

Resultados: a maioria dos entrevistados adentrou diretamente no subsistema profissional de saúde após a percepção da doença pelo aparecimento de sintomas debilitantes. Em paralelo, a saúde pública foi a principal responsável pelo atendimento inicial e diagnóstico. A maior parte das pessoas iniciou o acompanhamento para doença no complexo HUPES e permaneceu ininterruptamente no serviço. Ademais, as principais dificuldades referentes a manutenção da frequência de atendimento foram questões associadas ao deslocamento.

Conclusão: nesse estudo, a descoberta da doença de Chagas foi impulsionada pela limitação das atividades laborais devido os sintomas apresentados. Uma vez desenvolvida a percepção de doença, grande parte das pessoas adentrou diretamente no subsistema profissional, sendo que a entrada nos serviços de Saúde Pública, em sua maioria, deu-se nos níveis de atenção secundária e terciária. Ademais, verificou-se que a rede de atenção ligada ao SUS foi a principal responsável pelos diagnósticos e encaminhamento para o local de acompanhamento, que ao ser estabelecido, permaneceu o mesmo para a maior parte dos entrevistados. Por outro lado, as questões ligadas ao transporte e locomoção foram as principais dificuldades referidas para a manutenção da assistência, evidenciando a necessidade da criação de uma rede de serviços específicos para a doença de Chagas no interior do estado da Bahia com equipes multiprofissionais de especialistas, tecnologias requeridas ao diagnóstico e tratamento.

Palavras-chave: Doença de chagas Demanda aos serviços de saúde Saúde do Adulto SUS

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103547>

LEISHMANIOSE TEGUMENTAR DISSEMINADA E VISCERALIZAÇÃO EM INDIVÍDUO IMUNOSSUPRIMIDO GRAVE: A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO AMBIENTAL PARA O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Raisa Lamara Cruz Dos Santos*,
Rita Catarina Medeiros de Sousa,
Julius Caesar Mendes Soares Monteiro,
Lorena de Nazaré dos Reis e Silva Gomes,
Brenda Lira Carvalho

Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil

Introdução: A leishmaniose tegumentar é uma doença infecciosa, não contagiosa, que provoca úlceras na pele e mucosas. A doença é causada por protozoários do gênero leishmania. No Brasil, há sete espécies de leishmanias envolvidas na ocorrência de casos desse agravo. A doença é transmitida ao ser humano pela picada das fêmeas de flebotomíneos infectadas.

Caso clínico: FSC, masculino, cisgênero, 41 anos, fazendeiro, natural do otmail de moju-pa e morador de Tailândia-PA, é encaminhado do serviço de atendimento especializado (SAE) de seu município para investigar febre de origem indeterminada. Paciente apresentava história de tratar HIV desde 2021 com tenofovir + lamivudina + dolutegravir e apresentava, na consulta, carga viral não detectável, porém contagem de células TCD4 de 61 cels/mm³, além de hemograma

demonstrando bicitopenia (anemia + leucopenia). Ademais, queixava de febre há cerca de 01 ano, acompanhada do aparecimento de lesões maculares, algumas papulares, acastanhadas ou arroxeadas, de limites definidos com algia a digitopressão, disseminadas por dorso, toráx e membros. Também relatava ocasional dispnéia e epistaxe. No exame físico, apresentava esplenomegalia a 2cm do rebordo costal. Durante consulta ambulatorial foi indicada biópsia das lesões cutâneas, com resultado demonstrando dermatite crônica intersticial xanto-macrofágica superficial e profunda, além de presença de numerosas estruturas intracelulares com morfologia compatível com formas amastigotas de Leishmania sp. Paciente foi submetido a internação hospitalar, onde realizou teste rápido de leishmaniose visceral (RK39) que resultou negativo, porém mielograma demonstrou presença de otmailst, alguns em fagocitose de formas de leishmania, sendo iniciado tratamento com anfotericina B.

Comentários: Vale ressaltar que o paciente não tinha realizado qualquer tratamento para o parasito previamente ao seu diagnóstico, portanto não podemos caracterizar o caso como leishmaniose dérmica pós-calazar. Em pacientes com imunossupressão, a leishmania pode mudar o seu tropismo específico. Paciente aguarda a realização de pcr em biópsia de pele para tipificação da leishmania.

Palavras-chave: Leishmaniose Hospedeiro Imunocomprometido Leishmaniose Visceral Leishmaniose Tegumentar

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2023.103548>

LEISHMANIOSE VISCERAL: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE UMA DÉCADA EM RORAIMA, BRASIL

Roberto Carlos Cruz Carbonell*,
Leonardo Gonçalves Artoni,
Janio Junior Mendizabal Nattrodt,
Alysson Bruno Matias Lins,
Luis Enrique Bermejo Galan,
Domingos Sávio Matos Dantas

Universidade Federal de Roraima (UFRR), Boa Vista, RR, Brasil

Introdução: A Leishmaniose Visceral (LV), conhecida popularmente como Calazar, é uma doença endêmica, principalmente nos países mais tropicais. Devido sua alta incidência, prevalência e letalidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a declarou como uma das doenças negligenciadas, sendo obrigatória a sua notificação. Dessa maneira, o artigo abordará sistemático e ecologicamente o perfil epidemiológico dessa doença no período de 2011 a 2020.

Objetivo: Analisar o comportamento da LV no Brasil, tendo foco principal no estado de Roraima, nos períodos de 2011 a 2020. Métodos: é um estudo epidemiológico, ecológico, retrospectivo, quantitativo e descritivo, pautado em dados secundários disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) e pela Secretaria de Saúde do Estado de Roraima, através do Departamento de Vigilância Epidemiológica (DVE/SESAU – RR).