

# Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral\*

doi: 10.5123/S1679-49742016000300012

## Evaluation of the organization of health services as a strategy for the prevention and control of visceral leishmaniasis

Miriam Nogueira Barbosa<sup>1</sup>

Eliete Albano de Azevedo Guimarães<sup>2</sup>

Zélia Maria Profeta da Luz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão das Neves, Departamento de Vigilância Epidemiológica, Ribeirão das Neves-MG, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal de São João Del Rei, Programa de Pós-Graduação/Mestrado Acadêmico em Enfermagem, São João Del Rei-MG, Brasil

<sup>3</sup>Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte-MG, Brasil

### Resumo

**Objetivo:** avaliar a estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral (LV) em Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brasil, de 2010 a 2012. **Métodos:** pesquisa avaliativa de tipo estudo de caso, sobre o grau de implantação de uma estratégia voltada à integração dos serviços de assistência, controle de zoonoses e vigilância epidemiológica; consistiu de observação do processo de trabalho, entrevistas com profissionais e análise de dados secundários dos sistemas de informações. **Resultados:** a implantação mostrou-se parcialmente adequada (84%); na estrutura, o fator de recursos humanos obteve a pior avaliação (64%), e no processo, a reorganização da assistência (80%) e da vigilância (77%); no período 2010-2012, houve aumento de 20% nas notificações de casos de LV e redução de 20% no intervalo entre notificação e início do tratamento. **Conclusão:** a estratégia contribuiu para a melhoria da organização das ações de prevenção e controle da LV.

**Palavras-chave:** Leishmaniose Visceral/prevenção & controle; Serviços de Saúde; Avaliação em Saúde.

### Abstract

**Objective:** to evaluate the organization of health services as a strategy for the prevention and control of visceral leishmaniasis (VL) in Ribeirão das Neves, Minas Gerais, Brazil, from 2010 to 2012. **Methods:** this was a case study evaluation of the degree of implementation of a strategy for the integration of health care services, control of zoonosis and epidemiological surveillance; it consisted of observing the work process, interviewing health professionals and analysing secondary data from information systems. **Results:** implementation was partially adequate (84%); in terms of structure, the human resources component had the worst evaluation (64%) whilst in terms of work process, evaluation was 80% for reorganization of care and 77% for surveillance; in the period 2010-2012 there was a 20% increase in reported cases of VL and a 20% reduction in the time interval between reporting a case and starting treatment. **Conclusion:** the strategy contributed to the improvement of the organization of VL prevention and control actions.

**Key words:** Leishmaniasis, Visceral/prevention & control; Health Services; Health Evaluation.

\*Artigo elaborado a partir da tese de Doutorado de Miriam Nogueira Barbosa, intitulada 'Implantação e Avaliação de Estratégia de Organização de Serviços de Saúde para Prevenção e Controle da Leishmaniose Visceral em Município da Região Metropolitana de Belo Horizonte onde a doença é endêmica', defendida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Belo Horizonte-MG, no ano de 2014. O estudo foi financiado pelo Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz/MG e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG): Processo nº APQ0038910. A tese foi premiada na 14ª Mostra Competitiva da Expoepi em 2014, como melhor contribuição técnico-científica produzida por profissional de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) para o aperfeiçoamento das ações de vigilância em saúde.

### Endereço para correspondência:

Zélia Maria Profeta da Luz – Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Av. Augusto de Lima, nº 1715, Barro Preto, Belo Horizonte-MG, Brasil. CEP: 30190-002

E-mail: profeta@cpqrr.fiocruz.br

## Introdução

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença infecciosa grave que atinge, sobretudo, populações menos favorecidas socioeconomicamente.<sup>1</sup> A atenção à LV é uma atividade complexa, um desafio à Saúde Pública no Brasil, pois envolve diversas ações: controle do reservatório; redução da população do vetor; diagnóstico precoce; e tratamento.

O diagnóstico clínico da LV não é simples. A doença pode cursar com diferentes manifestações clínicas, comuns a outras enfermidades.<sup>2,3</sup> Seu tratamento envolve o uso de medicamentos com potencial toxicidade, capazes de provocar graves efeitos adversos, especialmente em um cenário caracterizado pela insuficiência de profissionais preparados e de serviços organizados para a correta assistência e manejo da LV.<sup>4,5</sup> Observa-se, ainda, baixo conhecimento e pouco envolvimento da população nas ações de prevenção e controle desse agravo,<sup>6</sup> contribuindo para que a doença apresente alta taxa de letalidade no país, equivalente a 6,4% no período de 2009 a 2013.<sup>7</sup>

*A atenção à LV é uma atividade complexa, um desafio à Saúde Pública no Brasil, pois envolve diversas ações: controle do reservatório; redução da população do vetor; diagnóstico precoce; e tratamento.*

Para a efetividade das ações de prevenção e controle da LV nesse contexto, é imperativo intervir em localidades onde a LV é endêmica, respeitando o município enquanto espaço e sistema organizado, dinâmico e complexo para intervenção e análise, com ênfase na articulação e integração das ações entre serviços que, tradicionalmente, funcionam de forma fragmentada.<sup>5,8</sup>

No município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, foi implementada uma estratégia de ação de Saúde Pública dirigida à LV, com os objetivos de (i) ampliar a integração entre os serviços, (ii) estruturar os processos relacionados à prevenção e assistência aos casos, (iii) estimular maior nível de informação da população e dos profissionais de saúde a respeito da LV, além de (iv) sistematizar a análise de dados e a divulgação das informações sobre a doença.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral em Ribeirão das Neves, estado de Minas Gerais, Brasil, no período de 2010 a 2012.

## Métodos

Trata-se de pesquisa avaliativa sobre a implantação de uma estratégia de organização de serviços para a prevenção e controle da leishmaniose visceral no município de Ribeirão das Neves, de 2010 a 2012. Esse tipo de abordagem estuda as relações entre uma intervenção e seu contexto, durante sua implementação; consiste em emitir um juízo de valor sobre o conjunto dos fatores estruturais (recursos empregados e sua organização) e de processo (serviços ou bens produzidos) que facilitam ou comprometem os resultados obtidos com a intervenção.<sup>9</sup> Optou-se pelo estudo de caso, visando à análise detalhada, em profundidade, de uma determinada realidade ou situação em seus diversos aspectos, permitindo a elaboração de hipóteses e um debate sobre o objeto de estudo.<sup>10</sup>

Ribeirão das Neves, município pertencente à Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, apresentava em 2014 uma população de 319.310 habitantes: população jovem, de baixa escolaridade, renda per capita de R\$479,77, índice de desenvolvimento humano de 0,684 e índice de Gini de 0,40.<sup>11-13</sup> No mesmo ano, o sistema de saúde local organizava-se territorialmente em cinco Regiões Sanitárias, dotadas de 53 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) para cobrir 60% da população, cinco unidades básicas de referência, duas unidades de pronto atendimento (UPA), um hospital geral de médio porte e um Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (ARDIP), entre outros serviços de média complexidade.<sup>14</sup>

A estratégia adotada em Ribeirão das Neves, aqui avaliada, teve como eixo orientador a integração dos serviços de assistência, vigilância epidemiológica e controle de zoonoses, por meio da criação de uma equipe de coordenação e avaliação (a partir de agora, citada como EC), composta por representantes dos serviços mencionados anteriormente mais um enfermeiro da ESF de cada uma das cinco Regiões Sanitárias. A EC foi criada com os objetivos de (i) mobilizar a gestão e os demais profissionais para o trabalho, (ii) realizar análise diagnóstica de contexto

organizacional e das práticas relacionadas à atenção e prevenção da LV, (iii) planejar as ações, coordenar e executar as atividades propostas, (iv) reorganizar a assistência e vigilância aos casos, (v) apoiar a preparação de técnicos de enfermagem como profissionais de referência nas ações de prevenção e controle da LV nos serviços, (vi) operacionalizar a intervenção de prevenção da LV na comunidade e (vii) avaliar a implantação da estratégia. O cronograma de atividades da equipe foi definido durante reuniões mensais, no primeiro ano de implantação, bimestrais no segundo ano e trimestrais a partir do terceiro ano.

Para a melhoria da atenção aos casos de LV, a estratégia previa o estímulo ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, em tempo oportuno, por meio das seguintes ações:

- identificação das portas de entrada de casos suspeitos da doença;
- sensibilização e orientação de profissionais de saúde quanto aos dados de ocorrência da LV no município e à necessidade de maior suspeição clínica da doença, e redução da letalidade;
- realização do diagnóstico da LV no próprio município, para maior agilidade na liberação do resultado;
- comunicação articulada entre laboratório, unidades de saúde e vigilância epidemiológica;
- definição de serviços de referência para tratamento dos casos, de acordo com avaliação clínico-laboratorial de risco de óbito;
- construção de fluxogramas de orientação para abordagem da doença, com a participação de profissionais dos diferentes pontos de atenção; e
- instituição de uma referência técnica, para dar continuidade ao trabalho.

A estratégia do serviço de vigilância epidemiológica consistiu na elaboração de fluxograma interno, descrevendo seus principais objetivos: promover maior integração das ações de vigilância com os serviços de assistência; melhorar a vigilância dos casos de LV, com acompanhamento de sua evolução até cura clínica; implementar o georreferenciamento de casos e óbitos; sistematizar a análise de dados; e divulgar as informações.

A preparação de técnicos de enfermagem como profissional de referência para a LV, um por unidade de Atenção Primária à Saúde, ocorreu em oficina de trabalho, com carga horária de oito horas, que cons-

tou de roda de conversa, aula teórica e atividades em grupo de discussão sobre a doença e a função desse profissional no serviço, a que se acrescentou a elaboração de um plano de ação local. O papel do técnico de enfermagem como referência foi assim definido pelo grupo: conhecer o território; problematizar e dialogar com a equipe de saúde e com a comunidade a respeito da prevenção e controle da LV; participar do processo de educação permanente no serviço; e divulgar e atualizar informações a respeito da LV junto às equipes de saúde, procurando incentivar o diagnóstico precoce.

A estratégia de intervenção na comunidade, durante as visitas dos agentes de saúde nas cinco Regiões Sanitárias, caracterizou-se pela implementação de ações dirigidas à prevenção primária, por meio de atividades educativas e de avaliação sanitária, visando à ampliação do conhecimento sobre a LV e modificação de fatores de risco ambientais.

O modelo lógico<sup>9</sup> da estratégia (Figura 1) define a organização dos serviços, com vistas à prevenção e controle da LV, em seis componentes:

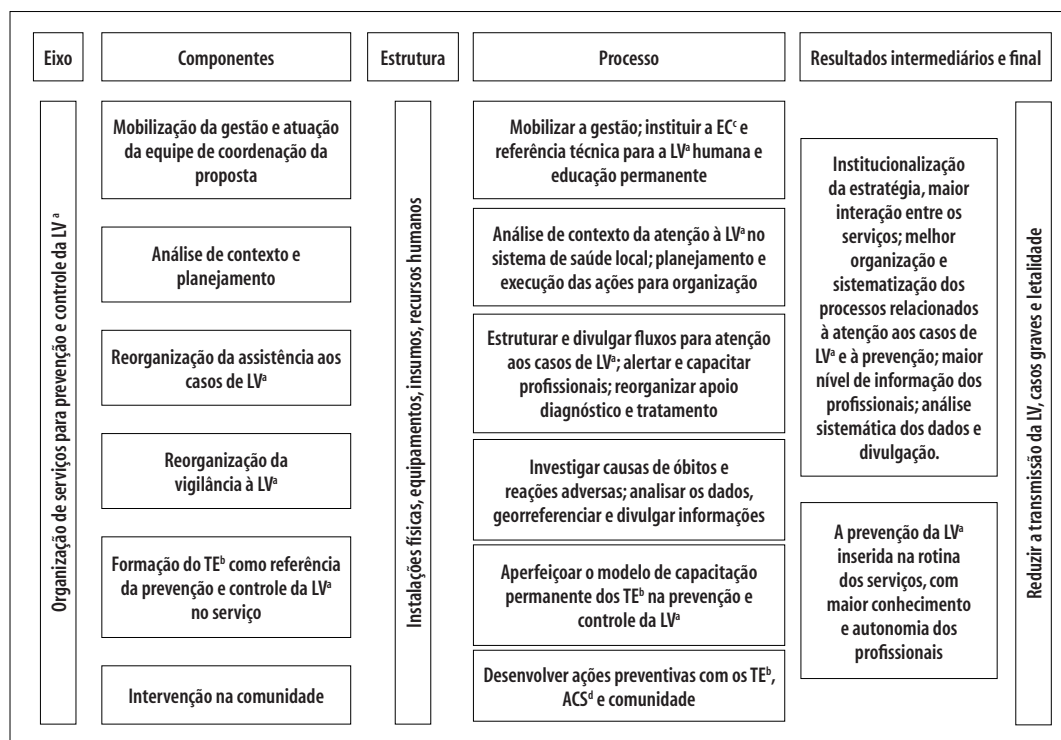
- (i) Mobilização da gestão e atuação da equipe de coordenação da proposta
- (ii) Análise de contexto e planejamento
- (iii) Reorganização da assistência aos casos de LV
- (iv) Reorganização da vigilância à LV
- (v) Formação de técnico de enfermagem como referência da prevenção e controle da LV no serviço e
- (vi) Intervenção na comunidade

O modelo de avaliação consistiu na definição de perguntas avaliativas e, a partir dessas perguntas, foram estabelecidas técnicas de coleta, critérios, descrições ou métodos de cálculo, e os parâmetros utilizados nas matrizes de análise do grau de implantação da intervenção.

As matrizes foram definidas pela técnica de consenso,<sup>15</sup> amparadas nas concepções teóricas, legais, e nas discussões realizadas com os integrantes da EC, além de pareceres de farmacêuticos, enfermeiros e médicos de diferentes serviços, envolvidos nas ações de diagnóstico e tratamento de casos humanos.

A coleta de dados ocorreu a partir de três grandes ações:

- levantamento de informações, no decorrer de reuniões realizadas com a EC, a respeito da situação epidemiológica da doença no município, da organização do sistema local, das informações disponibilizadas



- a) LV: leishmaniose visceral
- b) TE: técnico de enfermagem
- c) EC: equipe de coordenação e avaliação
- d) ACS: agente comunitário de saúde

**Figura 1 – Modelo lógico da estratégia de organização de serviços para prevenção e controle da leishmaniose visceral no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, 2010-2012**

pelas coordenações de assistência, vigilância epidemiológica e controle de zoonoses, pelos recursos humanos e pela base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan);

- observação do processo de trabalho no sistema de saúde local; e
- aplicação de questionários semiestruturados, sobre a atenção à LV, aplicados junto a diferentes categorias de profissionais – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes de combate às endemias.

Medidas-síntese (média) e de posição (mediana) foram utilizadas na análise descritiva dos dados de cada componente avaliado. O grau de implantação (GI) foi definido como um sistema de escores, com pesos diferenciados para cada indicador selecionado, segundo o nível de importância atribuído. Assim, constituiu-se a matriz de análise e julgamento. Nesta matriz, considerou-se a mesma estrutura para todos os

componentes da estratégia. Foram avaliados o ambiente físico, equipamentos, insumos e recursos humanos.

Todos os critérios relacionados à dimensão Estrutura foram considerados essenciais à organização dos serviços com atenção à LV e poderiam receber, como pontuação máxima, 10 pontos. São eles:

- existência de no mínimo uma unidade de saúde organizada para aplicação de antimoniais por Região Sanitária;
- existência de laboratório que realiza diagnóstico da LV no próprio município;
- existência de médicos em cada um dos pontos de atenção do sistema de saúde (Atenção Primária à Saúde, UPA, hospital) orientados para o diagnóstico e tratamento da LV; e
- um responsável técnico definido e atuante na organização do sistema de saúde com atenção à LV.

Para a dimensão Processo, os critérios poderiam receber, como pontuação máxima, 5 ou 10 pontos.

Os critérios avaliados no componente Mobilização da gestão e atuação da equipe de coordenação da proposta relacionaram-se a:

- equipe de coordenação criada (10 pontos);
- periodicidade das reuniões conforme cronograma (5 pontos);
- percentual de presença dos membros da EC nas reuniões programadas (5 pontos); e
- percentual de cumprimento das ações definidas nas reuniões (5 pontos).

No componente Análise de contexto e planejamento, avaliou-se a elaboração do relatório com diagnóstico realizado e do modelo lógico da proposta de organização dos serviços com atenção à LV pela EC, com a atribuição de até 10 pontos para cada um. Nos demais componentes – Reorganização da assistência aos casos de LV; Reorganização da vigilância à LV; Formação de técnico de enfermagem como referência da prevenção e controle da LV no serviço; e Intervenção na comunidade –, todos os critérios definidos foram avaliados com pontuação máxima de 10 pontos. São eles:

- fluxogramas de atenção à LV elaborados para os serviços de Atenção Primária à Saúde, hospital e pronto atendimento;
- aumento de 20% no número de casos notificados de LV, em relação ao período anterior ao estudo;
- redução de 50% no intervalo entre o início de sintomas e a notificação do caso, em relação ao período anterior ao estudo;
- redução de 20% no intervalo entre notificação do caso e início do tratamento, em relação ao período anterior ao estudo;
- redução em 50% na letalidade da LV no município, em relação ao período anterior ao estudo;
- acompanhamento de 100% dos casos de LV no ARDIP, até a cura;
- duas análises por ano com divulgação de dados epidemiológicos relacionados à LV;
- investigação de 100% dos óbitos associados à LV;
- 100% dos técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde preparados para atuar como referência da LV;
- 100% das unidades de Atenção Primária à Saúde (ESF) com técnico de enfermagem atuando como referência da LV;
- inserção de ações de prevenção da LV na rotina de trabalho de agentes de saúde das cinco Regiões Sanitárias;

- melhoria do conhecimento da população-alvo a respeito da LV; e
- melhoria das condições sanitárias dos domicílios-alvo da atuação dos agentes.

Foi estabelecido um total de 225 pontos, sendo 70 pontos para a dimensão Estrutura (20 pontos para estrutura física e 50 pontos para RH) e 155 pontos para a dimensão Processo (25 pontos para as atividades relativas ao componente Mobilização da gestão e atuação de equipe de coordenação e avaliação da proposta; 20 pontos para a Análise de contexto e planejamento; 50 pontos para a Reorganização da assistência aos casos de LV; 30 pontos para a Reorganização da vigilância à LV; 20 pontos para a Formação e atuação do técnico de enfermagem como referência da LV no serviço; e 10 pontos para a Intervenção na comunidade).

Dessa forma, procedeu-se à construção dos escores de implantação em duas etapas. No primeiro momento, foram determinados os valores observados (somatória dos pontos dos indicadores) e calculado o alcance de implantação (somatória dos pontos observados dividida pela somatória dos pontos máximos, vezes 100) para cada componente. Posteriormente, realizou-se a somatória dos componentes para o cálculo do alcance de implantação total. A partir desses percentuais, a equipe de pesquisa definiu as seguintes categorias para o grau de implantação: adequado, 90 a 100%; parcialmente adequado, 70 a <90%; não adequado, <70%.

Os dados foram tabulados e processados pelo programa Microsoft® Office Excel® 2010.

O presente estudo obedeceu às normas de pesquisas envolvendo seres humanos, preservando o sigilo dos dados, em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e contou com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou/Fiocruz/MG: Protocolo nº 17/2010. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes.

## Resultados

O grau de implantação da estratégia de organização de serviços para prevenção e controle da leishmaniose visceral em Ribeirão das Neves foi de 84%, sendo classificado como parcialmente adequado. A Estrutura mostrou-se adequada em relação ao



ambiente físico e a equipamentos (100% para cada um); entretanto, os recursos humanos obtiveram a pior avaliação (64%), sendo seu grau de implantação classificado como não adequado. Em relação ao Processo, os componentes Mobilização da gestão e atuação da equipe de coordenação da proposta, Análise diagnóstica e planejamento e Intervenção na comunidade foram os que obtiveram melhor avaliação (100% para cada um); a Formação de técnicos de enfermagem como referência da prevenção e controle da LV atingiu 95%; e por fim, a Reorganização da assistência aos casos de LV e a Reorganização da vigilância à LV tiveram resultados de 80% e 77%, respectivamente, estas classificadas com grau de implantação parcialmente adequado (Tabela 1).

Ao se avaliar a dimensão Estrutura no subcomponente de recursos humanos, verificou-se que a UPA II e o hospital apresentaram as menores pontuações em relação à existência de médicos em cada um dos pontos de atenção do sistema de saúde orientados para o diagnóstico e tratamento da LV: 40% e 10%

respectivamente. A Atenção Primária à Saúde foi o subcomponente que apresentou a maior pontuação (90%) para esse critério. Os critérios do subcomponente de ambiente físico e equipamentos foram adequados (100%), conforme o esperado (Tabela 2).

Quanto à aplicação de medicamento específico para LV, as unidades de saúde mostraram-se organizadas nas cinco Regiões Sanitárias, e o diagnóstico laboratorial passou a se realizar no Laboratório Municipal, mediante parceria firmada com o Laboratório de Referência Estadual e disponibilização de testes rápidos.

Na avaliação da dimensão Processo, a maioria dos subcomponentes atingiu 100% de implantação. Entre os critérios elencados no componente Reorganização da assistência aos casos de LV, somente o critério de redução de 50% no intervalo entre início de sintomas e a notificação do caso (relativamente ao período anterior ao estudo) não atingiu o esperado, o que impactou no grau de implantação do conjunto das atividades realizadas, classificado como parcialmente adequado (Tabela 3). Todos os óbitos associados à LV

**Tabela 1 – Grau de implantação da estratégia de organização de serviços para prevenção e controle da leishmaniose visceral no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, 2010-2012**

Dimensão da avaliação	Grau de implantação <sup>a</sup> (%)
<b>Estrutura</b>	
Ambiente físico e equipamentos	100
Recursos humanos	64
<b>Grau de implantação da estrutura</b>	<b>74</b>
<b>Processo</b>	
Mobilização da gestão e atuação de equipe de coordenação da proposta	100
Análise diagnóstica e planejamento	100
Reorganização da assistência aos casos de leishmaniose visceral	80
Reorganização da vigilância à leishmaniose visceral	77
Formação de técnicos de enfermagem como referência da prevenção e controle da leishmaniose visceral	95
Intervenção na comunidade	100
<b>Grau de implantação do processo</b>	<b>88</b>
<b>Grau de implantação total: estrutura e processo</b>	<b>84</b>

a) Grau de implantação  
Adequado: 90 a 100%  
Parcialmente adequado: 70 a <90%  
Não adequado: <70%

**Tabela 2 – Distribuição de pontos na avaliação dos componentes e subcomponentes da dimensão Estrutura da estratégia de organização de serviços para prevenção e controle da leishmaniose visceral no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, 2010-2012**

Componentes e subcomponentes de estrutura	Pontuação máxima	Pontos alcançados	Grau de implantação (%)
<b>Ambiente físico e equipamentos</b>			
Existência de no mínimo uma unidade de saúde organizada para aplicação de antimoniais por Região Sanitária	10	10	
Existência de laboratório que realiza diagnóstico de leishmaniose visceral no próprio município	10	10	
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Recursos humanos</b>			
Existência de médicos em cada um dos pontos de atenção do sistema de saúde orientados para o diagnóstico e tratamento da leishmaniose visceral			
Atenção Primária à Saúde	10	9	
Unidade de Pronto Atendimento I	10	8	
Unidade de Pronto Atendimento II	10	4	
Hospital	10	1	
Um responsável técnico definido e atuante na organização do sistema de saúde com atenção à leishmaniose visceral	10	10	
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>32</b>	<b>64</b>
<b>Grau de implantação da estrutura</b>	<b>70</b>	<b>52</b>	<b>74</b>

foram investigados, sendo verificada redução de 50% na letalidade pela doença no município, em relação ao período anterior ao estudo.

Sobre o componente Reorganização da vigilância à LV, observou-se que a intervenção foi parcialmente implantada. O critério de duas análises por ano com divulgação de dados epidemiológicos relacionados à LV foi o pior avaliado, com grau de implantação não adequado (50%). O acompanhamento de 100% dos casos de LV no ARDIP até a cura foi classificado como parcialmente adequado (80%) (Tabela 3).

O componente Formação de técnicos de enfermagem como referência da prevenção e controle da LV no serviço foi considerado implantado. A formação desses profissionais atingiu 100% em relação ao quantitativo de profissionais preparados; entretanto, o *deficit* de profissionais nos serviços impossibilitou o alcance do indicador de cobertura

de 100% das unidades (Tabela 3): quatro unidades de Atenção Primária à Saúde ficaram sem técnico de enfermagem de referência da LV, devido à inexistência do profissional.

O componente Intervenção na comunidade alcançou 100% dos pontos atribuídos e teve como critério a inserção de ações de prevenção da leishmaniose visceral na rotina de trabalho dos agentes de saúde das cinco Regiões Sanitárias (Tabela 3).

## Discussão

A avaliação da implantação da estratégia mostrou que a intervenção contribuiu para a melhoria da organização dos serviços de saúde direcionada às ações de prevenção e controle da leishmaniose visceral. O trabalho estimulou maior integração e cooperação entre serviços, com maior agilidade no tratamento da doença, a partir da notificação de casos suspeitos

**Tabela 3 – Distribuição de pontos na avaliação dos componentes e subcomponentes da dimensão Processo da estratégia de organização de serviços para prevenção e controle da leishmaniose visceral no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, 2010-2012**

Componentes e subcomponentes de processo	Pontuação máxima	Pontos alcançados	Grau de implantação (%)
<b>Mobilização da gestão e atuação de equipe de coordenação da proposta</b>			
Equipe de coordenação e avaliação da proposta	10	10	
Percentual de presença dos membros da equipe de coordenação e avaliação nas reuniões programadas	5	5	
Percentual de realização de reuniões conforme cronograma	5	5	
Percentual de cumprimento das ações definidas nas reuniões	5	5	
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Análise de contexto e planejamento</b>			
Elaboração de relatório de análise diagnóstica	10	10	
Elaboração do modelo lógico da proposta de organização dos serviços com atenção à leishmaniose visceral pela equipe de coordenação e avaliação	10	10	
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100</b>
<b>Reorganização da assistência aos casos de leishmaniose visceral</b>			
Fluxogramas de atenção à leishmaniose visceral elaborados para os serviços de Atenção Primária à Saúde, hospital e pronto atendimento	10	10	
Aumento de 20% no número de casos notificados de leishmaniose visceral, em relação ao período anterior ao estudo	10	10	
Redução de 50% no intervalo entre o início de sintomas e a notificação do caso, em relação ao período anterior ao estudo	10	–	
Redução de 20% no intervalo entre notificação do caso e início do tratamento, em relação ao período anterior ao estudo	10	10	
Redução de 50% na letalidade da leishmaniose visceral no município, em relação ao período anterior ao estudo	10	10	
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>40</b>	<b>80</b>
<b>Reorganização da vigilância à leishmaniose visceral</b>			
Acompanhamento de 100% dos casos de leishmaniose visceral no Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (ARDIP) até a cura	10	8	
Duas análises por ano com divulgação de dados epidemiológicos relacionados à leishmaniose visceral	10	5	
Investigação de 100% dos óbitos associados à leishmaniose visceral	10	10	
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>23</b>	<b>77</b>
<b>Formação de técnicos de enfermagem como referência da prevenção e controle da leishmaniose visceral no serviço</b>			
100% dos técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde preparados para atuar como referência da leishmaniose visceral	10	10	
100% das unidades de Atenção Primária à Saúde (ESF) com técnico de enfermagem atuando como referência da leishmaniose visceral	10	9	
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>95</b>
<b>Intervenção na comunidade</b>			
Inserção de ações de prevenção da leishmaniose visceral na rotina de trabalho de agentes de saúde das cinco Regiões Sanitárias	10	10	
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
<b>Grau de implantação do processo</b>	<b>155</b>	<b>137</b>	<b>88</b>



pelo serviço de vigilância epidemiológica. O tipo de pesquisa realizado mostrou-se propício à análise de implantação de programas – a exemplo do objeto deste estudo – em que as explicações dos fatos decorrem da profundidade da análise do caso e não do número de unidades.<sup>9</sup>

A implantação de uma estratégia como essa, pautada na integração e articulação entre serviços, exige apoio institucional e participação dos profissionais envolvidos nas ações de assistência e vigilância em saúde, pois envolve diálogo e construção compartilhada, desde o planejamento até a avaliação, respeitando e valorizando os diferentes saberes, experiências, práticas e contextos. Embora não seja um resultado direto da avaliação realizada, supõe-se que a mobilização e o apoio da gestão do SUS local influenciaram positivamente no desenvolvimento da estratégia e no resultado da intervenção realizada, não obstante as dificuldades de operacionalização do sistema de saúde.

A significativa participação e empenho dos representantes dos diferentes serviços nas atividades propostas pela EC contribuiu para a implantação e avaliação sistemática da estratégia, com os devidos ajustes. A análise diagnóstica e a elaboração coletiva do modelo lógico possibilitaram maior aproximação da EC com a estratégia e com o processo de avaliação formativa, possibilitando a reflexão e aprendizado constante.

A avaliação formativa contribuiu para o aprimoramento de um programa ou intervenção,<sup>16</sup> conforme foi verificado por este estudo. Além de apontar acertos e falhas, a avaliação auxiliou no gerenciamento do trabalho, com efeito retroativo contínuo entre os atores do processo, identificando obstáculos e possibilidades de soluções. Aspectos subjetivos, inerentes aos diversos componentes da EC, além das diferentes perspectivas de visão proporcionadas pelos serviços representados, seguramente influenciaram – de algum modo – o processo de avaliação.

No presente estudo, a avaliação permitiu detectar dificuldades na operacionalização da estratégia e fragilidades do sistema de saúde que influenciaram nos resultados do grau de implantação alcançado. Os indicadores relacionados aos recursos humanos tiveram a pior classificação, com grau de implantação considerado não adequado. O *deficit* quantitativo e qualitativo de profissionais foi um dos

principais entraves encontrados e refletiu negativamente na implantação da estratégia, nos processos de reorganização da assistência aos casos de IV, formação de profissionais e vigilância da doença, cujos efeitos repercutem diretamente na qualidade da atenção à saúde. Esse *deficit* constitui um dos principais problemas funcionais e estruturais do SUS no país.<sup>17</sup> Na Atenção Primária à Saúde do município, quase metade das unidades de saúde permaneceram sem médico durante todo o período do estudo. No serviço de vigilância epidemiológica, a ausência de profissional qualificado dificultou a análise e divulgação de dados epidemiológicos relacionados à IV, o que contribuiu para a baixa pontuação na avaliação de implantação de processo referente ao componente Reorganização da vigilância à IV. Estudos de avaliação de sistemas de informações do SUS têm observado que a rotatividade e a qualificação insuficiente de recursos humanos, entre outros fatores, podem comprometer a análise adequada das informações e dificultar o alcance de seus propósitos.<sup>18,19</sup>

Os resultados da análise diagnóstica identificaram entraves operacionais que afetavam diretamente a qualidade da atenção à IV no sistema de saúde, entre eles (i) falta de integração entre os serviços de vigilância epidemiológica e assistência, (ii) *deficit* de acesso aos serviços de saúde, agravado pela falta de médicos e outros profissionais, comprometendo o funcionamento adequado dos serviços, além da (iii) ausência de fluxos de orientação a respeito da correta abordagem da doença. A duração prolongada dos sintomas e, por conseguinte, a demora no diagnóstico e tratamento dos pacientes com IV tem sido identificada como fator de risco para a letalidade associada à doença.<sup>20,21</sup>

O controle de cura da IV é basicamente clínico, razão porque o seguimento do paciente tratado deve ser feito aos três, seis e 12 meses após o início do tratamento.<sup>21</sup> Neste estudo, o critério de acompanhamento pelo Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias – ARDIP – de 100% dos casos de IV até a cura atingiu 80% e contribuiu para o resultado parcialmente adequado da avaliação da implantação do componente Reorganização da vigilância à IV. Na avaliação de estrutura, os indicadores relativos à estrutura física e equipamentos atingiram pontuação máxima, evi-

denciando maior organização do sistema de saúde na atenção à LV. Antes do início do estudo, a falta de infraestrutura para diagnóstico de LV no próprio município contribuía para o atraso na confirmação do diagnóstico da doença e conseqüentemente, atraso no início do tratamento. Em estudo realizado por Luz e colaboradores (2001)<sup>22</sup> sobre a resolutividade diagnóstica para as leishmanioses em municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte, os autores mostraram que até mesmo aqueles que possuíam serviços referenciados para o atendimento de casos da doença apresentavam deficiências no diagnóstico da LV.

A disponibilização de testes laboratoriais para diagnóstico da LV no município de Ribeirão das Neves durante o desenvolvimento deste estudo, ao agilizar o procedimento, pode ter favorecido uma maior suspeição da doença e redução do intervalo de tempo entre a notificação do caso e o início do tratamento; além da ampla circulação da informação, que contou com o protagonismo dos técnicos de enfermagem lotados nas unidades da Atenção Primária à Saúde, onde atuaram como articuladores dessa informação entre os demais profissionais. O tempo de evolução da LV até a notificação foi bastante variável, condizendo com os dados encontrados na literatura.<sup>23,24</sup>

A formação do técnico de enfermagem como referência da LV consistiu em uma proposta inovadora de aprendizagem no cotidiano dos serviços, e de protagonismo de uma categoria profissional à qual, tradicionalmente, são reservadas funções exclusivamente assistenciais. A proposta analisada mostrou que pode ser incorporada ao processo de trabalho das equipes, pois não exige infraestrutura complexa e pode ser realizada na própria unidade de saúde. O *deficit* e a alta rotatividade de técnicos de enfermagem,

entretanto, dificultaram a implantação desse componente da estratégia.

Entre as limitações para a realização do estudo, relacionam-se o desenvolvimento da intervenção na dinâmica e na complexidade de funcionamento dos serviços, suas particularidades e deficiências, sendo que algumas delas não permitiam modificações durante a implantação da estratégia e portanto, influenciaram os resultados. Ademais, diferentes pontos de vista, envolvendo os diversos atores do processo de intervenção e avaliação da implantação, perpassaram todo o trabalho. Não obstante, o tipo de avaliação utilizado contribuiu com o desenvolvimento e aprimoramento da organização de serviços de saúde para a prevenção e controle da leishmaniose visceral.

Os resultados deste trabalho demonstraram a importância e a viabilidade da estratégia de organização de serviços de saúde para a melhoria da prevenção, controle e atenção aos casos de leishmaniose visceral. A intervenção realizada revelou-se tão promissora quanto possível de ser utilizada em diferentes contextos locais, inclusive na organização e atenção a outros agravos.

### Contribuição das autoras

Barbosa MN e Luz ZMP contribuíram com a concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão do manuscrito.

Guimarães EAA contribuiu com a análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo do manuscrito.

Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

### Referências

1. Alvar J, Yactayo S, Bern C. Leishmaniasis and poverty. *Trends Parasitol.* 2006 Dec;22(12):552-7
2. Berman JD. Human leishmaniasis: clinical, diagnostic, and chemotherapeutic developments in the last 10 years. *Clin Infect Dis.* 1997 Apr;24(4):684-703.
3. Herwaldt BL. Leishmaniasis. *Lancet.* 1999 Oct;354(9185):1191-99.
4. Costa DL. Fatores de prognóstico na leishmaniose visceral: alterações clínicas e laboratoriais associadas à resposta imune, aos distúrbios da coagulação e à morte [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais;2009.
5. World Health Organization. Control of the leishmaniasis: report of a meeting of the WHO expert committee on the control of leishmaniasis,

- Geneva, 22–26 March 2010. Geneva: World Health Organization; 2010. (WHO technical report series ; no. 949)
6. 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 Saude Publica*. 2005 Mar-Apr;21(2):606-21.
  7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2016 maio 06]. Disponível em: <http://sinan.saude.gov.br/sinan>
  8. Chappuis F, Sundar S, Hailu A, Ghalib H, Rijal S, Peeling RW, et al. Visceral leishmaniasis: what are the needs for diagnosis, treatment and control? *Nat Rev Microbiol*. 2007 Nov;5(11):873-82.
  9. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA, organizadores. Avaliação em saúde: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.217-38.
  10. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
  11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015 [citado 2016 maio 06] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
  12. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas de desenvolvimento humano da região metropolitana de Belo Horizonte [Internet]. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2016 [citado 2016 maio 06]. Disponível em: [http://pnud.org.br/IDH/AtlasBH.aspx?indiceAccordion=1&li=li\\_AtlasRegioesMetropolitanas](http://pnud.org.br/IDH/AtlasBH.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasRegioesMetropolitanas)
  13. Secretaria Municipal de Planejamento e Meio Ambiente (Ribeirão das Neves). Plano Diretor de Ribeirão das Neves: diagnóstico e diretrizes básicas. Ribeirão Das Neves: Prefeitura Municipal; 2006 [citado 2016 maio 10]. Disponível em: <http://rmbh.org.br/sites/default/files/MZRM.NEVES.PD.vol.II.diagnostico.diretrizes.pdf>
  14. Secretaria Municipal de Saúde (Ribeirão das Neves). Plano municipal de saúde 2014-2017. Ribeirão das Neves: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
  15. Souza LEPEF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.65-91.
  16. Patton MQ. A microcosm of the global challenges facing the field: commentary on HIV/AIDS monitoring and evaluation. In: Rugg D, Peersman G, Carael M, editors. Global advances in HIV/AIDS monitoring evaluations: new directions for evaluation, number 103. Chichester: John Wiley & Sons; 2004. p.163-71.
  17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
  18. Guimarães EAA, Hartz ZMA, Loyola Filho AIL, Meira AJ, Luz ZMP. Avaliação da implantação do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em municípios de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013 out;29(10):2105-18.
  19. Uchoa AC, Gondim GMM, Barreto MA, Rocha NSPD, Rocha PM. Utilizando técnicas de consenso: potencialidades e limites na avaliação de informações em saúde. In: Hartz ZM, et al. Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
  20. Alvarenga DG, Escalda PME, Costa ASV, Monreal MTFD. Leishmaniose visceral: estudo retrospectivo de fatores associados à letalidade. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010 mar-abr;43(2):194-7.
  21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
  22. Luz ZMP, Pimenta DN, Cabral ALLV, Fiúza VOP, Rabello A. A urbanização das leishmanioses e a baixa resolutividade diagnóstica em Municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001 maio-jun; 34(3):249-54.

23. Silva AR, Tauil PL, Cavalcante MNS, Medeiros MN, Pires BN, Gonçalves EGR. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral na Ilha de São Luís, Estado do Maranhão. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2008 jul-ago;41(4):358-64.

24. Assis TSM, Braga ASC, Pedras MJ, Barral AMP, Siqueira IC, Costa CHN, et al. Validação do teste

imunocromatográfico rápido IT-LEISH® para o diagnóstico da leishmaniose visceral humana. *Epidemiol Serv Saude.* 2008 abr-jun;17(2):107-16.

Recebido em 17/01/2016  
Aprovado em 25/04/2016