponível em: <a href="https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/issue/view/113">https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/issue/view/113</a>
2015	SENA, I. V. O	Fatores associados ao óbito por leishmaniose visceral em hospital público de referência no estado do Piauí. Tese de Doutorado.	Identificar os fatores associados ao óbito por leishmaniose visceral em pacientes de um hospital público de referência, do estado do Piauí, do período de janeiro de 2006 a dezembro de 2013.	ARCA – Repositório Institucional da Fiocruz.	ARCA – FIOCRUZ, disponível em: <a href="https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14051/1/8.pdf">https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14051/1/8.pdf</a>
2016	BRASIL. Ministério da Saúde.	Guia de Vigilância em Saúde – Vol Único, 3Ed.	Esta publicação do GVS visa disseminar os procedimentos relativos aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde, condutas, medidas de controle e demais diretrizes técnicas para operacionalização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.	Guia de Vigilância em Saúde	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde, disponível em: <a href="http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf">http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf</a>
2016	COSTA, D. L. et al.	Predicting death from kala-azar: construction, development, and validation of a score set and accompanying software. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 49, n. 6, p. 728-740.	Investigar as características clínicas e laboratoriais dos casos que evoluíram para o êxito letal em hospitais de Campo Grande, MS, nos anos de 2003 a 2008.	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.	SciELO, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822016000600728&amp;script=sci_abstract">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822016000600728&amp;script=sci_abstract</a>

2016	ARAÚJO, A. C. et al.	Visceral leishmaniasis in Petrolina, State of Pernambuco, Brazil, 2007-2013. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, v. 58.	Este estudo foi desenhado para avaliar a recente expansão da LV no município de Petrolina, Pernambuco, Brasil.	Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo.	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0036-46652016005000222&amp;lng=en&amp;nrm=iso">https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0036-46652016005000222&amp;lng=en&amp;nrm=iso</a>
2016	CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P.; BEVILACQUA, P. D.	Percepções da população e de profissionais de saúde sobre a leishmaniose visceral. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 621-628.	Avaliar as dificuldades na execução das ações preconizadas pelo Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral (PVCLV), segundo os seus coordenadores em municípios brasileiros de grande porte com transmissão canina e/ou humana (Campinas, Bauru, Goiânia, Campo Grande, Fortaleza e Belo Horizonte).	Revista Ciência e Saúde Coletiva.	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0621.pdf">https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0621.pdf</a>
2016	ZUBEN, A. P. B. V.; DONALÍSIO, M. R.	Dificuldades na execução das diretrizes do Programa de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral em grandes municípios brasileiros. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, p. e00087415.	Revisar as vantagens e desvantagens dos principais métodos atualmente disponíveis para o diagnóstico canino, as perspectivas com relação a novas metodologias e a novos antígenos a serem utilizados no diagnóstico da leishmaniose visceral canina.	Cadernos de Saúde Pública.	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=S0102-311X2016000600401&amp;lng=en&amp;nrm=iso&amp;tlng=pt">https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&amp;pid=S0102-311X2016000600401&amp;lng=en&amp;nrm=iso&amp;tlng=pt</a>
2016	BARBOSA, M. N.; GUIMARÃES, E. A. A.; DA LUZ, Z. M. P.	Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral. Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 25, p. 563-574.	Avaliar a estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral (LV) em Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brasil, de 2010 a 2012	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000300563&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000300563&amp;script=sci_abstract&amp;tlng=pt</a>
2017	BRASIL. Ministério da Saúde.	Guia de Vigilância em Saúde – 2ª edição. ed. atual. – Brasília..705p.	Esta publicação do GVS visa disseminar os procedimentos relativos aos fluxos, prazos, instrumentos, definições de casos suspeitos e confirmados, funcionamento dos sistemas de informação em saúde, condutas, medidas de controle e demais diretrizes técnicas para	Guia de Vigilância em Saúde	Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde, disponível em: <a href="https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/05/Guia-de-Vigilancia-em-Saude-2017-Volume-3.pdf">https://www.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/05/Guia-de-Vigilancia-em-Saude-2017-Volume-3.pdf</a>

			operacionalização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde.		
2017	GARBIN, C. A. S. et al.	Abordagem multiprofissional no diagnóstico de leishmaniose: um relato de caso. Archives Of Health Investigation, v. 6, n. 8, Araçatuba – SP.	Elucidar a importância da equipe multiprofissional para a realização do diagnóstico definitivo, de um caso de Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)	Archives Of Health Investigation.	Archives Of Health Investigation, disponível em: <a href="http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2090">http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/2090</a>
2017	BARBOSA, M. N.; CARMO, R. F.; DA LUZ, Z. M. P.	Conhecimento, Atitudes e Práticas em Leishmaniose Visceral: Reflexões para uma Atuação Sustentável em Município Endêmico. Revista de APS, V. 20, N. 4.	Contribuir com a elaboração de estratégias de prevenção e controle da LV, que levem em consideração a realidade vivenciada e relatada na comunidade, no que diz respeito à doença e que tenham maiores chances de serem efetivas e sustentáveis, a partir de levantamento de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) da população.	Revista de APS	Revista APS – Periódicos, disponível em: <a href="https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16066">https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16066</a>
2018	SALES, D. P et al.	Aspectos Epidemiológicos da Leishmaniose Visceral Canina e Humana no Estado do Maranhão, Brasil (2009-2012). Revista Brasileira de Ciência Veterinária, v. 24, n. 3.	Realizar um estudo retrospectivo sobre os aspectos epidemiológicos da Leishmaniose Visceral Canina (LVC) e Humana (LVH) no estado do Maranhão no período de 2009-2012	Revista Brasileira de Ciência Veterinária.	Revista Brasileira de Ciência Veterinária, disponível em: <a href="https://periodicos.uff.br/rbcv/article/view/7741">https://periodicos.uff.br/rbcv/article/view/7741</a>
2018	LUCENA, de R. V.; MEDEIROS, J.	Caracterização epidemiológica da leishmaniose visceral humana no Nordeste brasileiro, entre 2010 e 2017. Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management, v. 14, n. 4.	Discutir a prevalência da leishmaniose visceral no nordeste brasileiro, em especial no período de 2010 a 2017, a partir das notificações compulsórias realizadas para o Ministério da Saúde	Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management	Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management, disponível em: <a href="http://revista.uepb.edu.br/index.php/biofarm/article/view/4475">http://revista.uepb.edu.br/index.php/biofarm/article/view/4475</a>
2018	SOUSA, J. M. S.; RAMALHO, W. M.; MELO, M. A.	Demographic and clinical characterization of human visceral leishmaniasis in the State of Pernambuco, Brazil between 2006 and 2015. Revista	Descrever o perfil epidemiológico da doença humana devido à HVL durante 2006 a 2015 no Estado de Pernambuco.	Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0037-86822018000500622">https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0037-86822018000500622</a>

		da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 51, n. 5, p. 622-630.			
2018	XU W et al..	Cyclopropane fatty acid synthesis affects cell shape and acid resistance in <i>Leishmania Mexicana</i> .	Neste estudo, caracterizamos os mutantes CFAS-null e-overexpression em <i>L. mexicana</i> , o agente causador da leishmaniose cutânea no México e na América Central.	Int J Parasitol	Science Direct, disponível em: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020751917303430?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020751917303430?via%3Dihub</a>
2018	LÓPEZ L; VÉLEZ I; ARBELÁEZ MP; OLLIARO P.	Eligibility criteria and outcome measures adopted in clinical trials of treatments of cutaneous leishmaniasis: systematic literature review covering the period 1991-2015.	Documentar as fontes de heterogeneidade nos resultados e deficiências nos desenhos de estudos relatados por revisões sistemáticas anteriores.	Trop Med Int Health	Wiley Online Library, disponível em: <a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.13048">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/tmi.13048</a>
2018	AL-JAWABREH et al.	A Comparison of the Efficiency of Three Sampling Methods for use in the Molecular and Conventional Diagnosis of Cutaneous Leishmaniasis.	A eficiência de três métodos de obtenção de biópsias de pele de casos suspeitos de CL foi comparada usando os métodos clássicos de microscopia de esfregaços corados, cultura <i>in vitro</i> de aspirado de tecido e região espaçadora transcrita interna 1 (ITS1)-reação em cadeia da polimerase no diagnóstico de casos positivos e identificar as espécies de <i>Leishmania</i> causando-os.	Acta Tropica	Science Direct, disponível em: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X17315280">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X17315280</a>
2018	CARDONA-G W; YEPES AF; HERRERA-R A.	Hybrid Molecules: Promising Compounds for the Development of New Treatments against Leishmaniasis and Chagas Disease.	Esta revisão enfoca a atividade antiprotozoária de diferentes híbridos obtidos a partir da hibridização de farmacóforos	Curr Med Chem	Bentham Science, disponível em: <a href="https://www.eurekaselect.com/160343/article">https://www.eurekaselect.com/160343/article</a>
2018	ROCHA, M. A. N. et al.	Epidemiological aspects of human and canine visceral leishmaniasis in State of Alagoas, Northeast, Brazil.	Analisar a situação epidemiológica da leishmaniose visceral humana e canina em	Brazilian Journal of Biology	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-</a>

		Brazilian Journal of Biology, n. ahead, p. 0-0.	Alagoas, Nordeste, Brasil, no período de 2007 a 2013		69842018000400609&script=sci_ar ttext
2018	BERHE, M. et al.	Knowledge Attitude and Practice towards Visceral Leishmaniasis among Residents and Health Professionals in Welkait District, Western Tigray, Ethiopia. J. Trop. Dis, v. 6, p. 257.	Avaliar o conhecimento dos moradores e profissionais de saúde em relação leishmaniose visceral em Welkait District, Western Tigray, Etiópia	Journal of Tropical Diseases.	Journal of Tropical Diseases, disponível em: <a href="https://www.longdom.org/open-access/knowledge-attitude-and-practice-towards-visceral-leishmaniasis-amongresidents-and-health-professionals-in-welkait-district-western-2329-891X-1000257.pdf">https://www.longdom.org/open-access/knowledge-attitude-and-practice-towards-visceral-leishmaniasis-amongresidents-and-health-professionals-in-welkait-district-western-2329-891X-1000257.pdf</a>
2019	MARCHI et al.	Spatial analysis of leishmaniasis in Brazil: a systematized review.	O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática de artigos científicos que utilizaram ferramentas de análise espacial nos casos de leishmaniose, no Brasil.	Rev Inst Med Trop Sao Paulo	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0036-46652019005000238&amp;script=sci_ar&lt;br/&gt;ttext">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0036-46652019005000238&amp;script=sci_ar ttext</a>
2019	HIRATA, K. Y et al.	Exposure to Leishmania spp. infection and Lutzomyia spp. in individuals living in an area endemic for visceral leishmaniasis in Brazil.	Este estudo teve como objetivo investigar a exposição humana a <i>Leishmania</i> spp. infecção e flebotomíneos em uma área endêmica para a doença.	Rev Soc Bras Med Trop	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822020000100617&amp;script=sci_ar&lt;br/&gt;ttext">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822020000100617&amp;script=sci_ar ttext</a>
2019	LUZ, J. G. G et al.	Where, when, and how the diagnosis of human visceral leishmaniasis is defined: answers from the Brazilian control program.	Este estudo teve como objetivo descrever onde, quando e como o diagnóstico de LV tem sido realizado em um cenário endêmico brasileiro	Mem Inst Oswaldo Cruz	Scielo, disponível em: <a href="https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0074-02762019000100351&amp;script=sci_a&lt;br/&gt;bstract">https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0074-02762019000100351&amp;script=sci_a bstract</a>
2019	FAKIOLA , M et al.	Transcriptional blood signatures for active and amphotericin B treated visceral leishmaniasis in India.	Neste estudo, observamos os padrões globais de expressão gênica no sangue total para tentar entender mais sobre a infecção assintomática, VL ativa e o progresso da cura em casos tratados com anfotericina B em dose única ou múltipla.	PLoS Negl Trop Dis	PLoS Negl Trop Dis, disponível em: <a href="https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0007673">https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0007673</a>

2019	CHAKRAVAR TY. J; SUNDAR, S.	Current and emerging medications for the treatment of leishmaniasis.	Este manuscrito é baseado na literatura derivada do PubMed e analisa os medicamentos atuais e emergentes para o tratamento da leishmaniose.	Expert Opin Pharmacother	Taylor e Francis Online, disponível em: <a href="https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14656566.2019.1609940?journalCode=ieop20">https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14656566.2019.1609940?journalCode=ieop20</a>
2019	KHODABAND E. H et al.	Treatment of resistant visceral leishmaniasis with interferon gamma in combination with liposomal amphotericin B and allopurinol.	Este relato descreve o primeiro caso de leishmaniose visceral (LV) resistente a antimoniais pentavalentes e também o primeiro uso de terapia combinatória no Irã.	Parasitol Int	Science Direct, disponível em: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1383576918300084?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1383576918300084?via%3Dihub</a>

\*Apesar do ano ser inferior a 2015 é informação relevante para o manejo clínico da LVH.



**APÊNDICE D – RELATÓRIO DE INTERVENÇÃO**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

**JOZELMA PEREIRA BARROS DE SOUZA**

**RELATÓRIO TÉCNICO TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NO MANEJO CLÍNICO  
DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA**

**Recife  
2020**

JOZELMA PEREIRA BARROS DE SOUZA

**RELATÓRIO TÉCNICO TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NO MANEJO  
CLÍNICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL HUMANA**

Relatório Técnico do projeto de intervenção apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de mestre em Saúde Pública

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Recife  
2020

## 1. INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral Humana (LVH) é classificada como uma doença negligenciada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), devido sua prevalência em condições de pobreza; estando incluída entre as seis endemias de maior relevância mundial (COSTA, et al., 2016; OPAS/OMS, 2018; SOUZA, 2010). Nas Américas, a LVH também se apresenta como um problema de saúde pública devido a sua magnitude e complexidade clínica, biológica e epidemiológica (OPAS/OMS, 2019).

A sua ampla abrangência nas Américas tem aumentado o número de mortes causadas pela doença, chegando a alcançar em 2018, uma taxa de letalidade de 8%, considerada a mais elevada quando comparada a outros continentes. No mesmo ano, o Brasil foi responsável por 97% dos casos de LVH nas américas, totalizando 3.466 casos, mais da metade (1735) foi notificado no nordeste. Tanto o país quanto o nordeste apresentaram em 2018 uma taxa de letalidade maior que a do continente (8,3% e 8,9% respectivamente). Ainda neste ano, o estado de Pernambuco registrou 112 casos da doença, com letalidade de 7,14%, sendo 26 casos reportados pela XI Região de Saúde que apresentou uma letalidade de 3,8% (BRASIL, 2019; OPAS/OMS, 2019; SINAN, 2019).

A atenção à LVH é considerada complexa e um grande desafio à saúde pública no Brasil, por envolver ações que vão desde o controle do vetor e do reservatório, até o cuidado com o diagnóstico e tratamento oportuno dos pacientes para reduzir a letalidade (BARBOSA; GUIMARÃES; LUZ, 2016). Assim, em consonância com a organização do SUS, a detecção, assistência e acompanhamento e/ou encaminhamento dos pacientes com LVH aos hospitais de referências é de responsabilidade da rede básica de saúde das secretarias municipais de Saúde, com o apoio das Secretarias Estaduais de Saúde. “Para tanto, é necessário estabelecer um fluxo de referência e contrarreferência, bem como oferecer as condições para diagnosticar e tratar precocemente os casos” (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, Sousa, Ramalho e Melo (2018) afirmam que os profissionais de saúde da atenção primária devem estar sensibilizados em relação a sua importância no que diz respeito ao cuidado com os pacientes com LVH. Para isso, estes profissionais, principalmente de áreas endêmicas como da XI Região de Saúde devem conhecer as manifestações clínicas da LVH, os tipos de diagnósticos acessíveis ao serviço, bem como o fluxo para o cuidado com o paciente infectados (MARTINS-MELO et al., 2014).

Portanto, os resultados encontrados no estudo de Translação do Conhecimento no Manejo Clínico da LVH realizado na XI Região, mostram que, apesar de ser uma região

endêmica, quase a metade dos entrevistados não sabiam da presença de casos de LVH nos municípios, também não se sentiam seguros para identificar os sinais e sintomas da doença. Muitos apontam a falta de fluxo, além do desconhecimento em relação aos métodos de diagnóstico e tratamento da doença, o que pode ter contribuído para o baixo número de casos notificados na atenção básica.

Logo, este Projeto de Intervenção se propõe a dar suporte a construção de estratégia efetiva de ação da Educação Permanente na XI Região de Saúde de Pernambuco, com vistas a reduzir o hiato entre o conhecimento produzido e a sua tradução na prática clínica pelos médicos e enfermeiros da atenção básica.

## **2. OBJETIVOS**

Implementar estratégias de tradução do conhecimento na rotina do médicos e enfermeiros da atenção básica da XI Região de saúde, em relação a prática clínica da LVH

### **2.1 Objetivos Específicos**

- Apresentar a gerente da XI GERES e aos secretários municipais de saúde os resultados encontrados no estudo: Translação do Conhecimento no Manejo Clínico da LVH;
- Promover a qualificação e atualização dos profissionais em relação ao diagnóstico e tratamento da LVH, com foco no diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequado;
- Estimular os médicos e enfermeiros da atenção básica a pesquisarem e refletirem em relação aos problemas de saúde encontrados no seu território, em especial em relação a LVH;
- Propor a divulgação dos fluxos de atendimento, além de informações em relação ao perfil epidemiológico da LVH na regional.

## **3. MÉTODO**

### 3.1 CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

As ações planejadas neste Projeto de Intervenção, deverão envolver todos os médicos e enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde dos municípios que compõem a XI Região de Saúde de Pernambuco: Carnaubeira da Penha, Floresta, Itacuruba, São José do Belmonte, Santa Cruz da Baixa Verde, Serra Talhada, Triunfo, Betânia, Calumbi e Flores (Quadro 1).

**Quadro 3** - Distribuição dos Profissionais médicos e enfermeiros dos municípios da XI Região de Saúde do estado de Pernambuco. 2019.

<b>Município</b>	<b>Estratégia Saúde da Família (ESF)</b>	<b>Polo Indígena</b>	<b>Profissionais Médicos e Enfermeiros</b>
Betânia	05		10
Calumbi	02		04
Carnaubeira da Penha	02	04	12
Flores	07		14
Floresta	08	01	18
Itacuruba	01	01	04
Santa Cruz da Baixa Verde	05		10
São José do Belmonte	07		14
Serra Talhada	23		46
Triunfo	06		12
<b>Total</b>			<b>144</b>

Fonte: BRASIL, 2019a.

### 3.2 ESTRATÉGIAS, METAS E SUJEITOS ENVOLVIDOS

Os resultados encontrados na pesquisa: Translação do Conhecimento no Manejo Clínico da LVH, revelaram que os médicos e enfermeiros entrevistados consideram que seu conhecimento deve ser melhorado em relação ao tratamento e diagnóstico da LVH. Quase a totalidade destes diz ter interesse em participar de algum curso/ treinamento/ seminário relacionado ao Manejo Clínico da LVH. Tendo sido escolhido pela maioria um “curso de aperfeiçoamento em sala de aula (presencial)”. Vale ressaltar ainda que os profissionais apontaram a falta de tempo como a principal barreira para a tradução do conhecimento

científico na prática clínica. Seguido da falta de sistemas de apoio à decisão clínica baseada em evidência e da falta de meios práticos para alcançar a melhor evidência.

Logo, estas informações foram importantes para traçar propostas de intervenção viável a incorporação do conhecimento científico e epidemiológico pelos profissionais na prática clínica da LVH. Assim, dentro do cenário atual, faz-se necessário o acesso as evidências científicas também no local de trabalho com o estímulo a valorização do tempo não apenas quando este é sinônimo de produção/ atendimento, mas também quando este é destinado ao estudo e a busca aos melhores resultados de pesquisas.

**QUADRO 2:** Plano operativo para estratégias de melhoria para o Manejo Clínico da LVH

<b>Objetivos</b>	<b>Meta</b>	<b>Público-alvo</b>	<b>Ações/Conteúdos e discussões dos encontros</b>	<b>Responsáveis e Colaboradores</b>	<b>Resultado Esperado</b>
Planejar, com a colaboração de gestores locais, a proposta de educação permanente em LVH para os médicos e enfermeiros da XI Região de Saúde de Pernambuco;	Realizar 1 Oficina de abrangência regional para planejamento do curso de formação para médicos e enfermeiros partindo da discussão dos resultados do projeto de pesquisa: Translação do Conhecimento no Manejo Clínico da LVH	Gerente da GERES, secretários municipais de saúde, coordenadores de atenção básica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação e discussão dos resultados encontrados no estudo Translação do Conhecimento no Manejo Clínico da LVH;</li> <li>- Apresentar uma proposta prévia para que os atores apresentem suas contribuições;</li> <li>- Pactuação das datas/recursos/</li> </ul>	<p><b>Responsável:</b> Pesquisadora</p> <p><b>Colabores:</b> Coordenadores e Técnicos da Vigilância em Saúde da XI região de Saúde</p>	Finalização da Proposta de formação em educação permanente;
1 encontro: Discutir sobre o processo de trabalho na estratégia de saúde da família a luz da territorialização, com ênfase ao contexto sócio-sanitário da LVH na Região de saúde	Realizar 1 encontro presencial, por microrregião de saúde, com carga-horária de 4 horas;	Médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão teórica sobre a atenção primária a saúde;</li> <li>- Discussão sobre o processo de trabalho tendo em vista a inclusão da Educação Permanente como pratica cotidiana;</li> <li>- Apresentação dialogada sobre a territorialização com ênfase na LVH.</li> </ul>	<p><b>Responsável:</b> Pesquisadora</p> <p><b>Colabores:</b> Coordenadores e Técnicos da Vigilância em Saúde da regional e municipal.  Pesquisadores, docentes, expertise na temática.</p>	<p>Possibilitar ao profissional da ESF um momento de análise do seu processo de trabalho alinhados aos pressupostos da atenção primária a saúde;</p> <p>Fortalecer a discussão local da territorialização como ferramenta central no processo de trabalho da ESF;</p> <p>Fortalecer a compreensão endêmica local da LVH</p>

<p>2 Encontro: Promover a qualificação e atualização dos profissionais em relação ao diagnóstico e tratamento da LVH, com foco no diagnóstico precoce e tratamento oportuno e adequados;</p>	<p>Realizar 1 encontro presencial por microrregião de saúde com carga-horária de 4 horas;</p>	<p>Médicos e enfermeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre o processo de busca e seleção de uma referência de literatura científica;</li> <li>- Apresentação dialogada do processo de diagnóstico e tratamento precoce do paciente a partir das evidências científicas;</li> </ul>	<p><b>Responsável:</b> Pesquisadora</p> <p><b>Colabores:</b> Coordenadores e Técnicos da Vigilância em Saúde da regional e municipal. Pesquisadores, docentes, expertise na temática.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar os profissionais no processo de seleção de referência de literatura científica;</li> <li>- Capacitar os profissionais quanto aos aspectos clínicos do manejo da LVH a luz das evidências científicas;</li> </ul>
<p>3 Encontro: Discussão da LVH na perspectiva das Redes de Atenção a Saúde</p>	<p>Realizar 1 encontro presencial por microrregião de saúde com carga-horária de 4 horas;</p>	<p>Médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação dialogada dos serviços e fluxo de referência e contrarreferência para o apoio diagnóstico e terapêutico dos pacientes com Leishmaniose na rede de serviços de saúde;</li> <li>- Construir um folder educativo para a população sobre a LVH;</li> </ul>	<p><b>Responsável:</b> Técnicos da Vigilância em Saúde da regional e municipal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Possibilitar a compreensão do profissional como ator de um sistema;</li> <li>- Ampliar os conhecimentos sobre a linha de cuidado ao paciente com LVH;</li> </ul>

Fonte: a autora.2020



## REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. N.; GUIMARAES, E. A. de A; LUZ, Z. M. P. da. Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 563-574, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1ª. ed. v. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. p. 515-534.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**– 2º edição. ed. atual. – Brasília. 2017.705p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Casos confirmados de Leishmaniose Visceral, Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas. 1990 a 2018. Brasília, 2019b. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/outubro/14/LV-Casos.pdf>.> Acesso em: 10 Jun. 2020.

COSTA, D. L et al. Predicting death from kala-azar: construction, development, and validation of a score set and accompanying software. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 49, n. 6, p. 728-740. 2016.

MARTINS-MELO, F.R. et al. Mortality and Case Fatality Due to Visceral Leishmaniose in Brazil: A Nationwide Analysis of Epidemiology, Trends and Spatial Patterns. **PloS one**, v. 9, n. 4. 2014

OPAS. Organização Pan-Americana Da Saúde (OMS). Informe Final de la Reunión de Expertos OPAS/OMS sobre Leishmaniasis Visceral en las Américas. 2006.

\_\_\_\_\_. Informe Epidemiológico nas Américas: Washington. **Organização Pan-Americana da Saúde**; 2018. Disponível em: <[www.paho.org/leishmaniasis](http://www.paho.org/leishmaniasis)> Acesso em Nov. de 2018.

\_\_\_\_\_. Informe Epidemiológico nas Américas: Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2019. Disponível em: <[www.paho.org/leishmaniasis](http://www.paho.org/leishmaniasis)> Acesso em dezembro de 2019.

SOUSA, J. M. S.; RAMALHO, W. M.; MELO, M. A. Demographic and clinical characterization of human visceral leishmaniasis in the State of Pernambuco, Brazil between 2006 and 2015. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 5, p. 622-630, 2018.

SOUZA, W. Doenças negligenciadas. Rio de Janeiro: **Academia Brasileira de Ciências**; 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World Health Organization. Bridging the “Know–Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health. Geneva; **World Health Organization**. 2006

## APÊNDICE E



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com as Resoluções: 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do CNS/CONEP)

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: *Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral das pesquisadoras: Jozelma Pereira Barros de Souza e Dr<sup>a</sup>. Sydia Rosana de Araújo Oliveira*. Este estudo tem como objetivo principal analisar a translação do conhecimento no manejo clínico da leishmaniose visceral pelos profissionais de saúde da XI Região de saúde de Pernambuco.

A metodologia utilizada, consiste em aplicar um questionário com perguntas objetivas e algumas abertas (para complementar e/ou justificar alguma resposta anterior) aos médicos e enfermeiros que trabalham na atenção básica dos municípios que compõem a XI Região de Saúde. Assim, como o (a) senhor (a) faz parte dos requisitos acima descritos, convidamos-lhe, com o seu consentimento, a realizar essa entrevista que será registrada e transcrita para análise das informações coletadas.

Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais e não conterão qualquer informação nominativa permitindo identificar pessoas. Um código será associado a cada questionário para o controle das pesquisadoras, as únicas que terão acesso a esta informação. Todas as medidas necessárias serão tomadas a fim de assegurar que nenhuma informação extraída possa ser associada nominalmente ao (a) senhor (a). É possível que uma citação extraída da participação seja utilizada para apoiar um ponto importante na análise. Todavia, nenhuma menção de seu nome acompanhará a citação.

São previstos possíveis riscos de desconforto ou constrangimento na participação deste estudo. O principal risco relacionado a sua participação é algum possível constrangimento perante pessoas e instituições, caso suas respostas venham a público. Apesar da existência de riscos de desconforto ou constrangimento na coleta de dados, os benefícios oferecidos serão superiores. Pois, o participante poderá contribuir de forma significativa para a construção de estratégias de ação de Educação Permanente para profissionais de saúde, no intuito de reduzir o hiato entre o conhecimento produzido e a sua tradução na prática clínica em relação ao manejo clínico da LVH.

A participação do (a) senhor (a) nesse estudo é totalmente voluntária. Ficando livre para aceitar ou recusar a participar do mesmo. Tem o direito de recusar a responder a uma questão ou de se retirar em qualquer momento, sem nenhuma consequência pessoal ou profissional. Fica garantido ao (a) senhor (a) a indenização em caso de danos comprovadamente causados pela pesquisa. Caso aceite participar, assinará e rubricará 02 vias deste termo, sendo que uma via ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a pesquisadora responsável, a quem poderá procurar em caso de dúvidas sobre o projeto.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa;

Assinatura do participante

*Jozelma Pereira Barros de Souza*

Assinatura do pesquisador responsável

Jozelma Pereira Barros de Souza- Telefone (087) 9991-7146

Serra Talhada- PE, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2020

Comitê de ética em Pesquisa. Endereço: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Pernambuco, Instituto Aggeu Magalhães. Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária Recife/PE CEP: 50.670-420 - Telefones: 81 2101.2639.

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus da UFPE, Recife - PE. CEP. 50.740-465 Telefone: (81) 2101.2500 / 2101.2600. www.cpqam.fiocruz.br

## ANEXOS



**HOSPAM**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
CNPJ: 10.572.048/0043-87

**APÊNDICE B - MODELO CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa no Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães - HOSPAM, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães - HOSPAM decorrente na participação na pesquisa

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Serra Talhada, 28 de maio de 2019.

**João Antônio B. M. Antunes**  
Gestor do HOSPAM  
Matrícula: 366.178-4

João Antônio B. M. Antunes  
Gestor do HOSPAM  
Matrícula: 366.178-4

Secretaria de  
Saúde



ESTADO DE PERNAMBUCO  
**PERNAMBUCO**  
MAIS BRASIL NA PERNAMBUCO

Rua Manoel Pereira da Silva, 955 - Centro - Serra Talhada - PE  
FONE/FAX: (87) 3831 - 9600 / 3831 - 9635  
e-mail: hospam2011@hotmail.com

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que concordamos em participar do projeto de pesquisa intitulado **TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO NA APLICAÇÃO DAS EVIDENCIAS CIENTÍFICAS NO MANEJO CLÍNICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL**, de responsabilidade da mestrandia Jozelma Pereira Barros de Souza, sob orientação da Profª Drª Sydia Rosana de Araújo Oliveira da **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ- INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES**. Permitindo o acesso as informações e bancos de dados do sistema de saúde dentro do escopo da pesquisa de acordo com o projeto apresentado. Estarei ciente que me são resguardado o cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 CNS/ CONEP.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Serra Talhada-PE, 02 de Julho de 2019



Karla Millene Sousa Lima Cantarelli  
Gerente da XI GERES  
Mat. 102.983-6

Karla Millene Sousa Lima Cantarelli  
Gerente da XI GERES





PREFEITURA DE  
**SERRA TALHADA**  
O FUTURO É AQUI!!

PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA

SECRETARIA DE SAÚDE

APÊNDICE B - MODELO CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Serra Talhada, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Serra Talhada decorrente na participação na pesquisa

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Serra Talhada, 23 de Agosto de 2019

Márcia Conrado de Lorena e Sá Araújo  
Secretaria Municipal de Saúde

Aron Lourenço Araújo  
Secretário Executivo de Saúde  
Reg. 009/2017 PMST/CP SE-CC2



### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Triunfo-PE, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; 510/2018 e 580/2018 do CNS/ CONEP
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Triunfo-PE -PE decorrente na participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Triunfo-PE -PE, 18 de Setembro de 2019

\_\_\_\_\_  
**Tarciana Pereira Melo**  
**Port.:236/2017**  
**Secretária de Saúde de Triunfo-PE**

**SECRETARIA DE SAÚDE**

Rua Álvaro Magalhães de Araújo, S/N – Centro – CEP 56.430-000  
Port. Gab. MS Nº 87 de 10/01/2007 - CNPJ: 11.873.674/0001-17  
Tel.: (87) 3893-1158

**CARTA DE ANUÊNCIA**

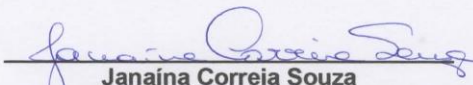
Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Itacuruba-PE, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; 510/2018 e 580/2018 do CNS/ CONEP
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Itacuruba - PE decorrente na participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Itacuruba-PE, 18 de Setembro de 2019

  
**Janaina Correia Souza**  
**Secretario de Saúde de Itacuruba-PE**





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BELMONTE  
SECRETARIA DE SAÚDE

**CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de São José do Belmonte-PE, sob o título: **Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral**, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; 510/2018 e 580/2018 do CNS/ CONEP
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de São José do Belmonte-PE decorrente na participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Atenciosamente,

*Francisca*  
FRANCISCA GOMES DE SOUZA  
Secretária de Saúde  
Portaria Nº 262/2017

**Francisca Gomes de Souza**  
**Secretária de Saúde de São José do Belmonte-PE**

São José do Belmonte 08/07/2019



**APÊNDICE B - MODELO CARTA DE ANUÊNCIA**

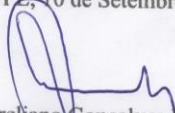
Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Floresta, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde Floresta decorrente na participação na pesquisa

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Floresta/PE, 10 de Setembro de 2019.

  
Aureliano Gonçalves Filho  
Secretário Municipal de Saúde de Floresta

Aureliano Gonçalves Filho  
Secretário Municipal de Saúde  
Portaria Nº 145 / 2018



# PREFEITURA DE FLORES

## FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

### CARTA DE ANUÊNCIA

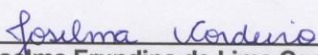
Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Flores-PE, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Flores-PE decorrente na participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Flores-PE, 18 de Setembro de 2019

  
 Joséma Erundina de Lima Cordeiro  
 Secretária de Saúde de Flores-PE  
 Port. 10/2017



### CARTA DE ANUÊNCIA


Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Carnaubeira da Penha-PE, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; 510/2018 e 580/2018 do CNS/ CONEP
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Carnaubeira da Penha -PE decorrente na participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Carnaubeira da Penha-PE, 18 de Setembro de 2019

  
 pp1 *pp1* *Diadelany da Silva Araújo*  
**Tiago Silva Gonçalves** *Port. 05/2019*  
**Secretario de Saúde de Carnaubeira da Penha-PE**





## Secretaria Municipal de Saúde

### CARTA DE ANUÊNCIA

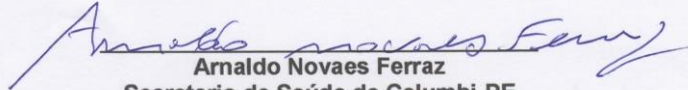
Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Calumbi-PE, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Calumbi-PE decorrente na participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Calumbi-PE, 18 de Setembro de 2019

  
**Arnaldo Novaes Ferraz**  
**Secretario de Saúde de Calumbi-PE**  
**Port. 02/2017**

Secretaria Municipal de Saúde  
 Rua João Agostinho de Lima, S/N - Calumbi - PE  
 CEP: 56.930-000 - Telefone: (87) 3845-1111 / 3845-1139  
 CNPJ: 11.502.090/0001-35



### CARTA DE ANUÊNCIA

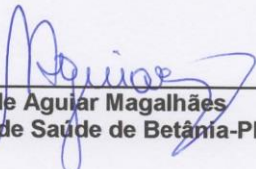
Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Betânia-PE, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; 510/2018 e 580/2018 do CNS/ CONEP
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Betânia-PE decorrente na participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Betânia-PE, 18 de Setembro de 2019

  
 Núbia de Aguiar Magalhães  
 Secretária de Saúde de Betânia-PE

Núbia de Aguiar Magalhães  
 Secretária de Saúde  
 Port.: 0007/2017

Fundo Municipal de Saúde de Betânia. Rua Rufino Passos Jardim, s/n, Centro- Betânia/PE  
 CEP: 56.670-000



### CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo Jozelma Pereira Barros de Souza, estudante do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde -PE, sob o título: Translação do Conhecimento na Aplicação das Evidências Científicas no Manejo Clínico da Leishmaniose Visceral, sendo orientada por Profa. Dra Sydia Rosana de Araújo Oliveira.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; 510/2018 e 580/2018 do CNS/ CONEP
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar e retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum participante será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde-PE decorrente na participação na pesquisa;

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa

Santa Cruz da Baixa Verde -PE, 05 de Setembro de 2019

Adriana da Silva Guedes  
 Ser. Municipal de Saúde

*Adriana da Silva Guedes*  
 \_\_\_\_\_  
 Adriana da Silva Guedes

Secretária de Saúde de Santa Cruz da Baixa Verde-PE