

## Atendimento de pacientes com leishmaniose tegumentar americana: avaliação nos serviços de saúde de municípios do noroeste do Estado do Paraná, Brasil

Treatment of patients with American cutaneous leishmaniasis: health services evaluation in northwestern Paraná State, Brazil

Meiri Vanderlei Nogueira de Lima <sup>1</sup>  
 Rosângela Ziggotti de Oliveira <sup>1</sup>  
 Airton Pereira de Lima <sup>1</sup>  
 Magda Lúcia Oliveira Felix <sup>1</sup>  
 Thais Gomes Verzignassi Silveira <sup>1</sup>  
 Robson Marcelo Rossi <sup>1</sup>  
 Ueslei Teodoro <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Brasil.

### Correspondência

U. Teodoro  
 Departamento de Análises  
 Clínicas, Universidade  
 Estadual de Maringá,  
 Av. Colombo 5790, Maringá, PR  
 87020-900, Brasil.  
 uteodoro@uem.br

### Abstract

*The current study focuses on outpatient treatment of patients (n = 229) with American cutaneous leishmaniasis from 2001 to 2004, before and after decentralization of treatment to the municipal level in northwestern Paraná State, Brazil. While the treatment was still centralized, clinical evaluation and medical records were more complete and detailed, treatment was initiated earlier, and follow-up of the outcome was evaluated in 95% of patients and 100% of cases that received two treatment cycles. Treatment also complied with the guidelines of the American Cutaneous Leishmaniasis Control Manual. After decentralization, treatment was less rigorous: 32% of patients were treated with two cycles of N-methyl glucamine antimoniate without complying with the guidelines; 72.6% of patients received inadequate treatment; 84% of cases failed to receive proper clinical follow-up. Lack of information on patient clinical records posed a serious obstacle to evaluation. The current study failed to identify any benefit in decentralizing treatment of American cutaneous leishmaniasis to the local level.*

*Cutaneous Leishmaniasis; Ambulatory Care; Health Services Evaluation*

### Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) relata a ocorrência de leishmanioses em 88 países, com notificação compulsória em apenas 32 e estimativa de 12 milhões de pessoas acometidas pela doença na Ásia, África, Europa e Américas. Aproximadamente 350 milhões de indivíduos vivem em áreas de transmissão, estimando-se que ocorrem dois milhões de casos anuais, dos quais 1,5 milhão das formas cutânea e cutaneomucosa e 500 mil da forma visceral <sup>1</sup>.

A leishmaniose tegumentar americana ocorre nas Américas desde o sul dos Estados Unidos até o norte da Argentina. O foco mais importante é o sul-americano, que compreende todos os países, com exceção do Uruguai e Chile <sup>1</sup>. A incidência da doença no Brasil tem aumentado nos últimos 20 anos, com registro de casos em todos os estados, acometendo pessoas de todas as faixas etárias e ambos os sexos. Surtos epidêmicos têm ocorrido no Sudeste, Centro-Oeste, Nordeste e mais recentemente, na Região Amazônica, em função do processo predatório de colonização. No período de 1980 a 2003, o Ministério da Saúde registrou a média anual de 23 mil casos de leishmaniose tegumentar americana no Brasil <sup>2</sup>.

A análise da distribuição espacial da leishmaniose tegumentar americana no Brasil permite identificar as áreas de importância epidemiológica, caracterizando 26 circuitos de produção da doença no período de 1998 a 2000 <sup>3</sup>. De 1980 a

2003, registraram-se 12.304 casos da doença no Sul do Brasil, destes, 99,3% no Paraná, especialmente ao norte e oeste <sup>4</sup>. Dos 399 municípios existentes, 276 notificaram casos da doença evidenciando o perfil endêmico da leishmaniose tegumentar americana neste estado. Na 13ª Regional de Saúde do Paraná (13ª RS), localizada na mesorregião noroeste do estado, os casos da doença têm sido registrados desde a década de 80 <sup>4</sup>. Os municípios da 13ª RS se inserem no Vale do Rio Ivaí, formando possivelmente um pólo de produção da doença, distinto daqueles definidos por Sabroza et al. <sup>3</sup>.

Em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 2002, iniciou-se o processo de descentralização do atendimento para as unidades básicas de saúde (UBS) nos municípios da 13ª RS com maiores coeficientes de detecção da leishmaniose tegumentar americana, estendendo-o posteriormente para os demais. A descentralização objetiva: facilitar o acesso da população aos serviços de saúde; estimular o diagnóstico precoce; melhorar o acompanhamento dos pacientes pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF); diminuir a taxa de abandono; identificar fatores de risco; instituir medidas educativas <sup>5</sup>.

A municipalização das ações e dos serviços de saúde exige cada vez mais o emprego de métodos de avaliação que subsidiem as mudanças de diretrizes e estratégias que venham a contribuir para a melhoria do sistema de saúde. As Secretarias Estaduais de Saúde e o Ministério da Saúde, na área de controle das doenças de interesse da Dermatologia Sanitária, têm avaliado o impacto das ações segundo o *Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana*, utilizando um conjunto de indicadores epidemiológicos e operacionais que permitem determinar a tendência e magnitude da endemia, bem como medir a qualidade das atividades desenvolvidas pelas UBS dos municípios <sup>5,6</sup>.

Embora os indicadores epidemiológicos e operacionais constituam parâmetros importantes, eles não têm sido suficientes para mostrar a qualidade da atenção oferecida, especificamente aos portadores da leishmaniose tegumentar americana. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivos avaliar a descentralização do atendimento aos pacientes com leishmaniose tegumentar americana, analisando os indicadores epidemiológicos e operacionais, incluindo indicadores clínicos, não previstos no *Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana*.

## Material e método

### Histórico da atenção aos pacientes com leishmaniose tegumentar americana na 13ª RS

Até 1986, o atendimento aos pacientes com leishmaniose tegumentar americana era realizado por agentes de saúde da extinta Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM). Os agentes encarregados da vigilância da malária, ao percorrer os municípios tomavam conhecimento dos casos e forneciam o medicamento às pessoas suspeitas de estarem com infecção por *Leishmania*. Assim, o tratamento era feito de forma aleatória, sem o diagnóstico laboratorial e o acompanhamento médico.

Em 1987, iniciou-se na 13ª RS a estruturação do atendimento aos pacientes com leishmaniose tegumentar americana de forma a atender a demanda espontânea e os encaminhamentos. Gradativamente, o atendimento foi concentrado no Centro Regional de Especialidades de Cianorte.

Em outubro de 2000, a 13ª RS e o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Centro Noroeste do Paraná (CISCENOP) firmaram um convênio com o Laboratório de Ensino e Pesquisa em Análises Clínicas (LEPAC) da Universidade Estadual de Maringá (UEM), para ampliar o acesso ao diagnóstico laboratorial e controle da doença. Desse modo, até 2001, o Programa de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana ficou centralizado no ambulatório de especialidades do CISCENOP, que funcionava como referência regional para as doenças dermatológicas de interesse em saúde pública. Os pacientes no atendimento centralizado eram acompanhados por um médico dermatologista e uma enfermeira.

Em 2002, desencadeou-se a descentralização do atendimento aos pacientes com leishmaniose tegumentar americana para os municípios onde residiam, com o objetivo de facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento. O processo foi iniciado de forma gradual, incluindo a princípio os municípios com maior prevalência do agravo.

No ano de 2003, a descentralização atingiu todos os municípios e o atendimento passou a ser desenvolvido nas UBS. Foram realizadas diversas etapas de capacitação das equipes dos serviços municipais, incluindo o acompanhamento prático no ambulatório de referência. Contudo, em alguns municípios, a rotatividade de médicos e enfermeiros das unidades de saúde foi constante.

No Município de Cianorte, estruturou-se uma equipe específica para o atendimento desses pacientes, enquanto nos demais municípios o atendimento descentralizado era realizado por

técnicos do PSE, envolvendo um médico generalista e enfermeiros.

O ambulatório de especialidades do CISCENOP, em Cianorte, permaneceu como referência para as seguintes situações: dúvidas com relação ao diagnóstico, reações adversas aos medicamentos, casos de leishmaniose nas formas mucosa e mucocutânea, recidivas e casos em que o medicamento de segunda escolha (Pentamidina e Anfotericina B) fosse indicado.

### Área de estudo

O estudo foi realizado em 11 municípios da área de abrangência da 13ª RS do Paraná, com sede no Município de Cianorte, onde ocorreram casos de leishmaniose tegumentar americana, de 2001 a 2004. Nesse período, foram notificados casos da doença em Cianorte, Cidade Gaúcha, Indaiatuba, Japurá, Jussara, Rondon, São Tomé, São Manoel do Paraná, Tapejara e Tuneiras do Oeste. Não houve notificação de casos no Município de Guaporema, no período supracitado.

### População do estudo

Foram coletadas informações de 288 prontuários de pacientes com diagnóstico de leishmaniose tegumentar americana, de janeiro de 2001 a dezembro de 2004, conforme o modo de atenção (atendimento centralizado e descentralizado). Somente os pacientes com leishmaniose tegumentar americana na forma cutânea (n = 229) foram incluídos na pesquisa, pois os pacientes com leishmaniose mucosa, mucocutânea e disseminada, considerados de manejo clínico mais complexo, foram atendidos no ambulatório de especialidades do CISCENOP. Foram excluídos também os pacientes que iniciaram o tratamento no serviço de referência regional e transferidos para o acompanhamento nas UBS.

### Procedimentos

O estudo foi retrospectivo, descritivo e analítico. Os dados de todos os pacientes com diagnóstico de leishmaniose tegumentar americana, por município e ano de diagnóstico, foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), na seção de Epidemiologia da 13ª RS e nos prontuários dos pacientes. Foram coletadas informações, segundo os indicadores epidemiológicos (faixa etária, sexo, escolaridade, ocupação, município e área de residência: rural ou urbana), e operacionais (acompanhamento, diagnóstico laboratorial, desfecho do caso, cura clínica, abandono, óbito e outros) do *Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana*.

Além dos indicadores mencionados foram coletadas as informações clínicas constantes nos prontuários (registro das observações no exame clínico; dias de intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico; início do tratamento após o diagnóstico; critérios para introdução da primeira e da segunda série de antimonialo N-metil glucamina; esquemas terapêuticos empregados, além outras terapêuticas). Os dados dos prontuários dos pacientes atendidos no serviço centralizado foram comparados aos dados dos prontuários dos pacientes atendidos nas UBS.

### Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEM (registro nº. 152/2004, parecer nº. 259/2004).

### Análise dos dados

A planilha eletrônica Microsoft Office Excel 2003 (Microsoft Corp., Estados Unidos) foi utilizada para a tabulação dos dados. A análise estatística foi realizada pelos seguintes testes: para a comparação entre proporções foi utilizado o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) ou o teste exato de Fisher quando o teste de qui-quadrado não pode ser avaliado. Um nível de significância de 5% foi fixado para os testes.

### Resultados

Na Tabela 1, verifica-se que dentre os 229 pacientes estudados a maioria (82%) era do sexo masculino. A maior concentração dos casos ocorreu na faixa etária dos 21 aos 40 anos (48,1%). A atividade profissional mais frequente (39,4%) foi a de lavrador. Do total de pacientes, 74,7% tinham de 4 a 11 anos de escolaridade.

Em relação aos indicadores operacionais (Tabela 2), observa-se que:

- no atendimento centralizado, 63,4% dos pacientes foram acompanhados segundo o *Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana*, e no atendimento descentralizado 21,9%, sendo esta diferença significativa ( $p = 0,0001$ );
- houve diferença no desfecho do tratamento dos casos entre o atendimento centralizado e descentralizado ( $p = 0,0006$ );
- não houve diferença entre a quantidade de diagnóstico pela intradermoreação de Montenegro do atendimento centralizado e descentralizado ( $p = 0,1674$ ); o mesmo ocorreu com a imunofluorescência indireta ( $p = 0,5605$ ), houve, porém, diferença entre o número de diagnóstico

Tabela 1

Freqüência de atendimento aos pacientes com leishmaniose tegumentar americana segundo o sexo, a faixa etária e ocupação, nos municípios da 13ª Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Brasil, 2001 a 2004.

	Centralizado		Atendimento Descentralizado		Total	
	(n = 101)	%	(n = 128)	%	(n = 229)	%
Sexo						
Feminino	29	29,0	12	9,4	41	18,0
Masculino	72	71,0	116	90,6	188	82,0
Faixa etária (anos)						
Até 10	3	2,9	4	3,1	7	3,1
11-20	13	12,8	20	15,6	33	14,4
21-30	22	22,0	27	21,2	49	21,4
31-40	23	22,7	38	29,7	61	26,7
41-50	13	12,8	20	15,6	33	14,4
51-60	15	14,8	12	9,4	27	11,8
61 e +	12	12,0	7	5,4	19	8,2
Ocupação						
Serviço administrativo e comércio	9	8,9	14	10,9	23	10,0
Produção de bens e serviços	5	4,9	16	12,5	21	9,2
Serviço de reparação e manutenção	8	8,0	8	6,2	16	6,9
Lavrador	50	49,5	40	31,2	90	39,4
Operador de máquina agrícola	2	1,9	0	-	2	1,0
Trabalhador braçal	0	-	9	7,0	9	3,9
Guarda/Segurança	1	0,4	2	1,6	3	1,3
Zelador	1	0,4	0	-	1	0,4
Estudante	12	11,8	9	7,0	21	9,2
Motorista	1	0,4	2	1,6	3	1,3
Do lar	12	11,8	5	4,0	17	7,4
Outros	2	2,0	7	5,5	7	3,1
Ignorado	0	-	16	12,5	16	6,9
<b>Total</b>	<b>101</b>	<b>100,0</b>	<b>128</b>	<b>100,0</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

feito pela pesquisa direta de *Leishmania* no atendimento centralizado (54,7%) e no atendimento descentralizado (74%) ( $p = 0,004$ ).

Os indicadores clínicos (Tabela 3) utilizados para a avaliação do atendimento descentralizado mostram que:

- houve diferença entre o número de pacientes com o registro de exame clínico, no atendimento centralizado (99%) e no descentralizado (16%) ( $p = 0,0001$ );
- houve diferença entre o número de registro de exame clínico de pacientes com mais de 50 anos do atendimento centralizado (97%) para o descentralizado (20%) ( $p = 0,0001$ );
- não houve diferença do tempo decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico da doença ( $p = 0,07$ );
- houve diferença do tempo decorrido entre o diagnóstico da doença e início do tratamento ( $p = 0,0003$ );

e) houve diferença significativa ( $p = 0,0001$ ) nos critérios para a introdução da segunda série de antimoniatos N-metil glucamina. Verificou-se que a evolução clínica da lesão e os critérios estabelecidos pelo manual, no atendimento centralizado, foram observados em 100% dos pacientes e 68% no descentralizado.

Verifica-se, na Tabela 4, maior proporção de pacientes que realizaram uma série de tratamento no atendimento centralizado (95,5%) e evoluíram para a cura clínica da lesão, contra 75% no descentralizado. Com a segunda série de tratamento no atendimento centralizado a proporção foi de 92,5% de cura clínica; no descentralizado, 76%.

Tabela 2

Avaliação no atendimento de pacientes com leishmaniose tegumentar americana, no serviço centralizado e descentralizado, nos municípios da 13ª Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Brasil, 2001 a 2004.

Indicadores operacionais	Atendimento				p *
	Centralizado (n = 101)		Descentralizado (n = 128)		
		%		%	
Acompanhamento adequado					0,0001
Sim	64	63,4	28	21,9	
Não	35	34,6	93	72,6	
Abandono	2	2,0	6	4,7	
Óbito	0	-	1	0,8	
Total	101	100,0	128	100,0	
Desfecho do tratamento					0,0006
Cura	96	95,0	96	75,0	
Abandono	2	2,0	6	4,7	
Sem registro do desfecho	3	3,0	25	19,5	
Óbito	0	-	1	0,8	
Total	101	100,0	128	100,0	
Diagnóstico laboratorial					0,1674
Intradermorreação de Montenegro					
Positivo	93	96,9	112	92,6	
Negativo	3	3,1	9	7,4	
Não realizado	5	-	7	-	
Total	101	100,0	128	100,0	
Imunofluorescência indireta inicial					0,5605
Positiva	83	82,2	108	85,0	
Negativa	18	17,8	19	15,0	
Não realizado	0	-	1	-	
Total	101	100,0	128	100,0	
Pesquisa de leishmania					0,004
Positiva	53	54,7	77	74,0	
Negativa	44	45,3	27	26,0	
Não realizada	4	-	24	-	
Total	101	100,0	128	100,0	

\* Teste ( $\chi^2$ ) simples.

## Discussão

O número de casos de leishmaniose tegumentar americana no Brasil aumentou, particularmente a partir de 1985, destacando-se as regiões Nordeste e Norte, que têm a maior parte das notificações<sup>2</sup>. Os casos registrados no Estado do Paraná, a partir de 1980, mostram o perfil endêmico da doença<sup>3,4,7</sup>, sobretudo no norte e oeste deste estado<sup>4</sup>. Como a leishmaniose tegumentar americana persiste em áreas que sofreram intensa antropia, há necessidade de avaliações permanentes para o aprimoramento do tratamento e da prevenção dessa doença.

Os indicadores epidemiológicos são essenciais para a avaliação da magnitude da doença, fornecendo informações para o planejamento

das ações de saúde de forma a controlar o agravo. Nos municípios da 13ª RS, os indicadores mostram alta prevalência da doença no sexo masculino, nos lavradores e indivíduos da faixa dos 21 aos 40 anos de idade, evidenciando que os indivíduos acometidos fazem parte da população economicamente ativa. Fato já constatado no Estado do Paraná<sup>4,8,9</sup> e em outros estados do Brasil<sup>10,11</sup>.

O elevado número de casos de leishmaniose tegumentar americana em adultos do sexo masculino, residentes na área urbana, provavelmente, esteja relacionado ao trabalho rural próximo de matas e às atividades de lazer nas margens de rios e córregos com matas ciliares, que, embora alteradas, mantêm o ciclo enzoótico de *Leishmania*<sup>4,8,9</sup>.

Tabela 3

Avaliação de indicadores clínicos no atendimento de pacientes com leishmaniose tegumentar americana, nos municípios da 13ª Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Brasil, 2001 a 2004.

Indicadores operacionais	Atendimento				p *
	Centralizado (n = 101)		Descentralizado (n = 128)		
		%		%	
Registro do exame clínico					0,0001
Sim	100	99,0	20	16,0	
Não	1	1,0	108	84,0	
Total	101	100,0	128	100,0	
Avaliação clínica de paciente > 50 anos					0,0001
Sim	28	97,0	4	20,0	
Não	1	3,0	16	80,0	
Total	29	100,0	20	100,0	
Início dos sintomas até o diagnóstico (dias)					0,07
30-60	70	69,3	81	63,3	
61-90	12	11,8	13	10,1	
91 e +	19	19,0	8	6,3	
Sem informação	0	-	26	20,3	
Total	101	100,0	128	100,0	
Início do tratamento após diagnóstico (dias)					0,0003
Até 10	89	88,0	77	60,0	
11-20	8	8,0	18	14,1	
21-30	2	2,0	13	10,2	
31 e +	2	2,0	12	9,4	
Sem informação	0	-	8	6,3	
Total	101	100,0	128	100,0	
Critérios para a indicação da 2ª série de antimoníato N-metil glucamina					0,0001
Critério do <i>Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana</i>	22	81,5	34	68,0	
Critério clínico	5	18,5	0	-	
Outros	0	-	16	32,0	
Total	27	100,0	50	100,0	

\* Teste ( $\chi^2$ ) simples e teste Fisher.

Aparentemente, o nível de escolaridade não exerceu influência na prevenção da leishmaniose tegumentar americana, pois grande parte (74,7%) dos indivíduos atingidos relatou ter de 4 a 11 anos de escolaridade. Gama et al.<sup>12</sup> advertem que o conhecimento e a percepção da população sobre a leishmaniose é restrito, retardando a procura do diagnóstico e do tratamento, especialmente entre as populações rurais de área endêmica, as mais carentes de informação. Em Três Braços, na Bahia, área de alta prevalência de infecção por *Leishmania braziliensis*, a percepção da população local dos vários aspectos da leishmaniose mucocutânea indica que a população tinha um entendimento razoavelmente bom de alguns aspectos epidemiológicos e do tratamento, entre-

tanto demonstraram pouco conhecimento concernente à etiologia e à prevenção<sup>13</sup>.

Os coeficientes de detecção de leishmaniose tegumentar americana/100 mil habitantes, nos municípios da 13ª RS, de 2001 a 2004, são muito expressivos quando comparados às médias de detecção do Paraná (8,5) e do Brasil (17,9), neste período. Há tendência de que os coeficientes de detecção permaneçam altos nos municípios abrangidos pela 13ª RS, uma vez que eles têm se mantido elevados no decorrer do tempo<sup>4,6,8,9</sup>. Os índices elevados de detecção da leishmaniose tegumentar americana nos municípios da 13ª RS podem estar relacionados à falta de informações sobre as medidas de prevenção da leishmaniose tegumentar americana, provavel-

Tabela 4

Distribuição de pacientes com leishmaniose tegumentar americana, no serviço centralizado e descentralizado, segundo cura com uma e/ou duas séries de tratamento, nos municípios da 13ª Regional de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Brasil, 2001 a 2004.

Cura clínica	Atendimento					
	n	Centralizado Cura	%	n	Descentralizado Cura	%
Uma série de antinomiato N-metil glucamina	67	64	95,5	68	51	75,0
Duas séries de antinomiato N-metil glucamina	27	25	92,5	50	38	76,0

p valor = 0,0416 (em relação à cura) ( $\chi^2$ ).

mente não divulgadas junto à comunidade pelas equipes do PSE. Tais medidas poderiam reduzir expressivamente a população de flebotomíneos no peridomicílio e domicílio, contribuindo para reduzir o risco de transmissão, especialmente aos moradores da zona rural<sup>14,15,16</sup>. Além disso, a melhoria das condições de saneamento básico e habitacional, aliadas à capacitação dos profissionais das UBS para a aplicação de medidas educativas, poderia contribuir para a redução do número de casos da doença<sup>17</sup> e do uso indevido de medicamentos.

Os indicadores operacionais mostram que o número de pacientes com acompanhamento clínico adequado foi maior no atendimento centralizado. O resultado mostra que os profissionais das UBS podem não estar atentos às recomendações do *Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana*. Após a descentralização, os resultados apontam para um compromisso ainda não incorporado por algumas equipes das UBS em manter a regularidade no acompanhamento dos pacientes. Tal fato é contraditório, já que a descentralização (uma das diretrizes do SUS) deve ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção. Segundo Paula et al.<sup>18</sup>, apesar da padronização das ações do Ministério da Saúde e da OMS, os trabalhos clínico-terapêuticos sobre a leishmaniose tegumentar americana não padronizam o tempo de acompanhamento e os critérios de cura após o tratamento, dificultando a comparação dos resultados entre os diferentes autores.

No atendimento centralizado, os pacientes tiveram maior acompanhamento, refletindo a realidade de um serviço especializado com uma equipe específica para a atenção ao agravo. Nas UBS, talvez por ser mais variada e maior a demanda de serviços, 72,6% dos pacientes não tiveram um acompanhamento adequado.

No atendimento centralizado, o número de pacientes que atingiu a cura clínica foi de 95%; no atendimento descentralizado, apenas 75%. O que pode ser explicado pelo acompanhamento inadequado dos pacientes no decorrer do tratamento, visto que o número de prontuários sem o registro do desfecho final do tratamento foi estatisticamente significante. O Ministério da Saúde<sup>6</sup> (p. 43) considera que “a proporção de abandono, ao ser analisada, deve ser relativizada, pois em algumas situações como em áreas extensas de difícil acesso é incipiente o acompanhamento dos casos nos serviços de saúde; sendo os casos que retornam, são os que não obtiveram melhoras clínicas, podendo ficar os demais, como abandono, estando clinicamente curados”. O fato não se aplica às áreas dos municípios da 13ª RS porque nessas áreas não há locais de difícil acesso e todos os municípios mantêm equipes do PSE.

A intradermoreação de Montenegro e a imuno fluorescência indireta foram igualmente utilizadas e com resultados muito próximos nos dois tipos de atendimento, mostrando que o acesso ao diagnóstico não se alterou entre as formas de atenção. Na pesquisa direta de *Leishmania*, o número de pacientes com resultados positivos foi menor no atendimento centralizado (54,7%) e apenas 4 de 101 deixaram de fazer tal pesquisa. No atendimento descentralizado a positividade foi de 74%, ressaltando-se que 24 de 128 pacientes não a fizeram. Os resultados observados anteriormente no norte do Paraná foram que 59,4% dos pacientes apresentavam positividade para a pesquisa de *Leishmania*<sup>7</sup>.

Os indicadores clínicos (exame clínico, evolução e cicatrização da lesão, tempo decorrido para o diagnóstico e para o início do tratamento e critérios para introdução da segunda série), também foram utilizados para a avaliação do atendimento centralizado e descentralizado.

No atendimento centralizado, os pacientes tiveram maior número de consultas médicas e de enfermagem do que no descentralizado. No atendimento centralizado, os exames clínicos foram criteriosos e detalhados, conforme constam nos prontuários de 100 pacientes, enquanto no atendimento descentralizado em apenas 20 dos 128 prontuários houve registro do exame clínico. No atendimento centralizado, o número de pacientes acima de 50 anos com registro de exame clínico foi maior do que no atendimento descentralizado. Os pacientes acima desta faixa etária requerem maior atenção, pois há restrições para o tratamento deles<sup>6</sup>. Diversos autores relataram alterações do eletrocardiograma no decorrer do tratamento com antimonial pentavalente, especialmente em pessoas com mais de 50 anos<sup>6,10,11,19,20</sup>. Pelo fato de os antimoniais atingirem facilmente o limiar de toxicidade, exigindo vigilância permanente quanto ao eletrocardiograma e provas de função renal, é indicado estabelecer um acompanhamento rigoroso dos pacientes. Nos casos de portadores de cardiopatias ou nefropatias, recomenda-se suspender o tratamento, temporariamente, quando existem alterações persistentes ou progressivas<sup>21</sup>. No atendimento descentralizado observou-se que em 80% dos casos, com idade acima de 50 anos, não foi realizado um acompanhamento rigoroso. Em 2004, verificou-se o óbito de uma senhora residente em Cianorte, com 58 anos de idade, diabética e hipertensa, co-morbidades que aumentam o risco cardiovascular<sup>22</sup>.

Ramos et al.<sup>23</sup> verificaram que o desempenho profissional expresso pelo interesse evidenciado no exame clínico, nas perguntas feitas e orientações dadas, na resolutividade das condutas adotadas e o exame físico criterioso mostra o interesse do profissional pelo paciente. Para o usuário, isso significa maior precisão no diagnóstico e tratamento. Modesto et al.<sup>24</sup> em estudo realizado na Bahia, nos serviços de atenção básica, observaram que 49% dos prontuários estavam sem registro dos itens de exame físico; após a descentralização, o número de prontuários em branco (6%) em 1986 aumentou para 19% em 1989. A descentralização não melhorou a qualidade da informação. Os autores consideraram que uma das condições mínimas para a qualidade da atenção é o registro médico completo e confiável, que refletem em última instância a qualidade do atendimento prestado à população. Schraiber et al.<sup>25</sup>, citando estudo realizado por Sala (1998), afirma que a informação e seu registro importam de dois pontos de vista: como base para o raciocínio clínico e a tomada de decisão médica; e como memória auxiliar do próprio médico, para o seguimento dos casos. Rakel<sup>26</sup>

afirma que um prontuário médico completo e preciso é a melhor defesa do médico, portanto, é essencial um registro preciso e legível.

Considerando o intervalo de tempo entre o início da lesão e o diagnóstico como parâmetros, nota-se que o acesso dos pacientes aos serviços de saúde não mudou, dado que não houve diferença significativa entre o atendimento centralizado e o descentralizado. O acesso dos pacientes aos serviços de saúde foi melhor do que o relatado por outros autores, quando comparados o intervalo entre o início dos sintomas e a busca de auxílio médico para o diagnóstico da lesão<sup>10,27,28,29</sup>. Roberto et al.<sup>9</sup> destacaram as dificuldades de acesso ao atendimento médico centralizado e o diagnóstico tardio de leishmaniose tegumentar americana, na área abrangida por esta pesquisa.

O tratamento, após o diagnóstico, foi iniciado mais rapidamente no atendimento centralizado do que no descentralizado. O fato sugere que os profissionais das UBS podem estar pouco atentos ao manejo clínico dos pacientes com leishmaniose tegumentar americana. Observou-se que a espera de exames complementares, muitas vezes, retardou o início do tratamento, sugerindo-se que se a anamnese dos pacientes tivesse sido realizada de forma adequada, provavelmente não haveria necessidade da solicitação desses exames.

No atendimento centralizado, os critérios estabelecidos pelo *Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana* para o tratamento com a segunda série de antimoniato N-metil glucamina foram utilizados por 81,5% dos pacientes que não evoluíram para cicatrização total da lesão em 90 dias; em 18,5% dos pacientes o critério foi a exacerbação da lesão após o término da 1ª série de tratamento. No atendimento descentralizado, 68% dos pacientes indicados para o tratamento com a segunda série de antimoniato N-metil glucamina foram seguidos de acordo com os critérios do *Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana* e em 32% não foram observados esses critérios. Houve um aumento do número de pacientes tratados com a segunda série de antimoniato N-metil glucamina, pela inobservância dos critérios, particularmente nos municípios de maior rotatividade de profissionais.

O Ministério da Saúde, no *Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana*, preconiza a introdução da segunda série de antimoniato N-metil glucamina quando não há regressão da lesão em 90 dias; contudo, considera que, se há exacerbação dela, deve-se reiniciar o tratamento num prazo menor. É importante lembrar que no início da terapia pode ocorrer



aumento do infiltrado e do eritema das lesões<sup>6</sup>. Os resultados demonstram que no atendimento centralizado para 100% dos pacientes, a segunda série foi indicada com critérios clínicos adequados; no atendimento descentralizado a proporção de pacientes que realizaram a segunda série de tratamento sem critérios clínicos adequados foi expressiva. Observou-se no atendimento descentralizado que o critério para a introdução da segunda série de tratamento, em seis pacientes, foi a imunofluorescência positiva. Todavia, em cinco pacientes as lesões estavam em franca cicatrização e um tinha a lesão totalmente cicatrizada, conforme registros dos prontuários. Vale lembrar que o título de anticorpos para a *Leishmania* pode persistir mesmo após o tratamento e a cicatrização da lesão<sup>26</sup>. Em outros dez pacientes, as lesões também estavam em processo de cicatrização, mesmo assim o tratamento foi reiniciado. Esses fatos evidenciam que as equipes das UBS, por mais que tenham sido capacitadas, ainda constituem estruturas frágeis para enfrentar problema tão complexo.

As proporções de pacientes que evoluíram para a cura clínica com uma ou duas séries de tratamento foram maior no atendimento centralizado, com uma diferença significativa entre o número de pacientes tratados no atendimento centralizado e descentralizado ( $p = 0,0416$ ). A menor proporção de cura clínica no atendimento descentralizado pode ser parcialmente explicada pela falta de compromisso com os pacientes, sugerindo que os profissionais das UBS subestimam o acompanhamento e a avaliação do desfecho dos casos de leishmaniose tegumentar americana. Roberto et al.<sup>9</sup> observaram menor proporção de cura clínica em pacientes tratados em centros de referência.

As limitações para a avaliação das atividades do atendimento aos pacientes portadores de leishmaniose tegumentar americana são as mais diversas e de diferentes ordens, destacando-se, entre outras, a falta do registro de informações nos prontuários dos pacientes, informações contidas nos prontuários que diferem das existentes na ficha de notificação, dificuldade de entendimento da grafia nos prontuários e do número reduzido de estudos sobre a avaliação voltados para esse agravo. Trabalhos sobre a avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil começaram a ser objeto de publicação somente na segunda metade da década de 90<sup>30,31</sup>. Segundo Silva<sup>32</sup>, são poucos os estudos que têm a preocupação de investigar as relações da descentralização e atenção à saúde.

## Conclusões

Após a descentralização do atendimento para as UBS, observou-se menor rigor na implementação do programa de controle da leishmaniose tegumentar americana pelas equipes dos municípios da 13ª RS.

Os benefícios da descentralização no SUS não atingiram a totalidade dos pacientes, após a mudança do modo de atenção da leishmaniose tegumentar americana, pois aspectos importantes que envolvem o acompanhamento dos pacientes e o uso de medidas de prevenção deixaram de ser realizados durante o atendimento. O manejo clínico dos pacientes foi uma das dificuldades observadas, especialmente na indicação da terapêutica. A importância do exame clínico, o registro em prontuário, o acompanhamento e a avaliação final dos pacientes parece que não foram incorporados e valorizados por todas as equipes das UBS. Trabalhos que avaliaram o atendimento aos pacientes com a leishmaniose tegumentar americana, no Paraná, mostraram muitas das deficiências observadas e que ainda permanecem<sup>8,9</sup>.

Embora freqüentemente utilizados, os indicadores epidemiológicos e operacionais não permitiram avaliar a qualidade da atenção. Assim, os indicadores clínicos foram utilizados para aferir a qualidade do atendimento dos pacientes com leishmaniose tegumentar americana.

Esforços devem ser empreendidos para melhorar a qualidade do atendimento pelas equipes das UBS. Para tanto é necessário maior sensibilização dos profissionais a fim de que valorizem adequadamente o papel da informação em saúde, melhorando a qualidade dos registros dos procedimentos nos prontuários dos serviços.

Os resultados deste estudo demonstram que devem ser motivo de reflexão junto às equipes de saúde, enfocando a necessidade de organização e implementação das ações de vigilância e o aprimoramento da assistência aos pacientes, bem como para o controle da leishmaniose tegumentar americana e a redução das formas graves e deformidades. Além de subsidiar os gerentes municipais no planejamento e na tomada de decisões, com vistas ao controle da doença e melhorias na atenção ao portador desse agravo.

Para garantir uma mudança na execução das ações propostas para o controle da leishmaniose tegumentar americana, há de se concordar com Gramiccia<sup>33</sup> quanto ao fato de que os profissionais da área de saúde devem desenvolver cotidianamente atividades de educação sanitária, o que requer muita energia, paciência, valor e profundo sentimento de dever, qualidades que, evidentemente, não se adquirem da noite para o dia.

## Resumo

*Avalia-se o atendimento ambulatorial oferecido aos pacientes com leishmaniose tegumentar americana, de 2001 a 2004, antes e após a descentralização, em municípios do noroeste do Estado do Paraná, Brasil. Foram analisados 229 prontuários de pacientes com leishmaniose tegumentar americana. Observou-se que no atendimento centralizado a avaliação clínica e os registros médicos foram mais completos e criteriosos; o tratamento iniciou-se mais prontamente; o acompanhamento do desfecho em 95% dos pacientes e em 100% dos casos tratados com duas séries de tratamento foi avaliado. Foram observados os critérios recomendados pelo Manual de Controle da Leishmaniose Tegumentar Americana. Após a descentralização, o rigor no atendimento aos pacientes diminuiu: 32% dos pacientes foram tratados com duas séries de antimoniato N-metil glucamina, sem observação dos critérios recomendados. Detectou-se que 72,6% do acompanhamento dos pacientes foi inadequado e 84% da avaliação clínica não foram realizadas. A falta de registro dos prontuários constituiu importante obstáculo para a avaliação das atividades. O presente estudo não evidenciou benefícios significativos com a descentralização.*

*Leishmaniose Cutânea; Assistência Ambulatorial; Avaliação de Serviços de Saúde*

## Colaboradores

M. V. N. Lima (participou de todas as etapas) realizou a revisão bibliográfica, coleta de todos os dados, análise e discussão de dados e da redação do artigo. R. Z. Oliveira participou da interpretação dos resultados e na redação do artigo. A. P. Lima participou da revisão bibliográfica, coleta e análise dos dados, interpretação dos resultados e redação final do artigo. M. L. O. Felix foi responsável pelo desenho do instrumento de coleta de dados. T. G. V. Silveira participou da análise de dados e da redação do artigo. R. M. Rossi foi responsável pela análise estatística e participou da discussão dos resultados. U. Teodoro participou de todas as etapas, exceto da coleta de dados, coordenou e foi responsável pelo desenho do projeto.

## Agradecimentos

O primeiro autor do artigo agradece o apoio da 13ª Regional de Saúde do Paraná, aos funcionários de Seção de Epidemiologia e a enfermeira Renata Maria Campos Nagao pelos valiosos comentários, críticas e sugestões.

## Referências

1. World Health Organization. Leishmaniasis: magnitude of the problem. [http://www.who.int/leishmaniasis/burden/magnitude/burden\\_magnitude/en/index.html](http://www.who.int/leishmaniasis/burden/magnitude/burden_magnitude/en/index.html) (acessado em 02/Nov/2005).
2. Ministério da Saúde. Leishmaniose tegumentar americana: distribuição de casos confirmados por UF. Brasil, 1980-2003. [http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/situacao\\_doenca/lta](http://dtr2001.saude.gov.br/svs/epi/situacao_doenca/lta) (acessado em 04/Ago/2005).
3. Sabroza PC, Maia ANS, Soares VB. Vigilância e monitoramento da leishmaniose tegumentar americana em unidades territoriais – Brasil, 1994-2001. <http://www.funasa.gov.br> (acessado em 13/Dez/2002).
4. Lima AP, Minelli L, Teodoro U, Comunello E. Distribuição da leishmaniose tegumentar por imagens de sensoriamento remoto orbital, no Estado do Paraná, Brasil. *An Bras Dermatol* 2002; 77:681-92.
5. Brasil. Lei nº. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
6. Fundação Nacional de Saúde. Guia de controle da leishmaniose tegumentar americana. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
7. Silveira TGV, Teodoro U, Arraes SMAA. Observações sobre o diagnóstico laboratorial de leishmaniose cutânea e sua relação com a epidemiologia da doença no Estado do Paraná, sul do Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 1999; 32:413-23.
8. Teodoro U, Spinoza RP, La Sálvia Filho V, Guilherme ALF, Lima AP, Junqueira GMB, et al. Da necessidade de se adotar e divulgar esquemas terapêuticos para tratamento de leishmaniose tegumentar no Paraná. *Rev Soc Bras Med Trop* 1991; 33:199-204.

9. Roberto ACBS, Lima AP, Peixoto PR, Misuta NM, Fukushigue Y, Teodoro U, et al. Avaliação da terapia com antimoniató de N-metil glucamina e de notificação de leishmaniose tegumentar. *An Bras Dermatol* 1997; 72:129-36.
10. Name RQ, Borges KT, Nogueira LSC, Sampaio JHD, Tauil PL, Sampaio RNR. Estudo clínico, epidemiológico e terapêutico de 402 pacientes com leishmaniose tegumentar americana atendidos no Hospital Universitário de Brasília, DF, Brasil. *An Bras Dermat* 2001; 76:51-62.
11. Nogueira LSC, Sampaio RNR. Estudo hospitalar da leishmaniose tegumentar americana (LTA): epidemiologia e tratamento. *An Bras Dermat* 2001; 76:51-62.
12. Gama MEA, Barbosa JS, Pires B, Cunha AKB, Freitas AR, Ribeiro IR. Avaliação do nível de conhecimento que populações residentes em áreas endêmicas têm sobre leishmaniose visceral, Estado do Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:381-90.
13. Netto EM, Tada MS, Golightly L, Kalter DC, Iago E, Barreto AC. Conceitos de uma população local a respeito da leishmaniose mucocutânea em uma área endêmica. *Rev Soc Bras Med Trop* 1985; 18: 33-7.
14. Teodoro U, Silveira TGV, Santos DR, Santos ES, Santos AR, Oliveira O, et al. Influência da reorganização, da limpeza do peridomicílio e da desinsetização de edificações na densidade populacional de flebotômíneos, no município de Doutor Camargo, Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:1801-13.
15. Teodoro U, Thomaz-Soccol V, Kühl JB, Santos DR, Santos ES, Santos AR, et al. Reorganization and cleanliness of peridomiciliar area to control sand flies (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae) in South Brazil. *Brazilian Archives of Biology and Technology* 2004; 47:205-12.
16. Teodoro U, Kühl JB, Thomaz-Soccol V, Barbosa OC, Ferreira MEMC, Lozovei AL, et al. Environmental sanitation and peridomiciliar organization as auxiliary practices for the control of phlebotomines in Paraná State, Southern Brazil. *Braz Arch Biol Technol* 1999; 42:307-14.
17. Basano SA, Camargo LMA. Leishmaniose tegumentar americana: histórico, epidemiologia e perspectivas de controle. *Rev Bras Epidemiol* 2004; 7:328-37.
18. Paula CDR, Sampaio JHD, Cardoso DR, Sampaio RNR. Estudo comparativo da eficácia de isotionato de pentamidina administrada em três doses durante uma semana e de N-metil-glucamina 20mgSbv/kg/dia durante 20 dias para o tratamento da forma cutânea da leishmaniose tegumentar americana. *Rev Soc Bras Med Trop* 2003; 36: 365-71.
19. Fernandes N, Morgan I, Maceira JP, Cuzzi T, Noe RAM. Leishmaniose tegumentar americana: casuística hospitalar no Rio de Janeiro. *Investigação clínica, laboratorial e terapêutica. An Bras Dermatol* 2004; 79:431-9.
20. Kopke LFF, Vale ECS, Araújo MG, Magalhães PA, Furtado T. Tratamento da leishmaniose tegumentar americana pelo antimonial de N-metil-glucamina. *An Bras Dermatol* 1991; 66:87-94.
21. Marzochi MCA. Leishmaniose no Brasil. As leishmanioses tegumentares. *J Bras Med* 1992; 63:82-104.
22. Lima MVN, Oliveira RZ, Cerino DA, Lima AP, Nagao RMC, Silveira TGV, et al. Leishmaniose cutânea e seu desfecho durante o processo de descentralização da atenção: relato de caso. In: XLI Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical e I Encontro de Medicina Tropical do Cone Sul. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2005. p. 354.
23. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:27-34.
24. Modesto MG, Moreira EC, Almeida-Filho N. Reforma sanitária e informação em saúde: avaliação dos registros médicos em um distrito sanitário de Salvador, Bahia. *Cad Saúde Pública* 1992; 8:62-8.
25. Schraiber LB, Peduzzi, Sala A, Nemes MIB, Castanhera ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:221-42.
26. Rakel RE. O prontuário orientado para o problema. In: Rakel RE, organizador. *Tratado de medicina de família*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1997. p. 1460-82.
27. Silveira TGV, Teodoro U, Lonardoni MVC, Guilherme ALF, Toledo MJO, Ramos M, et al. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose tegumentar em área endêmica do Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1996; 12:37-45.
28. Cucé LC, Júnior WB, Zolli CA. Leishmaniose tegumentar americana na infância. Aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos. *An Bras Dermatol* 1990; 65:18-9.
29. São-Thiago PT, Guida U. Leishmaniose tegumentar no oeste do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop* 1990; 23: 201-3.
30. Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
31. Schraiber LB. Prefácio. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 9-14.
32. Silva LMV. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:331-9.
33. Gramiccia G. La educación sanitaria en la lucha antipalúdica: ¿por qué ha fracasado? *Foro Mund Salud* 1981; 2:447-56.

Recebido em 12/Set/2006

Versão final reapresentada em 09/Abr/2007

Aprovado em 22/Mai/2007