

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GLEICIENE CORREIA DE OLIVEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NO
MUNICÍPIO DE PEDRA AZUL.**

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2013

GLEICIENE CORREIA DE OLIVEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NO
MUNICÍPIO DE PEDRA AZUL.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Professor Antônio Thomaz da Matta Machado

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2013

GLEICIENE CORREIA DE OLIVEIRA

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM LEISHMANIOSE TEGUMENTAR NO
MUNICÍPIO DE PEDRA AZUL.**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais para
obtenção do certificado de especialista.
Orientador: Professor Antônio Thomas Gonzaga da
Matta Machado.

Banca Examinadora

Prof. Antônio Thomas Gonzaga da Matta Machado.

Prof. Alexandre Sampaio Moura

Aprovado em Belo Horizonte:

DEDICATÓRIA

À minha família, que me incentivou em todos os momentos da minha formação. Ao meu eterno amor Marcos, incentivador dos meus projetos e metas.

À comunidade Central 2, que me acolheu.

À equipe Central, em especial aos agentes comunitários de saúde, que compartilharam comigo a busca de conhecimentos.

AGRADEÇO:

Ao meu orientador Antônio Thomas Gonzaga da Matta Machado, pela ajuda.

“A persistência é o caminho mais curto para o êxito.”

(Charles Chaplin)

RESUMO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é uma infecção que se apresenta em formas variadas, podendo ser cutânea ou mucosa. A doença é encontrada em todas as regiões brasileiras, principalmente na região Norte do país. Em Minas Gerais há focos de LTA em vários municípios, incluindo os municípios do Vale do Jequitinhonha. Fatores como a falta de ações de controle do mosquito, dificuldade de envolvimento da população no controle da doença e falta de qualidade técnica dos profissionais de saúde no manejo da LTA contribuem para o grande número de casos. O objetivo principal deste trabalho é fazer uma proposta de intervenção com vistas à redução da morbidade da leishmaniose tegumentar na área de atuação da “Equipe Central 2” no município de Pedra Azul. Para a pesquisa do tema foram utilizados manuais, livros e publicações de agências governamentais como o Ministério da Saúde.

Palavras chaves: Leishmaniose tegumentar. Controle. Atenção Primária. Plano de intervenção.

ABSTRACT

Leishmaniasis is a disease that comes in many forms and may be cutaneous or mucosal. The disease is found in all regions of Brazil, especially in the northern region of the country. In Minas Gerais there are foci of leishmaniasis in several municipalities, including the municipalities from the Jequitinhonha region. Factors like lack of action aimed at mosquito control; difficulty of community involvement in disease control and lack of technical quality of health professionals in the management of leishmaniasis contribute to the large number of cases. The main objective of this work is to make a proposal for intervention aimed at reducing the morbidity of cutaneous leishmaniasis in the operating area of "Central 2 team" in the municipality of Pedra Azul. To research the topic manuals, books and publications from government agencies were used as the Ministry of Health.

Keywords: Leishmaniasis. Control. Primary Care. Intervention plan.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Objetivos	12
3. Métodos	13
4. Resultados	14
4.1 Revisão bibliográfica	14
4.2 Projeto de intervenção	22
5. Considerações finais	23
Referências	24

1 INTRODUÇÃO

O município de Pedra Azul, com uma população de 23.839 hab., está localizado no Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. Possui oito Equipes da Saúde da Família, sendo duas rurais e seis urbanas que oferecem uma cobertura de 100 %.

As principais atividades econômicas são: a agropecuária, o comércio local, o artesanato e uma empresa de exploração de minério. A cidade possui pedras lindíssimas tombadas pelo Patrimônio Histórico, e um centro histórico muito diversificado. A população deste município festeja muito o “São João” e o “São Pedro” e acredita em duas lendas locais, a de “São Sabino” e a do “Bicho da Carneira”. Neste município, onde existem muitos problemas, as pessoas fazem artesanatos que expressam um pouco de sua cultura, suas tradições e seus sofrimentos.

Na avaliação da Equipe da Saúde da Família Central 2 (“Equipe Central 2”) foram identificados vários problemas na comunidade, entre eles: desemprego; falta de saneamento básico; analfabetismo; fome; miséria; atendimento à saúde ineficiente; doenças como esquistossomose, leishmaniose, dengue, hanseníase, parasitoses, tuberculose. Diante de um elevado número de casos de leishmaniose tegumentar americana (LTA) no município e especialmente na área de atuação da equipe, o tema foi escolhido para uma proposta de intervenção. Através do banco de dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória (SINAN) foi possível verificar, nos primeiros nove meses de 2013, oito casos notificados de LTA no município.

No Brasil, a LTA apresenta ampla distribuição com registro de casos em todas as regiões brasileiras, sendo que os mais altos coeficientes de detecção são observados na região Norte do país. Nos últimos 10 anos, vêm sendo notificados, anualmente, entre 20.000 e 30.000 casos de leishmaniose. Em Minas Gerais, são notificados cerca de 1.000 a 2.000 casos anualmente. No Vale do Jequitinhonha a doença é considerada endêmica (Brasil, 2010).

As Leishmanioses são doenças infecciosas de notificação compulsória. Existem dois tipos de Leishmaniose, tegumentar e visceral, duas doenças diferentes, com agentes etiológicos distintos, vetores diversos, além do comprometimento e evolução clínica, também diferentes.

A LTA, também conhecida como “úlceras de Bauru”, “botão do Oriente” ou “nariz de tapir” é uma doença causada por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. Possui como vetor insetos flebotomíneos do gênero *Lutzomyia*,

conhecidos como mosquito palha, tatuquira, birigui e outros. Os reservatórios são roedores, marsupiais, cães e gatos. A transmissão se dá através da picada de insetos transmissores infectados. Embora seja uma doença com baixa mortalidade, possui uma alta morbidade, podendo deixar sequelas importantes (Brasil, 2010). Todos os reservatórios citados são encontrados no município de Pedra Azul.

A equipe identificou vários fatores que contribuem para a morbidade da doença no município entre eles: falta de ações que visam o controle do mosquito; dificuldade de envolvimento da população no controle da doença e falta de qualidade técnica dos profissionais de saúde no manejo da LTA.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Fazer uma proposta de intervenção com vistas à redução da morbidade da leishmaniose tegumentar americana (LTA) na ESF Central 2 do município de Pedra Azul.

2.2 Objetivos Específicos

- Discutir os aspectos clínicos e terapêuticos da LTA.
- Discutir as principais estratégias utilizadas no Brasil para a prevenção da LTA.
- Identificar as estratégias de controle e ações mais relevantes a serem implantadas no município de Pedra Azul.

3 MÉTODOS

A equipe utilizou o Método de Planejamento Estratégico Situacional para levantar os problemas da comunidade e eleger o problema prioritário para uma proposta de intervenção. Essa etapa correspondeu à realização da disciplina “Planejamento e avaliação das ações em saúde”, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a pesquisa do tema foram utilizados manuais, livros e publicações de agências governamentais como o Ministério da Saúde. Para o levantamento do material bibliográfico foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, buscando pelas palavras-chave: Leishmaniose tegumentar. Controle. Atenção Primária. Plano de intervenção.

4 RESULTADOS

4.1 Revisão Bibliográfica

A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é uma doença com alta morbidade, podendo levar a deformidades graves e complicações dependendo de sua evolução clínica, de como foi diagnosticada, tratada e acompanhada.

Das complicações decorrentes da doença podemos citar (Brasil, 2010):

1. Infecção secundária das úlceras:
 - Lesão em mucosa nasal pode levar à rinite purulenta e a complicações como sinusite até broncopneumonia causada pela secreção aspirada da faringe. A complicação por broncopneumonia é a principal responsável por óbitos nos casos da forma mucosa.
2. Lesão extensa no centro da face pode levar à trombose de seio cavernoso.
3. Lesões na boca e faringe podem causar sialorréia e dificuldade na deglutição, levando à desnutrição;
2. Em lesões avançadas da laringe pode haver perda da voz e obstrução da passagem do ar, causada pelo edema ou pela cicatriz retrátil, obrigando a realização de traqueostomia de urgência;
3. Lesões conjuntivais podem levar a distorções da fenda ocular e, raramente, à perda do olho;
4. Miíase pode surgir como complicação de úlceras;
5. Meningite pode ser uma complicação da disseminação da infecção de uma infecção da face para a base do crânio.

4.1.1 Definição

A LTA é uma doença infecciosa, não contagiosa, causada por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas. Primariamente, é uma infecção zoonótica, afetando outros animais que não o ser humano, o qual pode ser envolvido secundariamente (Brasil, 2010).

4.1.2 Agente etiológico

A *Leishmania* é um parasita intracelular obrigatório, com duas formas principais: uma flagelada ou promastigota, encontrada no tubo digestivo do inseto vetor, e outra aflagelada ou amastigota, observada nos tecidos dos hospedeiros vertebrados. No

Brasil foram identificadas sete espécies envolvidas na LTA, sendo seis do subgênero *Viannia* e uma do subgênero *Leishmania*. As três principais espécies são: *L. (V.) brazilienses*, *L. (V.) guyanensis* e *L. (L.) amazonensis* (Brasil, 2010).

4.1.3 Vetor

Os vetores são insetos flebotomíneos do gênero *Lutzomyia*, conhecidos popularmente como mosquito palha, tatuquira, birigui, entre outros. No Brasil, as principais espécies envolvidas na transmissão da TTA são: *Lutzomyia flaviscutellata*, *L. whitmani*, *L. umbratilis*, *L. intermedia*, *L. wellcome* e *L. migonei*.

4.1.4 Hospedeiros e reservatórios

Infecções por leishmânias que causam a LTA foram descritas em várias espécies de animais silvestres e domésticos. Já foram registrados como hospedeiros e possíveis reservatórios naturais algumas espécies de roedores, marsupiais, edentados e canídeos silvestres. Os animais domésticos (gatos, cães, equinos) são considerados hospedeiros acidentais, não há evidências científicas que comprovem o papel destes animais como reservatórios (Brasil, 2010).

4.1.5 Modo de transmissão e período de incubação

O modo de transmissão é através da picada de insetos transmissores infectados. Não há transmissão de pessoa a pessoa.

O período de incubação da doença no ser humano é em média, de dois a três meses, podendo variar de duas semanas a dois anos (Brasil, 2010).

4.1.6 Manifestações clínicas da leishmaniose cutânea

A úlcera típica de leishmaniose cutânea (LC) é indolor e costuma localizar-se em áreas expostas da pele; com formato arredondado ou ovalado; mede de alguns milímetros até alguns centímetros; base eritematosa, infiltrada e de consistência firme; bordas bem delimitadas e elevadas; fundo avermelhado e com granulações grosseiras. A infecção bacteriana associada pode causar dor local e produzir exsudato seropurulento que ao dessecar-se em crostas, recobre total ou parcialmente o fundo da úlcera. Outros tipos de lesões menos frequentes podem ser encontrados (Brasil, 2010).

Caso não tratadas, as lesões tendem à cura espontânea em período de alguns meses a poucos anos, podendo também permanecer ativas por vários anos e coexistir com lesões mucosas de surgimento posterior.

As lesões cutâneas, ao evoluir para a cura, costumam deixar cicatrizes atróficas, deprimidas, com superfície lisa, áreas de hipo ou de hiperpigmentação e outras vezes podem tornar-se hipertróficas.

A forma cutânea localizada representa o acometimento primário da pele, podendo ser única ou múltipla (até 20 lesões). A lesão é geralmente do tipo úlcera, com tendência à cura espontânea e apresentando boa resposta ao tratamento.

A forma cutânea disseminada, rara, é caracterizada pelo aparecimento de múltiplas lesões papulares que acometem vários segmentos do corpo, envolvendo com frequência a face e o tronco. Nesta forma pode haver o acometimento mucoso concomitante e manifestações sistêmicas, como febre, mal-estar, dores musculares, emagrecimento, anorexia, entre outros. Em relação ao tratamento específico apresenta resultados satisfatórios. Esta forma rara de apresentação pode alertar para a possibilidade da co-infecção *Leishmania- HIV*, tornando-se recomendável a investigação da infecção por este vírus (Brasil, 2010).

A recidiva cútis caracteriza-se por evoluir com cicatrização espontânea ou medicamentosa da úlcera, com reativação localizada geralmente na borda da lesão. A resposta terapêutica é pobre ou ausente.

A forma cutânea difusa, rara e grave, inicia-se de maneira insidiosa, com lesão única e má resposta ao tratamento; evolui de forma lenta com formação de placas e múltiplas nodulações não ulceradas recobrimdo grandes extensões cutâneas. A resposta terapêutica é pobre ou ausente.

O diagnóstico diferencial com outras doenças deve ser considerado, principalmente com: sífilis, cromomicose, hanseníase, tuberculose, esporotricose, piodermites e outras (Brasil, 2010).

4.1.7 Manifestações clínicas da leishmaniose mucosa

A leishmaniose mucosa (LM) se expressa por lesões destrutivas localizadas nas mucosas das vias aéreas superiores. A forma clássica de LM é secundária à lesão cutânea. Acredita-se que a disseminação ocorre por via hematogênica ou linfática. Geralmente surge após a cura clínica da LC, com início insidioso e pouca sintomatologia. Na maioria dos casos, a LM resulta de LC de evolução crônica e curada sem tratamento ou com tratamento inadequado.

A forma mucosa tem como queixas obstrução nasal, eliminação de crostas, epistaxe, disfagia, odinofagia, rouquidão, dispneia e tosse. Raramente há queixa de prurido nasal e dor, entretanto na ocorrência de infecção secundária e sinusite, pode haver dor local e cefaleia.

A leishmaniose mucosa tardia é a forma mais comum. Pode surgir até vários anos após a cicatrização da forma cutânea. Classicamente a está associada às lesões cutâneas múltiplas ou de longa duração, às curas espontâneas ou aos tratamentos insuficientes da LC.

A forma mucosa de origem indeterminada é quando a LM apresenta-se clinicamente isolada, não sendo possível detectar nenhuma outra evidência de LC prévia. Tais formas estariam provavelmente associadas às infecções subclínicas ou lesões pequenas, não ulceradas, de evolução rápida e que teriam passado despercebidas sem deixar cicatrizes perceptíveis (Brasil, 2010).

A leishmaniose mucosa concomitante ocorre quando a lesão esta distante, porém ao mesmo tempo em que a lesão cutânea ativa, já a mucosa contígua ocorre por propagação direta de lesão cutânea, localizada próxima a orifícios naturais, para a mucosa das vias aero digestivas. A lesão cutânea poderá encontrar-se em atividade ou cicatrizada na ocasião do diagnóstico.

A forma mucosa primária ocorre eventualmente pela picada do vetor na mucosa de lábios e genitais.

O diagnóstico diferencial é feito com paracoccidiomicose, carcinoma epidermóide, carcinoma basocelular, linfomas, hanseníase Virchoviana, sífilis terciária e outras doenças (Brasil, 2010).

4.1.8 Diagnóstico

Na ocorrência de lesões típicas de leishmaniose, o diagnóstico clínico e epidemiológico pode ser realizado, especialmente se o paciente procede de áreas endêmicas ou esteve presente em lugares onde há casos de leishmaniose. O diagnóstico clínico-epidemiológico pode ser complementado pela Intradermoreação de Montenegro positiva e eventualmente pela resposta terapêutica. Entretanto, a confirmação desse diagnóstico por métodos parasitológicos é fundamental devido o número de doenças que fazem diagnóstico diferencial com a LTA (Brasil, 2010).

O diagnóstico de certeza é feito pelo encontro do parasita, ou de seus produtos, nos tecidos ou fluidos biológicos dos hospedeiros. Recomenda-se a confirmação do diagnóstico por método parasitológico antes do início do tratamento, especialmente naqueles casos com evolução clínica fora do habitual e ou má resposta a tratamento anterior (Brasil, 2010).

O diagnóstico laboratorial da leishmaniose se constitui de três grupos de exames: exames parasitológicos (pesquisa direta do parasita, isolamento *in vivo* e isolamento em cultura *in vitro*); exames imunológicos (Intradermoreação de Montenegro ou da

leishmania e testes sorológicos); e exames moleculares: reação em cadeia e polimerase (Brasil, 2010).

4.1.9 Tratamento da LTA

As drogas de primeira escolha no tratamento das leishmanioses são os antimoniais pentas valentes (Sb^{+5}). A dose deve ser calculada em mg Sb^{+5} /Kg/dia. No Brasil é utilizado o antimoniato de N-metilglucamina.

O antimoniato de N-metilglucamina apresenta-se comercialmente em frascos em frascos de 5 ml que contém 1,5g do antimoniato bruto, correspondendo a 405mg de Sb^{+5} e cada ml contém 81 mg de Sb^{+5} . É indicado para o tratamento de todas as formas clínicas da LTA.

Nas formas cutâneas localizadas e disseminadas, a dose recomendada varia entre 10 e 20mg Sb^{+5} /kg/dia, sugerindo-se tanto para adultos quanto para crianças 15mg Sb^{+5} /kg/dia 20 dias seguidos. Nunca deve ser utilizada dose superior a três ampolas dia ou 15 ml dia para o adulto. Se não houver cicatrização completa em até três meses após o término do tratamento, o paciente deverá ser reavaliado, sendo necessário observar os critérios de cura. Caso haja necessidade o esquema terapêutico deverá ser repetido, prolongando-se, desta vez, a duração da série para 30 dias. Em caso de não resposta utilizar uma das drogas de segunda escolha.

Na forma difusa a dose é 20mg Sb^{+5} /kg/dia, por 30 dias seguidos. Inicialmente, pode haver uma resposta ao antimonial, porém são frequentes as recidivas, sendo necessário encaminhar o paciente para serviços especializados.

Em todas as formas de acometimento mucoso a dose recomendada é de 20mg Sb^{+5} /kg/dia, durante 30 dias seguidos, de preferência em ambiente hospitalar. Se não houver cicatrização completa em até três meses após o término do tratamento, o esquema deverá ser repetido apenas uma vez. Em caso de não resposta, utilizar uma das drogas de segunda escolha.

As injeções devem ser feitas por via parenteral, intramuscular ou endovenosa, com repouso após a aplicação. Em casos de pacientes desnutridos, com pouca massa intramuscular e naqueles com trombocitopenia, deve-se dar preferência à via endovenosa.

A droga não deve ser administrada em gestantes, nestes casos usa-se a anfotericina B e há restrições do uso dos antimoniatos em pacientes com idade acima dos 50 anos, portadores de cardiopatias, nefropatias, hepatopatias e doença de Chagas. Neste pacientes deverá ser feita rigorosa avaliação clínica antes e durante o tratamento (Brasil, 2010).

Os efeitos adversos na seguinte ordem de frequência são: artralgia, mialgia, anorexia, náuseas, vômitos, plenitude gástrica, epigastralgia, pirose, dor abdominal, pancreatite, prurido, febre, fraqueza, cefaleia, tontura, palpitação, insônia, nervosismo, choque pirogênico, edema e insuficiência renal aguda.

As drogas de segunda escolha são a anfotericina B e as pentamidinas.

Esquema terapêutico para o tratamento da LTA

Forma clínica	Dose	Tempo de duração mínimo
Leishmaniose Cutânea	10 - 20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia (Recomenda-se 15mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia)	20 dias
Leishmaniose Difusa	20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia,	20 dias
Leishmaniose Mucosa	20mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia	30 dias

Fonte: SVS/MS

4.1.10 Critérios de cura da LTA

O critério de cura é clínico sendo indicado o acompanhamento regular por 12 meses. Na forma cutânea o critério é definido pela epitelização das lesões ulceradas, regressão total da infiltração e eritema, até três meses após a conclusão do esquema terapêutico. Nos casos com evidência de cicatrização progressiva das lesões sem cumprir completamente com os critérios acima, sugere-se o prolongamento da observação até completar seis meses.

Na forma mucosa o critério é definido pela regressão de todos os sinais e comprovado pelo exame otorrinolaringológico, até seis meses após a conclusão do esquema terapêutico.

O paciente deve retornar mensalmente à consulta durante três meses consecutivos após o término do esquema terapêutico para ser avaliada a cura clínica. Uma vez curado, o mesmo deverá ser acompanhado de dois em dois meses até completar 12 meses após o tratamento (Brasil, 2010).

4.1.11 Medidas preventivas da LTA

- Uso de repelentes quando exposto a ambientes os vetores possam ser encontrados;

- Evitar a exposição nos horários de atividade do vetor (crepúsculo e noite);
- Uso de mosquiteiro de malha fina, bem como a telagem de portas e janelas;
- Manejo ambiental por meio de limpeza de quintais e terrenos, a fim de alterar as condições do meio que propiciem o estabelecimento de criadouros para formas imaturas do vetor;
- Poda de árvores, de modo a aumentar a insolação, a fim de diminuir o sombreamento do solo e evitar as condições favoráveis (temperatura e umidade) ao desenvolvimento de larvas de flebotomíneos;
- Destino adequado do lixo orgânico, a fim de impedir a aproximação de mamíferos comensais, como marsupiais e roedores, prováveis fontes de infecção para os flebotomíneos;
- Limpeza periódica dos abrigos de animais domésticos;
- Manutenção de animais domésticos distantes do intradomicílio durante a noite, de modo a reduzir a atração dos flebotomíneos;
- Em áreas potenciais de transmissão, sugere-se uma faixa de segurança de 400 a 500 metros entre as residências e a mata. Entretanto, uma faixa dessa natureza terá que ser planejada para evitar erosão e outros problemas ambientais (Brasil, 2010).

4.1.12 Medidas de controle da LTA no município de Pedra Azul

- Realizar diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos humanos.
- Atividades de educação e saúde que incluem: divulgação à população sobre a ocorrência da LTA na região, orientando para o reconhecimento de sinais clínicos e a procura dos serviços para o diagnóstico e tratamento; capacitação das Equipes da Saúde da Família, vigilância epidemiológica para o diagnóstico precoce e tratamento adequado; estabelecimento de parcerias interinstitucionais, visando à implementação das ações de interesse sanitário, principalmente, a limpeza pública e o destino adequado de lixo orgânico; implantação de programa de educação em saúde, desenvolvendo atividades de informação, educação e comunicação no nível local, regional e municipal (Brasil, 2010).

4.2 Projeto de Intervenção

4.2.1 Priorização dos Problemas

De acordo com a situação da Equipe de Saúde da Família Central 2, a equipe levantou os principais problemas, suas importâncias, urgências, capacidades de enfrentamento e seleção do problema prioritário.

ESF Central 2 _ Priorização dos Problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Enfrentamento	Seleção
Aumento de casos de Leishmaniose	Alta	5	Parcial	1
Falta de Saneamento Básico	Alta	4	Fora	4
Aumento de casos de Dengue	Alta	4	Parcial	2
Aumento de casos de Hanseníase	Alta	3	Parcial	3

4.2.2 Problema Priorizado

- Alto índice de casos de LTA na ESF Central 2.

4.2.3 Descrição e Explicação do Problema

- Foram notificados oito casos de LTA nos primeiros nove meses de 2013.
- Doença causada por diferentes espécies de protozoários do gênero *Leishmania*, que acomete pele e mucosas.
- A LTA ocorre em ambos os sexos e todas as faixas etárias, entretanto na média do país, predominam os maiores de 10 anos, representando 90 % dos casos e o sexo masculino, 74 %. (Brasil, 2010).

4.2.4 Nós Críticos de um Problema

- Falta de ações que visam o controle do mosquito; ações que envolvem a equipe, a população e os agentes de endemias.
- Dificuldade de envolvimento da população no controle da Leishmaniose.
- Falta de qualidade técnica dos profissionais das equipes de saúde no manejo da LTA.

4.2.5 Plano Operativo

Síntese do plano

Operações	Resultados	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazos
<p>Responsabilizar +</p> <p>Aumentar o nível de informações da população sobre suas responsabilidades no controle da LTA. Medidas relacionadas com a prevenção e a adesão ao tratamento da doença.</p>	População mais informada sobre suas responsabilidades.	Palestras em Escolas e na Unidade de Saúde.	Agentes comunitários de saúde Enfermeiro Medico	Início em 2 meses. Término em 6 meses.
<p>Saber +</p> <p>Aumentar o nível de informação da equipe sobre LTA. Abordar aspectos clínicos, terapêuticos, medidas de controle e de prevenção da doença.</p>	Equipe mais informada sobre LTA.	Capacitação da equipe.	Médico Enfermeiro Agente de endemias	Início em 1 mês. Término em 6 meses.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da participação da população, do setor da educação, dos agentes de endemias e principalmente da equipe “ESF Central 2” espera-se que em 6 meses, com as ações desenvolvidas na comunidade, tenha-se reduzido a morbidade da leishmaniose tegumentar na área de abrangência da equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância da Leishmaniose tegumentar americana**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p.182.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

MOURA, Alexandre Sampaio; ROCHA, Regina Lunardi. Epidemias e Endemias B: Dengue, Leishmaniose tegumentar e visceral, Leptospirose, Influenza e Febre maculosa. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. p.81.