

# ATENÇÃO AOS CASOS HUMANOS DE LEISHMANIOSE VISCERAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Attention to human cases of visceral leishmaniasis in the Primary Health Care context in a municipality of the Belo Horizonte metropolitan area

Miriam Nogueira Barbosa<sup>1</sup>, Rose Ferraz Carmo<sup>2</sup>,  
Daniela Cristine Dias de Oliveira<sup>3</sup>, Giselle Costa Silva<sup>4</sup>, Zélia Maria Profeta da Luz<sup>5</sup>

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a atenção aos casos humanos de leishmaniose visceral (LV) na atenção primária à saúde (APS), em município da Região Metropolitana de Belo Horizonte com alta letalidade da doença. O trabalho teve três etapas: 1) análise do processo de trabalho relacionado ao diagnóstico e tratamento da LV no sistema de saúde local; 2) levantamento de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (2007-2011) sobre fonte de notificação de casos de LV, intervalo entre início de sintomas e notificação e entre essa e o tratamento; 3) aplicação de questionário semiestruturado entre médicos da APS (45/63) que abordou: conduta diante de caso confirmado de LV; experiência no tratamento; conhecimento sobre fluxos e exames para diagnóstico e acompanhamento da doença. No período analisado, foram notificados 125 casos de LV, que apresentaram grande variação no intervalo entre início de sintomas, notificação e tratamento. A principal fonte de notificação da doença foram hospitais, com 94 (76%) casos. Apenas sete (16%) médicos informaram que tratariam LV, o que pode estar associado à incipiente experiência no manejo de casos da doença, já que 27 (60%) médicos nunca tinham tratado pacientes com a doença. A maior parte dos médicos (34-75%) não tinha conhecimento sobre fluxos e protocolos para atendimento aos casos da doença. A análise dos resultados alerta para a necessidade de organização da APS do município para o diagnóstico precoce e conduta adequada dos casos de LV.

**PALAVRAS-CHAVE:** Leishmaniose Visceral; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the attention to human cases of Visceral Leishmaniasis (VL) in primary health care (PHC) in an area of the Metropolitan Region of Belo Horizonte with high case lethality. The study involved three stages: 1) analysis of work process related to the diagnosis and treatment of VL in the local health system; 2) data collection from the Information System for Notifiable Diseases (2007-2010) on notification source of cases reporting VL, interval between onset of symptoms and notification, and between notification and treatment; 3) application of a semi-structured questionnaire among PHC physicians (45/63) that covered: conduct in a confirmed case of VL; experience in treatment; knowledge about flows and tests for diagnosing and monitoring the disease. In the period analyzed, 125 cases of VL were reported, which showed wide variation in the interval between initial symptoms, reporting, and treatment. The main notification source for the disease was hospitals, with 94 cases (76%). Only 7 physicians (16%) reported that they would treat VL, which may be associated with the incipient experience in handling cases of the disease, since 27 (60%) of these professionals had never treated patients with the disease and 34 (75%) did not have knowledge about flows and protocols for attending patients with the disease. Analysis of the results warns of the need to organize the municipality's PHC with regard to early diagnosis and attention to cases of VL in order to reduce its lethality.

**KEYWORDS:** Leishmaniasis Visceral; Primary Health Care.

<sup>1</sup> Miriam Nogueira Barbosa, Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (CPqRR/Fiocruz), Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão das Neves. E-mail: [nogueira@cpqrr.fiocruz.br](mailto:nogueira@cpqrr.fiocruz.br)

<sup>2</sup> Rose Ferraz Carmo, Superintendência de Pesquisa, Área de atuação: Saúde Coletiva

<sup>3</sup> Daniela Cristine Dias de Oliveira, Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão das Neves

<sup>4</sup> Giselle Costa Silva, Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão das Neves

<sup>5</sup> Zélia Maria Profeta da Luz, Área de atuação: Saúde Coletiva

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

## INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral (LV) humana, no Brasil, encontra-se urbanizada e em expansão territorial, apresentando surtos epidêmicos em cidades de médio e grande porte<sup>1,2</sup> e casos autóctones notificados em todas as Unidades Federadas.<sup>3</sup> A doença apresentou média de 3.814 casos notificados no país, no período de 2006 a 2010 e alta letalidade, que variou de 4,7 a 7,2<sup>3</sup>, a despeito da disponibilidade de tratamento gratuito no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>4</sup> A evolução favorável da LV está diretamente associada ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado e oportuno, sendo fundamental a organização dos serviços de saúde para o controle da doença.<sup>5-7</sup>

No processo de descentralização do SUS, a atenção primária à saúde (APS) foi destacada como estratégia para a reorganização dos serviços e práticas de saúde no nível local, sendo definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.<sup>8</sup> A APS busca garantir a cobertura universal, o acesso aos serviços, com equidade, cuidados integrados e apropriados ao longo do tempo, devendo funcionar como porta de entrada preferencial do SUS e centro ordenador das redes de atenção e das ações de saúde, buscando integrar todo o sistema com foco na melhoria dos níveis de saúde da população.<sup>8-10</sup>

No panorama atual da LV no Brasil, a APS pode oferecer condições de melhoria da prevenção e do controle da doença, pela possibilidade de favorecer o acesso da população aos serviços de saúde, facilitar o diagnóstico precoce, melhorar o acompanhamento dos casos em tratamento, diminuir taxa de abandono, identificar fatores de risco e promover maior participação da comunidade. Entretanto não se sabe até que ponto as ações de prevenção e controle da LV foram incorporadas ao processo de trabalho da APS. Adicionalmente, a falta de informação dos profissionais de saúde sobre a doença pode comprometer o diagnóstico e o tratamento correto.<sup>11</sup>

Este estudo tem como objetivo analisar a atenção aos casos humanos de LV no âmbito da APS, no que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, em município de grande porte da Região Metropolitana de Belo Horizonte, caracterizado como de transmissão intensa da doença e com elevadas taxas de letalidade.

## METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido entre os meses de agosto de 2010 e dezembro de 2011, em município da RMBH,

cujas taxas de letalidade de LV variaram entre 5% e 23% no período de 2007 a 2011.<sup>2</sup>

O SUS local é composto por um conjunto de unidades regionalizadas, distribuídas no território em cinco regiões sanitárias. A organização do sistema de saúde se restringe aos níveis de atenção primária e secundária. A grande maioria dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar é realizada através de pactuação sob regulação da gestão estadual, no município de Belo Horizonte, capital do Estado.<sup>12</sup>

A rede assistencial da APS tem como eixo estruturante a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada no município em 1996, que conta com 53 equipes e cobertura de 64% da população. As áreas sem cobertura da ESF são atendidas por cinco Unidades Básicas de Referência (UBR), que também funcionam como referência para as equipes da ESF em pediatria, clínica médica e ginecologia. O município possui um Hospital Geral, duas Unidades de Urgência e Emergência, um Centro de Especialidades Médicas e um Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias.<sup>12</sup>

## Análise da atenção aos casos de LV na APS

Inicialmente, foi realizado um levantamento de informações em relatórios das coordenações da APS e recursos humanos, referentes ao ano de 2010, além de visita aos serviços, buscando compreender o processo de trabalho relacionado à atenção aos casos humanos de LV no sistema de saúde local.

Foram utilizados dados secundários, disponibilizados pelo serviço de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, referentes a casos humanos de LV notificados no período de 2007 a 2011, que integram a base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). As variáveis trabalhadas foram: sexo, faixa etária, local/fonte de notificação, data de início dos sintomas, data de notificação e de início do tratamento.

Adicionalmente, foram utilizados dados primários construídos a partir de questionários semiestruturados destinados aos médicos da APS da ESF, clínicos e pediatras das UBR, que foram aplicados nos meses de outubro a novembro de 2010. Esses questionários foram encaminhados aos médicos acompanhados por carta convite contendo justificativa, objetivo do estudo e termo de consentimento. O questionário era autoaplicado e abordava as seguintes questões: 1) ano de conclusão do curso de graduação 2) opinião sobre a importância epidemiológica da LV no município; 3) conduta diante de um caso confirmado de LV na unidade em que trabalha; 4) experiência no tratamento de casos de LV; 5) conhecimento sobre

fluxos no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de casos da doença; 6) informação sobre disponibilidade de exames para diagnóstico e acompanhamento de pacientes em tratamento de LV na unidade de saúde em que trabalha; 7) conduta quanto ao tratamento de caso confirmado de LV, caso haja disponibilidade, no serviço, das orientações sobre o tratamento da doença e a garantia da realização dos exames necessários; 8) opinião sobre a necessidade de realização de exames pré-tratamento e de acompanhamento; 9) exames considerados importantes no acompanhamento do caso após o término do tratamento.

### **Análise dos dados**

As informações coletadas a partir do levantamento feito em relatórios da APS, epidemiologia e recursos humanos e durante a visita aos serviços de saúde locais foram organizadas de maneira que fosse possível compreender o processo de trabalho que envolvia as ações de saúde direcionadas à atenção aos casos humanos de LV no município. As informações foram então classificadas em: 1) diagnóstico: disponibilidade de unidades e de profissionais de saúde para o diagnóstico, fluxo, coleta, processamento, entrega de resultado e notificação; 2) tratamento: disponibilidade de unidades de saúde e de médicos para proceder ao tratamento, existência e divulgação de fluxos e protocolos de orientação aos profissionais de saúde sobre a atenção aos casos da doença, infraestrutura disponível para o acompanhamento dos casos e capacitação dos profissionais.

Os dados secundários, provenientes do SINAN, foram tabulados em planilha de EXCEL. Calculou-se a média e a mediana do intervalo de tempo entre a data de início dos sintomas e notificação e entre a data de notificação e início de tratamento.

As respostas dos questionários respondidos pelos médicos foram analisadas a partir da construção de tabelas de frequência. A análise das respostas baseou-se no Manual de Vigilância e controle da leishmaniose visceral do Ministério da Saúde.<sup>5</sup> As questões cujas respostas os médicos relataram não saber foram classificadas como ignorado. As questões não respondidas foram classificadas como não informado.

### **Aspectos éticos**

O projeto obedeceu às normas de pesquisas envolvendo seres humanos, com sigilo dos informantes, termo de consentimento de todos participantes e aprovação pelo comitê de ética do Centro de Pesquisas René Rachou –

FIOCRUZ, processo nº 17/2010.

## **RESULTADOS**

### **Análise da atenção aos casos de LV na APS**

A partir do levantamento de informações sobre o processo de trabalho referente à atenção aos casos humanos de LV no sistema de saúde local, foram obtidos os seguintes resultados: o diagnóstico da doença era realizado através de coleta do material para sorologia no Laboratório Municipal e encaminhamento da amostra ao Serviço de Referência do Estado. O resultado era fornecido ao serviço de epidemiologia, inicialmente, por telefone e, posteriormente, era impresso, com demora de até 30 dias para chegar ao município. Tal procedimento gerava atraso para início de tratamento, principalmente nos casos em que o médico assistente se recusava a iniciá-lo, sem o resultado da sorologia impresso em mãos.

O tratamento dos casos de LV, segundo informação da coordenação da APS, deveria ser realizado em todas as unidades de saúde, entretanto, no período analisado, havia insuficiência no quadro funcional de médicos em várias unidades. Déficit de 20 (38%) médicos nas equipes da ESF e de 12 (28%) médicos nas UBR. O vínculo empregatício de 37 (58%) médicos da APS era por contrato, sem garantia de direitos trabalhistas. Apesar da realização de concurso público no município, não houve preenchimento das vagas disponíveis para médicos na APS.

No que diz respeito à orientação dos profissionais quanto ao diagnóstico e tratamento dos casos de LV, no sistema de saúde local, não havia definição e divulgação de fluxos e protocolos nas unidades de saúde. Outros problemas detectados foram: 1) dificuldade de identificar pelo menos um profissional médico para atuar como referência no tratamento de LV em cada uma das regiões sanitárias; 2) falta de infraestrutura para o acompanhamento do tratamento de LV nas unidades da ESF, como ausência de aparelho de eletrocardiograma e de carrinho de ressuscitação cárdio-respiratória; 3) ausência de médico durante parte do período de funcionamento de várias unidades de saúde, o que era a justificativa de vários enfermeiros para se recusarem a aplicar o antimonialato de meglumina (glucantime) para tratamento da doença nas unidades da ESF. Além disso, apesar de o município apresentar, a partir de 2010, um programa de educação permanente destinado especificamente aos médicos, havia baixa adesão desses profissionais e a LV não fazia parte dos temas discutidos.

### **Análise do banco de dados do SINAN**

A análise do banco de dados do SINAN mostrou que, no período entre 2007 e 2011, foram notificados 125 casos de LV, 81 (64,8%) do sexo masculino e 44 (35,2%) do sexo feminino. A faixa etária mais acometida foi de zero a nove anos, com 52 (41,6%) casos, seguida de 30 a 49 anos, com 30 (24%) casos.

O intervalo entre a data de início de sintomas e a notificação variou de zero a 310 dias, com média de 34 dias e mediana de 17 dias. O intervalo entre a data de notificação e início de tratamento variou de zero a 45 dias, com média de 4,5 e mediana de dois dias.

A principal fonte de notificação de casos de LV foram hospitais da capital, com 80 (64%) casos, seguida do hospital do município, com 14 (11,2%) casos. Onze casos (8,8%) foram notificados em serviços de referência em doenças infecciosas da capital e do município e nove (7,2%) foram notificados em serviços de urgência. Apenas sete (5,6%) notificações, no período dos cinco anos analisados, foram provenientes de unidades da APS (Tabela 1). Não houve notificação de casos de LV na faixa etária de zero a nove anos em unidades da APS.

**Tabela 1** - Fonte de notificação de casos de leishmaniose visceral em município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2007 – 2011.

Fonte de notificação	Número	Percentual
Hospitais de Belo Horizonte	80	64,0
Hospital do município	14	11,2
Serviços de referência	11	8,8
Serviços de urgência	9	7,2
Unidades de atenção primária	7	5,6
Epidemiologia	4	3,2
Total	125	100,0

Fonte: dados da pesquisa.

### Análise dos questionários

Os questionários foram respondidos por 45 (71%) do total de médicos (63) que atuavam na APS no período do estudo, sendo 25 (55,5%) do sexo masculino e 18 (40,1%) do sexo feminino. Dois (4,4%) não informaram o sexo. Quanto ao tempo de conclusão do curso de Medicina, 12 (27%) profissionais tinham até três anos de conclusão; 12 (27%) entre três e 10 anos; 17 (38%) mais de 10 anos e quatro (8%) não responderam.

Na questão sobre o motivo da LV ser uma doença de importância epidemiológica no município, 27 (60%) médicos responderam dever-se ao grande número de casos da doença e sua letalidade no município; 11 (25%) às condições propícias para a transmissão da doença (vetor, cão, desinformação); dois (4%) informaram que não havia casos de LV no município e cinco (11%) não responderam à questão.

Quando questionados sobre a conduta diante de um caso confirmado de LV, 21 (47%) médicos responderam

que encaminhariam o paciente a um serviço de referência em tratamento de leishmanioses; 17 (38%) fariam contato telefônico com o serviço de epidemiologia para se informar sobre o tratamento da doença no sistema de saúde; sete (16%) tratariam o paciente; cinco (11%) encaminhariam o paciente à internação (Tabela 2).

No que diz respeito à experiência anterior desses profissionais no tratamento de casos de LV, 27 (60%) responderam que nunca haviam tratado casos da doença; nove (20%) já haviam tratado mais de cinco casos; três (7%) três casos; quatro (9%) dois casos e dois (4%) apenas um caso (Tabela 2).

Trinta e um médicos (69%) dispuseram-se a assumir um caso confirmado de LV se tivessem à sua disposição as informações necessárias para o tratamento da doença e a garantia da realização dos exames necessários para acompanhamento; 12 (27%) ainda assim não assumiriam o tratamento e dois (4,0%) não responderam à questão (Tabela 2).

**Tabela 2** - Conduta e experiência anterior relacionada ao tratamento de leishmaniose visceral, segundo médicos da atenção primária à saúde de município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, MG, outubro a novembro de 2010.

Conduta diante de um caso confirmado de LV	Número	Percentual
Encaminhamento para serviço de referência no tratamento de LV	21	47,0
Contato com o setor de Epidemiologia	17	38,0
Tratamento do paciente	7	16,0
Encaminhamento à internação	5	11,0
Total	50	100,0

  

Experiência anterior no tratamento de casos de LV	Número	Percentual
Nenhum caso	27	60,0
Mais de cinco casos	9	20,0
Três casos	3	7,0
Dois casos	4	9,0
Um caso	2	4,0
Total	45	100,0

  

Condução do tratamento caso fosse oferecidas condições adequadas	Número	Percentual
Sim	31	69,0
Não	12	27,0
Não informado	2	4,0
Total	45	100,0

Quanto ao conhecimento sobre fluxos de orientação para diagnóstico e tratamento de casos de LV no sistema de saúde local, 18 (40%) médicos responderam que não

sabiam informar, 16 (36%) responderam que não existiam fluxos e 11 (24%) responderam que havia fluxo (Tabela 3).

Em relação à disponibilidade de exames para diagnóstico e acompanhamento de tratamento de casos de LV na unidade de saúde, 18 (40%) médicos responderam que havia disponibilidade de exames; 14 (31%) responderam que não havia exames disponíveis e 13 (29%) não souberam informar. Em caso afirmativo, os médicos foram solicitados a citar os exames necessários que estavam disponíveis, sendo que 10 (22,2%) descreveram a sorologia; 12 (26,7%) citaram o hemograma; a função hepática foi citada por sete (15,6%) profissionais; eletrocardiograma por cinco (11,1%); ultrassom abdominal por três (6,7%) e a biópsia por dois (4,4%) (Tabela 3).

**Tabela 3** - Disponibilidade de fluxos e exames para diagnóstico e tratamento de casos de leishmaniose visceral, segundo médicos da atenção primária à saúde em município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, outubro a novembro de 2010.

Existência de fluxos para orientação de diagnóstico e tratamento de casos de LV	Número	Percentual
Sim	11	24,0
Não	16	36,0
Ignorado	18	40,0
Total	45	100,0
Disponibilidade de exames para diagnóstico e acompanhamento dos casos de LV	Número	Percentual
Sim	18	40,0
Não	14	31,0
Não informado	13	29,0
Total	45	100,0
Exames disponíveis	Número	Percentual
Sorologia	10	22,2
Hemograma	12	26,7
Função hepática	7	15,6
Eletrocardiograma	5	11,1
Ultrassom abdominal	3	6,7
Biópsia	2	4,4

Fonte: dados da pesquisa.

Na questão em que foi solicitada a opinião sobre o porquê de ser preconizada a realização de exames pré-tratamento e de acompanhamento do paciente com LV, 23 (51%) profissionais responderam ser devido à toxicidade do tratamento; nove (20%) responderam ser devido à avaliação da evolução e resposta ao tratamento; três (7%) à avaliação da gravidade do caso; um (2%) à avaliação da resistência e um (2%) para saber o diagnóstico de certeza

através de exame de intradermorreação de Montenegro.

Ao serem questionados sobre os exames que são importantes no acompanhamento do paciente após o término do tratamento medicamentoso, 24 (53%) citaram o hemograma; 18 (40%), a função hepática; 17 (38%), a sorologia; 12 (27%), a função renal; 10 (22%), eletrocardiograma, seis (13%), exame clínico; quatro (9%), ultrassom; dois (4%), biópsia; três (7%), mielograma; um (2%), anti-HIV e um (2%), exame de intradermorreação de Montenegro (IDRM) (Tabela 4).

**Tabela 4** - Acompanhamento do paciente com leishmaniose visceral, segundo médicos da atenção primária à saúde de município da Região Metropolitana de Belo Horizonte, outubro a novembro de 2010.

Justificativa para realização de exames antes e durante o tratamento do paciente	Número	Percentual
Toxicidade do tratamento	23	51,0
Avaliação da evolução e resposta ao tratamento	9	20,0
Avaliação da gravidade do caso	3	7,0
Avaliação da resistência	1	2,0
Comprovação do diagnóstico pela técnica de intradermorreação de Montenegro	1	2,0
Total	45	100,0
Exames importantes após o término do tratamento	Número	Percentual
Hemograma	24	53,0
Função hepática	18	40,0
Sorologia	17	38,0
Função renal	12	27,0
Eletrocardiograma	10	22,0
Exame clínico	6	13,0
Ultrassom	4	9,0
Mielograma	3	7,0
Biópsia	2	4,0
Anti- HIV	1	2,0
Intradermorreação de Montenegro	1	2,0

Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

A falta de infraestrutura para diagnóstico de LV, no próprio município, contribuía para o atraso na confirmação do diagnóstico e no início do tratamento. Estudo realizado por Luz et al.<sup>13</sup> sobre a resolubilidade diagnóstica para as leishmanioses, em municípios da RMBH, mostrou

que dos 12 (39%) municípios com serviços referenciados para o atendimento desses casos, somente oito (67%) dispunham de testes diagnósticos específicos para leishmanioses, sendo a IDRm o método diagnóstico disponível em 75% deles. A frequência de interesse em implantar ou aperfeiçoar o diagnóstico no próprio município foi de 90%.<sup>13</sup>

O teste atualmente disponibilizado no SUS para o diagnóstico de LV consiste na reação de imunofluorescência indireta, método que exige técnico treinado, equipamento específico e número mínimo de amostras para utilização do kit disponibilizado, o que tem impossibilitado sua execução no próprio município e retardado o diagnóstico.

A disponibilidade de testes diagnósticos na APS, de fácil execução e interpretação, que não necessitem de técnicos especializados e infraestrutura laboratorial pode contribuir para o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno e a definição de estratégias de controle da doença em áreas endêmicas.<sup>15</sup> Estudos têm validado o teste imunocromatográfico rápido com o antígeno recombinante K39, de utilização rápida e simples para o diagnóstico da LV no Brasil.<sup>16</sup>

A grande maioria dos casos notificados no período analisado foi proveniente de hospitais localizados fora do município, retratando que os casos de LV não estavam sendo diagnosticados na APS e sinalizando a necessidade de organização do sistema de saúde local para que a APS funcione efetivamente como porta de entrada do usuário no sistema. Estudo realizado por Scorel et al.<sup>9</sup> mostrou que o acesso às unidades da ESF e seu estabelecimento como porta de entrada ao sistema de saúde tem sido dificultado pelo confronto na rotina de trabalho de demandas individuais paralelamente à oferta organizada, pautada na prevenção e promoção numa perspectiva coletiva. Revisão realizada por Ramírez et al.<sup>10</sup> de experiências na América do Sul com a APS desde Alma Ata, aponta que, no Brasil, apesar da implantação do SUS ter favorecido o desenvolvimento da APS, alguns problemas ainda persistem, como a hegemonia do modelo biomédico e de orientação hospitalar, a iniquidade de cobertura e qualidade, além de dificuldades de acesso aos serviços em todos os níveis. No caso do sistema de saúde local, observou-se a falta de cobertura de parte da população (36%) pela ESF agravada pelo déficit de médicos, comprometendo o funcionamento adequado das equipes de ESF. Esse constitui um dos principais problemas funcionais e estruturais da APS no país. Segundo levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, menos de um terço dos médicos e dos enfermeiros das equipes de ESF tinha vínculo contratual não precário em 2001 e 2002.<sup>17</sup> Na APS do município, mais da metade dos médicos apresentava vínculo precário, contribuindo

para a defasagem encontrada desses profissionais.

A atuação do médico na APS tem sido discutida em alguns estudos que apontam a percepção desse profissional como um dos responsáveis pela baixa qualidade da assistência clínica e gerador de enfrentamentos entre o sistema e a população.<sup>18</sup> Entretanto, discutem a ausência de processos de acolhimento do médico nos serviços, definição de metas, capacitação adequada e incentivo salarial. A não participação do profissional em processos de gestão e planejamento das unidades de saúde e a inexistência de um sistema de avaliação do trabalho médico, envolvendo autoavaliação, avaliação pelos colegas e a comunidade são apontados como aspectos que podem dificultar a efetiva implementação da APS.<sup>18,19</sup> Os resultados deste estudo corroboram essa discussão, sinalizando a necessidade de inserção dos médicos em todo o processo de organização dos serviços de saúde, como no diagnóstico sanitário da área coberta pela equipe da ESF, discussão de dados epidemiológicos, planejamento de ações, elaboração e validação de fluxos.

O tempo de evolução da LV até a notificação foi extremamente variável, condizendo com os dados encontrados na literatura.<sup>14</sup> A LV pode se manifestar com uma grande variedade de formas clínicas, o que pode dificultar o diagnóstico diferencial com outras patologias, retardando sua identificação, além de sua associação com outras comorbidades, contribuindo para o aumento da letalidade.<sup>14,20</sup>

O intervalo para o início do tratamento, a partir da notificação, foi também muito variável, apontando para as dificuldades encontradas no sistema de saúde local. Um dos fatores observados foi falta de integração dos serviços de epidemiologia e APS na organização da atenção aos casos humanos de LV, o que contribuía diretamente para a desinformação dos profissionais de saúde na tomada de decisão diante de casos suspeitos ou confirmados de LV. A duração prolongada dos sintomas e, conseqüentemente, a demora no diagnóstico e no tratamento dos pacientes com LV têm sido identificadas como fatores de risco para a mortalidade associada à doença.<sup>14,20</sup>

Na análise dos questionários respondidos pelos médicos da APS, observou-se que apenas um pequeno percentual (16%) dos profissionais participantes da pesquisa tinha como conduta realizar o tratamento de casos de LV, o que pode estar associado à incipiente experiência no manejo de casos da doença, além da falta de informação sobre o tratamento da doença no sistema de saúde local. Observou-se que a disponibilidade de fluxogramas, protocolos de orientação quanto ao tratamento da LV e exames necessários interferem favoravelmente na disposição do médico em assumir o tratamento. Entretanto um percentual expressivo de profissionais médicos resistiu

em assumir o tratamento de casos de LV, mesmo com garantia de todo o suporte necessário, como protocolos, exames e medicamentos.

O levantamento de informações sobre o processo de trabalho relacionado à atenção aos casos de LV no município permitiu identificar aspectos que devem ser priorizados na organização do sistema de saúde local, como a melhoria de infraestrutura das unidades de saúde para o atendimento aos casos da doença; a elaboração de fluxos e protocolos de orientação sobre diagnóstico e tratamento, buscando a participação dos profissionais e a inclusão da LV como tema a ser discutido no programa de educação permanente, além da ampliação da capacitação para os demais profissionais envolvidos na assistência. Estudo realizado em Campo Grande, MS, com 55 casos de LV que evoluíram a óbito ressalta a necessidade de profissionais capacitados para o reconhecimento precoce da doença, bem como o monitoramento clínico e laboratorial dos pacientes durante o tratamento da doença, a fim de se identificarem precocemente possíveis complicações.<sup>20</sup>

As observações deste estudo nos remetem às bases dos problemas vivenciados no SUS, colocando em evidência algumas contradições que determinam dificuldades na abordagem de qualquer problema de saúde, ou seja, não basta a instrumentalização teórica e técnica para o envolvimento do profissional no serviço de saúde; na prática, aspectos individuais e subjetivos são extremamente importantes na definição de condutas. Entretanto aspectos ligados à infraestrutura e organização dos serviços, além de valorização dos profissionais, tanto no aspecto financeiro como o investimento em educação permanente e avaliação são fundamentais para a efetivação do processo.<sup>9,19,21</sup>

A APS pode melhorar a atenção e a eficiência do sistema, com impactos positivos na saúde da população, desde que seja bem organizada, assumindo a responsabilidade sanitária no território e considerando a dinamicidade existente no contexto, o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural.<sup>21</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção aos casos humanos de LV tem se colocado como um importante indicador de qualidade da assistência à saúde.<sup>15</sup> Os resultados encontrados no presente estudo reforçam a necessidade de organização dos sistemas de saúde locais para o diagnóstico precoce da doença, com tratamento adequado e oportuno.

A complexidade do controle da LV exige que a APS se integre às ações de prevenção e controle da doença e se organize para o seu enfrentamento, funcionando efetivamente como porta de entrada do sistema de saúde, com

atenção integral, coordenação e continuidade do cuidado.

## Apoio financeiro

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

## REFERÊNCIAS

1. Torres FD, Brandão-Filho SP. Expansão geográfica da leishmaniose visceral no Estado de Pernambuco. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2006; 39(4):352-6.
2. Luz ZMP, Pimenta DN, Cabral ALLV, Fiúza VOP, Rabello A. A urbanização das leishmanioses e a baixa resoluibilidade diagnóstica em municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2001; 34(3):249-254. leishmaniose visceral, atenção primária à saúde.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde - Sistema de Informação de Agravos de Notificação— SINAN. [Citado 2011 jan. 12]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose visceral. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Chappuis FO. Visceral leishmaniasis: what are the needs for diagnosis, treatment and control? *Nature Reviews Microbiol.* 2007; 5: 873–82.
6. Organização Mundial da Saúde. Control of leishmaniasis. Executive Board 118/4. Geneva: WHO; 2006. [Citado 2011 jan. 12]. Disponível em: <http://www.who.int>.
7. Organização Mundial da Saúde. Report of the scientific working group meeting on leishmaniasis. Geneva: WHO; 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
9. Scorel S, Giovanella L, Mendonça M, Senna M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2007; 21(2-3):164-76.
10. Ramírez NA, Ruiz JP, Romero RV, Labonté R. Com-

prehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (10): 1875-90.

11. Luz ZM, Schall V, Rabello A. Evaluation of a pamphlet on visceral leishmaniasis as a tool for providing disease information to healthcare professionals and laypersons. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21: 606-21.

12. Minas Gerais. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. Ribeirão das Neves; 2008.

13. Luz ZMP, Carneiro M, Schall V, Rabello A. Contribuição à organização de serviços de saúde com atenção à leishmaniose visceral: um trabalho integrado para o diagnóstico e tratamento da doença. *Cad Saúde Pública*. 2009 mai; 25(5):1177-84.

14. Oliveira JM. Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010; 43(2):188-93.

15. World Health Organization. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO Expert Committee on the Control of Leishmaniasis. Geneva: WHO; 2010.

16. Assis TSM. Validação do teste imunocromatográfico rápido IT-LEISH® para o diagnóstico da leishmaniose visceral humana. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008 jun;17(2):107-16.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil. Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001 - 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

18. Organização Panamericana de Saúde. Os Médicos na Atenção Básica no SUS, encontros e desencontros com os Gestores de 50 Municípios do Estado de Rio Grande do Sul, 2001. [Citado 2011 jan. 12]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5259.pdf>.

19. Ramírez NA. Comprehensive primary health care in South America: contexts, achievements and policy implications *Cad Saúde Pública*. 2011 out; 27(10):1875-90.

20. Alvarenga DG, Escalda PMF, Costa ASV, Monreal MTFD. Visceral leishmaniasis: retrospective study on factors associated with lethality. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010 mar-apr; 43(2) 194-7.

21. Giovanella L. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14(3):783-94.

---

Submissão: Março/2012

Aprovação: Agosto/2012

---