

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ MÁRCIO BARCELOS COSTA JÚNIOR

**INTERVENÇÃO SOBRE A LESHMANIOSE TEGUMENTAR
AMERICANA NO RECANTO DO SOSSEGO, EM TÍMOTEO -
MINAS GERAIS**

IPATINGA- MINAS GERAIS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ MÁRCIO BARCELOS COSTA JÚNIOR

**INTERVENÇÃO SOBRE A LESHMANIOSE TEGUMENTAR
AMERICANA NO RECANTO DO SOSSEGO, EM TÍMOTEO -
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Virgiane Barbosa de Lima

IPATINGA- MINAS GERAIS

2014

JOSÉ MÁRCIO BARCELOS COSTA JÚNIOR

**INTERVENÇÃO SOBRE A LESHMANIOSE TEGUMENTAR
AMERICANA NO RECANTO DO SOSSEGO, EM TÍMOTEO -
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
de Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista

Orientadora: Virgiane Barbosa de Lima

Banca Examinadora:

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof.^a Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____

DEDICATÓRIA

A Timóteo pelo recomeço indeciso que se tornou a decisão mais certa.
À Equipe de Saúde da Família Alphaville, extensão da minha casa. Local de trabalho, diversão e amizade.
A mãe e pai por reforçar diariamente, com gestos e palavras, que nenhum lugar do mundo supera o prazer de estar em casa.
Às irmãs por se orgulharem de mim e serem meu maior orgulho.

RESUMO

A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA) é um problema de saúde pública e tem apresentado aumento significativo da sua incidências em países tropicais. É uma doença tegumentar, com lesões expostas e de caráter deformante, causando impactos biopsicossociais para os doentes e para sociedade em que ele se insere. O Recanto do Sossego é um local onde residem a maioria dos infectados por LTA na área de abrangência da ESF Alphaville, é um vilarejo com grande quantidade de cachorros de rua. Além disso, a maioria dos moradores são, pessoas de baixa condição socioeconômica, possuindo maus hábitos de higiene, acumulando lixo no entorno das residências. É possível dizer que no Recanto do Sossego, o perfil de transmissão da LTA é compatível com padrão periurbano, visto que se trata de uma área de ocupação de aglomerado próximo ao centro urbano, em meio a mata nativa. Essa realidade tem perpetuado o ciclo da LTA na região, sendo que no ano de 2014 um número significativo de diagnósticos da doença foram confirmados por biópsia de lesão cutânea, outros tantos configuram casos suspeitos ainda sem confirmação histopatológica. Este trabalho foi realizado a partir do levantamento bibliográfico de artigos científicos na área médica e observação da comunidade adstrita ao PSF Alphaville no ano de 2014. A partir daí foi proposto um plano de intervenção, promovendo orientações que aumentem o conhecimento sobre a LTA e a assistência aos acometidos.

Descritores: Leishmaniose. Leishmaniose Tegumentar Americana. Prevenção e controle.

ABSTRACT

The American Cutaneous Leishmaniasis (ACL) is a public health problem and has shown significant increase in its incidence in tropical countries. It is a cutaneous disease with open injuries and deforming character, causing biopsychosocial impact on patients and society in which it operates. The Corner Sossego is a place where they live most infected by LTA in the area surrounding the ESF Alphaville , is a village with lots of stray dogs . In addition, most of the residents are people of low socioeconomic status , having poor hygiene , accumulating garbage in the vicinity of residences. You can tell that the Nook Sossego , the transmission profile of ATL supports peri-urban pattern , since it is a cluster of occupation area near the city center , in the midst of native forest. This reality has perpetuated the LTA cycle in the region , and in 2014 a significant number of disease diagnoses were confirmed by biopsy of skin lesion, configure as many suspected cases still without histopathological confirmation . This work was carried out from the literature of scientific articles in the medical field and observation of the enrolled community to PSF Alphaville in the year 2014. It was then proposed an action plan , promoting guidelines that increase awareness about the LTA and assistance those affected .

Keywords: Leishmaniasis . American cutaneous leishmaniasis . Prevention and control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| SIGLA | DESCRIÇÃO |
|--------------|---|
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDEB | Índice de Desenvolvimento da Educação Básica |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| ESF | Equipe de Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| LTA | Leishmaniose Tegumentar Americana |
| MS | Ministério da Saúde |
| VE | Vigilância Epidemiológica |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos e Notificação |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| CEESF | Curso de Especialização em Saúde da Família |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PES | Planejamento Estratégico Situacional |

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E FIGURAS

Figura 1: Distribuição espacial dos casos autóctones de LTA e conglomerados primário e secundários identificados no município de Timóteo/MG de 2002 a 2010

Tabela 1: Frequência de flebotomíneos capturados segundo espécie e sexo no município de Timóteo-MG, entre novembro de 2009 e outubro de 2010

Gráfico 1: Número de casos e coeficiente de detecção de leishmaniose tegumentar americana. Brasil, 1989 a 2008

Figura 2: Distribuição anual dos casos humanos notificados e dos coeficientes de detecção para LTA, município de Timóteo, 2002 a 2010

Figura 3: Tratamento das Leishmanioses segundo apresentação, dose e via de aplicação

Tabela 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência na ESF Alphaville. 2014.

Tabela 3: Nós críticos da alta incidência de LTA na área de abrangência da ESF Alphaville

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 13 |
| 3 OBJETIVO | 18 |
| 3.1 Objetivo Geral | 18 |
| 3.1 Objetivos Específicos | 18 |
| 4 METODOLOGIA | 19 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 20 |
| 5.1 Definição e Agentes Causadores | 20 |
| 5.2 Vetores..... | 20 |
| 5.3 Transmissão..... | 21 |
| 5.4 Reservatórios..... | 21 |
| 5.5 Quadro Clínico..... | 22 |
| 5.6 Epidemiologia | 23 |
| 5.7 Prevenção | 24 |
| 5.8 Tratamento | 25 |
| 6 PLANO DE AÇÃO | 28 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 38 |
| REFERÊNCIAS..... | 39 |

1 INTRODUÇÃO

Timóteo é um município mineiro pertencente à mesorregião do Vale do Rio Doce e microrregião de Ipatinga estando localizado a cerca de 200 quilômetros da capital Belo Horizonte, onde seu acesso principal ocorre através da rodovia/BR-381. Assim, com uma densidade demográfica de 562,70 hab./km² e abrigando uma população de 81.243 habitantes, o censo produzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2010 demonstrou que a área ocupada pelo município atinge 144,381Km².

Quando se refere ao setor econômico, Timóteo se destaca na área industrial, sendo o setor secundário o mais relevante para a economia local. Um destaque deve ser dado à empresa Aperam South América que é produtora integrada de aço planos inoxidáveis na América Latina, elevando a cidade a ser considerada “A Capital do Inox”. Trata-se de um complexo industrial que contribui para melhorar o Produto Interno Bruto(PIB) per capita do município que segundo IBGE em 2012 foi de 22.724 reais aproximadamente. Sua população possui infraestrutura considerável, sendo que seus 18.870 domicílios recebem energia elétrica, e cerca de 93% da população total são atendidos pela rede geral de abastecimento de água, 98% possui coleta de lixo e 92% possui escoadouro sanitário em rede geral de esgoto ou pluvial.

Ainda considerando o censo do IBGE 2010, a população masculina Timotense é menor que a feminina e deste total, aproximadamente 99,85% vive na zona urbana e somente 0,24% na zona rural. Por outro lado, 98% da população do Município é alfabetizada e seu Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) em 2011 foi de 6,1 para a 4ª série/5º ano e 4,9 para a 8ª série que atualmente corresponde ao 9ºano.

Em relação ao setor de saúde, o município de Timóteo conta com 17 Equipes de Saúde da Família (ESF), e uma equipe de Núcleo de apoio à saúde da família NASF que cobre quatro ESF, incluindo a ESF Alphaville. A equipe do NASF é composta por nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, educador físico e fisioterapeuta, entretanto, não há um vínculo forte entre essa equipe e a ESF Alphaville e grupos operativos em conjunto ainda vem sendo implementados lentamente. Na área de abrangência da ESF Alphaville existem duas igrejas e uma escola, não existem clubes ou praças de recreação.

Parte significativa da população faz uso dos programas do SUS e cerca de 80% é coberta pela rede de atenção básica à saúde. De forma complementar, a equipe de saúde conta com serviços de apoio diagnóstico tanto laboratorial quanto radiológico, a partir da terceirização do serviço a empresas privadas. Além disso, existem os centros de referência secundários e terciários que são o Hospital Vital Brasil em Timóteo, Hospital São Camilo em Coronel Fabriciano, Hospital Márcio Cunha em Ipatinga e a rede de hospitais em Belo Horizonte como por exemplo o Hospital da Clínicas e Santa Casa de Misericórdia. No campo propedêutico, além do laboratório do município, conta-se com o auxílio de laboratórios terceirizados particulares, dentre eles exames de imagem para complementar o cuidado quando a equipe e usuários necessitam de exames mais complexos.

Através de mídias governamentais o autor desse trabalho teve conhecimento e se inseriu no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB, sendo selecionado para atuar no município de Timóteo, Minas Gerais, iniciando os trabalhos em seis de março de 2014. Como previsto no edital de convocação nº- 1/2014: adesão de médicos ao programa de valorização da atenção básica, o autor foi vinculado também ao CEESF, no pólo de Ipatinga, Minas Gerais. As disciplinas ministradas no CEESF permitiram as reflexões descritas neste trabalho sobre o funcionamento geral do SUS e a organização da Atenção Básica, bem como sobre a importância de haver uma equipe organizada e bem estruturada para que a assistência ao usuário seja bem sucedida e realizada de forma integral e continuada. Essas reflexões, aliadas à vivência diária e à observação direta da ESF Alphaville, permitiram diagnosticar alguns problemas relacionados com a gestão e quanto a prevalência e incidência de certas doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas.

A ESF Alphaville atende a clientela adscrita ao bairro que dá nome à equipe, além disso, é responsável pela área industrial e um vilarejo denominado Recanto do Sossego. No mesmo espaço físico atua também a ESF Limoeiro, com outra população adscrita. Há aproximadamente seis meses essas equipes trabalham com quadro incompleto de funcionários, embora a previsão seja um técnico administrativo, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e um farmacêutico. Assim, sem previsão

para novas contratações pelo Município, a condição tem sobrecarregado os profissionais remanescentes, além de dificultar um plano de ação em equipe deixando o atendimento por vezes inadequado aos usuários.

Grande parte da população assistida pela equipe Alphaville é composta por idosos e acamados, que necessitam, muitas vezes, de visitas domiciliares freqüentes para garantir melhor acompanhamento médico. O médico da equipe tem um turno por semana destinado a visitas domiciliares, entretanto, há uma indisponibilidade de veículo automotor para transportar os profissionais de saúde até as residências sendo este um fator dificultador do processo de trabalho da equipe. Além disso, muitas vezes, ao chegar às residências, o cuidador não se encontra presente para dar informações importantes no direcionamento do caso para a equipe assistente, embora sendo previamente avisado da visita pelo ACS. Nesse caso, os profissionais tem seu planejamento alterado, dificultado a realização de outras visitas domiciliares inclusive as freqüentes e as efetivas.

Um fator facilitador do processo de trabalho na equipe Alphaville e que deve ser citado é a facilidade em referenciar pacientes para consultas especializadas como urologia, ginecologia e dermatologia. Em contrapartida, especialidades como endocrinologia, nefrologia e neurologia ainda não estão disponíveis e credenciados na rede. No caso específico do manejo da Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA), motivo deste trabalho, Timóteo conta com o trabalho de uma dermatologista especializada no diagnóstico e acompanhamento dos casos suspeitos e diagnosticados pelos médicos da ESF, entretanto, o sistema é extremamente fragmentado e o sistema de contra-referência não funciona como deveria, o que dificulta um bom acompanhamento longitudinal do paciente e uma comunicação eficaz entre o médico da família e o especialista referenciado.

Outro fator dificultador do processo de trabalho é em relação às Redes de Média e Alta Complexidade onde existe um entrave enorme no encaminhamento de pacientes para estas áreas, não sendo incomum usuários aguardarem anos para a liberação da consulta.

O Recanto do Sossego, local onde residem a maioria dos infectados por LTA na área de abrangência da ESF Alphaville, é um vilarejo com grande quantidade de cachorros de rua. Além disso, a maioria dos moradores são,

peças de classe socioeconômica inferior, possuindo maus hábitos de higiene, acumulando lixo no entorno das residências. É possível dizer que no Recanto do Sossego, o perfil de transmissão da LTA é compatível com padrão periurbano, visto que se trata de uma área de ocupação de aglomerado próximo ao centro urbano, em meio a mata nativa. Essa realidade tem perpetuado o ciclo da LTA na região, sendo que no ano de 2014 um número significativo de diagnósticos da doença foram confirmados por biópsia de lesão cutânea, outros tantos configuram casos suspeitos ainda sem confirmação histopatológica. Quando perguntados, a maioria dos moradores nem ao menos sabem que aquela região encontra-se em uma área endêmica de LTA e desconhecem a apresentação da doença, forma de transmissão, bem como medidas de prevenção e controle individuais e coletivos.

O Curso de especialização estratégia em saúde da família (CEESF), é uma iniciativa que vem contribuindo com a educação permanente e continuada dos profissionais de saúde que trabalham na atenção básica e melhor especificando nas equipes de saúde da família. O curso serve o aluno algumas disciplinas que contribuem com o modelo assistencial proposto, o processo de trabalho articulado pela equipe e particularmente, no caso desta intervenção, lança-se mão da disciplina planejamento e avaliação das ações em saúde, onde é possível se obter de forma sintética ferramentas para reorganizar o serviço em saúde. Com base neste último, foi proposto um diagnóstico situacional do território sob responsabilidade da equipe Alphaville, onde utilizando o Planejamento estratégico situacional foi possível propor esta intervenção

Em reunião com a ESF e com o diagnóstico situacional em mãos, foi possível relacionar os principais problemas de saúde que reduzem a qualidade de vida dos usuários. Assim, verificou-se que as principais doenças crônicas atendidas pela equipe são a hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, hipercolesterolemia e lombalgia. Já as principais doenças agudas atendidas diariamente que devem ser destacadas, são as infecções de vias aéreas, cefaleias e um número expressivo de LTA.

Para todo caso suspeito de LTA atendido na unidade básica de saúde, o médico assistente solicita o Teste de Montenegro e o exame direto de raspado da lesão a procura de Leishmanias como previsto pelo Manual de Vigilância da

Leishmaniose Tegumentar Americana, do MS (BRASIL, 2010a). O paciente é encaminhado ao serviço de especialidades médica, que conta em seu corpo clínico com uma dermatologista especialista na doença. Após a confirmação da doença a especialista é responsável tanto pela notificação ao serviço de Vigilância Epidemiológica (VE) do município, quanto pelo tratamento e acompanhamento do doente.

A ficha de notificação é lançada no O Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN por uma técnica de VE. A partir da notificação, a VE tem 180 dias para encerrar o caso e, para isto, está em constante comunicação com o serviço de especialidade através de guias de contra referencia para atualização da guia de acompanhamento do SINAN. São coletados dados como data de início e duração do tratamento proposto e desfecho do caso.

Para os casos positivos para LTA são solicitados exames laboratoriais de hemograma e função hepática, bem como eletrocardiograma, os quais serão repetidos aos dez dias de início do tratamento. A droga de escolha para os casos positivos para LTA no município de Timóteo é o antimonial pentavalente N-metilglucamina (Glucantime®) na posologia indicada pelo MS, que varia de acordo com o acometimento ou não de mucosa (BRASIL, 2010a). A droga é dispensada no próprio serviço de referência por um farmacêutico habilitado. Ao término do tratamento os pacientes são reavaliados pela especialista, que utiliza como critério de cura a cicatrização completa da lesão. Caso isso não ocorra, procede-se um novo ciclo de tratamento e mesmo os casos considerados curados são reavaliados a cada dois meses e recebem alta ambulatorial ao final de seis meses de acompanhamento sem intercorrências. Caso haja alguma evasão durante este acompanhamento o serviço referência entra em contato com a VE para que seja feita busca ativa dos pacientes e remarcação de consulta. Segundo dados da SES não existem atualmente em Timóteo casos de co-infecção entre LTA e HIV.

Aliado ao serviço de VE, o serviço de controle de zoonose de Timóteo conta com um médico veterinário, que promove palestras educativas para capacitação de agentes de endemias e ACS vinculadas às ESF.

Por se tratar de uma doença tegumentar, com lesões expostas e de caráter deformante, a LTA tem impactos biopsicossociais para os doentes e para sociedade em que ele se insere. O desconhecimento da população da

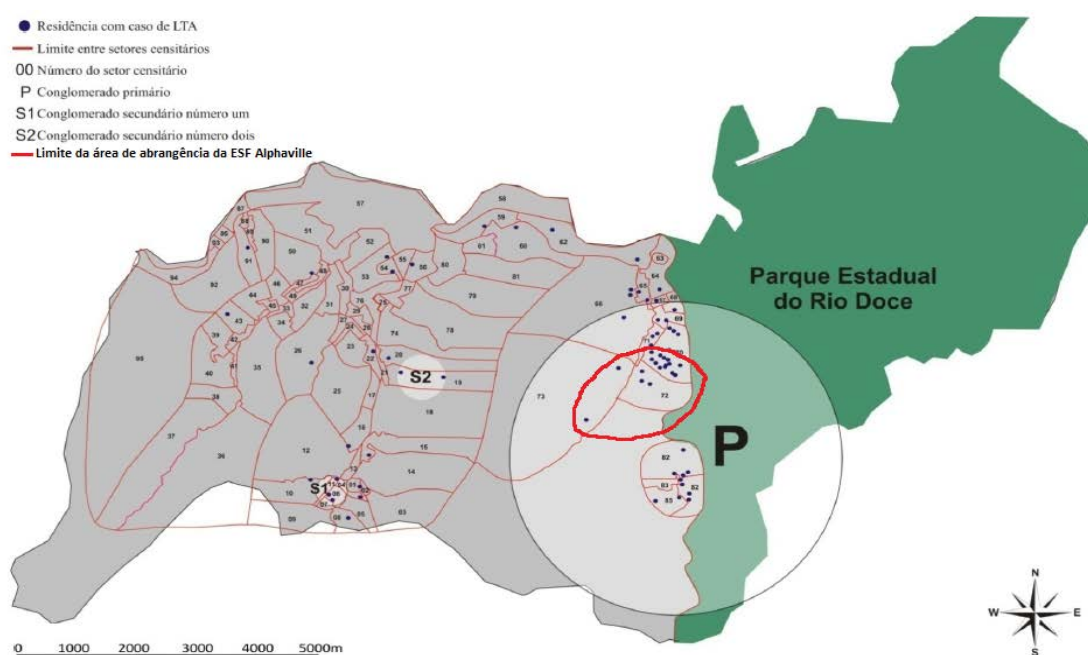
não transmissibilidade direta da doença pelo contato pessoa-pessoa dificulta a relação interpessoal dos infectados, que ficam estigmatizados pela sociedade em que está inserida. Além disso, o caráter deformante das lesões pode destruir estruturas importantes como septo nasal e palato, com prejuízo tanto funcional quanto estético para os doentes (SAMPAIO, RIVITTI, 2008).

Assim, a equipe Alphaville impossibilitada de resolver todos os problemas simultaneamente, optou por realizar esta proposta de intervenção, abordando a LTA pela relevância do assunto na sociedade e na saúde pública, tendo sido consideradas a capacidade de enfrentamento, relevância e governabilidade da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

Esta intervenção se justifica pela alta incidência de LTA no Recanto do Sossego e em outras regiões do município de Timóteo. Segundo Souza (2011), de janeiro de 2002 a agosto de 2010 foram notificados 164 casos da doença nesse município. Desses, 80% foi registrado como autóctone residentes em áreas urbanas. A Figura 1 ilustra a distribuição dos casos autóctones de LTA em Timóteo/MG de janeiro de 2002 a agosto de 2010, com a definição dos conglomerados primário e secundários da doença deste município.

Figura1: Distribuição espacial dos casos autóctones de LTA e conglomerados primário e secundários identificados no município de Timóteo/MG de 2002 a 2010.



Fonte: adaptado de SOUZA, 2011

Observa-se que a área de abrangência da ESF Alphaville é englobada completamente pela área correspondente ao conglomerado primário de transmissão da LTA em Timóteo/MG. Partindo dessa observação e uma vez que a LTA é uma doença de transmissão vetorial e apresenta lesões cutâneas típicas facilmente identificáveis. A ESF Alphaville, em parceria com a Vigilância Epidemiológica (VE), avaliou a viabilidade de elaboração de um plano de intervenção que abranja orientações à comunidade a respeito de medidas coletivas, individuais e assistenciais para prevenção e manejo clínico correto e precoce dos casos de LTA.

Por essas considerações justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implantadas, a fim de reduzir a incidência desta patologia no município de Timóteo, bem como possibilitar o diagnóstico e tratamento precoce dos indivíduos doentes, a partir de ações educativas para conscientização e auxílio da prevenção

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um Projeto Intervenção para reduzir a incidência de LTA, através de ações educativas, auxiliando o diagnóstico precoce e o manejo clínico dos usuários assistidos pela ESF Alphaville, especialmente no Recanto do sossego em Município de Timóteo - MG.

3.1 Objetivos Específicos

Atuar sobre o conhecimento da população da área de abrangência da ESF Alphaville, informando-os a respeito da LTA na região.

Orientar os usuários da ESF Alphaville no reconhecimento precoce e da importância de procurar auxílio médico em casos de lesões suspeitas de LTA.

Orientar os usuários da ESF Alphaville sobre medidas de controle e prevenção da LTA.

4 METODOLOGIA

Este estudo é uma proposta de intervenção que tem como objetivo propor medidas educativas individuais, coletivas e assistenciais para redução da incidência de LTA na área de abrangência da ESF Alphaville, em Timóteo/MG.

Os dados foram levantamentos a partir da observação ativa do território da equipe Alphaville e do banco de dados do SINAN além de busca sistematizada na literatura, utilizando os sites de busca, como Scientific Electronic Library Online (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de edições do Ministério da Saúde e livros didáticos publicados na área médica que versam sobre LTA. A busca foi guiada pelos descritores Leishmaniose, Leishmaniose Tegumentar Americana prevenção e controle sendo que a seleção e análise de publicações relativas ao tema foram realizadas entre os anos de 1995 e 2014.

Na rotina de trabalho da equipe Alphaville, foi observado um número significativo de usuários que residem naquela área de abrangência com diagnóstico positivo para a presença da leishmaniose durante as consultas médicas. Assim, na ocasião da realização e análise dos dados utilizados na realização do diagnóstico situacional, este também serviu de norteador para a construção desta intervenção. Logo através do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e considerando seus dez passos propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família, onde foi possível relacionar projetos na intenção de enfrentar para reduzir o problema.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Definição e Agentes Causadores

A LTA é uma doença endêmica no Brasil, também conhecida como úlcera de Bauru, nariz de tapir e botão do Oriente (BRASIL, 2010b). É causada por diferentes gêneros do protozoário *Leishmania* e, no Brasil, já foram identificadas sete espécies de *Leishmania*, seis do subgênero *Vianna* e uma do subgênero *Leishmania* (BRASIL, 2010a), sendo as três principais espécies *Leishmania (Vianna) braziliensis*, *L. (V.) guyanensis* e *L. (Leishmania) amazonensis* (BRASIL, 2009a).

Em estudo realizado por Souza (2011) no município de Timóteo-MG, em 22 amostras de fêmeas de flebotomíneo positivas para *Leishmania*, conseguiu-se identificar corretamente a espécie de *Leishmania* infectante. Em 20 (90,9%) amostras tratava-se de *L. braziliensis* e em duas (9,1%), de *L. chagasi*.

5.2 Vetores

Trata-se de uma doença de transmissão vetorial, através da picada de fêmeas de flebotomíneos do gênero *Lutzomyia*, conhecidos como tatuquira, birigui e mosquito palha (SAMPAIO, 2008). As principais espécies de *Lutzomyia* envolvidas na transmissão da LTA no Brasil são *L. flaviscutellata*, *L. whitmani*, *L. umbratilis*, *L. wellcome* e *L. migonei* (BRASIL, 2010a). Souza (2011) isolou, entre novembro de 2009 e outubro de 2010, diferentes espécies de flebotomíneos nos domicílios de casos confirmados de LTA no município de Timóteo-MG (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência de flebotomíneos capturados segundo espécie e sexo no município de Timóteo-MG, entre novembro de 2009 e outubro de 2010

| ESPÉCIE | FÊMEA | (%) | MACHO | (%) | TOTAL | (%) |
|-------------------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>Brumptomyia</i> spp. | 2 | 0,2 | - | - | 2 | 0,1 |
| <i>Br. avellari</i> | - | - | 6 | 0,7 | 6 | 0,3 |
| <i>Br. cunhai</i> | - | - | 2 | 0,2 | 2 | 0,1 |
| <i>Br. nitzulescu</i> | - | - | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| <i>Ev. edwardsi</i> | 2 | 0,2 | - | - | 2 | 0,1 |
| <i>Ev. lenti</i> | - | - | 2 | 0,2 | 2 | 0,1 |
| <i>Ev. sallesi</i> | 5 | 0,5 | 2 | 0,2 | 7 | 0,4 |
| <i>Mi. capixaba</i> | 2 | 0,2 | - | - | 2 | 0,1 |
| <i>Mi. oswaldoi</i> | 1 | 0,1 | - | - | 1 | 0,1 |
| <i>Mi. quinquefer</i> | 251 | 23,2 | 51 | 5,8 | 302 | 15,4 |
| <i>Mg. migonei</i> | 6 | 0,6 | 12 | 1,4 | 18 | 0,9 |
| <i>Ny. whitmani</i> | 653 | 60,2 | 650 | 74,4 | 1.303 | 66,5 |
| <i>Ny. intermedia</i> | 139 | 12,8 | 124 | 14,2 | 263 | 13,4 |
| <i>Pi. fischeri</i> | 8 | 0,7 | 13 | 1,5 | 21 | 1,1 |
| <i>Pi. pessoai</i> | 12 | 1,1 | 6 | 0,7 | 18 | 0,9 |
| <i>Pr. choti</i> | 1 | 0,1 | 4 | 0,5 | 5 | 0,3 |
| <i>Pa. aragaoui</i> | 2 | 0,2 | - | - | 2 | 0,1 |
| <i>Ty. longispina</i> | - | - | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 |
| Total | 1.084 | 100,0 | 874 | 100,0 | 1.958 | 100,0 |

Fonte: SOUZA, 2011

Das espécies capturadas 80,9% são reconhecidamente vetores de *Leishmania spp.*, e 2,0% são suspeitas de transmissão de *Leishmania spp* e, conforme evidenciado pelos dados da tabela 1,

no município de Timóteo, *Ny whitmani* foi a espécie predominante, sugerindo que este flebotomíneo esteja envolvido na transmissão da *Leishmania spp.* nesse local e, conseqüentemente, que os casos humanos identificados na área urbana do município possam ser realmente autóctones. (SOUZA, 2011, p. 52)

5.3 Transmissão

Pode-se assumir que atualmente existem três padrões epidemiológicos de transmissão da LTA no Brasil. No padrão silvestre há infecção de animais silvestres em matas nativas que pode eventualmente infectar o ser humano quando ele invade este ambiente. Enquanto isso, o padrão ocupacional e lazer caracterizam-se pela exposição do ser humano ao mosquito transmissor durante atividades laborais de derrubada de árvores, construção de estradas, povoados, hidroelétricos, ou durante o ecoturismo. Já o padrão rural e periurbano em áreas de colonização, relaciona-se com o processo migratório que obriga o ser humano a ocupar área de encostas periurbanas nas quais ainda existe mata nativa com manutenção de vetores e reservatórios do doença (BRASIL, 2010a). É possível dizer que no Recanto do Sossego, em Timóteo-MG o perfil é compatível com padrão periurbano, visto que se trata de uma área de ocupação de aglomerado próximo ao centro urbano, em meio a mata nativa.

5.4 Reservatórios

Independente do padrão epidemiológico de transmissão, a presença de animais reservatórios de *Leishmania sp.* no ambiente é o que possibilita a perpetuação do ciclo da LTA .Entretanto, a interação reservatório-parasito é um sistema complexo, multifatorial, imprevisível e dinâmica, que encontra-se em constante transformação em função das modificações do meio ambiente. “São considerados reservatórios da LTA as espécies de animais que garantam a circulação de leishmânias na natureza, dentro de um recorte de tempo e espaço” (BRASIL, 2009b).

Diversos animais silvestres como roedores, marsupiais e canídeos silvestres, já foram identificados como hospedeiros e reservatórios naturais de leishmanias. Por outro lado, apesar de existirem registros de infecção em animais domésticos, não há, até os dias atuais, evidências científicas que comprovem que esses animais desempenham papel de reservatório das espécies de leishmanias. Eles são considerados apenas hospedeiros acidentais da LTA (BRASIL, 2009b)

5.5 Quadro Clínico

Classicamente a LTA pode se apresentar de duas formas básicas: cutânea e mucosa/mucocutânea. O quadro clínico é marcado por lesões cutâneas ulceradas, com fundo limpo de granulações grosseiras e bordas elevadas e regulares, semelhantes à moldura de quadro, que surgem em áreas corporais expostas. A forma cutânea localizada caracteriza-se por úlcera única, que geralmente surge no ponto de inoculação. Através de disseminação hematogênica e linfática das leishmanias, podem surgir lesões cutâneas disseminadas (forma cutânea disseminada) ou mucosas (forma mucocutânea) de aspecto semelhante às úlceras encontradas na forma cutânea localizada (SAMPAIO, 2008). As lesões mucosas caracterizam-se por destruição dos tecidos da cavidade nasal, faringe ou laringe (BRASIL, 2010b), podendo levar, em casos mais graves, à destruição total do septo nasal (MOURA, ROCHA, 2013).

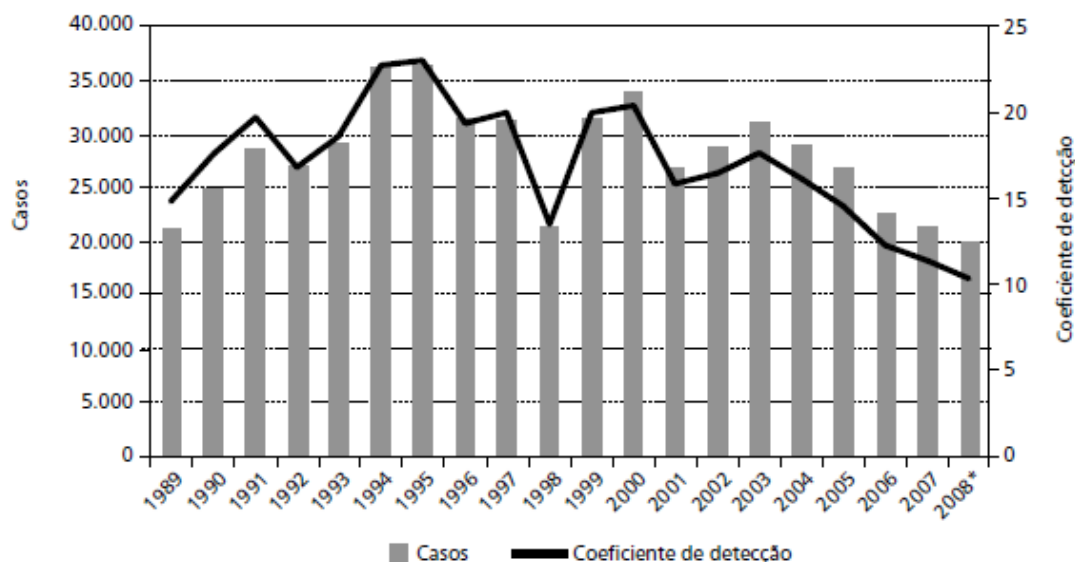
Em indivíduos HIV positivos, a imunossupressão facilita a progressão da LTA, facilitando a disseminação das leishmanias e a infecção de órgãos raramente acometidos em imunocompetentes. Este processo é conhecido como visceralização da leishmaniose tegumentar. Contudo, não há um perfil clínico que possa ser associado à essa coinfeção, sendo variada a sua forma de apresentação, com afecção de pele íntegra, pulmão e outros órgãos nobres. Uma vez que a coinfeção leishmania/HIV tem implicação na terapêutica, prognóstico e risco de recidiva da LTA, recomenda-se oferecer testes sorológicos para detecção de HIV a todos os indivíduos diagnosticados com LTA o mais precocemente possível, para nortear o tratamento e monitorar o doente (BRASIL, 2009b).

5.6 Epidemiologia

Embora a LTA seja uma doença com baixa letalidade, seu caráter deformante a torna de grande importância para a saúde pública. Em função disso, atualmente a LTA faz parte das doenças de notificação compulsória no Brasil, segundo a portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, do MS. Todo caso confirmado de LTA deve ser notificado e investigado pelos serviços de saúde e o registro no SINAN é de fundamental importância não só para conhecimento e investigação, como também para classificação epidemiológica e acompanhamento dos casos (BRASIL, 2009b)

A partir da década de 80, em função da intensificação das ações de detecção da LTA e da melhor monitorização das áreas endêmicas, observou-se um processo de expansão da LTA no Brasil. Em 2003, foi confirmada a presença de casos autóctones em todos os estados brasileiros (BRASIL, 2010a), sendo a região Norte a responsável pelo maior número de casos (BRASIL, 2009a). O gráfico 1 ilustra a distribuição anual do número de casos de LTA e seu coeficiente de detecção no Brasil no período de 1989 a 2008.

Gráfico 1: Número de casos e coeficiente de detecção de leishmaniose tegumentar americana. Brasil, 1989 a 2008



Fonte: BRASIL, 2009b

Observa-se uma queda progressiva do número de casos de LTA notificados no Brasil a partir de 2003 (BRASIL, 2009b).

De acordo com dados e registros da SMS de Timóteo-MG, 162 casos de LTA foram notificados entre janeiro de 2002 e dezembro de 2010. A distribuição anual dos casos e o coeficiente de detecção durante este período pode ser visto na figura 2.

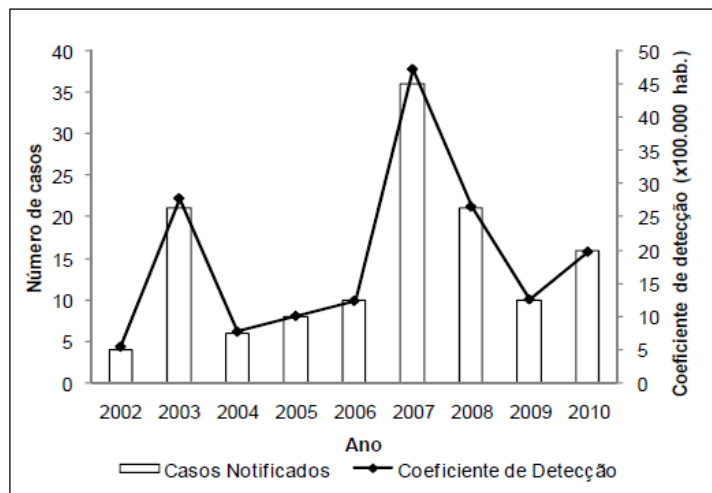


Figura 2: Distribuição anual dos casos humanos notificados e dos coeficientes de detecção para LTA, município de Timóteo, 2002 a 2010

Fonte: SOUZA, 2011

Segundo dados da SMS de Timóteo-MG, o maior número de casos registrados no ano de 2003 foi decorrente de melhorias na ação de investigação de casos, através da busca ativa de casos considerados suspeitos. Este processo foi conduzido por uma equipe de verificação epidemiológica composta por membros do setor de vigilância epidemiológica e controle de zoonoses do município. Já em 2007 houve um surto da doença no bairro Recanto Verde, próximo ao Recanto do Sossego, relacionado ao processo de construção de um centro de convenções que exigiu o desmatamento de parte da mata nativa da região.

5.7 Prevenção

Algumas medidas individuais e coletivas podem evitar a transmissão da LTA e devem ser estimuladas. Assim, em relação às medidas individuais pode ser incluído o uso de repelentes em ambientes nos quais o vetor pode estar presente; evitar exposição nos horários de maior atividade do vetor (crepúsculo e noite); uso de mosquiteiro e utilização de telagem em portas e janelas, além

de manter animais domésticos fora do intradomicílio durante o período noturno. Tais medidas visam manter o vetor afastado dos seres humanos expostos ao risco de contrair a doença (BRASIL, 2010a).

Medidas coletivas como manejo ambiental com limpeza de quintais e terrenos baldios, poda de árvores para aumentar a incidência de luz solar e destino adequado do lixo orgânico visam reduzir o número de criadouros dos flebotomíneos e afastá-los de seus reservatórios silvestres e domésticos (BRASIL, 2010a)

Indivíduos moradores de Timóteo-MG, após serem notificados com LTA pela dermatologista especialista referência em LTA, vinculada a rede timotense, foram questionados sobre o uso de alguma medida de proteção contra o inseto vetor da doença. Dos 63,3% dos entrevistados que relataram fazer uso de algum tipo de proteção, 80% usavam repelentes químicos e 20% repelentes físicos, como ventilador, mosquiteiro ou janelas e portas teladas (SOUZA, 2011).

A ficha de notificação é lançada no SINAN por uma técnica de Vigilância Epidemiológica (VE). A partir da notificação, a VE tem 180 dias para encerrar o caso e, para isto, está em constante comunicação com o serviço de especialidade através de guias de contra referência para atualização da guia de acompanhamento do SINAN. São coletados dados como data de início e duração do tratamento proposto e desfecho do caso. Caso haja alguma evasão durante este acompanhamento o serviço referência entra em contato com a VE para que seja feita busca ativa dos pacientes e remarcação de consulta.

5.8 Tratamento

Os antimoniais pentavalentes constituem a droga de primeira escolha para o tratamento das leishmanioses, podendo ser utilizado o antimoniato de N-metilglucamina (Glucantime®) e o estibogluconato de sódio. Este último não é disponível no Brasil. (BRASIL, 2010a).

Segundo recomendações do MS e da OMS, a dose de Glucantime® a ser administrada varia de acordo com a apresentação clínica da doença. Para os casos de leishmaniose cutânea, preconiza-se a dose de 15 mg de Sb/Kg/dia durante 20 dias e de 20 mg de Sb/Kg/dia durante 30 dia nas formas cutâneo-mucosas. A via de administração pode ser intramuscular ou intravenosa, não

havendo diferença de eficácia terapêutica quando comparadas as duas vias (SAMPAIO, 2008; BRASIL, 2009a).

Tratamentos alternativos incluem o desoxicolato de anfotericina B, anfotericina B lipossomal, dentre outros, indicados nos casos graves ou resistentes ao tratamento com antimonial (SAMPAIO, 2008). Em pacientes com coinfeção leishmania/HIV a droga de escolha recai sobre o desoxicolato de anfotericina B (BRASIL, 2009a).

Em avaliação feita por Pelissari *et al.*, 2011) a prescrição das drogas indicadas para o tratamento das Leishmanioses não seguiu as orientações do MS em parcela considerável dos pacientes. Em 2009, de acordo com os dados disponíveis nas fichas de notificação, 15,2% dos casos de LTA cutânea e 54,2% dos casos de LTA cutâneo-mucosa receberam doses abaixo do recomendado para o tratamento da patologia apresentada. Na rede de atenção de Timóteo, a droga de escolha para os casos positivos para LTA no município de Timóteo é o antimonial pentavalente N-metilglucamina (Glucantime®) na posologia indicada pelo MS, resumida na figura 3, que varia de acordo com o acometimento ou não de mucosa (BRASIL, 2010a). A droga é dispensada no próprio serviço de referência por um farmacêutico habilitado.

Figura 3: Tratamento das Leishmanioses segundo apresentação, dose e via de aplicação

| Antimoniato de N-metil glucamina | |
|----------------------------------|---|
| Apresentação | Ampolas de 5mL contendo 1.500mg (300mg/mL) de <u>antimoniato de N-metil glucamina</u> , equivalentes a 405mg (81mg/mL) de antimônio pentavalente (Sb ⁺⁵). |
| Dose e via de aplicação | LV: 20 mg/Sb ⁺⁵ /kg/dia por via endovenosa ou intramuscular, uma vez ao dia, durante 30 dias. A dose prescrita refere-se ao antimônio pentavalente (Sb ⁺⁵). Dose máxima de 3 ampolas ao dia. |
| | LTA: O esquema terapêutico é preconizado para as diversas formas clínicas a seguir: |
| | Leishmaniose cutânea: 10-20mg/Sb ⁺⁵ /Kg/dia por 20 dias (recomenda-se a dose de 15mg/Sb ⁺⁵ /Kg/dia) |
| | Leishmaniose difusa: 20mg/Sb ⁺⁵ /Kg/dia por 20 dias |
| | Leishmaniose mucosa: 20mg/Sb ⁺⁵ /Kg/dia por 30 dias |
| Desoxicolato de anfotericina B | |
| Apresentação | Frasco com 50 mg de desoxicolato sódico de anfotericina B liofilizada. |
| Dose e via de aplicação | LV: 1mg/kg/dia por infusão venosa durante 14 a 20 dias. A decisão quanto à duração do tratamento deve ser baseada na evolução clínica, considerando a velocidade da resposta e a presença de co-morbidades. |
| | Dose máxima diária de 50mg. |
| | LTA: Início – 1mg/Kg/dia diariamente ou em dias alternados, com dose diária máxima de 50mg. Deve ser administrada até atingir as seguintes doses: |
| | Forma cutânea: 1 a 1,5g |
| | Forma mucosa: 2,5 a 3g |
| Anfotericina B lipossomal | |
| Apresentação | Frasco/ampola com 50mg de anfotericina B lipossomal liofilizada. |
| Dose e via de aplicação | LV: 3mg/kg/dia, durante 7 dias ou 4mg/kg/dia, durante 5 dias em infusão venosa, em uma dose diária. |
| | LTA: 1 a 4mg/Kg/dia diariamente por infusão venosa, em dose única, sem limite de dose diária até atingir as seguintes dose totais: |
| | Forma cutânea: 1 a 1,5g |
| | Forma mucosa: 2,5 a 3g |

Fonte: PELISSARI *et al*, 2011

6 PLANO DE AÇÃO

Primeiro passo: definição dos problemas

Problema pode ser definido como uma “questão levantada para inquirição, consideração, discussão, decisão ou solução” (MICHAELIS, 1998). A Estimativa Rápida permite identificar os principais problemas de saúde dentro de uma área de abrangência, baseado na observação direta da equipe e em dados previamente coletados e arquivados e sistemas de informação.

Segundo passo: priorização de problemas

A vivência diária e a observação direta da ESF Alphaville possibilitam diagnosticar alguns problemas relacionados tanto a gestão quanto a prevalência de doenças nessa equipe e em sua área de abrangência. A Tabela 2 resume os principais problemas levantados pela equipe durante uma reunião para este fim. A partir da relevância do problema, urgência em sua resolução e capacidade de enfrentamento pela equipe, foi selecionada a ordem de prioridade em sanar os problemas expostos.

Dessa forma, após analisar todos os problemas observados na ESF Alphaville e levando em consideração a alta incidência de LTA na área de abrangência da ESF Alphaville, a falta de conhecimento da população local a cerca da LAT foi escolhido como o problema a ser enfrentado primeiramente, em função de sua urgência, importância e capacidade de enfrentamento pela ESF.

Tabela 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência na ESF Alphaville. 2014.

| Principais problemas | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Seleção |
|--|-------------|----------|-----------------------------|---------|
| Alta incidência de Leishmaniose Tegumentar | Alta | 9 | Parcial | 1 |
| Vistas domiciliares pouco efetivas | Alta | 6 | Parcial | 2 |
| Falta de funcionários | Alta | 8 | Nenhuma | 3 |
| Ausência de contra-referencia | Alta | 8 | Nenhuma | 3 |

Fonte: Autor

A LTA configura-se um sério problema de saúde pública no município de Timóteo. Segundo dados do SINAN, de janeiro de 2002 a agosto de 2010 foram notificados 164 casos da doença nesse município. Desses, 80% foi registrado como autóctone residente em áreas urbanas. A área de abrangência da ESF Alphaville encontra-se totalmente inserida no conglomerado primário de transmissão da doença no município de Timóteo, sendo o Recanto do Sossego uma importante área de manutenção do ciclo da doença com infecção humana autóctone. Trata-se de um vilarejo inserido em área da ocupação de mata nativa em região periurbana. Nessa região já foram identificados fêmeas de espécies de fletotomíneos sabidamente transmissores da doença, como a *Ny whitmani* e constatada que estas são naturalmente infectadas pela *Leishmania brasiliensis*, o principal agente etiológico da LTA no Brasil (SOUZA, 2011).

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O problema foi observado principalmente durante a organização do serviço e o vínculo da equipe com usuário nas consultas médicas e visitas domiciliares, atendimentos individuais e coletivos e no sistema de informação repassada principalmente entre pacientes portadores de LTA. Para descrição do problema priorizado foram utilizados os dados observados naquele território, os disponíveis no SIAB e na equipe Alphaville. Um significativo número de pessoas que residem na área da equipe em Timóteo, convive com a LTA, muitas vezes desconhecem sobre as lesões e assim desconhecem a forma de prevenção e informação adequada.

Quarto passo: explicação do problema

Em entrevista aos pacientes notificados com LTA, constatou-se que 72,2% dos entrevistados responderam corretamente que a transmissão da LTA se dá pela picada do inseto, entretanto, só receberam esta informação após contraírem a doença. Quando questionados se já viram um flebotomíneo, 88,6% responderam negativamente e os 11,4% restantes informaram que viram o inseto em ações educativas da prefeitura ou em meios de comunicação com ilustrações.—Ficou evidente que os moradores do Recanto do Sossego são, na sua maioria, pessoas de classe socioeconômica inferior, com maus

hábitos de higiene, acumulando lixo nas residências sendo estes, portanto os determinantes da doença. Porém, apesar da baixa escolaridade, o acesso à informação e o fato de contrair a doença são fatores decisivos atualmente para que se tenha maior conhecimento da LTA em Timóteo-MG. Portanto, “as atividades de informação da população como aliadas poderosas na prevenção e controle de doenças, sendo práticas importantes a serem adotadas e privilegiadas em ações de saúde pública” (SOUZA, 2011).

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

O desconhecimento da população local sobre LTA, seu ciclo de transmissão e suas lesões típicas, bem como os maus hábitos de higiene e o acúmulo de lixo nas residências têm dificultado o diagnóstico precoce e o controle da LTA na área de abrangência da ESF Alphaville.

Nós críticos encontrados para enfrentar o problema alta incidência de LTA na área de abrangência da ESF:

1. Baixo conhecimento sobre o ciclo de transmissão da LTA
2. Acúmulo de lixo nas residências
3. Desconhecimento dos usuários acerca das lesões suspeitas de LTA

Sexto passo: desenho das operações

Por tudo isso, é interessante que a ESF faça palestras educativas, folderes e cartazes de divulgação sobre o ciclo de transmissão da doença, a fim de atuar sobre o conhecimento da população e permitir que eles mudem seus hábitos de higiene e o cuidado do ambiente em que vivem. Além disso, seria necessário buscar fundos com a secretaria de saúde para arcar com despesas com impressão de folderes e cartazes de divulgação sobre o problema. Para as palestras, necessita-se de ambiente amplo que comporte os usuários e tenha recursos audiovisuais para projeção de slides. Além do espaço físico, é necessária a capacitação técnico-científica do palestrante, seja ele o médico, enfermeiro ou outro profissional da equipe assistente.

Para viabilizar diagnóstico e terapêutica adequados dos casos suspeitos, a ESF poderia, dos mesmos modos de divulgação anterior, alertar a população sobre as lesões típicas de LTA a fim de que sejam reconhecidas precocemente

e procurem atendimento médico. Para garantir acesso rápido ao serviço de saúde o médico da equipe deve possuir um espaço na sua agenda para atendimento da demanda espontânea e deve estar capacitado a reconhecer lesões suspeitas de Leishmaniose e solicitar propedêutica diagnóstica adequada para viabilizar o diagnóstico definitivo. O município deve ter um profissional referência para realização dos exames de biópsia lesionais e arsenais propedêuticos que viabilizem a realização do exame. Após a confirmação diagnóstica, este mesmo profissional referência, com capacidade técnica-científica, deve viabilizar a terapêutica precoce e adequada.

Tabela 3: Nós críticos da alta incidência de LTA na área de abrangência da ESF Alphaville

| Nó crítico | Operação/Projeto | Resultados esperados | Produtos | Recursos necessários |
|--|---|--|---|--|
| Baixo conhecimento sobre o ciclo de transmissão da LTA | Transmissão NÃO Orientar sobre a o ciclo de transmissão da LTA | Usuários melhor informados sobre o ciclo de transmissão da LTA | Palestras na igreja da área de abrangência Folhetos distribuídos Cartazes fixados em escolas, igrejas Unidade de Saúde | Financeiro: para recursos audiovisuais, cartazes, folhetos Organizacional: para as palestras Cognitivo: informação de especialistas no assunto e equipe da ESF Político: conseguir o local, mobilização social. |
| Acúmulo de lixo nas residências | Menos LTA Conscientizar sobre a participação do acúmulo de lixo na manutenção do ciclo da LTA | Terrenos mais limpos Menor número de flebotomíneos | Palestras na igreja da área de abrangência Folhetos distribuídos Cartazes fixados em escolas, igrejas Unidade de Saúde Orientações dadas pelos profissionais de saúde durante visitas domiciliares | Financeiro: para recursos audiovisuais, cartazes, folhetos, manequins Organizacional: para os grupos Cognitivo: informação da ESF para conhecimento sobre estratégias de comunicação |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| | | | e consultas. | Político: mobilização social, intersectorial com a rede |
| Desconhecimento dos usuários acerca das lesões suspeitas de LTA | Lesão zero Orientar sobre as lesões suspeitas de LTA | Usuários melhor informados sobre as lesões suspeitas de LTA | Palestras na igreja da área de abrangência Folhetos distribuídos Cartazes fixados em escolas, igrejas Unidade de Saúde | Financeiro: para recursos audiovisuais, cartazes, folhetos Organizacional: para as palestras Cognitivo: informação de especialistas no assunto e equipe do PSF Político: conseguir o local, mobilização social, intersectorial com a rede |
| Falta de informação da comunidade sobre o problema | Informe-se Orientar sobre o alto índice de LTA na região | Comunicação entre ESF e população | Palestras na igreja da área de abrangência Folhetos distribuídos Cartazes fixados em escolas, igrejas Unidade de Saúde | Financeiro: para recursos audiovisuais, cartazes, folhetos Organizacional: para as palestras Cognitivo: informação de especialistas no assunto e equipe do PSF Político: conseguir o local, mobilização social, intersectorial com a rede |

Fonte: Autor

Sendo assim, um plano de ação para atuar sobre o desconhecimento da população sobre LTA seria a realização do encontro “Leishmaniose: informe-se” (APÊNDICE A). Trata-se de uma palestra educativa na igreja do bairro Alphaville com os usuários pertencentes à área de abrangência da ESF, sobretudo os moradores do Recanto do Sossego, a ser ministrada pelo médico da equipe. Antes e depois da palestra será aplicado um questionário

(APÊNDICE B) para avaliar a porcentagem de indivíduos que assimilaram a informação transmitida pelo médico palestrante.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

A abordagem da LTA será feita através do encontro “Leishmaniose: informe-se”, da fixação de cartazes em escolas, unidade de saúde e igrejas, além da distribuição de folhetos aos usuários do centro de saúde.

| Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema alta incidência de LTA na área de abrangência da ESF Alphaville | |
|--|---|
| Operação/Projeto | Recursos críticos |
| Transmissão NÃO | Financeiro: para cartazes, folhetos Cognitivo: palestrante especialista no assunto para orientar os usuários e capacitar a ESF Político: conseguir espaço na igreja local |
| Menos LTA | Financeiro: para cartazes, folhetos Cognitivo: palestrante especialista no assunto para orientar os usuários e capacitar a ESF Político: conseguir espaço na igreja local |
| Lesão zero | Financeiro: para cartazes, folhetos Cognitivo: palestrante especialista no assunto para orientar os usuários e capacitar a ESF Político: conseguir espaço na igreja local |
| Informe-se | Financeiro: para cartazes, folhetos Cognitivo: palestrante especialista no assunto para orientar os usuários e capacitar a ESF Político: conseguir espaço na igreja local |

Fonte: Autor

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

| Análise e viabilidade do plano | | | | |
|--------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Operações/ Projetos | Recursos críticos | Controle dos recursos críticos | | Ação estratégica |
| | | Ator que controla | Motivação | |
| Transmissão NÃO | Financeiro: para cartazes, folhetos Cognitivo: palestrante especialista no assunto para orientar os usuários e capacitar a ESF Político: conseguir espaço na igreja | Secretário de Saúde Gerente da UBS | Indiferente Favorável | Apresentar o projeto |

| | | | | |
|-------------------|---|---------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| | local | | | |
| Menos LTA | Financeiro: para cartazes, folhetos Cognitivo: palestrante especialista no assunto para orientar os usuários e capacitar a ESF Político: conseguir espaço na igreja local | Secretário de Saúde Gerente da UBS | Indiferente Favorável | Apresentar o projeto |
| Lesão zero | Financeiro: para cartazes, folhetos Cognitivo: palestrante especialista no assunto para orientar os usuários e capacitar a ESF Político: conseguir espaço na igreja local | Secretário de Saúde Gerente da UBS | Indiferente Favorável | Apresentar o projeto |
| Informe-se | Financeiro: para cartazes, folhetos Cognitivo: palestrante especialista no assunto para orientar os usuários e capacitar a ESF Político: conseguir espaço na igreja local | Secretário de Saúde Gerente da UBS | Indiferente Favorável | Apresentar o projeto |

Fonte: Autor

Nono passo: elaboração do plano operativo

| Plano Operativo | | | | | |
|--|--|--|------------------------------|---------------|--|
| Operações | Resultados | Produtos | Ações estratégicas | Responsável | Prazo |
| Transmissão NÃO Modificar hábitos de vida. | Diminuir em 25% a incidência de LTA na área de abrangência da ESF Alphaville | Programa de orientação Campanha educativa Folderes Cartazes | Apoio do NASF Apoio da VE | Médico da ESF | Apresentar o projeto em três meses; início das atividades: seis meses |

| | | | | | |
|---|--|--|------------------------------|-----------------------------------|---|
| Menos LTA Promover um ambiente domiciliar livre de lixo | Redução do número de flebotômicos no peridomicílio | Programa de orientação Campanha educativa Folderes Cartazes | Apoio do NASF Apoio da VE | Agente Comunitário da microárea 6 | Apresentar o projeto em três meses; início das atividades: seis meses |
| Lesão zero Aumentar o nível de informação da população sobre as lesões suspeitas de LTA | População mais informada sobre características das lesões suspeitas de LTA | Programa de orientação Campanha educativa Folderes Cartazes | Apoio do NASF Apoio da VE | Enfermeiro da ESF | Apresentar o projeto em três meses; início das atividades: seis meses |
| Informe-se População mais bem informada sobre o risco de transmissão de LTA na área em que habita | População mais informada sobre índices de incidência de LTA da região | Programa de orientação Campanha educativa Folderes Cartazes | Apoio do NASF Apoio da VE | Médico da ESF | Apresentar o projeto em três meses; início das atividades: seis meses |

Fonte: Autor

Décimo passo: gestão do plano

| Planilha de acompanhamento das operações/projeto | | | | | |
|--|---------------|---------|-------------------------------|--|------------|
| Operação "Transmissão NÃO" | | | | | |
| Coordenação: Médico da ESF Avaliação após seis meses do início do projeto. | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Palestras na igreja da área de abrangência | Médico da ESF | 3 meses | Aguardando local | Local para realização da palestra ainda indisponível | 1 mês |
| Folhetos distribuídos | Médico da ESF | 3 meses | Projeto ainda não apresentado | Indisponibilidade de tempo para montar a cartilha | 3 mês |
| Cartazes fixados em escolas, igrejas Unidade de Saúde | Médico da ESF | 3 meses | Projeto ainda não apresentado | Indisponibilidade de tempo para montar o cartaz | 3 meses |

| Operação: 'Menos LTA' | | | | | |
|---|--------------------|--------------|-------------------------------|--|-------------------|
| Coordenação: Agente comunitário da microárea 6 | | | | | |
| Avaliação após 6 meses do início do projeto | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Palestras na igreja da área de abrangência | Médico da ESF | 3 meses | Aguardando local | Local para realização da palestra ainda indisponível | 1 mês |
| Folhetos distribuídos | Enfermeiro da ESF | 3 meses | Projeto ainda não apresentado | Indisponibilidade de tempo para montar a cartilha | 3 mês |
| Cartazes fixados em escolas, igrejas Unidade de Saúde | Enfermeiro da ESF | 3 meses | Projeto ainda não apresentado | Indisponibilidade de tempo para montar o cartaz | 3 meses |
| Operação : ' Lesão zero ' | | | | | |
| Coordenação: Enfermeiro da ESF – Avaliação após 6 meses do início do projeto | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Palestras na igreja da área de abrangência | Médico da ESF | 3 meses | Aguardando local | Local para realização da palestra ainda indisponível | 1 mês |
| Folhetos distribuídos | Enfermeiro da ESF | 3 meses | Projeto ainda não apresentado | Indisponibilidade de tempo para montar a cartilha | 3 mês |
| Cartazes fixados em escolas, igrejas Unidade de Saúde | Enfermeiro da ESF | 3 meses | Projeto ainda não apresentado | Indisponibilidade de tempo para montar o cartaz | 3 meses |
| Operação: ' Informe-se ' | | | | | |
| Coordenação: Médico ESF – Avaliação após 6 meses do início do projeto | | | | | |
| Produtos | Responsável | Prazo | Situação atual | Justificativa | Novo prazo |
| Palestras na igreja da área de abrangência | Médico da ESF | 3 meses | Aguardando local | Local para realização da palestra ainda indisponível | 1 mês |
| Folhetos distribuídos | Enfermeiro da ESF | 3 meses | Projeto ainda não apresentado | Indisponibilidade de tempo para | 3 mês |

| | | | | | |
|---|-------------------|---------|-------------------------------|---|---------|
| | | | | montar a cartilha | |
| Cartazes fixados em escolas, igrejas Unidade de Saúde | Enfermeiro da ESF | 3 meses | Projeto ainda não apresentado | Indisponibilidade de tempo para montar o cartaz | 3 meses |

Espera-se demonstrar que palestras e outras medidas educativas podem ser facilmente implementadas por uma ESF e têm forte influência e produzem grande impacto na transformação do conhecimento dos usuários de sua área de abrangência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu que a equipe Alphaville, conhecesse a realidade dos problemas que estão ligados ao desconhecimento da população assistida acerca do ciclo de transmissão e lesões típicas da LTA, bem como aos seus hábitos de higiene.

Por meio da revisão de literatura e da construção do plano de ação embasado no PES, foi possível observar que o trabalho da equipe e suas potencialidades para orientação referente aos hábitos de vida de seus usuários e desconhecimento a cerca de doenças que os permeiam, que é um dos pontos chave para a efetivação do plano de ação proposto.

A implementação deste plano contribuirá para a redução da incidência da LTA na região em longo prazo, bem como da possibilidade de diagnosticar e tratar mais precocemente doentes. Para isso, a equipe fornecerá apoio psicossocial, realizado em parceria com o NASF, que é de extrema importância para a manutenção dos usuários no processo de restabelecimento de sua saúde física e mental. Espera-se, além disso, aumentar a qualidade de vida dos usuários e dos portadores de LTA.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Cadernos de atenção básica: Zoonoses**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. v.22

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.

BRASIL. Instituto Nacional de Educação e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica**. Disponível em <<http://ideb.inep.gov.br/>> Acesso em 19 mai. 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010**. [on line]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 30 jul. 2014

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

Cidades Sustentáveis (site) Disponível em: <<http://indicadores.cidadessustentaveis.org.br/br/MG/timoteo>>. Acesso em 12 ago. 2014

CORRÊA, Edison José; VASCONCELOS, Mara; SOUZA, Maria Suzana de Lemos . **Iniciação à metodologia científica**: participação em eventos e elaboração de textos científicos. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 96p.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo:Companhia Melhoramentos, 1998-(Dicionários Michaelis). Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues>. Data de acesso: 19/01/2015

MOURA, A. S.; ROCHA, R. L. **Epidemias e Endemias B: Dengue, Leishmaniose tegumentar e visceral, Leptospirose, Influenza e Febre maculosa**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

PELLISSARI, D. M.; CECHINEL, M. P.; SOUZA-GOMES, M. L. de; LIMA JÚNIOR, F. E .F. de. **Tratamento da Leishmaniose Visceral e Leishmaniose Tegumentar Americana no Brasil**. Serviço de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2011.

SAMPAIO, S. A. P.; RIVITTI, E. A. **Dermatologia**. 3. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2008

SOUZA, C. F. de. **Estudo da urbanização de flebotomíneos e aspectos epidemiológicos de Leishmaniose tegumentar americana no município de Timoteo, Minas Gerais, Brasil**. 201. 123f. Dissertação (Mestrado em Medicina Veterinária) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2011.

APÊNDICE A – Programação completa do encontro “Leishmaniose: informe-se” e profissionais responsáveis pela execução de cada atividade

| Momento | Atividade | Responsável |
|--------------------------------|--|---|
| Antes do encontro... | | |
| Na semana anterior ao encontro | Divulgação para a comunidade do local, data e horário do encontro | Agentes comunitários de saúdes |
| No dia do encontro... | | |
| 10 min | Acolhida: recepcionar os participantes | Todos os profissionais |
| 20 min | Aplicação do questionário pré-palestra | Enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS |
| 1h30min | Palestra abordando temas relevantes sobre transmissão, profilaxia e lesões suspeitas de LTA | Médico |
| 20 min | Aplicação do questionário pós-palestra | Enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS |
| Após o encontro... | | |
| 30 minutos | Contabilização do número de SIM e NÃO de cada item respondido nos questionários e comparar a porcentagem de SIM entre pré e pós-palestra | Todos os profissionais |

APÊNDICE B – Questionário individual para avaliação do conhecimento do usuário da ESF Alphaville sobre leishmaniose

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Endereço: _____

Marque com um "X" em SIM ou NÃO para as seguintes perguntas, baseado nos seus conhecimentos atuais sobre Leishmaniose:

| PERGUNTA | SIM | NÃO |
|---|------------|------------|
| Você sabe o que é Leishmaniose? | | |
| Alguns conhecidos já tiveram Leishmaniose? | | |
| Você sabe como a Leishmaniose é transmitida? | | |
| Você sabe quais os sintomas da Leishmaniose? | | |
| Você sabe reconhecer algum caso suspeito de Leishmaniose? | | |
| Você sabe quais são os animais reservatórios da Leishmaniose? | | |
| Você sabe medidas que a Secretaria de Saúde deve adotar para prevenir que o ciclo de Leishmaniose se perpetue? | | |
| Você sabe medidas que você mesmo pode adotar para evitar que seja infectado pela Leishmaniose? | | |
| Você já viu alguma informação sobre Leishmaniose em algum meio de comunicação (cartaz, folder, televisão, rádio)? | | |
| Você já teve alguma informação de algum profissional de saúde sobre Leishmaniose? | | |
| Você saberia orientar algum amigo ou conhecido baseado em seus conhecimentos atuais sobre Leishmaniose? | | |

Este questionário foi respondido:

Antes da palestra

Depois da palestra