

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



LUZIMAR ROCHADO VALE FREITAS

Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da
Família em relação à leishmaniose visceral

Rio de Janeiro

2018

LUZIMAR ROCHA DO VALE FREITAS

Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da
Família em relação à leishmaniose visceral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia aplicada aos serviços de saúde.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

F866c Freitas, Luzimar Rocha do Vale.
Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia
Saúde da Família em relação à leishmaniose visceral / Luzimar Rocha
do Vale Freitas. -- 2018.
87 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientador: Guilherme Loureiro Werneck.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Leishmaniose Visceral. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 4. Estratégia Saúde da
Família. I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.9364

LUZIMAR ROCHA DO VALE FREITAS

Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da
Família em relação à leishmaniose visceral

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia aplicada aos serviços de saúde

Aprovada em: 05 de abril de 2018

Banca Examinadora

Prof. Dr. Andrea Sobral de Almeida
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Gersa Gibson
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Guilherme Loureiro Werneck
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me guiar com saúde, discernimento, coragem e determinação por essa caminhada, iluminando meus passos e me dando equilíbrio necessários nos momentos difíceis.

Aos meus pais, João e Maria Gorete, que sempre acreditaram em mim na minha capacidade e competência, pois sempre me deram incentivo e apoio em minha vida pessoal, profissional e acadêmica. Muito obrigada.

A minha filha, Luiza Freitas, pela compreensão, às vezes difícil, durante minha ausência e dedicação para concluir minha pesquisa.

Ao meu filho Gustavo Freitas por entender meus momentos de ausência durante essa caminhada e soube aceitar e compreender.

Ao meu esposo, Zé Maria, pela presença na minha vida e todo o apoio, companheirismo, amizade, compreensão e amor. Te Agradeço por esta sempre presente.

Aos meus irmãos, Josiel Rocha e Rosiane Rocha, pelo apoio dado durante todo o período desse mestrado.

Ao Prof. Dr. Dr.º Guilherme Loureiro Werneck, meu orientador, pela sabedoria, pelas cobranças, paciência, pela disposição para atender e ouvir, e principalmente por transmitir seus ensinamentos que me fizeram evoluir durante essa jornada, o meu agradecimento.

Aos colegas de turma, em especial a Natalie Neves que fez uma diferença muito grande em vários momentos da minha vida, sempre me estimulando a vencer obstáculos e compartilhando as dificuldades de cada etapa que passamos e a Marcelo por sempre estar disponível nos momentos mais difíceis pra ajudar e a participação na minha formação acadêmica.

A minha amiga de trabalho e pessoal e, Heloisa Gonçalves, pelo apoio dado durante o desenvolvimento da pesquisa e nunca ter deixado fraqueja sempre estimulando minha caminhada antes, durante e na conclusão desse mestrado.

Aos meus colegas da Faculdade Pitágoras, Igor, Fernanda e Natan pela ajuda dada durante a pesquisa.

A Diretora da Unidade Mista do São Bernardo, Leila Diniz, pela compreensão e ajuda dada durante o processo seletivo que proporcionou a minha aprovação no mestrado.

A coordenação da Faculdade Pitágoras pelo apoio dado.

Meus agradecimentos a todos que direta e indiretamente contribuíram para a realização da pesquisa.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Epidemiologia em Saúde Pública.

A Secretaria Municipal de Saúde - SEMUS.

A persistência é o menor caminho do êxito.
(Charles Chaplin)

RESUMO

A leishmaniose visceral ou *Kala-Azar*, como é conhecida na Índia, é uma doença infecciosa crônica, grave e que apresenta alta letalidade quando não tratada. Esse estudo analisou conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação à leishmaniose visceral. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado a partir de dados primários coletados por meio de um questionário aplicado a médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em São Luís, Maranhão. O tamanho da amostra foi calculada tomando o número de equipes de ESF e estimada em 182 profissionais. Dentre os 98 elegíveis para a categoria de enfermagem, houve 18 perdas e 4 recusas, totalizando uma amostra final de 76 respondentes (77,5%, dos elegíveis). Para a categoria de médicos (as), de um total de 84 elegíveis, houve 22 perdas e 10 recusas, totalizando uma amostra de 52 questionários respondidos (61,9% dos elegíveis). Os profissionais foram abordados por meio de questionário autoaplicável. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a outubro de 2017. A população deste estudo constitui-se, portanto, de 128 profissionais de saúde, distribuídos da seguinte forma: 76 enfermeiros (as) e 52 médicos (as). Os questionários foram estruturados no programa Microsoft Office Excel versão 2016. Após organização e finalização do banco de dados com as variáveis de interesse, estes foram exportados e analisados no programa estatístico R versão 3.3.1. O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP da Fundação Oswaldo Cruz e aprovado com parecer nº 2.089.299 e CAAE 67317317.2.0000.5240. A adesão ao estudo foi maior por parte dos enfermeiros. Quanto ao conhecimento acerca de LV, verificou-se que a maioria dos profissionais foi classificada como tendo conhecimento parcialmente adequado (regular) em ambas as categorias enfermeiros e médicos com resultados bem semelhantes com 60% e 51,9% respectivamente. A atitude dos enfermeiros e médicos foi classificada majoritariamente como inadequada (fraca) para ambas as categorias, porém observa-se que os enfermeiros apresentaram um percentual maior de 71% e os médicos um percentual menor 50%. Quanto à prática em relação à LV, esta foi classificada como parcialmente adequada para 59,2% dos profissionais de enfermagem e 71,1% para os profissionais médicos. Com base nos dados analisados sugere-se estabelecer estratégias de capacitação direcionada para os profissionais da atenção básica, maior envolvimento da vigilância do município com relação à prevenção e controle a LV, implementar um fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de casos da doença, estimular o maior envolvimento das equipes da ESF através da demonstração dos

resultados da pesquisa para que possa ser melhorada suas atitudes, validação do instrumento construído pela pesquisadora permitindo sua replicabilidade em novos estudos, visto que a metodologia CAP consegue identificar e quantificar os problemas de saúde que comprometem o controle das doenças.

Palavras-chave: leishmaniose visceral; atenção básica; conhecimentos, atitudes e práticas.

ABSTRACT

Visceral leishmaniasis (VL), or *Kala-Azar*, as it is known in India, is a chronic and severe infectious disease, which presents high lethality if not treated. This study analyzed knowledge, attitude and practices of professional of the Family Health Strategy (FHS) [*Estratégia Saúde da Família*] in relation to visceral leishmaniasis. This is a cross-sectional quantitative study, based on primary data collected through a questionnaire applied to physicians and nurses on the Family Health Strategy in São Luís, Maranhão. The sample size was calculated by taking the number of FHS teams and estimated by 182 professionals. Among the 98 eligible professional for the nursing category, there were 18 losses and 4 refusals, therefore the final sample was 76 respondents (77.5% of the eligible). For the physicians category, of the 84 eligible professional, there were 22 losses and 10 refusals, with a final sample of 52 questionnaires answered (61.9% of the eligible). Professionals were approached through a self-administered questionnaire. Data collection occurred between June and October, 2017. The population of this study therefore consists of 128 health professional, distributed as follows: 76 nurses and 52 physicians. Questionnaires were structured in Microsoft Office Excel version 2016. After organization and finalization of the database with the variables of interest, they were exported and analyzed in the statistical program R version 3.3.1. The project was appreciated by the Committee of Ethics in Research of the National School of Public Health Sérgio Arouca of Oswaldo Cruz Foundation and approved with opinion nº 2.089.299 and CAAE 67317317.2.0000.5240. As to the knowledge about VL, it was verified that most professional were classified as having partially adequate knowledge (regular) for both categories (nurses and physicians) with very similar results (60% and 51.92% respectively). It was also observed that the medical category showed and adequate knowledge (good) slightly better (32.6%) when compared to nurses (17.3%) and the inadequate knowledge (poor) in a lower percentage for both categories. It can be observed that the only association with statistical significance was related to training on VL among nurses (p-value = 0.024). The attitude of nurses and physicians was classified mainly as inadequate (poor), however nurses show a better percentage (71%) than physicians (50%). Nevertheless, there is a percentage of partially adequate attitude (regular) that must be considered for the medical category (38.4%) when compared to nurses (25%). Regarding practice in relation to VL, it was classified as partially adequate for 59.2% of nurses and 71.1% of physicians. It was also observed that 40.7% of nurses show inadequate practices

more frequently than physicians (19.2%). Based on the analyzed data, it is suggested to establish training strategies aimed at primary healthcare professionals, greater involvement of municipal surveillance in relation to prevention and control of VL, implementation of a flow in the health system to diagnosis and treatment of cases, encourage a greater involvement of the FHS teams through the demonstration of the research results so that their attitudes can be improved, validation of the instrument built by the researcher, allowing its replicability in new studies, since CAP methodology can identify and quantify health problems that compromise disease control.

Keywords: visceral leishmaniasis; primary health care; knowledge, attitudes and practices.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Relação de questionários aplicados e analisados dos profissionais da ESF do município de São Luís/MA, em 2017.	40
Quadro 1-	Número absoluto de casos de LV no Maranhão e em São Luís (capital), entre 2012 e 2016.	21
Quadro 2-	Número de casos de LV em São Luís/MA por ano de notificação segundo distrito de residência, de 2012 a 2016.	22
Quadro 3-	Distribuição das equipes da ESF e EACS por distrito e unidade em São Luís/MA, em 2017.	31
Quadro 4-	Classificação de conhecimentos referentes à LV: adequados, parcialmente adequados ou inadequados.	36
Quadro 5-	Classificação de atitudes e práticas referentes à LV: adequados, parcialmente adequados ou inadequados.	37
Gráfico 1-	Distribuição percentual de enfermeiros e médicos da ESF, segundo grau de conhecimento sobre LV no município de São Luís (MA), 2017.	48
Gráfico 2-	Distribuição percentual de enfermeiros e médicos da ESF, quanto à atitude sobre LV no município de São Luís (MA), 2017.	49
Gráfico 3-	Distribuição percentual de enfermeiros e médicos da ESF, quanto à prática sobre LV no município de São Luís (MA), 2017.	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Variáveis sociodemográficas, tempo de formação, formação complementar e tempo de atuação da ESF do município de São Luís (MA), 2017.	42
Tabela 2 -	Leishmaniose Visceral como doença de notificação compulsória segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), 2017.	43
Tabela 3 -	Forma de transmissão da LV segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), 2017.	44
Tabela 4 -	Principais manifestações clínicas (sinais e sintomas) LV segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), 2017.	45
Tabela 5 -	Principais exames para o diagnóstico de LV segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), em 2017.	46
Tabela 6-	Principais medidas e ações de prevenção e controle de LV. Segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), 2017.	47
Tabela 7-	Atitudes sobre LV entre médicos e enfermeiros pertencentes à ESF do município de São Luís (MA), 2017.	49
Tabela 8-	Práticas sobre LV entre médicos e enfermeiros pertencentes à ESF do município de São Luís (MA), 2017.	51
Tabela 9 -	Práticas com relação à conduta diante de casos suspeito e confirmado de LV entre médicos e enfermeiros pertencentes à ESF e do município de São Luís (MA), 2017.	52
Tabela 10-	Acompanhamento do paciente com leishmaniose visceral, segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís, 2017.	53
Tabela 11-	Associação entre tempo de atuação na ESF, capacitação e uso de manuais e o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF do município de São Luís (MA), 2017.	55

Tabela 12-	Associação entre tempo de atuação na ESF, capacitação e uso de manuais e o conhecimento dos profissionais estratificado por categorias (enfermeiros e médicos) do município de São Luís (MA), 2017	56
Tabela 13-	Associação entre a realização de capacitação LV, tempo de graduação, formação complementar, tempo de atuação na ESF e o uso do manual do Ministério da Saúde com atitudes dos enfermeiros da ESF do município de São Luís (MA), 2017	57
Tabela 14-	Associação entre as realização de capacitação LV, tempo de graduação, formação complementar, tempo de atuação na ESF e o uso do manual do Ministério da Saúde com atitudes dos médicos da ESF do município de São Luís (MA), 2017	58
Tabela 15-	Associação entre a realização de capacitação em LV, tempo de graduação, formação complementar e tempo de atuação na ESF com práticas dos enfermeiros da ESF do município de São Luís (MA), 2017.	59
Tabela 16-	Associação entre as realização de capacitação LV, tempo de graduação, formação complementar e tempo de atuação na ESF com práticas dos médicos da ESF do município de São Luís (MA), 2017	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CAP	Conhecimentos, atitudes e
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
ELISA	Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da imunodeficiência adquirida
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LV	Leishmaniose visceral
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RIFI	Reação de imunofluorescência indireta
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPAS	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	Leishmaniose visceral.....	19
2.2	Aspectos epidemiológicos.....	20
2.3	Aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento da leishmaniose visceral.....	22
2.3.1	Aspectos clínicos.....	22
2.3.2	Diagnóstico.....	22
2.3.3	Tratamento.....	22
2.4	Conhecimentos, atitudes e práticas profissionais da saúde.....	24
2.5	Atenção básica e Estratégia saúde da família.....	26
3	JUSTIFICATIVA.....	28
4	OBJETIVOS.....	29
4.1	Objetivo geral.....	29
4.2	Objetivo específico.....	29
5	METODOLOGIA.....	30
5.1	Desenho de estudo.....	30
5.2	População de estudo.....	30
5.3	Local de estudo.....	30
5.4	Critérios de inclusão e exclusão.....	32
5.5	Instrumento de coleta.....	32
5.6	Coleta dos dados.....	33
5.7	Variáveis de análise.....	34
5.8	Organização e análise dos dados.....	37
5.9	Aspectos éticos.....	39
6	RESULTADOS.....	40

6.1	Características dos entrevistados.....	41
6.2	Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde.....	43
6.2.1	Conhecimentos.....	43
6.2.2	Atitudes.....	48
6.2.3	Práticas.....	50
6.3	Associação entre conhecimento sobre LV e algumas características estudadas e o uso do manual do Ministério da Saúde dos profissionais da ESF do município de São Luís (MA), 2017.....	54
6.4	Associação entre conhecimento sobre LV segundo algumas características estudadas e o uso do manual do Ministério da Saúde estratificada por categoria profissional (enfermeiros e médicos) da ESF do município de São Luís (MA), 2017.....	55
6.5	Associação entre atitudes e algumas características estudadas e o uso do manual do Ministério da Saúde estratificada por categoria profissional (enfermeiros e médicos) da ESF do município de São Luís (MA), 2017.....	56
6.6	Associação entre práticas e algumas características estudadas estratificada por categoria profissional (enfermeiros e médicos) da ESF do município de São Luís (MA), 2017.....	58
7	DISCUSSÃO.....	61
8	CONCLUSÃO.....	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE.....	75
	ANEXOS	82

1 INTRODUÇÃO

A leishmaniose visceral ou *Kala-Azar*, como é conhecida na Índia, é uma doença infecciosa crônica, grave e que apresenta alta letalidade quando não tratada. Caracteriza-se clinicamente por febre irregular, esplenomegalia, anemia e, numa fase mais avançada, caquexia que pode evoluir para morte. É uma doença causada por parasitos do complexo *Leishmania donovani* na África, Ásia, Europa e nas Américas (REY, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde–OMS, a leishmaniose visceral é atualmente a terceira enfermidade mais relevante transmitida por vetores, sendo responsável pela morte de milhares de pessoas em todo o mundo crianças (cerca de 20 a 40 mil óbitos por ano), principalmente em (ALVAR; VÉLEZ *et al.*, 2012).

O Brasil concentra mais de 90% dos casos relatados na América Latina, principalmente na região nordeste, embora haja registro em todas as regiões do país. O Ministério da Saúde registrou, de 1999 a 2009, 38.429 casos de leishmaniose visceral no território brasileiro, sendo que 60% (23.301) ocorreram na região nordeste. Nessa região, os estados do Maranhão e Ceará apresentam juntos cerca de 50% dos casos (NEVES, 2011).

No Maranhão, os primeiros casos de leishmaniose visceral, também conhecida como calazar no Brasil, surgem em 1982, tendo sido primeiramente diagnosticados quatro casos no bairro do São Cristóvão e dois no bairro de São Bernardo, ambos pertencente ao município de São Luís (SILVA *et al.*, 1997). Ainda nesse mesmo ano ocorreu um surto com 32 casos o que é considerado um marco da história do calazar no Estado do Maranhão.

Segundo Menezes *et al.* (2014), as próprias características dessa patologia, como o caráter insidioso e o quadro sintomático inespecífico, dificultam o seu diagnóstico. Acrescentam, ainda, que cabe a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), estabelecer e implementar rotinas para a notificação de casos suspeitos, diagnóstico e tratamento de pacientes de sua área adstrita. Um dos grandes obstáculos para abordagem oportuna do doente encontra-se no despreparo dos profissionais destas unidades de saúde para o diagnóstico da doença. Isso é observado, principalmente, pelo longo período entre a suspeita clínica e o diagnóstico.

O diagnóstico do paciente numa fase mais avançada da doença é muito comum, o que pode ser atribuído à demora com que o doente procura os serviços de saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e/ou inadequada capacitação das equipes da rede básica de saúde para a detecção desses casos. Em áreas de intensa transmissão é recomendada a

realização de busca ativa de casos e encaminhamento dos suspeitos para atendimento médico (BRASIL, 2014).

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge em dezembro de 1993, baseado em outras iniciativas espalhadas pelo país. O PSF concretizado de fato no ano seguinte acompanhando a determinação da Organização Mundial de Saúde, que definiu o ano de 1994 como o ano internacional da família. Posteriormente em 2006 torna-se uma estratégia de abrangência nacional.

De acordo com Jácome (2011), os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) devem exercer suas competências em três pilares: conhecimentos, habilidades e atitudes. No caso específico da leishmaniose visceral, entende-se que um melhor conhecimento dos profissionais sobre a doença possibilitará condutas mais apropriadas perante os casos suspeitos com consequente redução da morbimortalidade.

Assim, a proposta desse trabalho visa identificar e quantificar conhecimentos, atitudes e práticas entre enfermeiros e médicos que atuam na ESF com relação à leishmaniose visceral em seus diversos aspectos, como prevenção, ciclos de transmissão, fatores de risco, diagnóstico, características clínicas da doença e tratamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Leishmaniose Visceral

A leishmaniose visceral (LV) é uma doença causada por protozoários do gênero *Leishmania* que tem como vetores os flebotomíneos, cujas espécies mais importantes para a transmissão no Brasil são *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi*, sendo a primeira a principal transmissora de *Leishmania infantum* (sin. *L. chagasi*), parasito causador da doença nas Américas (NASCIMENTO, 2009). No Brasil é considerada uma antroponose, infecção primária de animais e que pode acometer secundariamente o homem.

Embora tenha características de transmissão em zonas rurais em algumas regiões, a doença assume caráter urbano em países situados no Sul da Europa, norte da África e Brasil. Em nível mundial, segundo a Organização Mundial da Saúde (2016), surgem de 200 a 400 mil novos casos a cada ano, e em 2014 apenas 6 países - Índia, Bangladesh, Nepal, Etiópia, Sudão, Sudão do Sul e Brasil – concentravam mais de 90% dos casos de leishmaniose visceral do mundo (WHO, 2016).

Ambientes caracterizados por pobreza, más condições sanitárias e destruição ambiental apresentam condições propícias para ocorrência de leishmaniose visceral. Tais fatores estão intimamente relacionados à expansão urbana desordenada em direção as periferias das cidades que estão em contato com áreas de vasta cobertura vegetal, criando cenários propícios para desenvolvimento do flebótomo, um vetor facilmente adaptável ao ambiente peridomiciliar rico em matéria orgânica gerada pelos animais domésticos e condições insalubres de vida (ALMEIDA; WERNECK; RESENDES, 2014).

Nos últimos anos, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE), no Brasil a população urbana alcançou 85%, o que, aliado a diversos fatores, além dos já citados, propiciou a emergência e reemergência de parasitoses como a LV no país. O contínuo desmatamento, surgimento de novas construções na periferia das cidades, expansão das fronteiras agrícolas, fluxos migratórios também tem uma contribuição significativa para a crescente urbanização da doença (RANGEL; VILELA, 2008).

Segundo Ortiz (2015), entre os anos 2005 e 2009 a letalidade de LV no Brasil era de 5,8%, com uma média de 3.679 casos novos por ano. Mesmo com o tratamento, em algumas regiões a doença pode apresentar letalidade ainda maior, em torno de 10 a 20%, e quando não tratada quase sempre evolui a óbito.

2.2 Aspectos epidemiológicos

Na Índia em 1885, Cunningham fez o primeiro relato do parasito que causava o Kala-Azar. Posteriormente, em 1903, várias pesquisas convergiram para identificação e classificação do agente causador. William Leishman identificou presença de corpúsculos em fragmentos de baço de um soldado inglês que havia morrido de febre Dum-Dum, contraída em Calcutá. No mesmo período, Charles Donovan confirmou os achados de Leishman em aspirados esplênicos de uma criança hindu. Na Tunísia em 1908, Nicolle e Comte identificam pela primeira vez o parasito em cães (NEVES, 2011).

A China é um dos países endêmicos para LV, que alcançou importante redução da incidência ao longo das últimas décadas. A redução da incidência no país para apenas 0,03 casos por 100.000 habitantes tem sido atribuída à mobilização maciça dos trabalhadores da saúde pública, fortalecendo os programas de controle da leishmaniose. Ainda assim, a doença permanece endêmica nas províncias de Gansu, Xinjiang e Sichuan onde ocorreram 98% dos 2450 casos registrados no país entre 2005 e 2010 (LUN, 2015).

Segundo Nascimento (2009), Migone registrou em 1913, no Paraguai, o primeiro caso da doença no Brasil, após realizar necropsia de um paciente de Boa Esperança/MT. Posteriormente, em 1934, foram encontrados mais 41 casos positivos para leishmaniose, em indivíduos oriundos das regiões Norte e Nordeste.

A leishmaniose visceral foi diagnosticada pela primeira vez no município de São Luís em 1982, e desde então tem trazido diversos danos a famílias e sociedade em geral. Posteriormente surgiram casos nos municípios vizinhos, São José de Ribamar e Paço do Lumiar, tornando-se a partir daí um problema de saúde pública. É nesse momento que o Maranhão passa a fazer parte, junto aos estados do Ceará, Bahia e Piauí, dos estados brasileiros com elevada prevalência, o que perdura até os dias atuais (SILVA et al., 1997; MS, 2016).

Dentre os fatores que favoreceram o surgimento e a permanência dessa enfermidade no estado estão às condições climáticas e ambientais, com destaque para a alta pluviosidade, a implantação de pólos industriais da Companhia Vale do Rio Doce e da Indústria de Alumínio do Maranhão, que alterou ecótopos da *Lutzomyia longipalpis*. A instalação inadequada de milhares de famílias em assentamentos sem condições ideais de saúde e saneamento e a mobilização da população canina completaram a cadeia epidemiológica de transmissão (SILVA, 1997).

Numa série histórica dos últimos cinco anos, fica evidente que o número de casos de LV aumenta a cada ano no Maranhão, tendência acompanhada pela sua capital, São Luís, que triplicou o número absoluto de casos nesse período (Quadro 1).

Quadro 1 – Número absoluto de casos de LV no Maranhão e em São Luís (capital), entre 2012 e 2016.

	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Maranhão (Estado)	317	673	530	539	655	2714
São Luís (Capital)	18	52	48	74	90	282

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, 2016.

Segundo os critérios para classificação de áreas para fins de vigilância e controle da LV, o município de São Luís é definido como município endêmico de transmissão intensa, com média anual de casos humanos maior que 4,4 casos nos últimos 3 anos, conforme critério de estratificação proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

No quadro 2 são apresentados os casos notificados de LV no município de São Luís, por distrito de residência, no período de 2012 a 2016 (SEMUS, 2017). Segundo a vigilância epidemiológica do município de São Luís, as principais unidades notificadoras são as unidades hospitalares de urgência e emergências, Hospital Municipal Djalma Marques (Socorrão I), Hospital Municipal Clementino Moura (Socorrão II), Hospital da criança, Juvêncio Matos (Hospital Infantil), Unidades Mistas, UPAS, Santa Casa e Hospital Universitário Materno Infantil.

Quadro 2 - Número de casos de leishmaniose visceral em São Luís/MA por ano de notificação segundo distrito de residência, de 2012 a 2016.

Distrito	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Tirirical	04	11	06	15	21	57
Centro	00	00	01	02	11	14
Coroadinho	02	09	10	16	10	47
Vila Esperança	06	19	10	09	06	50
Bequimão	00	02	03	03	06	14
Cohab	02	03	04	05	07	21
Itaqui Bacanga	04	04	03	03	08	22
Casos sem localização	00	18	07	17	15	57
Total	18	66	44	70	84	282

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação Sinan Net, 2017.

2.3 Aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento da leishmaniose visceral

2.3.1 Aspectos clínicos

As manifestações clínicas mais encontradas nos casos de LV incluem febre, esplenomegalia associada ou não à hepatomegalia, palidez cutâneo-mucosa, diarreia e perda de peso.

A leishmaniose visceral apresenta formas clínicas assintomáticas, latentes e frustras, agudas, subagudas e crônicas. As assintomáticas, latentes e frustras são formas que se caracterizam pela evolução silenciosa com sintomas muito discretos, em que na maioria das vezes, ficam sem diagnóstico. As formas assintomáticas podem ser importantes para a perpetuação do ciclo de transmissão da patologia em regiões onde a transmissão é antroponótica, como no subcontinente indiano (CHAPMAN, 2015). As formas sintomáticas crônicas em geral evoluem para óbito se não forem tratadas.

Embora não muito comum, há relato de um paciente apresentando toda a sintomatologia, num estado grave, com confirmação clínica e laboratorial, mas que sem nenhum tratamento específico obteve a cura por remissão completa espontânea dos sintomas confirmada por testes laboratoriais (MOURI, 2015).

2.3.2 Diagnóstico

A identificação oportuna, objetiva e imediata dos pacientes portadores da leishmaniose visceral é de fundamental importância para reduzir a letalidade, por meio da implementação de medidas terapêuticas adequadas, pois o diagnóstico tardio é um dos principais determinante da letalidade (DRIEMEIRER et al., 2015).

Segundo Rey (2010), em decorrência da semelhança do quadro clínico de leishmaniose visceral com outras condições mórbidas que causam esplenomegalia como a malária e febre tifoide, o diagnóstico diferencial é complexo. Porém, quando há quadro com febre irregular, anemia progressiva, trombocitopenia, leucopenia, hipoalbuminemia, hipergamaglobulinemia e esplenomegalia deve-se suspeitar clinicamente de leishmaniose visceral, principalmente em região endêmica. Entretanto, exames complementares são necessários para confirmação e avaliação da gravidade (ORTIZ, 2015).

O diagnóstico de leishmaniose visceral é clínico e laboratorial por meio principalmente de exames parasitológicos e sorológicos, como o teste rápido imunocromatográfico baseado no antígeno recombinante rK39, a imunofluorescência indireta (IFI) e o ensaio imunoenzimático (ELISA) (BRASIL, 2006).

2.3.3 Tratamento

O tratamento deve ser feito de forma oportuna após a confirmação sorológica e/ou parasitológica da doença. Entretanto, quando há suspeita clínica, mas não há confirmação laboratorial, seja pela impossibilidade de realização ou pela demora da liberação dos exames, o tratamento deve ser iniciado (BRASIL, 2014).

O tratamento de leishmaniose visceral tem como primeira linha de escolha os antimoniais pentavalentes (Antimoniato-N-metilglucamina), mesmo com suas dificuldades de manutenção da terapêutica, pois exige administração parenteral prolongada. Embora seja o tratamento padrão, há casos que não respondem à terapia (NEVES, 2011).

O Antimoniato-N-metilglucamina (Glucantime®) é recomendado para o tratamento na dose de 20mg/Sb+5/Kg/dia, de 20 a 40 dias, considerando o limite máximo de três ampolas/dia do produto. Já a anfotericina B é o medicamento utilizado como droga de segunda linha, como nos casos de recidivas, porém apresentam uma toxicidade maior que os antimoniais pentavalentes (REY, 2010).

A anfotericina B desoxicolato e suas formulações lipossomais (anfotericina B lipossomal e anfotericina B dispersão coloidal) e as pentamidinas (sulfato e mesilato) são tratamentos alternativos e obedecem alguns critérios para seu uso. A anfotericina B lipossomal é a droga de primeira escolha no tratamento de pacientes com idade menor de 1 ano e maior ou igual a 50 anos, que apresentam comorbidades como insuficiência renal, hepática e cardíaca; transplantados renais, dentre outras. O desoxicolato de sódico de anfotericina B é a primeira droga de escolha para pacientes coinfectados pelo vírus do HIV ou outras comorbidades (BRASIL, 2014).

2.4 Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da saúde

Conhecimento, atitude e prática constituem o conceito de competência. Segundo LEME apud Scoot (2006), esse conjunto de elementos se relaciona com o desempenho do profissional e pode ser medido segundo padrões preestabelecidos e melhorado por meio de treinamento e desenvolvimento. Gonçalves (2011) afirma que a assimilação de conhecimentos integrada a habilidades e atitudes no trabalho prático proporcionará a melhor tomada de decisão.

O conhecimento é o saber propriamente dito, que é adquirido nas escolas, nos livros, universidades e no trabalho. Atitude é o querer fazer, é o que nos leva a exercitar a habilidade de um determinado conhecimento; relaciona-se ao domínio afetivo e envolve, na sua essência, opiniões, sentimentos, predisposições e crenças, relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Prática é o saber fazer, é tomar decisão para executar a ação, relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo (LEME, 2006; MARINHO et al., 2003).

O estudo de conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) pode ser realizado por meio de um conjunto de questões que tem a finalidade de mensurar o que e como uma população sabe, pensa e atua diante de um determinado problema. Essas pesquisas podem ser adaptadas a diversas situações, principalmente quando se busca traçar estratégias e ações para enfrentamento de problemas de saúde (ANDRADE, 2014).

As pesquisas CAP são utilizadas em diversos âmbitos sendo eles: local, regional, nacional ou internacional. Entretanto, os estudos nacionais com relação a LV abordam, em sua maioria, apenas a dimensão do conhecimento, sendo escassas as informações acerca de atitude e prática sobre a doença (ANDRADE, 2014).

Neste contexto, um estudo realizado no Paraguai, cujo objetivo foi identificar conhecimentos, atitudes e práticas de pacientes e profissionais de saúde sobre leishmaniose mucocutânea em comunidades endêmicas, demonstrou que os profissionais de saúde apresentam informações gerais suficientes sobre leishmaniose, entretanto, há dificuldades com relação a uma abordagem simplificada para o diagnóstico de acordo com nível de atenção. Nesse sentido, a capacitação desses profissionais pode melhorar o diagnóstico e tratamento da doença (RUOT, 2013).

Numa pesquisa sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) realizada em Bihar, Índia, que objetivou avaliar a viabilidade do envolvimento de trabalhadores de saúde no controle de leishmaniose e tuberculose, constatou-se que os trabalhadores de saúde conhecem os sintomas e como é feito o diagnóstico de leishmaniose visceral, porém desconhecem o tratamento de primeira linha recomendado. Com relação à tuberculose, por estarem mais envolvidos no tratamento da doença, os resultados foram mais satisfatórios do que em relação a LV. Porém, pela forma como estão organizados e a forte ligação com o sistema de atenção primária de saúde, os trabalhadores confirmaram estarem dispostos a um envolvimento maior também no controle de leishmaniose visceral (MALAVIYA, 2013).

Outra investigação realizada no subcontinente indiano, cujo objetivo foi avaliar os conhecimentos e as práticas relacionadas ao Kala-azar de profissionais de saúde no setor público e privado que atuam nas áreas endêmicas de Índia, Bangladesh e Nepal, revelou que cerca da metade dos profissionais da Índia e do Nepal conhecia o teste rápido para diagnóstico rK39 e a droga de primeira linha recomendada, a miltefosina, mas isso não aconteceu em Bangladesh. Os pesquisadores ressaltam ainda que os resultados demonstram a necessidade de resolver essas lacunas de conhecimento, particularmente no setor privado, antes de se pensar em eliminação da LV (KUMAR, 2011).

Pesquisas CAP em âmbito nacional envolvem diversos contextos, com os mais variados problemas de saúde, e buscam realizar um diagnóstico com intento de uma futura atuação. A partir de uma visão geral do problema, intervenções são elaboradas com a finalidade de melhoria da situação local, contribuindo para os avanços na saúde pública (ANDRADE, 2014).

2.5 Atenção básica e Estratégia Saúde da Família

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que busca desenvolver atenção integral com impacto sobre a situação de saúde das pessoas e nos condicionantes de saúde das coletividades, por meio da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2012).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014).

A implantação da ESF no município de São Luís, do ponto de vista histórico, ocorre em 1994 com a instalação da primeira equipe de Saúde da Família no bairro do Coroadinho, na área da Vila São Sebastião, onde já se realizava uma experiência satisfatória do Programa de Agente Comunitários de Saúde – PACS, após a indicação ser aprovada pelo Conselho de Saúde local. A partir desse momento, em 1996 foram implantadas mais nove equipes na zona rural, priorizando as áreas com difícil acesso aos serviços de saúde, considerando o princípio da equidade: Santa Bárbara, Vila Itamar, Tibiri, Maracanã, Pedrinhas I e II, Itaperá e Quebra Pote (SEMUS, 2017)

Em 2002 houve a ampliação de equipes, passando de 10 equipes com cobertura populacional de 5% para 47 equipes, atingindo cobertura populacional de 17%. No ano de 2004 houve novo avanço na cobertura, passando para 82 equipes, o que representava uma cobertura de 29%. Atualmente o município possui 16 equipes de EACS e 110 equipes de ESF, atingindo aproximadamente 31% da população, segundo o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS, 2016).

Dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica é responsável pelo atendimento primário que corresponde às seguintes atribuições quanto ao trabalho com leishmaniose visceral (BRASIL, 2014):

- Suspeitar e encaminhar pacientes para o Centro de Saúde;
- Notificar os casos suspeitos;
- Apoiar o serviço nas demais ações de vigilância epidemiológica da LV;
- Aplicar o antimonial pentavalente (Sb+5);
- Observar possíveis reações adversas ao medicamento e encaminhar o paciente para avaliação médica;

- Realizar busca de pacientes faltosos ao tratamento;
- Acompanhar o paciente durante e após o tratamento;
- Encaminhar o paciente para acompanhamento médico e avaliação clínica.

Neste contexto cada profissional da equipe multidisciplinar que compõe a estratégia saúde da família tem o seu papel pré-definido nesta abordagem. No que diz respeito ao processo de trabalho das equipes da estratégia saúde da família, incluem-se enquanto atribuições comuns a todos os profissionais a priorização dos grupos de risco e identificação dos fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais com o objetivo de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis, a busca ativa e a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local (BRASIL, 2012).

Com relação às atribuições dos profissionais das equipes de atenção básica, estas devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam cada uma das profissões. Realizar busca ativa, notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos de situações de importância local são atribuições comuns a todos os profissionais. Cabe ao enfermeiro como atribuição específica consulta de enfermagem, realizar procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do distrito federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2012).

No que diz respeito às atribuições específicas dos médicos, estes devem encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico deles, indicar de forma compartilhada com outros pontos de atenção a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário, dentre outras (BRASIL, 2012).

3 JUSTIFICATIVA

A leishmaniose visceral encontra-se dentre as doenças prioritárias para controle, que é considerado com um desafio para a saúde pública, dada a sua complexidade principalmente no que concerne ao diagnóstico e tratamento (MENEZES et al., 2014). Estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) de profissionais de saúde são importantes para identificar lacunas que impedem a adequada abordagem de um problema de saúde e permitem vislumbrar possíveis estratégias de intervenção. Nesse sentido, a relativa ausência de estudos que avaliam o conhecimento, atitude e prática de profissionais de saúde sobre a leishmaniose visceral no âmbito nacional justificam a realização desse estudo.

Desta forma, busca-se com essa pesquisa investigar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais médicos e enfermeiros da atenção primária sobre leishmaniose visceral.

Assim os resultados deste estudo poderão contribuir para que o município de São Luís possa acrescentar melhorias na forma de sistematização e organização dos serviços, proporcionando maior agilidade na resolução dos casos suspeitos e redução da taxa de letalidade por leishmaniose visceral. Espera-se também contribuir com o Programa Nacional de Controle de Leishmaniose, que ainda encontra dificuldades em conter o avanço dessa doença no território nacional.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

- Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre leishmaniose visceral no município de São Luís.

4.2 Específicos

- Descrever os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da estratégia saúde da família sobre leishmaniose visceral;
- Estimar o nível de conhecimentos, atitudes e práticas sobre leishmaniose visceral de acordo com o preconizado nos manuais técnicos do Ministério da Saúde;
- Identificar e enumerar lacunas de conhecimento, atitudes e práticas de profissionais de saúde sobre leishmaniose visceral.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado a partir de dados primários coletados por meio de um instrumento (questionário) aplicado a médicos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em São Luís, Maranhão.

5.2 População de estudo

Os sujeitos da pesquisa foram todos os médicos e enfermeiros que atuavam na ESF e trabalhavam nas unidades de saúde da área de estudo delimitada, por serem responsáveis juntamente com a vigilância epidemiológica pelo controle e prevenção da leishmaniose visceral no município.

O tamanho da amostra foi calculado tomando o número de equipes de ESF e EACS e estimada em 182 profissionais. Os mesmos foram abordados por meio de questionário autoaplicável.

Foi utilizado como critério para seleção da amostra as unidades dos distritos em que houvesse registro de casos de leishmaniose visceral em todos os anos nos últimos 5 anos, caso contrário seriam excluídos da amostra. Baseado nesse critério foram incluídas as unidades de saúde dos distritos Cohab, Coroadinho, Itaqui Bacanga, Tirirical e Vila Esperança, a partir do levantamento na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS, 2017).

5.3 Locais de estudo

A pesquisa foi desenvolvida nas unidades de saúde da família e nos centros de saúde que possuíam equipes da ESF implantadas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de São Luís tem população de 1.082.935 habitantes e área territorial de 834,785 km² no ano de 2015.

Os dados sobre a cobertura e o número de equipes da ESF do município foram obtidos no Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) que utiliza este registro para o cálculo do pagamento de incentivos ao EACS e a ESF, e no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) disponível no portal <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>.

No município de São Luís os serviços de saúde estão distribuídos em sete distritos: Bequimão, Cohab, Coroadinho, Centro, Bacanga, Tirirical e Vila Esperança, como demonstrado no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição das equipes da ESF e Estratégia de Agente Comunitário de Saúde por distrito e unidade em São Luís/MA, em 2017.

DISTRITO	UNIDADES DE SAÚDE	EQUIPES ESF	EQUIPES EACS
Bequimão	03	06	04
Centro	04	11	02
Cohab	05	14	02
Coroadinho	03	08	05
Itaqui Bacanga	07	17	-
Tirirical	14	37	03
Vila Esperança	12	17	-
Total	48	110	16

Fonte: Superintendência de ações de saúde/SEMUS – Coordenação de Saúde Comunitária, 2017.

Os distritos Bequimão e Centro foram excluídos, visto que não se enquadravam nos critérios da pesquisa, já que nos anos de 2012 e 2013 não houve registro de LV no distrito de Bequimão e em 2012 não houve casos no distrito Centro.

A rede assistencial da atenção primária a saúde tem como eixo estruturante no município de São Luís a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) implantada em 1994, em conformidade com as definições do Ministério da Saúde (MS), entre convênio da Secretaria de Estado do Maranhão e Prefeitura Municipal de São Luís.

A cobertura da atenção básica pela estratégia saúde da família no município de São Luís, conforme MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB, em setembro de 2016, era de 338 equipes credenciadas pelo Ministério da Saúde, porém a rede é de fato composta por 16 equipes de EACS e 110 equipes de ESF (implantadas) que correspondem a uma cobertura de 31% da população ludovicense, realizando o atendimento em média de 327.750 pessoas nesse período.

As áreas sem cobertura da ESF são atendidas por outros profissionais que estão nas mesmas unidades de saúde, porém sem fazer parte das equipes, são denominados médicos e enfermeiros de demanda do serviço ambulatorial das 4 unidades mistas (Itaqui Bacanga, Bequimão, Coroadinho e São Bernardo).

O município possui Hospitais de referência de alta complexidade (Unidades de Urgência e Emergência) e Hospital de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Os participantes foram incluídos na pesquisa conforme alguns critérios: aceitar participar do estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ser médico(a) ou enfermeiro(a) do serviço com nome no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como profissional do local de atuação e que integrasse as equipes das unidades de distritos em que houvesse registro de pelo menos um caso de leishmaniose visceral em cada um dos últimos 5 anos.

Foi considerado excluído da pesquisa o sujeito que não satisfizesse qualquer um dos critérios apresentados. O não aceite em participar e consequente negativa de assinatura do TCLE foi considerado como recusa na pesquisa.

Foram considerados como perdas os casos em que não foi possível acessar o profissional, em pelo menos três tentativas. Esta última foi uma estratégia de abordar os profissionais que por qualquer motivo não estivessem no local no momento da pesquisa, seja por licença, férias ou absenteísmo.

5.5 Instrumento de coleta

O instrumento utilizado na pesquisa foi um questionário auto preenchível, com 29 questões sendo 20 fechadas e 09 abertas (Apêndice 3), abordando, além de conteúdos sobre conhecimentos, atitudes e práticas sobre LV, dados sociodemográficos para caracterização da população estudada (idade, sexo, graduação, ano de graduação, formação complementar, local de trabalho e anos de experiência atuando na Estratégia Saúde da Família). Cinco questões abordavam especificamente o conhecimento sobre LV (questões 17, 19, 20, 21 e 22) enquanto duas eram sobre atitudes (25 e 32) e seis sobre práticas (18, 23, 26, 27, 28 e 30) conforme questionário em anexo. Para abordagem CAP, foram utilizados os conceitos de trabalhos semelhantes disponíveis na literatura, mesmo que aplicados em outras situações e contextos.

Para estruturação do componente específico sobre a doença foram utilizados como referência o modelo validado por Barbosa (2013), que inclui informações referentes à importância epidemiológica da LV, conduta diante de casos confirmados na unidade de trabalho, experiência no tratamento de LV, conhecimento sobre o fluxo no sistema local para o tratamento de casos da doença, disponibilidade de exames para o diagnóstico e acompanhamento de pacientes em tratamento e conduta quanto ao tratamento de casos confirmados. Outras informações foram acrescentadas ao questionário como conhecimentos sobre apresentação de sinais e sintomas, modo de transmissão e questões que exploram um envolvimento maior no controle de LV (DAS, 2014).

A fim de avaliar o instrumento, realizou-se um pré-teste no centro de saúde Liberdade, localizada no distrito Centro (não incluído na pesquisa), com duas equipes da estratégia saúde da família. A abordagem aos profissionais médicos (as) e enfermeiros(as) da ESF ocorreu na própria unidade no momento do atendimento diário. Foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e depois do aceite e assinatura do TCLE foi entregue o questionário. Estes foram respondidos e devolvidos no final do atendimento diário. Com os resultados do pré-teste houve a reestruturação do questionário para dar início à coleta de dados.

5.6 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho a outubro de 2017, preferencialmente no ambiente de trabalho dos profissionais. Primeiramente foi realizada uma visita a unidade de saúde para obter informações sobre os horários que os profissionais estariam trabalhando e, se possível, já era realizado um primeiro contato com os profissionais que estavam no local naquele momento: estes eram informados sobre a pesquisa e seus objetivos e ao confirmarem sua participação, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente foram realizadas mais três visitas na mesma unidade para fazer a abordagem dos outros profissionais da unidade.

Como forma de tentar diminuir o número de recusas, foram utilizadas abordagens diferenciadas para o preenchimento e entrega do questionário, tais como: oferta do questionário no momento das capacitações, na qual se registrava a unidade em que o mesmo estava lotado para controle da pesquisadora e busca no dia seguinte quando não era possível aguardar até o horário do término do atendimento, visto que, pela flexibilidade dos horários das equipes, muitas vezes os profissionais estavam ausentes no momento da visita nas unidades.

5.7 Variáveis de análise

Para análise das variáveis de conhecimento, atitude e prática houve a necessidade de estabelecer formas específicas para classificar as variáveis estudadas, visto que os vários estudos que aplicam CAP utilizam diferentes abordagens. Nesse estudo, utilizou como referência o modelo de inquérito CAP adotado na investigação de Santos (2011), Gonçalves (2012) e Costa (2012).

Como forma de avaliar cada dimensão/variável de conhecimento, atitude e prática, foram elaboradas categorias específicas que agrupadas construíram cada variável/dimensão. O restante das questões foi analisado de forma descritiva.

a) Conhecimento

Com o objetivo de avaliar conhecimento dos profissionais (Quadro 4), foram utilizadas as questões 17, 19, 20, 21 e 22 do instrumento.

- As respostas foram consideradas adequadas (corretas) quando os profissionais responderam que a LV é uma doença de notificação compulsória; que a forma de transmissão ocorre por picada do inseto flebotomíneo; que as principais manifestações clínicas (sinais e sintomas) de leishmaniose visceral são febre e esplenomegalia; que os principais exames são os testes rápidos, a reação de imunofluorescência indireta (RIFI) e o ensaio imunoenzimático (ELISA) e, por fim, com relação às medidas e ações de prevenção e controle da LV, fosse citada pelo menos uma medida dirigida à população, ao vetor e ao cão.

- As respostas foram consideradas parcialmente adequadas quando os profissionais responderam que as principais manifestações clínicas (sinais e sintomas) de leishmaniose visceral eram febre ou esplenomegalia com outros sintomas; pelo menos dois exames corretos e, com relação às medidas e ações de prevenção e controle, fossem citadas duas das estratégias, dirigidas à população humana e ao vetor ou à população humana e aos cães.

- As respostas foram consideradas inadequadas quando os profissionais não identificaram que a LV é uma doença de notificação compulsória, sua forma de transmissão, as principais manifestações clínicas (sinais e sintomas), os principais exames e as medidas e ações de prevenção e controle.

b) Atitude

Com o objetivo de avaliar atitude dos profissionais (Quadro 5) foram utilizadas as questões 25 e 32 do instrumento.

- As respostas foram consideradas adequadas quando os profissionais responderam que conheciam o fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de casos e realizavam busca ativa de casos faltosos ou que abandonaram o tratamento de leishmaniose visceral.

- As respostas foram consideradas inadequadas quando os profissionais responderam que não conheciam o fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de casos e não realizava busca ativa de casos faltosos ou que abandonaram o tratamento de leishmaniose visceral.

c) Prática

Com o objetivo de avaliar a prática dos profissionais (Quadro 5) as questões 26, 27 e 28 do instrumento foram analisadas de forma descritiva e as questões 18, 23, e 30 do instrumento classificadas em adequada ou inadequada.

- As respostas foram consideradas adequadas quando os profissionais responderam que faziam uso de alguns dos manuais do Ministério da Saúde nas ações de diagnóstico e/ou prevenção de leishmaniose, solicitavam teste diagnóstico e realizavam tratamento de leishmaniose visceral na unidade.

- As respostas foram consideradas inadequadas quando os profissionais responderam que não faziam uso de alguns dos manuais do Ministério da Saúde nas ações de diagnóstico e/ou prevenção de leishmaniose, não solicitavam teste diagnóstico e não realizavam tratamento de leishmaniose visceral na unidade.

Quadro 4 - Classificação de conhecimentos referentes à leishmaniose visceral: adequados, parcialmente adequados ou inadequados.

Resposta dos profissionais			
Conhecimentos	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Infecção por LV – Agravado de notificação Compulsória	Sim	-	Não
Mecanismos de transmissão de LV	Picada do mosquito, inseto, flebótomo	-	Qualquer outra opção
Principais manifestações clínicas (sinais e sintomas) de LV	Febre esplenomegalia	Febre ou esplenomegalia com outros sintomas	Qualquer outra opção
Principais exames diagnósticos	Testes rápidos, Reação de imunofluorescência indireta (RIFI) e Ensaio imunoenzimático (ELISA)	Pelo menos dois exames corretos	Qualquer outra opção
Medidas e ações de prevenção e controle	Dirigida à população humana Dirigida ao vetor Dirigida aos cães	Duas das formas: dirigida a população humana e ao vetor ou população humana e aos cães	Qualquer outra opção

Quadro 5 - Classificação de atitudes e práticas referentes à leishmaniose visceral: adequados, parcialmente adequados ou inadequados.

Resposta dos profissionais			
Atitudes	Adequado	Parcialmente adequado	Inadequado
Fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de casos	Sim	-	Não
Realiza busca ativa de casos faltosos ou que abandonaram o tratamento de leishmaniose visceral	Sim	-	Não
Práticas			
Fez uso de algum dos manuais do Ministério da Saúde nas ações de diagnóstico e/ou prevenção de leishmaniose	Sim	-	Não
Solicitação de teste diagnóstico de leishmaniose visceral	Sim	-	Não
Realização do tratamento de leishmaniose visceral na unidade	Sim	-	Não

5.8 Organização e análise dos dados

Os questionários foram estruturados no programa Microsoft Office Excel versão 2016, e os dados digitados em dupla entrada por digitadores distintos, e posteriormente comparados para correção das divergências. Após organização e finalização do banco de dados com as variáveis de interesse, este foram exportados e analisados no programa estatístico R versão 3.3.1.

Foram realizadas análises descritivas dos dados coletados, calculadas as frequências relativas e absolutas das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, graduação, ano de graduação, formação complementar, local de trabalho e anos de experiência). Esses resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas.

Para quantificar as dimensões que se referem ao conhecimento, às atitudes e às práticas e proceder com a análise dos resultados, foi necessário criar uma variável para cada dimensão, semelhante ao adotado por Gonçalves (2012). No que concerne ao conhecimento, cada tipo de resposta (Quadro 4) recebeu uma pontuação: respostas classificadas como adequadas valeram 10, parcialmente adequadas valeram 5 e inadequadas computaram 0; a soma dos critérios referentes ao conhecimento totalizava no mínimo o valor 0 (todas as questões com resposta inadequada) e máximo de 50 (todas as respostas adequadas). Assim, obteve-se variável indicativa de conhecimento para cada participante ao dividir seu resultado pelo máximo de acertos possível e multiplicar por 100.

Após a definição da variável em percentual, utilizou como referência o modelo de inquérito CAP adotado na investigação de Gonçalves (2012) para criação das categorias, obedecendo a seguinte distribuição: bom (adequado) – de 75% a 100%, regular (parcialmente adequado) - >25% e < 75%, e fraco (inadequado) – de 0 a 25%.

A construção das variáveis de atitudes e de práticas envolveu apenas respostas adequadas ou inadequadas (Quadro 5). Para atitudes, com apenas duas questões, cada resposta adequada recebeu pontuação 10, sendo considerado o total para cada participante adequado com 100% de acerto, parcialmente adequado com 50% e inadequado com nenhum acerto. As práticas continham três questões, cada uma pontuada da maneira já descrita: 10 pontos para resposta adequada e 0 para inadequada; na soma final, foi considerada adequada a resposta do candidato que acertou 100% e inadequada a resposta cujo total foi 0%; parcialmente adequada foi o valor intermediário entre os extremos.

Para verificar a associação entre duas variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher, dependendo das frequências encontradas. O nível de significância estatística adotado foi de 5% para a associação entre as variáveis no teste χ^2 .

5.9 Aspectos éticos

O projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – CEP/ENSP da Fundação Oswaldo Cruz e aprovado com parecer nº 2.089.299 e CAAE 67317317.2.0000.5240. Este projeto não trouxe qualquer risco aos seus participantes, pois foram resguardadas as questões éticas de confidencialidade da identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, questionários não identificados nominalmente, dentre as outras recomendações das normas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos existentes na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

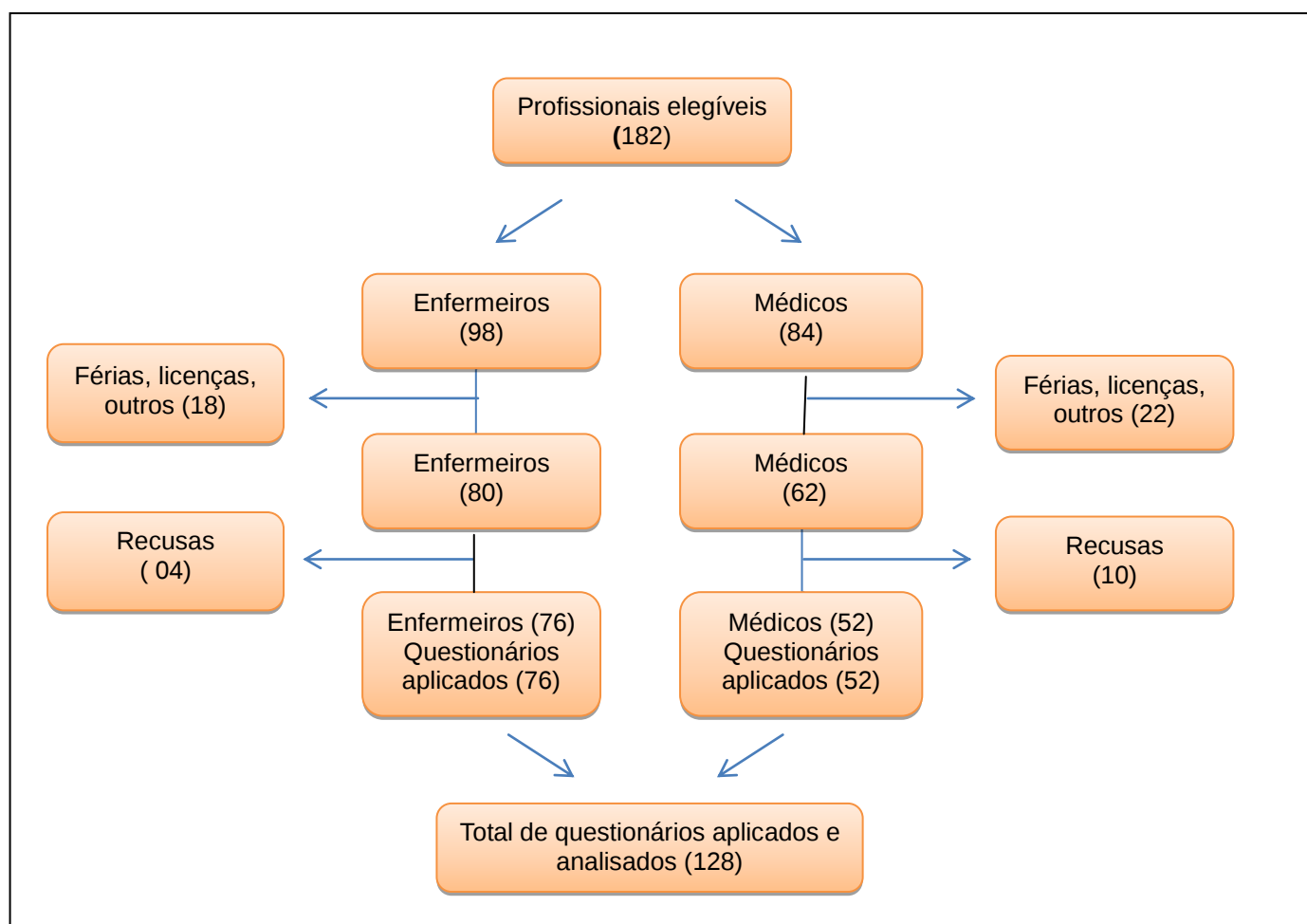
O estudo foi iniciado no dia 05 de junho de 2017, após a anuência da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Luís e emitida declaração autorizando a coleta de dados nas unidades.

6 RESULTADOS

Dentre os 182 profissionais elegíveis convidados a participar do estudo, 128 participaram do estudo (Figura 1).

Dentre os 98 elegíveis para a categoria de enfermagem, houve 18 perdas por motivo de licenças, congresso, férias ou de três tentativas para acessar ao profissional e 4 recusas, totalizando uma amostra final de 76 respondentes, o que equivale a 77,5% dos elegíveis. Para a categoria de médicos (as), de um total de 84 elegíveis, houve 22 perdas e 10 recusas, totalizando uma amostra de 52 questionários respondidos 61,9%. A apresentação dos resultados inicia-se com a descrição da amostra, e na sequência as dimensões conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais são apresentadas separadamente.

Figura 1 - Relação de questionários aplicados e analisados dos profissionais da ESF do município de São Luís/MA, em 2017.



6.1 Características dos entrevistados

A população deste estudo constitui-se, portanto, de 128 profissionais de saúde, distribuídos da seguinte forma: 76 enfermeiros (as) e 52 médicos (as). Na Tabela 1 são apresentadas as características dos profissionais que compuseram a amostra.

Observa-se que o sexo feminino foi mais frequente em ambas as categorias de profissionais. Destaca-se que idade mínima dos profissionais foi de 24 anos e a máxima de 68 anos, com média de 39 anos. A faixa etária de 30 a 39 anos abrange 45,3% dos profissionais, em segundo lugar com 25,8% encontram-se a faixa etária de 40 a 49 anos seguida pela faixa etária 20 a 29 anos com 14,8%. Pode-se observar que o percentual de profissionais da ESF com até 5 anos de graduação foi de aproximadamente 21,9%, sendo 16,4% com tempo entre 5 e 10 anos e acima de 10 anos um número mais expressivo, cerca de 44,5%.

Quanto à formação complementar na ESF, a maioria dos profissionais 75,7% é especialista e apenas 9,4% são mestres. Destarte, chama a atenção o percentual de profissionais 8,6% sem nenhuma formação complementar, ocorrendo somente na categoria dos profissionais médicos.

Com relação ao tempo de atuação na ESF, ocorre percentual semelhante de profissionais com até 5 anos 39,8% e com 5 a 10 anos 38,3% de trabalho na ESF, porém difere entre as categorias. Há uma maior concentração de médicos com menos de 5 anos de atuação na ESF se comparado com enfermeiros.

Sobre a capacitação dos profissionais pesquisados houve um percentual expressivo 85,9% que não foram capacitados. Destaca-se que 84,2% dos enfermeiros são especialistas e 15,8% são mestres e 67,3% dos médicos possuem especialização, acredita-se que a formação complementar possa ter acrescentado algum conhecimento sobre LV, mesmo não tendo participado de treinamento e/ou capacitação para LV pela sua instituição de vínculo.

Do total, 85,9% dos profissionais referiram não terem participado de capacitação e/ou treinamento sobre LV em sua instituição ou vínculo. Dos 13,2% profissionais que realizaram capacitação em LV, apenas cinco responderam terem tido suas expectativas satisfeitas quanto ao conhecimento adquirido. Com relação aos principais temas abordados sobre leishmaniose visceral estes responderam que foram conceitos relacionados aos sintomas, transmissão, vigilância epidemiológica, diagnóstico, tratamento e medidas preventivas, diagnóstico diferencial e estudos de caso. Um profissional relata que o treinamento foi muito bom, mas realizado há muito tempo.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas, tempo de graduação, formação complementar e tempo de atuação da ESF do município de São Luís (MA), 2017.

Idade	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
20 F 30	5	6,6	14	26,9	19	14,8
30 F 40	43	56,6	15	28,8	58	45,3
40 F 50	26	34,2	7	13,5	33	25,8
50 F 60	2	2,6	8	15,4	10	7,8
60 F 80	0	0,0	7	13,5	7	5,5
Não respondeu	0	0,0	1	1,9	1	0,8
Total	76	100	52	100	128	100
Sexo	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	67	88,1	32	61,5	99	77,3
Masculino	9	11,8	20	38,4	29	22,6
Total	76	100	52	100	128	100
Tempo de graduação	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 F 5	9	11,8	19	36,5	28	21,9
5 F 10	12	15,8	9	17,3	21	16,4
10 F 20	49	64,5	8	15,4	57	44,5
20 F 30	3	3,9	7	13,5	10	7,8
30 F 50	2	2,6	8	15,4	10	7,8
Não Respondeu	1	1,3	1	1,9	2	1,6
Total	76	100	52	100	128	100
Formação complementar	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma	0	0,0	11	21,2	11	8,6
Residência	0	0,0	3	5,8	3	2,4
Especialização	64	84,2	35	67,3	99	77,3
Mestrado	12	15,8	0	0,0	12	9,4
Não Respondeu	0	0,0	3	5,8	3	2,4
Total	76	100	52	100	128	100
Tempo de Atuação na ESF (anual)	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 F 5	18	23,7	33	63,5	51	39,8
5 F 10	42	55,3	7	13,5	49	38,3
10 F 15	10	13,2	6	11,6	16	12,5
15 F 25	5	6,6	5	9,6	10	7,8
Não Respondeu	1	1,3	1	1,9	2	1,6
Total	76	100	52	100	128	100
Treinamento ou capacitação em LV	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	11	14,4	6	11,5	17	13,2
Não	65	85,5	45	86,5	110	85,9
Não respondeu	0	0,0	1	1,9	1	0,7
Total	76	100	52	100	128	100

Quanto ao motivo de não terem tido suas expectativas atendidas, apenas seis pessoas responderam citando o pouco conteúdo abordado, falta de estrutura física e laboratorial, pouco tempo, falta de materiais explicativos, não conseguir colocar em prática o conteúdo abordado, ausência de caso na área de atuação, superficialidade do mesmo, ausência de continuidade e pouca carga horária.

6.2 Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais de saúde

Nesta seção são apresentadas as distribuições das respostas sobre conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas à LV segundo categoria profissional (enfermeiros e médicos).

6.2.1 Conhecimentos

Nas tabelas 2, 3, 4, 5 e 6 são descritas as respostas das questões relacionadas ao conhecimento sobre leishmaniose visceral.

Considerou-se como variáveis que abordavam o conhecimento: a leishmaniose visceral como doença de notificação compulsória, forma de transmissão da leishmaniose visceral, principais manifestações clínicas (sinais e sintomas) de leishmaniose visceral, principais exames para confirmação da suspeita clínica da leishmaniose visceral, exames para o diagnóstico da leishmaniose visceral e medidas e ações de prevenção e controle.

Quanto ao conhecimento acerca da compulsoriedade da notificação da leishmaniose visceral, 87,5% confirmaram ser leishmaniose visceral um agravo de notificação compulsória. Os que referiram negativamente quanto à obrigatoriedade do registro corresponderam a 10,9% e 1,6% não responderam (Tabela 2).

Tabela 2 – Leishmaniose visceral como doença de notificação compulsória segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), em 2017.

LV é doença de notificação compulsória	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	67	88,2	45	86,5	112	87,5
Não	7	9,2	7	13,5	14	10,9
Não respondeu	2	2,6	0	0,0	2	1,6
Total	76	100	52	100	128	100

Acerca dos mecanismos de transmissão da leishmaniose visceral, na tabela 03, constatou-se que a maioria, tanto enfermeiros 72,3% quanto médicos 80,7%, responderam corretamente que esta ocorre através da picada de mosquito/inseto/flebótomo. Porém, houve respostas incorretas como transmissão direta do cão, incluindo mordedura, por 4,6% dos participantes.

Tabela 3 - Forma de transmissão da leishmaniose visceral segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), em 2017.

Transmissão de LV	Enfermeiros				Médicos			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Picada de mosquito, inseto, flebótomo	55	72,3	21	27,6	42	80,7	10	19,3
Transmissão direta do cão/mordedura	5	6,5	71	93,4	1	1,9	51	98,1
Outras respostas	10	13,1	66	86,9	15	28,8	37	71,2

Foi investigado o conhecimento dos profissionais da ESF sobre as principais manifestações clínicas (sinais e sintomas) de leishmaniose visceral, sendo os mais citados pelos enfermeiros a febre 53,9%, aumento do baço (esplenomegalia) 48,6% seguidos de aumento do fígado (hepatomegalia) com 11,8%, astenia 10,1% e palidez 9,2%. Resultados semelhantes foram encontrados com relação aos médicos: febre 53,8%, aumento do baço (esplenomegalia) 55,7%, aumento do fígado (hepatomegalia) com 28,8%, palidez 19,2% e perda de peso 19,2%. (Tabela 4).

Tabela 4 - Principais manifestações clínicas (sinais e sintomas) de leishmaniose visceral segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), em 2017.

Sinais e Sintomas	Enfermeiros				Médicos			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Febre	41	53,9	35	46,1	28	53,8	24	46,2
Aumento do baço (esplenomegalia)	37	48,6	39	51,4	29	55,7	23	44,3
Aumento do fígado (hepatomegalia)	9	11,8	67	88,2	15	28,8	37	71,2
Palidez	7	9,2	69	90,8	10	19,2	42	80,8
Perda de peso	5	6,3	71	93,7	9	17,3	43	82,7
Astenia	8	10,1	68	89,9	6	11,5	46	88,5
Aumento do volume abdominal	7	9,2	67	90,8	3	5,7	49	94,3
Dor abdominal	7	9,2	67	90,8	6	11,5	46	88,5
Fraqueza	5	6,3	71	93,7	4	7,6	48	92,4
Edema de membros inferiores	3	3,9	73	96,1	1	1,9	51	98,1
Vômito	3	3,9	73	96,1	0	0	52	100
Diarreia	1	1,3	75	98,7	1	1,9	51	98,1
Náuseas	1	1,3	75	98,7	0	0	52	100
Cefaléia	1	1,3	75	98,7	0	0	52	100

Em relação ao conhecimento dos exames para diagnóstico e acompanhamento de tratamento de casos de LV, 53,9% dos profissionais responderam conhecê-los.

Dentre os exames citados, 10,5% dos enfermeiros referiram a reação de imunofluorescência indireta (RIFI), 6,5% o exame imunocromatográfico (teste rápido), 5,2% mencionaram o *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* (ELISA), e apenas 3,9% responderam teste parasitológico e 55,2% não responderam ou responderam de forma errada. As respostas dos médicos diferem das dos enfermeiros. Para esses, o teste parasitológico foi citado por 40,3% , seguido *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* (ELISA) com 32,6%, exames imunocromatográfico (teste rápido) com 23% e reação de imunofluorescência indireta (RIFI) com 7,6%. (Tabela 05).

Tabela 5 - Principais exames para o diagnóstico de LV segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), em 2017.

Principais exames de LV	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	28	36,8	41	78,8	69	53,9
Não	47	61,8	10	19,2	57	44,5
Não respondeu	1	1,3	1	1,9	2	1,6
Total	76	100	52	100	128	100

Exames para confirmação LV	Enfermeiros				Médicos			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Imunocromatográficos (Teste rápido)	5	6,5	71	93,5	12	23,0	40	77,0
Reação de Imunofluorescência indireta (RIFI)	8	10,5	68	89,5	4	7,6	48	92,4
Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (ELISA)	4	5,2	72	94,8	17	32,6	35	67,4
Teste parasitológico	3	3,9	73	96,1	21	40,3	31	59,7
Não responderam/outras respostas	42	55,2	34	44,8	12	23,0	40	77,0

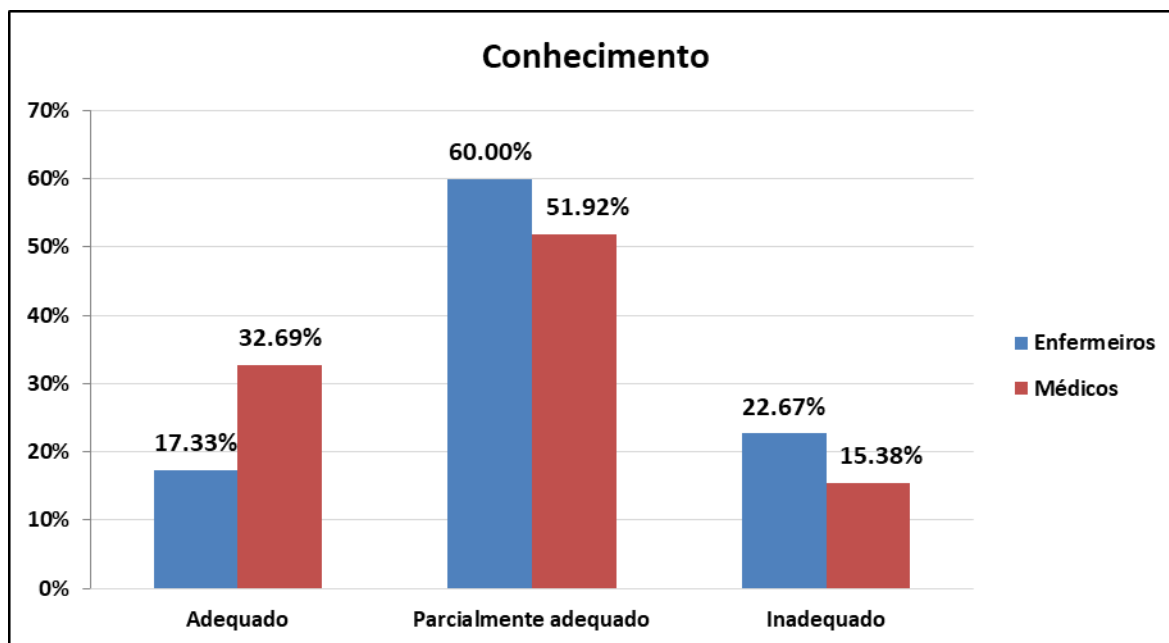
Na questão sobre as principais medidas e ações de prevenção e controle de LV, conforme mostra a Tabela 6, os enfermeiros citaram uso de repelentes 22,2%, controle da população canina errante 13,1%, telagem de portas e janelas 13,1%, limpeza urbana 13,1%, atividades de educação em saúde 9,2%. Observou-se também uma diferença com relação aos médicos onde 23% citaram o controle da população canina errante seguido por 15,3% indicando o uso de repelentes, eliminação dos reservatórios com 11,5%, redução da população de flebotomíneos 2,6% e telagem de portas e janelas (17,6%).

Tabela 6 - Principais medidas e ações de prevenção e controle de LV. Segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís (MA), 2017.

Medidas e Ações de Prevenção	Enfermeiros				Médicos			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso de repelentes	16	22,2	60	77,8	8	15,3	44	84,7
Controle da população canina errante	10	13,1	56	86,9	12	23,0	40	77,0
Telagem de portas e janelas	10	13,1	56	86,9	4	7,6	48	92,4
Limpeza urbana	10	13,1	56	86,9	1	1,9	51	98,1
Atividades de educação em saúde	7	9,2	69	90,8	1	1,9	51	98,1
Redução da população de flebotomíneos	2	2,6	74	97,4	5	9,6	47	90,4
Uso de mosquiteiro com malha fina	4	5,2	72	94,8	3	5,7	49	94,3
Eliminação e destino adequado dos resíduos sólidos orgânicos	7	9,2	69	90,8	0	0	0	100
Eliminação dos reservatórios	1	1,3	75	98,7	6	11,5	46	88,5

Quanto ao conhecimento acerca de LV, verificou-se que a maioria dos profissionais foram classificados como tendo conhecimento parcialmente adequado (regular) para ambas as categorias (enfermeiros e médicos) com resultados bem semelhantes (60% e 51,9% respectivamente). Observou-se também que a categoria médica apresentou um conhecimento adequado (bom) um pouco maior 32,6% quando comparados aos enfermeiros que foi apenas de 17,3% e o inadequado (fraco) numa percentual menor para ambas as categorias

Gráfico 1 – Distribuição percentual de enfermeiros e médicos da ESF, segundo grau de conhecimento sobre LV no município de São Luís (MA), 2017



6.2.2 Atitudes

Na tabela 7 são descritas as variáveis relacionadas às atitudes sobre leishmaniose visceral dos profissionais médicos e enfermeiros pertencentes à ESF. Considerou-se as seguintes variáveis relacionadas às atitudes o conhecimento do fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de casos da doença no município e a participação na busca ativa dos casos faltosos ou que abandonaram o tratamento de leishmaniose visceral.

Com relação ao fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento, 75,0% dos profissionais desconhecem a existência deste. O desconhecimento foi maior entre enfermeiros do que entre médicos ($p=0.091$).

Pode-se observar também que o percentual de profissionais que responderam não realizar busca ativa nos casos de faltosos e/ou abandono foi expressivo, correspondendo a 71,9%. Também aqui, profissionais médicos estavam mais envolvidos na busca ativa do que enfermeiros ($p=0,034$).

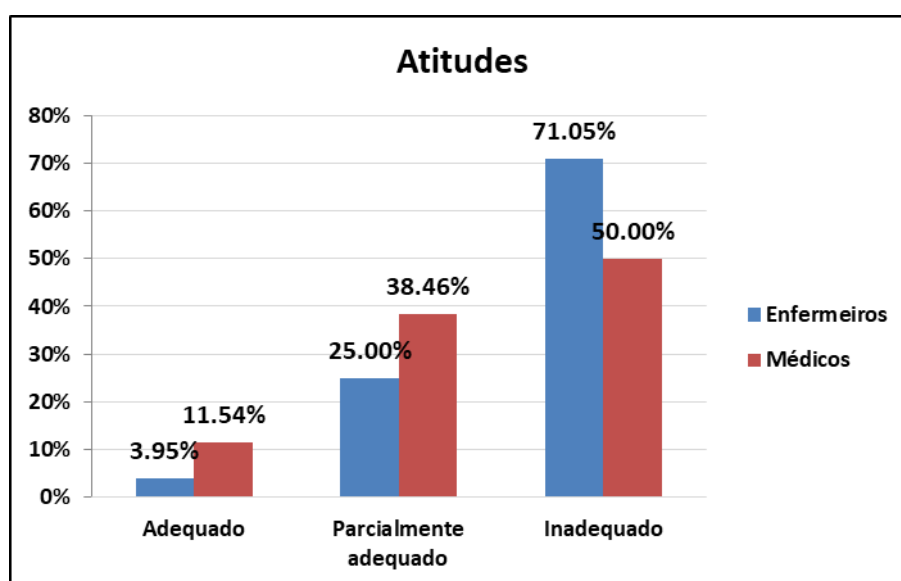
Tabela 7 - Atitudes sobre leishmaniose visceral entre médicos e enfermeiros pertencentes à ESF do município de São Luís (MA), em 2017.

Fluxos de diagnósticos e Tratamentos	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	13	17,1	16	30,8	29	22,7
Não	60	78,9	36	69,2	96	75,0
Não respondeu	3	3,9	0	0,0	3	2,3
Total	76	100	52	100	128	100

Busca ativa de casos faltosos	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	12	15,8	16	30,8	28	21,9
Não	60	78,9	32	61,5	92	71,9
Não respondeu	4	5,3	4	7,7	8	6,3
Total	76	100	52	100	128	100

A atitude dos enfermeiros e médicos foi classificada majoritariamente como inadequada (fraca) para ambas as categorias, porém observa-se que os enfermeiros apresentaram um percentual maior (71,0%) do que os médicos (50,0%). Entretanto há um percentual de atitude parcialmente adequado (regular) que deve ser considerada para a categoria médica (38,4%) quando comparado com o enfermeiro (25%). (Gráfico 2)

Gráfico 2 – Distribuição percentual de enfermeiros e médicos da ESF, quanto à atitude sobre LV no município de São Luís (MA), 2017



6.2.3 Práticas

Nas tabelas 8, 9 e 10 são descritas as variáveis relacionadas às práticas sobre leishmaniose visceral dos profissionais médicos e enfermeiros pertencentes à ESF. Considerou-se como variáveis relacionadas à prática o uso de manuais do Ministério da Saúde para ações de diagnóstico e/ou prevenção, a solicitação de teste para diagnóstico, a experiência anterior no diagnóstico ou tratamento de casos, a conduta diante de um caso suspeito ou caso confirmado, a justificativa para realização de exames laboratoriais antes e durante o tratamento e realização de tratamento na unidade de saúde.

Do total da amostra, 70,3% referiu não fazer uso de manuais do Ministério da Saúde para ações de diagnóstico e/ou prevenção dos profissionais.

Com relação à solicitação de teste para diagnóstico nas suas atividades diárias, a maioria dos profissionais respondeu que não solicitam (84,4%). Os que afirmaram que sim, corresponde a apenas 14,8%. Sendo um percentual maior entre médicos (30,8%) do que entre os enfermeiros (3,9%).

No que diz respeito à experiência anterior desses profissionais no diagnóstico ou tratamento dos casos de LV, 71,8% responderam não ter tido contato com nenhum caso da doença.

Observou-se que 45,3% responderam que realizariam tratamento de LV na unidade de saúde e 48,5% sendo quase a mesma proporção que não o realizariam 48,5%. Essa proporcionalidade também é observada quanto à conduta do médico 55,7% e do enfermeiro 55,2%.

Tabela 8 - Práticas sobre leishmaniose visceral entre médicos e enfermeiros pertencentes à ESF do município de São Luís (MA), 2017.

Uso dos Manuais	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	15	19,7	21	40,3	36	28,1
Não	59	77,6	31	59,6	90	70,3
Não respondeu	2	2,6	0	0,0	2	1,5
Total	76	100	52	100	128	100
Solicitação de teste diagnóstico	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	3	3,9	16	30,8	19	14,8
Não	72	94,7	36	69,2	108	84,4
Não respondeu	1	1,3	0	0,0	1	0,8
Total	76	100	52	100	128	100
Experiência anterior com a doença	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum caso	61	80,2	31	59,6	92	71,8
Um a Três casos	5	6,5	14	26,9	19	14,8
Mais de 5 casos	7	9,2	7	13,4	14	10,9
Não Respondeu	3	3,9	0	0,0	3	2,3
Total	76	100	52	100	128	100
Tratamento na unidade de saúde	Enfermeiros		Médicos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	29	38,1	29	55,7	58	45,3
Não	42	55,2	20	38,4	62	48,4
Não respondeu	5	6,5	3	5,7	8	6,2
Total	76	100	52	100	128	100

Com relação à conduta diante de caso suspeito de LV, 76,3% dos enfermeiros e 82,7% dos médicos fazem encaminhamento para o serviço de referência, 78,9% dos enfermeiros e 50% dos médicos entram em contato com o setor de epidemiologia do município, 81,6% dos enfermeiros e 63,5% dos médicos realizam notificação do caso, e 53,9% dos enfermeiros e 78,8% dos médicos solicitam exames para confirmação do caso.

Quanto a conduta para caso confirmado na sua unidade, 88,1% dos enfermeiros e 84,6% dos médicos fazem encaminhamento para o serviço de referência, 82,9% dos enfermeiros e 53,8% dos médicos entram em contato com o setor de epidemiologia, 72,4% dos enfermeiros não fazem tratamento do paciente, enquanto que 48,1 % dos médicos faz o tratamento do paciente, 61,8% dos enfermeiros não encaminham para a internação, enquanto os profissionais médicos esse encaminhamento corresponde a 59,6%.

Tabela – 9 Práticas com relação à conduta diante de casos suspeito e confirmado de LV entre médicos e enfermeiros pertencentes à ESF do município de São Luís (MA), 2017.

Conduta diante de casos suspeitos	Encaminha para serviço de referência				Contato com o setor de epidemiologia				Notificação do caso suspeito				Solicita exames para confirmação do caso			
	Enfermeiros		Médicos		Enfermeiros		Médicos		Enfermeiros		Médicos		Enfermeiros		Médicos	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	58	76,3	43	82,7	60	78,9	26	50,0	62	81,6	33	63,5	41	53,9	41	78,8
Não	12	15,8	7	13,5	11	14,5	20	38,5	8	10,5	13	25,0	29	38,2	6	11,5
Não respondeu	6	7,9	2	3,8	5	6,6	6	11,5	6	7,9	6	11,5	6	7,9	5	9,6
Total	76	100	52	100	76	100	52	100	76	100	52	100	76	100	52	100

Conduta em casos confirmados	Encaminha para serviço de referência no tratamento de LV				Contato com o setor de epidemiologia				Faz o tratamento do paciente				Faz o encaminhamento para internação			
	Enfermeiros		Médicos		Enfermeiros		Médicos		Enfermeiros		Médicos		Enfermeiros		Médicos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	67	88,1	44	84,6	63	82,9	28	53,8	15	19,7	25	48,1	23	30,3	31	59,6
Não	6	7,8	8	15,4	9	11,8	17	32,7	55	72,4	22	42,3	47	61,8	13	25,0
Não respondeu	3	3,9	0	0,0	4	5,3	7	13,5	6	7,9	5	9,6	6	7,9	8	15,4
Total	76	100	52	100	76	100	52	100	76	100	52	100	76	100	52	100.0

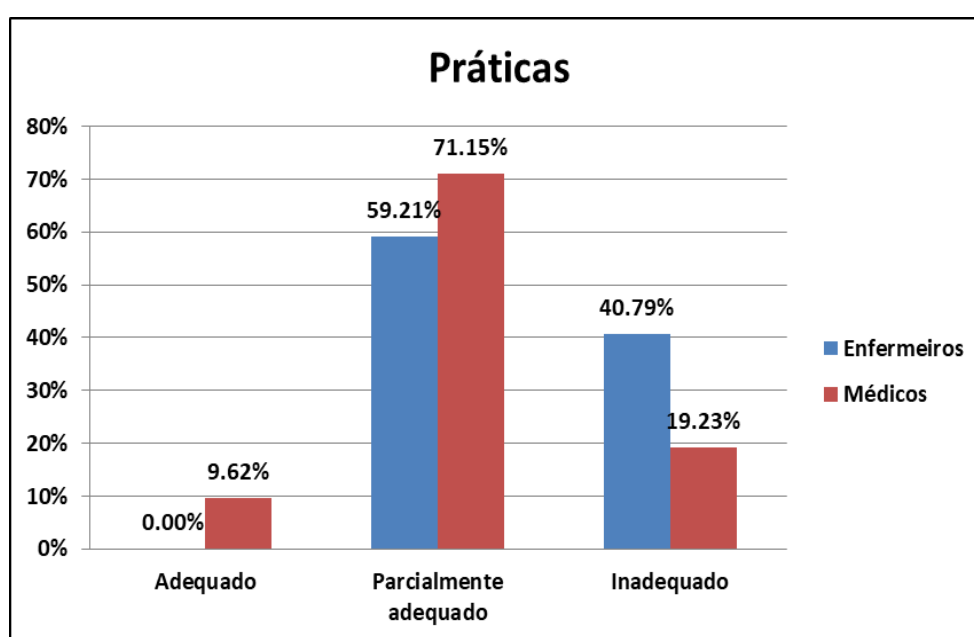
Na tabela 10, observa-se que a justificativa para realização de exames laboratoriais antes e durante o tratamento do paciente com LV de acompanhamento do paciente com LV, as respostas foram bem semelhantes para as duas categorias nos quais os enfermeiros 75% e médicos 80% apontaram a avaliação da evolução e resposta ao tratamento seguido de avaliação da gravidade com 50% tanto para médicos como para enfermeiros e avaliação da resistência como terceira opção em grau de importância, toxidade do tratamento 14,4% para enfermeiro e 26,9% médico e comprovação do diagnóstico pela técnica de intradermorreação de Montenegro com 10,5% para enfermeiros e 23% para os médicos.

Tabela 10- Acompanhamento do paciente com leishmaniose visceral, segundo enfermeiros e médicos da ESF do município de São Luís, 2017.

Justificativa para realização de exames laboratoriais antes e durante o tratamento do paciente com LV	Enfermeiros		Médicos	
	n	%	n	%
Avaliação da evolução e resposta ao tratamento	57	75,0	42	80,6
Avaliação da gravidade do caso	38	50,0	26	50,0
Avaliação da resistência	34	44,7	22	42,3
Toxidade do tratamento	11	14,4	14	26,9
Comprovação do diagnóstico pela técnica de intradermorreação de Montenegro	8	10,5	12	23,0

Quanto à prática em relação à LV, esta foi classificada como parcialmente adequada (regular) para 59,21% dos profissionais de enfermagem e 71,15% para os profissionais médicos. Observou-se também que 40,79% dos enfermeiros apresentaram práticas inadequadas (fraca) quando comparado aos médicos (19,23%). (Gráfico 3)

Gráfico 3 – Distribuição percentual de enfermeiros e médicos da ESF, quanto à prática sobre LV no município de São Luís (MA), 2017.



6.3 Associações entre conhecimento sobre LV e algumas características estudadas e o uso do manual do Ministério da Saúde dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF do município de São Luís (MA), 2017.

Avaliou-se as possíveis associações entre tempo de atuação na ESF, realização de capacitação LV e o uso do manual do Ministério da Saúde com o conhecimento dos profissionais no geral da ESF acerca de LV, segundo a categoria alcançada: bom (adequado) – de 75% a 100%, regular (parcialmente adequado) - >25% e < 75%, e fraco (inadequado) – de 0 a 25%. Caracterizou-se como variável dependente o conhecimento sobre LV e como variável independente as características estudadas (tabela 11).

Apesar do conhecimento “adequado” ter sido mais frequente entre aqueles com menor tempo de atuação na ESF, que realizaram alguma capacitação e que usam o manual do MS, as associações não foram estatisticamente significantes ($p>0,05$)

Tabela 11- Associação entre tempo de atuação na ESF, capacitação e uso de manuais e o conhecimento dos profissionais médicos e enfermeiros da ESF do município de São Luís (MA), 2017

Variável	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado		Total		p-valor
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de atuação na ESF									0,067
0 a 5 anos	15	29,4	26	50,9	10	19,6	51	100	
5 a 10 anos	12	25,0	32	66,6	4	8,3	48	100	
acima de 10 anos	4	14,8	14	51,8	9	33,3	27	100	
Realização de capacitação									0,378
Sim	6	35,3	7	41,2	4	23,5	17	100	
Não	25	22,5	65	58,5	21	18,9	111	100	
Uso de manual do MS									
Sim	11	30,5	21	58,3	4	11,1	36	100	0,261
Não	20	21,7	51	55,4	21	22,8	92	100	

6.4 Associação entre conhecimento sobre LV segundo algumas características estudadas e o uso do manual do Ministério da Saúde estratificada por categoria profissional (médicos e enfermeiros) da ESF do município de São Luís (MA), 2017

Com a finalidade de avaliar as possíveis associações entre as variáveis, tempo de atuação na ESF, realização de capacitação LV e o uso do manual do Ministério da Saúde com o conhecimento dos profissionais da ESF sobre LV, segundo a categoria alcançada: bom (adequado) – de 75% a 100%, regular (parcialmente adequado) - >25% e < 75%, e fraco (inadequado) – de 0 a 25%.

Caracterizou-se como variável dependente o conhecimento sobre LV e como variável independente as características estudadas (tabela 12).

Pode-se observar que a única associação que obteve significância estatística foi relativa à capacitação sobre LV entre enfermeiros ($p\text{-valor}=0,024$).

Tabela 12 - Associação entre tempo de atuação na ESF, capacitação e uso de manuais e o conhecimento dos profissionais estratificados por categorias (enfermeiros e médicos).

Enfermeiros			Conhecimento						p-valor
Variável	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de atuação na ESF									
0 a 5 anos	2	11,1	11	61,1	5	27,7	18	100	0,243
5 a 10 anos	10	23,2	27	62,7	6	13,9	43	100	
acima de 10 anos	2	13,3	7	46,6	6	40,0	15	100	
Realização de capacitação em LV									
Sim	5	45,4	3	27,2	3	27,2	11	100	0,024
Não	9	13,8	42	64,6	14	21,5	65	100	
Uso de manual do MS									
Sim	2	13,3	11	73,3	2	13,3	15	100	0,455
Não	12	19,6	34	55,7	15	24,5	61	100	

Médicos			Conhecimento						p-valor
Variável	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de atuação na ESF									
0 a 5 anos	13	39,4	15	45,4	5	15,1	33	100	0,3919
5 a 10 anos	2	28,5	5	71,4	0	0	7	100	
acima de 10 anos	2	23,0	7	53,8	23,0	5,8	13	100	
Realização de capacitação em LV									
Sim	16,6	1,9	4	66,6	1	16,6	6	100	0,6623
Não	16	34,7	23	50,0	7	15,2	46	100	
Uso de manual do MS									
Sim	9	42,8	10	42,6	2	9,5	21	100	0,3632
Não	8	25,8	17	54,8	6	19,3	31	100	

6.5 Associação entre atitudes e algumas características estudadas e o uso do manual do Ministério da Saúde estratificada por categoria profissional (médicos e enfermeiros) da ESF do município de São Luís (MA), 2017.

Com a finalidade de avaliar as possíveis associações entre as variáveis, realização de capacitação LV, tempo de graduação, formação complementar, tempo de atuação na ESF e o uso do manual do Ministério da Saúde com atitudes dos profissionais da ESF sobre de LV, segundo a categoria alcançada: bom (adequado) – de 75% a 100%, regular (parcialmente adequado) - >25% e < 75%, e fraco (inadequado) – de 0 a 25%.

Caracterizou-se como variável dependente as atitudes sobre LV e como variáveis independentes as características estudadas. Resultados constam na tabela 13 e 14.

No presente estudo, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a realização de capacitação em LV ($p=0,023$), formação complementar ($p=0,014$) e o uso do manual ($p=0,011$) com atitudes mais adequadas dos enfermeiros. Não houve nenhuma significância estatística com relação a atitudes dos médicos (Tabela 14).

Tabela 13- Associação entre as realização de capacitação LV, tempo de graduação, formação complementar, tempo de atuação na ESF e o uso do manual do Ministério da Saúde com atitudes dos enfermeiros da ESF.

Variável	Adequado		Parcialmente adequado		Atitudes Inadequado		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Capacitação em LV									0,023
Sim	1	9,0	6	54,6	4	36,4	11	100	
Não	2	3,1	13	20,0	50	76,9	61	100	
Tempo de graduação									0,684
0 a 5 anos	0	0	4	44,4	5	55,6	9	100	
5 a 10 anos	1	8,3	2	16,7	9	75	12	100	
10 a 20 anos	2	4,0	11	22,0	37	74,0	50	100	
Acima de 20 anos	0	40,0	2	60,0	3	-	5	100	
Formação complementar									0,014
Especialização	1	1,6	14	22,9	46	75,4	61	100	
Mestrado	2	16,6	5	41,7	5	41,7	12	100	
Tempo de atuação na ESF									0,857
0 a 5 anos	1	5,5	2	11,1	15	83,3	18	100	
5 a 10	-	-	12	27,9	31	72	43	100	
Acima de 10 anos	2	13,3	5	33,3	8	53,4	15	100	
Uso do manual									0,011
Sim	1	6,7	8	53,3	6	40,0	15	100	
Não	2	3,2	11	18,0	48	94,1	61	100	

Tabela 14- Associação entre a realização de capacitação LV, tempo de graduação, formação complementar, tempo de atuação na ESF e o uso do manual do Ministério da Saúde com atitudes dos médicos da ESF do município de São Luís (MA), 2017.

Variável	Adequado		Parcialmente adequado		Atitudes Inadequado		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Capacitação em LV									0,547
Sim	-	-	2	33,3	4	66,7	6	100	
Não	6	13,0	18	39,1	22	47,9	46	100	
Tempo de graduação									0,303
0 - 5 anos	2	10,5	8	42,1	9	47,3	19	100	
5 - 10 anos	4	44,4	1	11,1	4	44,4	9	100	
10 - 20 anos	-	-	3	37,5	5	62,5	8	100	
Acima de 20 anos	-	-	8	50,0	8	50,0	16	100	
Formação complementar									0,980
Nenhuma	2	14,2	5	35,7	7	50,0	14	100	
Especialização	4	11,1	14	38,9	18	50,0	36	100	
Mestrado+ Pós doutorado	-	-	1	50,0	1	50,0	02	100	
Tempo de atuação na ESF									0,132
0 - 5 anos	6	18,1	11	33,3	16	48,5	33	100	
5 - 10	-	-	5	71,4	2	28,6	7	100	
Acima de 10 anos	-	-	4	33,3	8	66,7	12	100	
Uso do manual									0,062
Sim	5	23,8	6	28,5	10	47,6	21	100	
Não	1	3,2	14	45,1	16	51,7	31	100	

6.6 Associação entre práticas e algumas características estudadas estratificada por categoria profissional (médicos e enfermeiros) da ESF

Com a finalidade de avaliar as possíveis associações entre as variáveis, realização de capacitação LV, tempo de graduação, formação complementar e tempo de atuação na ESF com as práticas dos profissionais da ESF sobre de LV, segundo a categoria alcançada: bom (adequado) – de 75% a 100%, regular (parcialmente adequado) - >25% e < 75%, e fraco (inadequado) – de 0 a 25%.

Caracterizou-se como variável dependente as práticas sobre LV e como variáveis independentes as características estudadas. Resultados constam na tabela 15 e 16.

Nenhuma variável esteve associada com melhores práticas em relação à LV, tanto para médicos como enfermeiros (Tabela 15). Vale notar, entretanto, que médicos que realizaram capacitação mais frequentemente apresentaram práticas consideradas adequadas (Tabela 16)

Tabela 15- associação entre a realização de capacitação em LV, tempo de graduação, formação complementar e tempo de atuação na ESF com práticas dos enfermeiros da ESF.

Variável	Adequado		Parcialmente adequado		Práticas Inadequado		Total		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Capacitação em LV									0,746
Sim	-	-	7	63,7	4	36,3	11	100	
Não	-	-	38	58,4	27	41,6	65	100	
Tempo de graduação									0,432
0 a 5 anos	-	-	7	77,7	2	22,3	9	100	
5 a 10 anos	-	-	7	58,3	5	41,2	12	100	
10 a 20 anos	-	-	27	54,0	23	46,0	50	100	
Acima de 20 anos	-	-	4	80,0	1	20,0	5	100	
Formação complementar									0,225
Especialização	-	-	36	56,2	28	43,8	64	100	
Mestrado	-	-	9	75,0	3	25,0	12	100	
Tempo de atuação na ESF									0,396
0 a 5 anos	-	-	11	61,1	7	38,9	18	100	
5 a 10	-	-	23	53,5	20	46,5	43	100	
Acima de 10 anos	-	-	11	73,3	4	26,7	15	100	

Tabela 16- associação entre a realização de capacitação LV, tempo de graduação, formação complementar e tempo de atuação na ESF com práticas dos médicos da ESF

Variável	Práticas								p-valor
	Adequado		Parcialmente adequado		Inadequado		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Capacitação em LV									0,070
Sim	2	33,3	4	66,7	-	-	6	100	
Não	3	6,6	33	71,7	10	21,7	46	100	
Tempo de graduação									0,422
0 F 5 anos	3	15,8	12	63,1	4	21,0	19	100	
5 F 10 anos	1	11,1	7	77,8	1	11,1	9	100	
10 F 20 anos	1	12,5	7	87,5	-	-	8	100	
Acima de 20 anos	-	-	11	68,8	5	31,2	16	100	
Formação complementar									0,057
Especialização	2	14,2	10	71,4	2	14,3	14	100	
Mestrado	3	8,3	27	75,0	6	16,7	36	100	
Pós doutorado	-	-	-	-	2	100,0	2	100	
Tempo de atuação na ESF									0,478
0 F 5 anos	4	12,1	24	72,8	5	15,1	33	100	
5 F 10	-	-	4	57,1	3	42,9	7	100	
Acima de 10 anos	1	8,3	9	75,0	2	16,7	12	100	

7 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos profissionais da ESF de São Luís foi semelhante ao perfil de outros município no que refere ao aspecto da feminização encontrada entre os profissionais enfermeiros e médicos da ESF, os resultados não diferem dos dados sociodemográficos encontrados por Pinto (2010) quando pesquisou a situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim e a Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná.

Com relação a média de idade de 39 anos para os profissionais de ambas as categorias deste estudo estão de acordo com o estudo de Nunes et al, (2015) onde 76,5% dos profissionais encontrava-se em idades que variaram de 29 a 44 anos.

Observou-se na pesquisa um maior percentual de médicos com menos de 5 anos de atuação na ESF. Isso demonstra uma vulnerabilidade na categoria de médicos se comparado com os profissionais enfermeiros que tem em média mais 5 anos de tempo de atuação. Segundo a Coordenação da Atenção Básica do município esta instabilidade dos médicos está relacionada ao vínculo empregatício do quadro desses profissionais na ESF, que ocorre por meio de contratos temporários, sendo mais de 50% dos profissionais médicos do programa mais médicos, sem garantia de direitos trabalhistas. Esse achado corrobora com um estudo realizado por Barbosa, 2013 no município de Belo Horizonte, no qual mais da metade dos profissionais médicos apresentavam vínculos precários. Com relação ao tempo de atuação dos enfermeiros ESF variou entre 5 a 10 anos. Visto que o vínculo empregatício dos enfermeiros a maioria é do quadro efetivo do município.

A Coordenação da Vigilância Epidemiológica do município refere que houve capacitação de médicos e enfermeiros da rede hospitalar in loco no processo de implantação dos testes rápidos, no qual estes foram posteriormente disponibilizados para essas unidades hospitalares. Acrescenta ainda que houve capacitação há dois anos da Estratégia Saúde da Família, porém não houve uma boa adesão dos profissionais, como reflexo não há registro de notificações na atenção básica, sendo as mesmas oriundas exclusivamente dos serviços hospitalares dos hospitais de urgência e emergências (Socorrão I e II), Hospital da criança, Juvêncio Matos(Hospital Infantil), Unidades Mistas, UPAS, Santa Casa e Hospital Universitário Materno Infantil sendo estes responsáveis pelo dia diagnóstico e tratamento dos casos de LV no município. Em um estudo realizado por Costa et al,(2013), sobre Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais encontrou um resultado semelhante com relação a baixa adesão dos

profissionais de saúde às atividades de educação permanente promovida pelos órgãos públicos.

No que diz respeito à fonte de notificação no município de São Luís, Barbosa (2013) encontrou um resultado semelhante em estudo realizado no município de Belo Horizonte, sobre atenção aos casos humanos de leishmaniose visceral no âmbito da atenção primária à saúde, no qual a principal fonte de notificação do município mais de 80% dos casos são oriundos da rede hospitalar da capital e dos outros hospitais da rede municipal e somente 5% foram provenientes da atenção primária.

Destaca-se na tabela 5 no que diz respeito a conhecimento dos exames para o diagnóstico de LV que os médicos apresentaram de modo geral um percentual mais elevado de acerto se comparado ao enfermeiro. Esse resultado pode estar relacionado à própria formação desse profissional, pois segundo Cordeiro et al (2009), os médicos têm sua formação centrada na doença, na especialização, no ambiente hospitalar e uso de tecnologias que valorizam as questões técnicas, além de que os mesmos possuem outros vínculos empregatícios, não sendo exclusivos da ESF.

Neste estudo, constatou-se que os principais sintomas citados pelos profissionais, perda de peso, astenia, febre, aumento de baço, (esplenomegalia), aumento do fígado (hepatomegalia), palidez estão em consonância com as encontradas em outros estudos. Segundo Oliveira et al (2010) num estudo realizado em Mato Grosso do Sul com objetivo de identificar os aspectos clínicos e laboratoriais da mortalidade por LV foram encontrados dentre os principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, febre, aumento de fígado e baço, palidez, hiporexia, tosse e dor abdominal. Corroboram também com esses resultados um estudo realizado por Sena (2015) no Piauí sobre fatores associados ao óbito por leishmaniose visceral no qual encontrou como principais sintomas esplenomegalia, palidez, hepatomegalia, fraqueza e febre, nos pacientes que foram internados para tratamento de LV.

Com relação ao fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento 75% desconhecem a existência deste, e um percentual menor principalmente dos profissionais médicos (22,66%) afirmam a existência do mesmo no município, esse resultado pode estar relacionado ao fato da maioria dos profissionais que estão na atenção básica terem vínculos em hospitais do município. Com relação às unidades básicas de saúde, não há definição e divulgação de fluxos e protocolos, inclusive não há referência na rede municipal, sendo necessária a utilização dos serviços do Estado, atualmente o Hospital Getúlio Vargas que é referência em tuberculose, IST/AIDS, doenças tropicais dentre outras. Em um estudo

realizado por Barbosa (2016), em Belo Horizonte, para avaliar as estratégias de organização dos serviços de saúde para prevenção e controle de LV identificou que a falta de estrutura no próprio município contribuía para o atraso no diagnóstico da doença e como consequência o início tardio do tratamento. Ressalta ainda que dentre os entraves que afetam diretamente a qualidade da atenção à LV no sistema de saúde estão a ausência de fluxos de orientação com relação a forma de abordagem da doença e a falta de integração entre os serviços de vigilância epidemiológica e a assistência.

Como de fato, não há fluxo, observa-se que isso dificulta a organização dos serviços principalmente com relação aos exames para diagnóstico. Os exames para diagnóstico de LV disponíveis no município de São Luís são os Imunocromatográficos (Teste rápido) encontrados nas unidades de média e alta complexidade e Reação de imunofluorescência indireta RIFI *Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay* e ELISA que estão disponíveis no serviço de referência do Estado, LACEN.

A busca ativa de casos é uma atribuição essencial para a detecção dos casos novos para a caracterização clínica e laboratorial, resgatar os casos faltosos e/ou os que abandonaram o tratamento. Nesse contexto, para muitas doenças são necessário controle sendo essa uma atividade que faz parte da rotina dos profissionais na atenção básica. Constatou-se nessa pesquisa que um percentual elevado de profissionais não realizaram busca ativa nos casos faltosos e/ou abandono, correspondendo a 70,3%. Esse resultado compromete a vigilância e controle de LV no município e aponta a necessidade de organização dos serviços de saúde para que de fato a atenção funcione como porta de entrada do sistema de saúde. Esse resultado também discorda da proposta da ESF em que visa o enfoque familiar, no qual não se espera a vinda do usuário, vai se em busca dele, em sua residência através das visitas domiciliares realizadas por todos da ESF, mesmo que estas sejam realizadas de forma sistemática pelos agentes comunitários de saúde (Brasil, 2008).

Na conduta diante de caso suspeito de LV, mais de 75% dos enfermeiros fazem encaminhamento para o serviço de referência, entram em contato com o setor de epidemiologia do município, realizam notificação do caso suspeito e um percentual menor 53,9% solicita exames para confirmação do caso. Entretanto observa-se que o contato com a vigilância epidemiológica e a notificação há um percentual maior de enfermeiros, isso pode está relacionado à prática diária desses profissionais que realizam notificação como atividade de rotina nas unidades de saúde. Vale ressaltar que a LV por ser uma doença de notificação compulsória, é obrigatória a notificação tanto de caso suspeito como confirmado e investigado em todas as unidades do sistema de saúde. Na solicitação de exame consta-se que o

percentual de médicos já é maior, provavelmente por estar relacionado à atribuição dos mesmos com relação ao diagnóstico e tratamento de outras doenças.

Quanto ao questionamento diante de um caso confirmado de LV mais da metade de enfermeiros e médicos fazem encaminhamento para o serviço de referência no tratamento de LV e entram em contato com o setor de epidemiologia. No que diz respeito ao tratamento do paciente e encaminhamento para a internação observa-se o inverso com relação a enfermeiros e médicos. Esse resultado corrobora com um estudo realizado por Barbosa (2013) no qual os profissionais seguem a mesma conduta diante de um caso suspeito, ou seja, 47% dos profissionais médicos encaminhariam o paciente a um serviço de referência em tratamento de LV e 38% entrariam em contato com o serviço de vigilância epidemiológica. Embora na nossa pesquisa tenhamos encontrado uma percentual maior, essa conduta inadequada dos profissionais na rede básica de saúde tem contribuído para a demora no diagnóstico, principalmente nos municípios que tem dificuldade de integração entre os serviços de assistência médica, ações de vigilância e controle de pacientes com LV (SENA, 2015).

Segundo Barbosa (2013) a falta de integração dos serviços de epidemiologia e atenção primária à saúde na organização dos casos humanos de LV, é um fator que contribui diretamente no momento da tomada de decisão diante de casos suspeitos e ou confirmados devido à falta de informações.

Nosso estudo buscou avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos enfermeiros e médicos da ESF com relação à LV. Percebeu-se que embora os médicos tenham conhecimento adequado (bom) um pouco maior com relação aos enfermeiros de um modo geral o conhecimento foi classificado como parcialmente adequado (regular) para ambos, com proporções bem semelhantes.

A partir da análise da tabela 9, pode-se verificar que não houve associação estatisticamente significativa ao comparar a variável tempo de atuação na ESF, realização de capacitação e uso do manual do Ministério da Saúde com o conhecimento de todos os profissionais médicos e enfermeiros. Todavia quando houve a estratificação por categoria profissional na tabela 10 a variável realização de capacitação apresentou associação estatisticamente significativa ($p=0,024$) com relação ao conhecimento.

A partir dessa associação podemos inferir que aqueles enfermeiros que realizaram capacitação tendem a ter um conhecimento mais adequado (bom). Esse resultado estar de acordo com um estudo realizado por Cordeiro (2009), sobre avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil, em que

constatou que os médicos e enfermeiros se encontravam dentro do perfil de adequação compatível com o esperado, considerando os padrões determinados pela World Family doctors Europa. Ressalta ainda que a capacitação profissional é precária diante da demanda de formação exigida na ESF.

Mesmo que o sistema de saúde tenha criado os polos de capacitação formação e educação permanente de pessoal para a Saúde da Família, no final de 1996, sendo considerada à principal iniciativa federal de apoio aos processos de qualificação profissional das equipes no campo da atenção básica. A LV por não tem sido um conteúdo contemplado nesse processo, acredita-se que o curso introdutório realizado para profissionais ingressantes na ESF e formação complementar possa ter contribuído para o conhecimento e práticas parcialmente adequada(regular) dos profissionais da estratégia com relação à leishmaniose visceral no município de São Luís.

Com relação às atitudes dos enfermeiros e médicos, percebeu-se que tantos os enfermeiros quanto os médicos de modo geral apresentam atitudes inadequadas (fraca) sendo maior entre enfermeiros. Esta diferença entre os profissionais pode ser explicada pela designação de tarefas a cada um dos profissionais, visto que os médicos normalmente possuem também outros vínculos hospitalares, onde há um fluxo maior desses casos de LV e podem também estar inseridos dentre os profissionais que foram capacitados nessas unidades. Entretanto, isso não exime o enfermeiro de desenvolver atitudes compatíveis com situações que são essenciais na ESF. No presente estudo, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a realização de capacitação acerca de LV ($p=0,023$) entre formação complementar ($p=0,014$) e o uso do manual ($p=0,011$) com a atitudes dos enfermeiros.

Quanto à prática em relação à LV esta foi classificada de modo geral como parcialmente adequada (regular) tanto para os enfermeiros quanto para os médicos sendo maior entre os médicos. Embora tenha observado um quantitativo de enfermeiros, estes apresentaram prática inadequada maior se comparado com os médicos, possivelmente porque os enfermeiros não são requisitados na sua rotina para atuar em condutas de diagnóstico e tratamento. Não havendo nenhuma significância estatística com relação à prática dos enfermeiros e médicos.

Dentre as limitações do estudo, encontramos o tamanho da amostra, a utilização de um instrumento próprio com o intuito de identificar os conhecimentos, atitudes e práticas, cuja construção foi baseada na literatura científica não validado pode ter apresentado alguns questionamentos não muito claros.

Apesar da ausência de um instrumento validado ou padronizado capaz de medir estas dimensões, acredita-se que os achados não ficam comprometidos. Por outro lado, o estudo permitiu verificar a necessidade de capacitação dos profissionais, que embora apresentassem conhecimentos e práticas parcialmente adequados (regular), as atitudes foram consideradas inadequadas (fraca).

8 CONCLUSÃO

Embora os resultados desta pesquisa não possam ser extrapolados para todos os médicos e enfermeiros da estratégia saúde da família, os dados obtidos permitem fazer algumas considerações acerca dos conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros.

A metodologia CAP permitiu elaborar um diagnóstico na população estudada, na qual se identificou o que os profissionais que atuam na ESF do município de São Luís sabem, pensam e como agem frente ao controle de leishmaniose visceral

A partir dessa pesquisa, identificamos que os médicos e enfermeiros que trabalham na ESF do município de São Luís, apresentam conhecimentos parcialmente adequado (regular). O maior déficit de conhecimento foi percebido com relação aos exames para confirmar de LV, que pode ser em decorrência da inexistência do fluxo no município e da centralização dos exames diagnósticos inclusive os testes rápidos disponíveis somente nas unidades de média e alta complexidade. Em relação à atitude esta foi inadequada e a maioria dos profissionais tinham práticas parcialmente adequadas.

Esse resultado evidencia que os profissionais da ESF apresentam condições insatisfatórias para contribuir com a melhora do controle de LV no município de São Luís. A criação de estratégias que envolvesse mais os profissionais, o incentivo ao uso dos manuais para que estes pudessem melhorar sua conduta diante de um caso de LV conforme preconizado pelo Ministério da Saúde seria uma medida necessária para melhorar sua atitude.

Como os programas de treinamento em serviço têm buscado novas formas de estimular os profissionais ao maior envolvimento no controle das doenças, sugere-se que a coordenação do controle de leishmaniose visceral e a secretaria municipal de saúde possam organizar o fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de LV no sistema de saúde municipal, assim como realizou na rede hospitalar, capacitar os profissionais da ESF com vistas a melhorar a detecção de forma mais precoce/pontual proporcionando assim uma redução da letalidade por LV no município.

Com base nos dados analisados sugere-se estabelecer estratégias de capacitação direcionada para os profissionais da atenção básica, maior envolvimento da vigilância do município com relação à prevenção e controle a LV, implementar um fluxo no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de casos da doença, estimular o maior envolvimento das equipes da ESF através da demonstração dos resultados da pesquisa para que possa ser melhorada suas atitudes, validação do instrumento construído pela pesquisadora permitindo

sua replicabilidade em novos estudos, visto que a metodologia CAP consegue identificar e quantificar os problemas de saúde que comprometem o controle das doenças.

Por fim, pesquisas posteriores, que busquem avaliar os serviços na atenção básica, com base na experiência de outros atores do serviço como usuários, gestores, dentre outros, por meio de metodologias quantitativas e/ou qualitativas, podem contribuir para ampliação e aprofundamento achados deste estudo.

REFERÊNCIAS

ALVAR, Jorge; VÉLEZ, Iván D; BERN, Caryn; HERRERO, Mercé; DESJEUX, Philippe; CANO, Jorge; JANNI, Jean; BOER, Margriet den. Leishmaniasis Worldwide and Global Estimates of Its Incidence. **PLoS ONE**, v.7, n.5, Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/e35671>>. doi:10.1371/journal.pone.0035671>. Acesso em 20 out. 2016.

ALMEIDA, Andréa Sobral de; WERNECK, Guilherme Loureiro; RESENDES, Ana Paula da Costa. Classificação orientada a objeto de imagens de sensoriamento remoto em estudos epidemiológicos sobre leishmaniose visceral em área urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1639-1653, ago. 2014.

ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa. **Mulheres solteiras e casadas e o uso do preservativo**: o que sabem, pensam e praticam. João Pessoa: UFPB, 2014. 104f.; il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, 2014.

BARBOSA, Miriam Nogueira; CARMO, Rose Ferraz; OLIVEIRA, Daniela Cristine Dias de ; SILVA, Giselle Costa; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Atenção aos casos humanos de leishmaniose visceral no âmbito da atenção primária à saúde em município da região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev. APS**, v.16, n.3, p.234-241, jul./set. 2013.

BARBOSA, Miriam Nogueira; GUIMARAES, Eliete Albano de Azevedo; LUZ, Zélia Maria Profeta da. Avaliação de estratégia de organização de serviços de saúde para prevenção e controle da leishmaniose visceral. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 563-574, Set. 2016 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 Jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.126p.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde)

_____. Saúde, Brasil. Duas décadas de transformação social. Brasília: Ministério da Saúde, n. 147, ago.2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 448 p.: il.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.** 1. ed., 5. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 120p.: il.

CARMO, Rose Ferraz; LUZ, Zélia Maria Profeta da; BEVILACQUA, Paula Dias. Percepções da população e de profissionais de saúde sobre a leishmaniose visceral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 621-628, Fev. 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em:11 Jun. 2016.

CHAPMAN [L](#)a; Dyson L; Courtenay O; Chowdhury R; Bern C; Medley GF; Hollingsworth TD. Quantification of the natural history of visceral leishmaniasis and consequences for control. **Parasit Vectors**, v.8, n. 521, 2015.

COSTA, Camila Chaves da. **Conhecimento, atitude e prática dos enfermeiros acerca do controle da sífilis na gestação.** Fortaleza: UFC, 2012.; il. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Promoção de Saúde) Universidade Federal do Ceará, 2012.

Costa SM, Prado MCM, Andrade TN, Araújo EPP, Silva Junior WS, Gomes Filho ZC et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.8, n.27, p.90-96, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(27\)530](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(27)530). Acesso em: 20 set. 2017.

CORDEIRO, Hesio et al . Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 695-710, 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-733120090003000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Fev. 2018.

DAS, VNR, Pandey RN, Pandey K, Singh V, Kumar V, et al. Impact of ASHA Training on Active Case Detection of Visceral Leishmaniasis in Bihar. **PLoS Negl Trop Dis**, India, v.8, v.5, 2014.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1341-1351, Maio 2013. Disponível em : <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 Jan. 2018. .

DRIEMEIER Marta; OLIVEIRA Poliana Alvarenga de; DRUZIAN Angelita Fernandes; BRUM, Laís Ferreira Lopes; PONTES, Elenir Rose Jardim Cury; DORVAL, Maria Elizabeth Cavalheiros; PANIAGO, Anamaria Mello Miranda. Late diagnosis: a factor associated with death from visceral leishmaniasis in elderly patients. **Pathogens and Global Health**, v.109, n.6, p.283-289, 2015.

GONÇALVES, Isabela Cristina de Miranda, **Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da saúde frente a transmissão vertical da hepatite B**. Manaus: UFAM, 2011. 102f.; il. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) — Universidade Federal do Amazonas, 2011.

JÁCOME EM, Silva RM, GONÇALVES MLC, Collares PMC, Barbosa IL. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. **Rev bras cancerol**, v. 57, n.2 p. 189-198. 2011.

KUMAR, Narendra; SINGH, Shri Prakash; MONDAL, Dinesh; JOSHI, Andaina; DAS, Pradeep; SUNDAR, Shyam. How do health care providers deal with kala-azar in the Indian subcontinent? **Indian J Med Res**, v.134, p. 349-355. Sept. 2011.

LEME, R. **Avaliação de desempenho com foco em competências**: a base para remuneração por competências. Rio de Janeiro: Qualitymark. 2006. 136p.

LUN, ZR; Wu MS; Chen YF; Wang JY; Zhou XN; Liao LF; Chen JP; Chow LM; Chang, KP : Visceral Leishmaniasis in China: an Endemic Disease under Control. **Clin Microbiol Rev**, v.28, n.4, p. 987-1004, Oct. 2015.

MALAVIYA P, HASKER E, SINGH R.P, VAN Geertruyden J.P, BOELAERT M, SUNDAR S. Village health workers in Bihar, India: an untapped resource in the struggle against kala azar. **Tropical medicine & international health**, v. 18 n. 2, p.188-193. Feb. 2013.

MARINHO, L. A. B., et al. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.5, p.576-582. 2003.

MENEZES, Júlia Alves; MAIA, Kamila Nunes; VERNE, Rafael Negreiros; MADUREIRA, Ana Paula; SCHALL, Virgínia Torres; SOUZA, Carina Margonari de. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.27, n.2, p. 207-215, abr./jun. 2014.

MOURI_O; Benhamou M; Leroux G; Chartrel N; Devidas A; Thellier M; Amoura Z; Costedoat-Chalumeau N; Buffet P. Spontaneous remission of fully symptomatic visceral leishmaniasis. v.5, n.445, 2015.

NASCIMENTO, Frederico Crepaldi: **Prevalência Da Leishmaniose Visceral Em Cães No Município De Mateus Leme**. Minas Gerais, 2008. 120f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

NEVES, David Pereira. **Parasitologia humana**. 2. ed. São Paulo: Ateneu, 2011

NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida et al . Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.104, p. 30-42, mar. 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

OLIVEIRA, Janaina Michelle de et al . Mortalidade por leishmaniose visceral: aspectos clínicos e laboratoriais. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 2, p. 188-193, Apr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 01 Feb. 2018.

ORTIZ, Rafael Carneiro; ANVERSA, Laís. Epidemiologia da leishmaniose visceral em Bauru, São Paulo, no período de 2004 a 2012: um estudo descritivo. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v.24, n.1, p. 97-104, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

PINTO, Erika Simone Galvão; MENEZES, Rejane Maria Paiva de; VILLA, Tereza Cristina Scatena. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 657-664, Sept. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

RANGEL, Elizabeth F.; VILELA, Maurício L. *Lutzomyia longipalpis* (Diptera, Psychodidae, Phlebotominae) and urbanization of visceral leishmaniasis in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2948-2952, Dec. 2008.

REY, Luis. **Bases da parasitologia médica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

_____. **Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

RUOTI, M. et al. Mucocutaneous Leishmaniasis: Knowledge, Attitudes, and Practices Among Paraguayan Communities, Patients, and Health Professionals. **Journal of Tropical Medicine**, 2013.

SANTOS, Solange Laurentino dos; CABRAL, Ana Catarina dos Santos Pereira; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 1319-1330, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 12 Dec. 2017.

SENA, Ingrid Virgínia de Oliveira. **Fatores associados ao óbito por leishmaniose visceral em hospital público de referência no estado do Piauí**. 2015. 62 f. Dissertação

(Epidemiologia em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, Antonio Rafael da, VIANA, Graça Maria Castro, VARONIL, Carlos, PIRES, Benedito, NASCIMENTO, Maria do Desterro S.D, COSTA Jackson M.L. Leishmaniose visceral (calazar) na Ilha de São Luís, Maranhão, Brasil: evolução e perspectivas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 30, n. 5, p. 359-368, Oct. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 5 Jun, 2016.

YU; Ding GW; Ge PF; Feng Y; Li F. A Retrospective Analysis on the Prevalence of Visceral Leishmaniasis in Gansu Province during 2005-2014. **Zhongguo Ji Sheng Chong Xue Yu Ji Sheng Chong Bing Za Zhi**, v.33, n.3, p.208-211, june. 2015.

WHO, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>
Acesso em: 15 nov. 2016.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Questionário do projeto de pesquisa “Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família frente a leishmaniose visceral”

1. Número do questionário:
2. Data do preenchimento ____/____/____
3. Hora de início: _____
4. Idade: _ _ anos
5. Sexo: () Masculino () Feminino
6. Sua graduação foi em: () Medicina () Enfermagem
7. Em que ano obteve sua graduação? _____
8. Formação complementar (marque apenas formação complementar mais avançada que alcançou): () Nenhuma () Residência () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado
9. Caso tenha formação complementar, qual foi a área e ano de obtenção do título? _____ ano: _____
10. Qual seu local de trabalho? () ESF () EACS
11. Há quanto tempo atua como profissional da ESF ou EACS nesse local de trabalho? _____ anos
12. Você já fez algum treinamento ou capacitação para Leishmaniose Visceral por sua instituição de vínculo? () Sim () Não
13. Caso a resposta à questão 12 for NÃO, vá direto para a pergunta número 14. Se a resposta for SIM, responda a questão 13.
14. Estes treinamentos atenderam suas necessidades e expectativas? () Sim () Não
15. Caso a resposta à questão anterior tenha sido SIM, quais foram os principais temas abordados?
16. Caso a resposta à pergunta 13 tenha sido NÃO, por quê estes treinamentos não atenderam as

suas necessidades e expectativas?

17. A leishmaniose visceral é um agravo de notificação compulsória?

☐ Sim

☐ Não

18. Em sua rotina de trabalho já fez uso de algum dos manuais do Ministério da Saúde para ajudar nas ações de diagnóstico e/ou prevenção de leishmaniose visceral.

☐ Sim

☐ Não

19. Como a leishmaniose visceral é transmitida para as pessoas?

20. Quais são as principais manifestações clínicas (sinais e sintomas) de leishmaniose visceral? (Cite no máximo 5 sinais e sintomas)

21. Em geral, o diagnóstico da leishmaniose visceral é clínico e laboratorial. Você conhece os principais exames para confirmação da suspeita clínica da leishmaniose visceral?

☐ Sim

☐ Não

22. Caso a resposta tenha sido SIM, quais exames para o diagnóstico da leishmaniose visceral que você conhece?

23. Em sua rotina de atendimento, você já pediu algum teste para diagnóstico de leishmaniose visceral?

☐ Sim, muitas vezes

☐ Sim, poucas vezes

☐ Não

24. Qual(is) exames para diagnóstico da leishmaniose visceral estão disponíveis e sua unidade de saúde?

25. Você conhece os fluxos no sistema de saúde para diagnóstico e tratamento de casos da doença no município?

☐ Sim

☐ Não

26. Você já teve alguma experiência anterior no diagnóstico ou tratamento de casos de LV

☐ Mais de cinco casos

☐ Três casos

☐ Dois casos

☐ Um caso

☐ Nenhum caso

27. Qual a sua conduta diante de um **caso suspeito** de LV na unidade em que trabalha?

a. Faz o encaminhamento para serviço de referência no tratamento de LV

() sim () não

b. Entra em contato com o setor de Epidemiologia

() sim () não

c. Realiza a notificação do caso suspeito

() sim () não

d. Solicita exames para confirmação do caso

() sim () não

28. Qual a sua conduta diante de um **caso confirmado** de LV na unidade em que trabalha?

a. Encaminhamento para serviço de referência no tratamento de LV

() sim () não

b. Entra em contato com o setor de Epidemiologia

() sim () não

c. Faz o tratamento do paciente

() sim () não

d. Faz o encaminhamento para internação

() sim () não

29. Qual a justificativa para realização de exames laboratoriais antes e durante o tratamento do paciente? Marque todas as respostas verdadeiras.

() Toxidade do tratamento

() Avaliação da evolução e resposta ao tratamento

() Avaliação da gravidade do caso

() Avaliação da resistência

() Comprovação do diagnóstico pela técnica de intradermoreação de Montenegro

30. O tratamento de um caso de leishmaniose visceral poderia ser feito em sua unidade, caso fossem oferecidas condições adequadas?

() Sim

() Não

31. Você conhece as principais medidas e ações de prevenção e controle de LV?

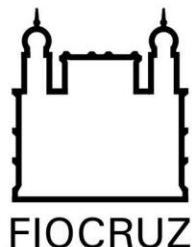
32. No seu dia-a-dia de trabalho, você realiza busca ativa dos casos faltosos ou que abandonaram o tratamento de leishmaniose visceral?

() Sim

() Não

() às vezes

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais da Estratégia Saúde da Família em Relação à Leishmaniose Visceral”**, desenvolvida por Luzimar Rocha do Vale Freitas, aluna de Mestrado Profissional de Epidemiologia em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação do Professor Dr. Guilherme Loureiro Werneck.

O objetivo principal do estudo é: analisar os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de São Luís sobre leishmaniose visceral.

O convite a sua participação se deve à sua atuação profissional na Estratégia Saúde da Família no município de São Luís.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma, e não haverá nenhum ônus pela sua contribuição. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão tomadas as seguintes medidas e/ou procedimentos para assegurar a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas: apenas a pesquisadora do projeto, que se comprometeu com o dever de sigilo e confidencialidade terá acesso a seus dados e não fará uso destas informações para outras finalidades; qualquer dado que possa identificá-lo será

omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e material coletado será armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário à pesquisadora do projeto.

O tempo de resposta para o questionário aproximadamente quinze minutos.

As informações do questionário serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e seu orientador.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado.

O benefício direto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de obter conhecimentos adicionais sobre leishmaniose visceral que podem contribuir para o aprimoramento da atenção ao paciente com leishmaniose visceral e as ações de controle sobre a doença, e o benefício indireto é contribuir para o desenvolvimento da pesquisa científica nesta área.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e restringem-se a possíveis desconfortos ao responder o questionário ou vazamento de dados, porém ressalta-se que todos os cuidados serão tomados para evitá-los.

Os resultados serão apresentados aos participantes em palestras dirigidas a este público.

Este termo está redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios

éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Telefone e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep):

Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879

E-Mail: conep@saude.gov.br

Contato com a pesquisadora responsável (mestranda em Epidemiologia em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ):

Tel: (98)98122-3311

e-mail: luzimarvale@gmail.com

São Luís, ____ de _____ de 2017.

Luzimar Rocha do Vale Freitas – pesquisadora

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Profissionais da Estratégia Saúde da Família em Relação à Leishmaniose Visceral”** e concordo em participar.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

ANEXOS

ANEXO A – Carta de anuência da Secretaria Municipal de saúde



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do Projeto intitulado Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família, sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética do (a) professor (a) Quethema Lourenço Oliveira

ou outro professor orientador da instituição a quem ele (a) conceder autorização, por escrito, com cópia desta anuência, a ser realizada nesta Instituição, que disponibiliza o uso de suas instalações e autoriza a aplicação de:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. () Entrevistas | 5. () Fotografias |
| 2. () Acesso a Prontuários | 6. () Testes Laboratoriais |
| 3. () Filmagens | 7. () Outros _____ |
| 4. ☒ Questionários | |

Com os seguintes sujeitos:

- | |
|--|
| 1. () Usuários |
| 2. ☒ Profissionais |
| 3. () Outros _____ |

UNIDADES DE SAÚDE ONDE A PESQUISA SERÁ REALIZADA:

Centros de Atenção de Saúde
que tem Estratégia Saúde
da Família implantada.

Fica condicionada essa anuência à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE, resguardadas as questões éticas, aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa – CEP e autorização da Superintendência de Educação em Saúde – SEDS, podendo ser revogada a qualquer momento, sem prejuízo para instituição cedente, desde que sejam verificadas situações de urgência/emergência que assim exijam, ou emissão de comportamento inadequado com as normas do serviço público ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores.

São Luís – MA, 12/05/2017

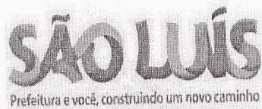
Superintendente de Educação em Saúde
SEMUS - São Luís - MA
Matrícula 481017-1

e ou

Superintendência de Assistência à Rede de Saúde
(carimbo e assinatura)

Rua Deputado Raimundo Vieira da Silva, nº 2000, Parque do Bom Menino – Centro / São Luís-MA - CEP. 65.025-180
Fone: 98 3214 7347/7314 – e-mail: sedssemussl@gmail.com

ANEXO B Distribuição das equipes de EACS por distrito e unidade 2017



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE AÇÕES DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ESF/EACS

DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES EACS POR DISTRITO E UNIDADE - 2017

DISTRITO	EQUIPE	UNIDADES	LOCALIDADE
TIRIRICAL	121	CS Fabiciana Moraes	Cidade Operária
	067 e 123	UM São Bernardo	Vila Brasil e São Bernardo
BEQUIMÃO	125 e 126	CS Radional	Santa Cruz
	064 e 127	UM Bequimão	Alemanha, Barreto, Ivar Saldanha, Vila Cristalina, Vila 25 de Março e Veneza
CENTRO	112 e 117	CTA Lira	Vila Passos, Lira, Desterro, Madre Deus, Goiabal, Belira, Vila Bessa e Macaúba
COHAB	075 e 124	CTA Anil	Anil, Pão de Açúcar e Aurora
COROADINHO	001 e 120	CS de Fátima	Bairro de Fátima e Areinha
	004, 005 e 118	CS Antonio Guarané	Coroadinho, Primavera, Bom Jesus, Flor do Cinto, Coroado, Vila dos Nobres, Redenção, Vila Conceição, Parque Nice Lobão.

Obs: Unidades de Saúde que são ESF x EACS: CS Fabiciana Moraes, CS Radional e CS Antônio Guarané.

- Unidades de Saúde só com EACS: UM São Bernardo, UM Bequimão, CTA Lira, CTA Anil, CS Fátima

Distritos	Unidades de Saúde	EQUIPES EACS
Tirirical	02	03
Bequimão	02	04
Centro	01	02
Cohab	01	02
Coroadinho	02	05
TOTAL	08	16

ANEXO C - Declaração de autorização para realização da coleta de dados da pesquisa na rede de saúde do município


PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUPERINTENDENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o aluno (a) Buzimara Rocha do Vale Freitas está autorizado (a) a coletar dados, para a realização do projeto:

Conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação a Neisseria meningitidis
na Unidade Todas unidades de Saúde que de nossa tema Equipe de Estratégia de Saúde da Família

Rede de Saúde. O Projeto deverá ser submetido a um Comitê de Ética, em Pesquisa e após aprovação, em posse do parecer Consubstanciado, será emitida autorização para o início da pesquisa.

São Luís, 08 de maio de 2017.

Atenciosamente,
SEMUS
Superintendência de Educação em Saúde
Estratégia, Pesquisa e Extensão

Jane Elze Silva Oliveira
11940-4

ANEXO D – – Declaração de autorização para realização da coleta de dados da pesquisa



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, a pedido, que o(a) aluno(a) Augusto Rocha do Vale Freitas está
autorizado(a) a coletar dados para a realização do Projeto
Conhecimentos, atitudes e motivações de profissionais da
Estratégia Saúde da Família em relação a Dashmanuê
Vitória na Unidade Todas as unidades de saúde que de nossa Rede de
Saúde. com Estratégia Saúde da Família implantadas

O projeto supracitado foi aprovado pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), com o
Parecer Nº 2.089.299

São Luís-MA, 05/06/17

SEMUS
Superintendência de Educação em Saúde
Estágio, Pesquisa e Extensão

Jane Fere Silva Oliveira
Mat: 5940-4

COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO, PESQUISA E EXTENSÃO

ANEXO E – Distribuição das equipes de saúde da família por distrito e unidade 2017



PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Superintendência de Ações de Saúde
Coordenação de Saúde Comunitária

**DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
POR DISTRITO E UNIDADE 2017**

DISTRITO	Código SIAB Nº Equipe	UNIDADE DE SAÚDE	LOCALIDADE
BEQUIMÃO	61, 02 e 03	C.S. AMAR	Vila Vicente Fialho
	62 e 91	USF de Vila Lobão	Vila Lobão
	63	CS Radional	Santa Cruz
CENTRO	55 e 57	C. S. Bezerra de Menezes	São Francisco
	10, 11 e 113	USF São Francisco	São Francisco
	09, 59, 87, 108 e 109	CS Liberdade	Liberdade
	60	CS Paulo Ramos	Coréia de Cima e Retiro Natal
COHAB	71, 72 e 79	C.S. Cohab Anil	Cohab Anil
	74, 92, 93 e 34	C.S. Turu	Turu
	73 e 95	C.S. Djalma Marques	Turu
	96, 97, 98 e 99	C.S. Genésio Ramos Filho	Cohab
	70	CS Salomão Figueira	Cohatrac I, II, III e IV
	17 e 06	C.S. Dr. Antônio Guanarê	Coroadinho
COROADINHO	76 e 07	C. S. do João Paulo	João Paulo
	80, 86, 132, 133	CS Carlos Macieira	Vila dos Frades, Sacavém, Túnel do Sacavém, Jard. Conceição, Coheb Sacavém
ITAQUI BACANGA	83 e 94	C.S. Yves Parga	Vila Maranhão
	12 e 114	CS Clodomir P. Costa	Anjo da Guarda e Fumacê
	078 e 115	CS Vila Bacanga	Sá Viana, Bacanga, Vila Jambeiro, Vila Isabel e Gancharia
	082 e 116	CS Vila Nova	Mauro Fecury I, Vila Nova e Bonfim
	77, 100, 101 e 102	C.S. Vila Embratel	Vila Embratel
	81, 103 e 104	C.S. São Raimundo	Vila Mauro Fecury II
	106 e 107	C.S. Gapara	Gapara
TIRIRICAL	29, 30 e 31	C.S. São Cristóvão	São Cristóvão
	35 e 36	C.S. João de Deus	João de Deus
	37 e 38	USF Pirapora	Pirapora
	08 e 32	C.S. Vila Itamar	Vila Itamar
	39, 40, 41 e 56	C.S. Nazaré Neiva	Conj. São Raimundo
	42, 44 e 45	CS Antônio Carlos S. Reis	Cidade Olímpica
	46, 47 e 85	CS M. Ayrecilla Novochadilo	Cidade Olímpica
	43, 53 e 58	CS Jailson Alves Viana	Cidade Olímpica
	15 e 48	C.S. Santa Bárbara	Santa Bárbara
	51 e 52	USF Santa Clara	Santa Clara
	49 e 50	USF Jardim S. Cristóvão	Jard. São Cristóvão
	54 e 88	USF Santa Efigênia	Santa Efigênia
	68, 69, 65 e 90	C.S. Fabiana Moraes	APACO-Cidade Operária
	66, 110 e 111	CS Janaina	Janaina
	22	USF Coqueiro	Coqueiro
VILA ESPERANÇA	23	C.S. Laura Vasconcelos	Estiva
	14	C.S. Itapera	Itapera
	89	C.S. Maracanã	Maracanã
	24 e 84	USF Vila Sarney	Vila Sarney
	18 e 19	C.S. José de R. F. Corrêa	Nova República
	13 e 25	C.S. Quebra Pote	Quebra Pote
	20 e 26	C.S. Thales R. Gonçalves	Vila Esperança
	21 e 27	C.S. Tibiri	Tibiri
	28	C.S. Pedrinhas I	Pedrinhas
	16	C.S. Pedrinhas II	Pedrinhas
	105	C.S. Mª Lourdes Rodrigues	Rio Grande
TOTAL DE ACS			

DISTRITO	UNIDADES DE SAÚDE	EQUIPES ESF
Bequimão	03	06
Centro	04	11
Cohab	05	14
Coroadinho	03	08
Itaqui Bacanga	07	17
Tirirical	14	37
Vila Esperança	12	17
TOTAL	48	110