

Acolhimento de Pacientes com Leishmaniose na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

Reception of Patients with Leishmaniasis in Primary Health Care in the Federal District

Acogida de Pacientes con Leishmaniasis en la Atención Primaria de Salud en el Distrito Federal

RESUMO

Objetivo: Analisar possíveis falhas de encaminhamento de pacientes em tratamento para leishmaniose da Atenção Primária à Saúde (APS) para o Hospital Universitário de Brasília (HUB), no Distrito Federal. **Métodos:** Estudo descritivo com 40 pacientes atendidos no HUB. Os sujeitos responderam dois questionários: um sobre aspectos sociodemográficos e percepção do atendimento na APS, e outro foi o Primary Care Assessment Tool (PCATool) na versão reduzida usuário-adulto. Os dados foram analisados de forma descritiva. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo masculino, pardos e com baixa escolaridade. O escore geral da APS, calculado pela média das respostas, não ultrapassou 6,6, revelando que as necessidades dos usuários não foram plenamente atendidas. As principais falhas identificadas ocorreram na comunicação entre profissionais e pacientes. **Conclusão:** O fortalecimento do fluxo de atendimento aos pacientes com leishmaniose pode reduzir a sobrecarga hospitalar e melhorar a adesão ao tratamento. Campanhas educativas podem contribuir para diminuir a transmissão e o atraso na busca por cuidados.

DESCRIPTORIOS: Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. Leishmaniose.

ABSTRACT

Objective: To analyze possible flaws in the referral of patients under treatment for leishmaniasis from primary health care (PHC) to the University Hospital of Brasília (HUB) in the Federal District. **Methods:** Descriptive study with 40 patients treated at HUB. Participants answered two questionnaires: one on sociodemographic aspects and their perception of PHC services, and the other was the reduced adult-user version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool), validated in Brazil. Data were descriptively analyzed from the users' perspective. **Results:** Most participants were men, brown-skinned, with low schooling. The overall PHC score did not exceed 6.6, showing that patients' demands were not fully met. Gaps were mainly identified in communication between patients and health professionals. **Conclusion:** Strengthening PHC referral flow is essential to reduce hospital overload and improve treatment adherence. Health education campaigns could reduce transmission and delays in seeking care.

DESCRIPTORS: Health Services. Primary Health Care. Health Services Needs and Demands. Leishmaniasis.

RESUMEN

Objetivo: Analizar posibles fallas en la derivación de pacientes en tratamiento de leishmaniasis desde la atención primaria de salud (APS) hacia el Hospital Universitario de Brasília (HUB), en el Distrito Federal. **Métodos:** Estudio descriptivo con 40 pacientes atendidos en el HUB. Los participantes respondieron dos cuestionarios: uno sobre aspectos sociodemográficos y percepción del servicio recibido en la APS, y otro fue la versión reducida del Primary Care Assessment Tool (PCATool) validada para adultos. Los datos fueron analizados de manera descriptiva según la perspectiva de los usuarios. **Resultados:** La mayoría eran hombres, pardos, con baja escolaridad. El puntaje global de APS no superó 6,6, indicando que las demandas de los pacientes no fueron plenamente atendidas, principalmente por fallas en la comunicación. **Conclusión:** El flujo de acogida de pacientes con leishmaniasis en el SUS debe fortalecerse para reducir la sobrecarga hospitalaria y mejorar la adherencia al tratamiento. Campañas educativas podrían disminuir la transmisión y el retraso en la búsqueda de atención.

DESCRIPTORIOS: Servicios de Salud. Atención Primaria de Salud. Necesidades y Demandas de Servicios de Salud. Leishmaniasis.

RECEBIDO EM: 24/09/2025 APROVADO EM: 10/10/2025

Como citar este artigo: Rodrigues KV, Rodrigues KV, Albernaz LC. Acolhimento de Pacientes com Leishmaniose na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];16(103):18508-18525. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v16i103p18508-18525

ID Karolyna Veloso Rodrigues
Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Brasília, DF, Brasil. Centro Universitário do Distrito Federal. Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, DF, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0059-530X>

ID Katharine Veloso Rodrigues
Universidade Católica de Brasília. Curso de Graduação em Psicologia. Brasília, DF, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8785-5475>

ID Lorena Carneiro Albernaz
Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Brasília, DF, Brasil.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9397-5258>

INTRODUÇÃO

Os cuidados primários aos pacientes e o papel dos profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento têm evoluído muito ao longo dos últimos anos, e devem estar disponíveis para a toda população promovendo saúde e bem-estar ¹. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) compreende um ciclo completo de atendimento que vai desde a atenção primária, secundária e terciária. Compreender a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) dentro da RAS contribui para o bom andamento do sistema de saúde e sobretudo um melhor acolhimento e tratamento ao paciente.

A APS é a porta de entrada e o primeiro nível de cuidado ao paciente no Sistema Único de Saúde (SUS). Existe fluxos pré-estabelecidos pelas diretrizes do Ministério da Saúde ou outros órgãos ligados a gestão e seu seguimento ou não, resultara em acertos ou erros no cuidado ao paciente. A responsabilização contínua e integral e o papel da equipe multiprofissional de saúde resultarão não somente em ganhos econômicos, mas também sanitários com grande impacto para a saúde pública ²⁻⁵.

Neste contexto, entram as diretrizes sobre o cuidado ao paciente com leishmaniose. A leishmaniose continua sendo considerada pela Organização

Mundial da Saúde (OMS) uma doença tropical negligenciada em crescimento principalmente nos países sub ou em desenvolvimento. Isso se deve principalmente à relação da doença com a pobreza e a falta de escolaridade ^{6,7}. Aproximadamente 95% dos casos registrados nas Américas ocorrem no Brasil, esse número é assustador. De 2010 a 2022 o Brasil notificou 293.842 casos de leishmaniose, sendo 85,5% dos casos de Leishmaniose Tegumentar (LT) e 14,5% de visceral (LV). Desse total, 39.942 casos (13,6%) notificados estão na região Centro-Oeste. Nesse mesmo período o Distrito Federal apresentou 1.153 casos notificados de leishmaniose, sendo a maioria de LT (60%) ⁸. Para o enfrentamento adequado das leishmanioses é essencial a constante atualização dos profissionais de saúde, principalmente da APS, para que consigam identificar precocemente os casos suspeitos, a fim de realizar o diagnóstico e tratamento de forma mais célere ^{9,10} e consequentemente trazendo maior bem-estar ao paciente.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) entrariam como fortes aliadas em iniciativas governamentais de enfrentamento as doenças infecto parasitárias críticas no Brasil, como a leishmaniose. Os agentes de saúde poderiam atuar junto a populações mais vulneráveis no intuito de divulgar informações sobre o ciclo de

contaminação e métodos de prevenção. A população deve estar ciente da importância de buscar diagnóstico e/ou tratamento em casos suspeitos. Muitos estudos relatam que a pobreza, baixa escolaridade e falta de informação são fatores de risco para leishmaniose ¹¹⁻¹³.

Na secretaria de saúde do Distrito Federal (SES-DF) existe um fluxo definido ¹⁴ para facilitar o acolhimento e dar um tratamento adequado aos pacientes com suspeita e/ou diagnóstico para leishmaniose. Contudo muitas vezes ele não é seguido, seja por desconhecimento ou por sobrecarga no sistema de saúde. Portanto o objetivo desse estudo é avaliar os principais problemas, na visão dos usuários, na APS utilizando um questionário já validado pelo MS. Além disso apontar soluções para diminuir a transmissão da leishmaniose em áreas de vulnerabilidade social e melhorar a relação dos pacientes com os agentes de saúde das UBS do DF.

MÉTODOS

Delineamento, Cenário do Estudo e Recrutamento

Trata-se de um estudo descritivo transversal. Foram incluídos no estudo pacientes maiores de 18 anos diagnosticados e/ou em tratamento, além dos casos suspeitos, para leishmaniose. Os sujeitos deveriam ter ido pelo menos

uma vez na UBS durante o período de janeiro a junho de 2024. Foram excluídos pacientes menores de 18 anos ou que se recusaram a assinar o TCLE.

O protocolo de pesquisa foi submetido ao CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília em 11/02/2023 e aprovado em 01/11/2023, com CAAE: 68059123.2.0000.5558. O estudo foi realizado no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB), uma instituição pública federal que realiza atendimentos de forma gratuita, pelo SUS. O HUB é referência no diagnóstico e tratamento da leishmaniose, e recebe pacientes encaminhados pelo sistema de regulação da SES-DF (SISREGIII).

Instrumentos

Os participantes responderam dois questionários autoaplicáveis. O primeiro questionário era estruturado com perguntas de aspectos sociodemográficos e a percepção do usuário diante do atendimento dos profissionais de saúde da atenção primária. A escolha pelo desenvolvimento de um questionário estruturado foi a garantia do anonimato dos participantes e questões objetivas pré-estabelecidas fornecem padronização e fácil interpretação. O segundo instrumento aplicado foi o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) na versão reduzida usuário-adulto. Esse Formulário foi validado no Brasil no início dos anos 2000, com o objetivo de avaliar os serviços da APS na visão do usuário. Ele avalia o primeiro contato e acessibilidade a UBS, a continuidade das consultas, a coordenação dos cuidados dentro da equipe multiprofissional e acesso a informações^{15,16}. Cada um desses aspectos é avaliado por meio de blocos de perguntas que resultam em uma pontuação global, indicando a qualidade da APS. O instrumento foi adotado por mais de 20 países, dessa forma é possível realizar comparações¹⁵. As respostas são em escala Likert, sendo “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2),

“com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). As respostas marcadas com “não sei/não lembro” foram consideradas como “provavelmente não”.

Análise dos dados

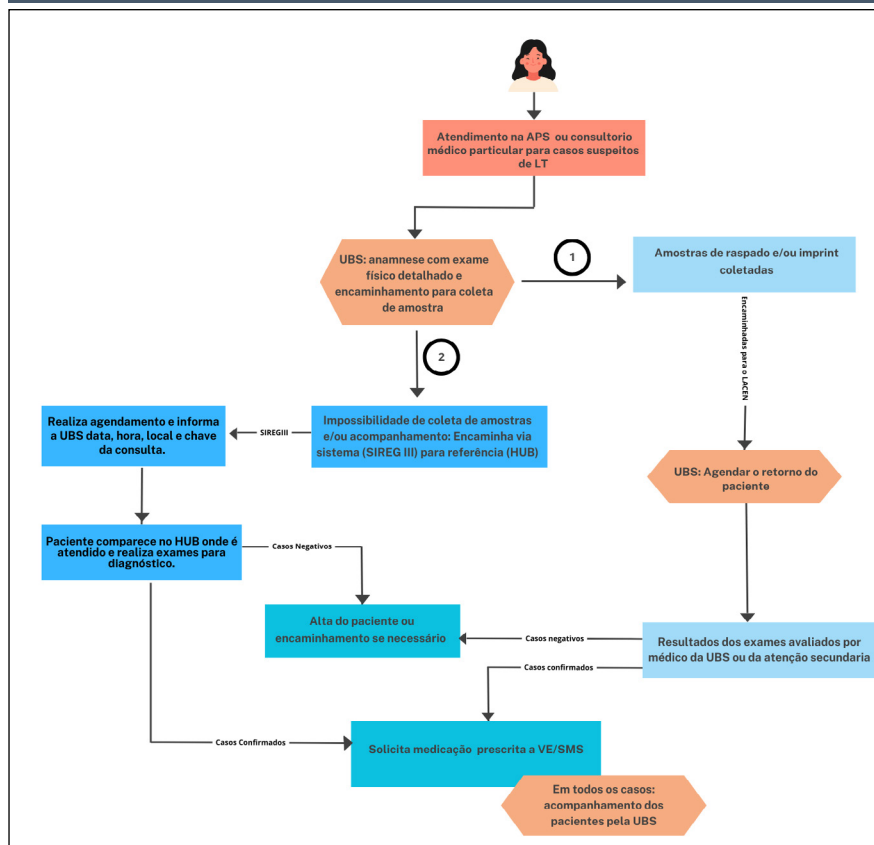
O Escore Essencial (EE) foi obtido pela média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o Escore Derivado (ED) pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o Escore Geral da APS pelo valor médio dos dois atributos anteriores. Os resultados foram dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore (< 6,6) e Alto Escore (≥ 6,6). As informações foram manipuladas em planilha Excel.

RESULTADOS

Características sociodemográficas e ocupacionais

Foram incluídos participantes no estudo com diagnóstico e/ou suspeita para leishmaniose que foram encaminhados para o Hospital Universitário de Brasília via SIREGIII. Somente um paciente tinha suspeita de leishmaniose visceral. Existe um fluxo de acolhimento e encaminhamento de pacientes com leishmaniose que chegam a APS (figura 1). Os pacientes são encaminhados para o HUB caso exista algum problema com o diagnóstico ou ainda na suspeita de LV. No fluxo de rotina a maioria dos pacientes deveriam ser acompanhados diretamente via UBS.

Figura 1: Fluxo de entrada e saída de pacientes com suspeita de leishmaniose no Distrito Federal. APS: Atenção Primária à Saúde; LT: Leishmania Tegumentar; UBS: Unidade Básica de Saúde; LACEN: Laboratório Central de Saúde; VE/SMS: Vigilância Epidemiológica/ Secretaria de Saúde



As características sociodemográficas da amostra (n=40) estão apresentadas na Tabela 1. A maioria dos pacientes eram homens (n=23) com baixa escola-

ridades e pardos com idade variando entre 24 e 70 anos. Nas mulheres (n=17) a média de idade foi de 51,58 anos. De acordo com dados obtidos, entre os en-

trevistados a maioria não possui o ensino médio completo (n=33) e 37,5% não possui nem ensino fundamental completo, sendo 5 analfabetos.

Tabela 1 - Variáveis descritivas e sociodemográficas dos pacientes que aceitaram participar do estudo.

Características sociodemográficas	Total (%)	Mulheres (%)	Homens (%)
Total de pacientes	40 (100)	17 (42,5)	23 (57,5)
Idade	18-80	18-80	24-70
Escolaridade			
Analfabeto	5 (12,5)	3 (7,5)	2 (5)
Fundamental incompleto	10 (25)	6 (15)	4 (10)
Fundamental completo	9 (22,5)	4 (10)	5 (12,5)
Médio incompleto	6 (15)	2 (5)	4 (10)
Médio completo	7 (17,5)	2 (5)	5 (12,5)
Superior	3 (7,5)	0	3 (7,5)
Cor da pele (Autorreferida)			
Amarela	1 (2,5)	0	1 (2,5)
Parda	24 (60)	11 (27,5)	13 (32,5)
Indígenas	1 (2,5)	0	1 (2,5)
Branca	9 (22,5)	4 (10)	5 (12,5)
Preta	5 (12,5)	2 (5)	3 (7,5)
Regionais de Saúde no DF			
Centro-Sul	1 (2,5)	1 (2,5)	0
Norte	8 (20)	3 (7,5)	5 (12,5)
Sul	4 (10)	1 (2,5)	2 (5)
Leste	3 (7,5)	2 (5)	1 (2,5)
Oeste	4 (10)	2 (5)	2 (5)
Sudoeste	10 (25)	5 (12,5)	5 (12,5)
Central	3 (7,5)	1 (2,5)	2 (5)
Entorno	3 (7,5)	2 (5)	1 (2,5)
Outros Estados	4 (10)	0	4 (10)

O DF é dividido em sete regionais de saúde e 42,5% dos pacientes foram encaminhados das regiões norte e sudoeste e 17,5% vieram de cidades do entorno ou de outros estados. Somente 3 pacientes (7,5%) vieram da região Central, considerada a de maior renda per capita. Em relação as atividades laborais desenvolvidas pelos participan-

tes, 13 são aposentados (32,5%), 8 estão desempregados (20%). Nas mulheres 29,4% se declararam donas de casa. As demais atividades declaradas foram: piloto de aeronave, comerciantes, carpinteiro, jovem aprendiz, advogado, administrador, atendente de caixa, analista de logística, publicitário, servidor público.

Percepção dos usuários quanto ao atendimento na APS

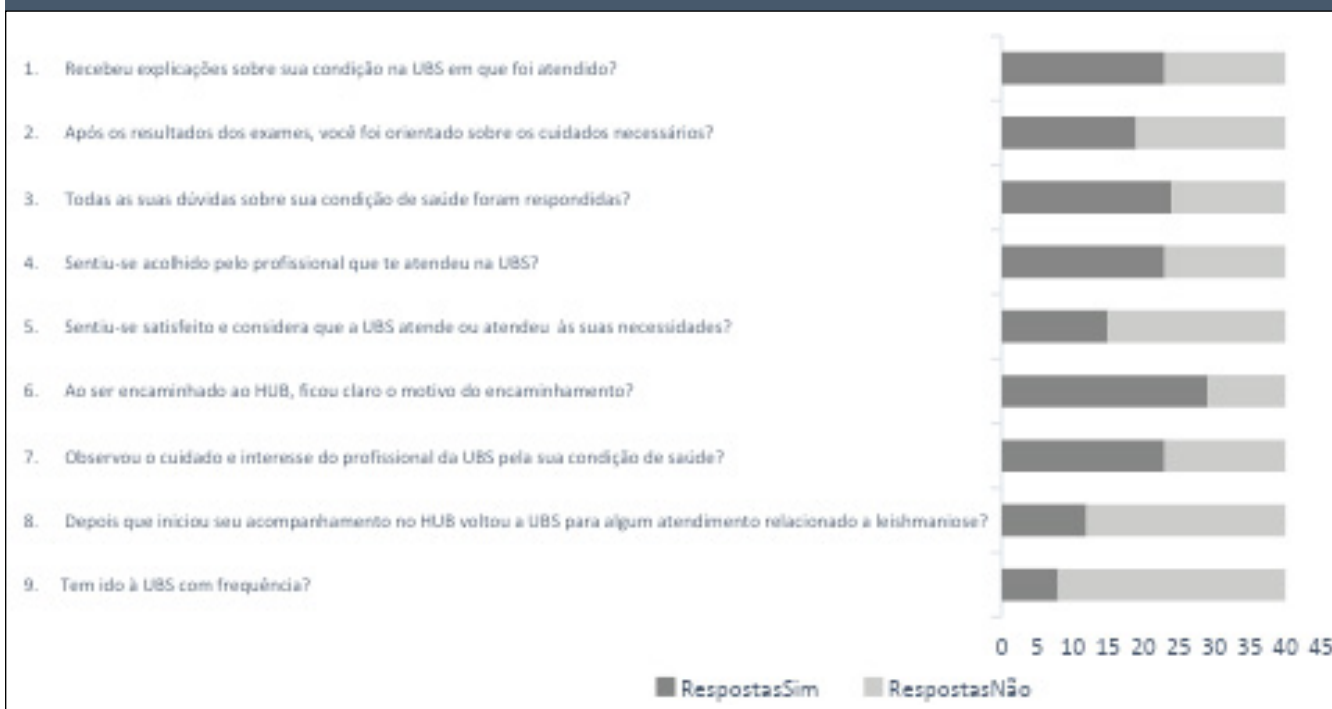
Foram feitas oito perguntas para avaliar o acolhimento e percepção do paciente no atendimento da UBS (Figura 2). As respostas eram sim ou não e o que chamou atenção foi que o retorno a APS, que deveria acontecer após o

atendimento no HR, não está ocorrendo. Dos 40 participantes 28 dizem que não voltaram a UBS de origem, para dar continuidade as etapas de acompanhamento. As respostas as três primeiras perguntas, sobre orientação e cuidados pertinentes aos pacientes com leishmaniose, mostram que não houve um consenso, uma vez que a metade dos pacientes se sentiram contemplados com as explicações antes e após o diagnóstico e a outra metade não estava satisfeita.

As respostas as perguntas “4-Sentiu-se acolhido pelo profissional que te atendeu na UBS? e 5-sentiu-se satisfeito e considera que a UBS atende ou atendeu plenamente às suas necessidades?” também demonstram que o acolhimento ao serviço deva ser melhorado. As pessoas que chegam ao serviço de saúde com doenças infecto-parasitárias normalmente estão em um estado vulnerável e precisam se sentir seguros quanto as dúvidas sobre seu estado. E nosso estu-

do mostra que isso não aconteceu para metade dos pacientes atendidos. A sexta pergunta “Ao ser encaminhado ao Hospital Universitário de Brasília (HUB), foi explicado o motivo do encaminhamento?” foi respondida de forma favorável por mais de 70%, porém 17 pacientes não observaram cuidado e interesse do profissional da UBS pela sua condição de saúde (pergunta 7).

Figura 2: Respostas dos usuários sobre suas perspectivas ao atendimento pelo profissional de saúde.



Avaliação dos escores obtidos no PCATool-Brasil

A aplicação do questionário PCATool versão usuário-adulto em pacientes com leishmaniose ainda não tinha sido realizada no Brasil. Os dados obtidos com o instrumento de avaliação geraram um escore da APS para cada participante. Esse escore foi calculado pela média das respostas de todos os itens do formulário. Um escore alto indica que a maioria das necessidades dos pacientes foram supridas, refletindo serviços mais orientados na APS. O escore abaixo de

6,6 demonstra que as demandas dos usuários com Leishmaniose não foram atendidas¹⁵. De acordo com os resultados obtidos, nenhum dos questionários respondidos pelos participantes, alcançou o escore classificado como alto desempenho, o que caracteriza baixo aproveitamento dos componentes relacionados aos atributos da atenção primária à saúde.

Para os entrevistados que deixaram respostas em branco em 50% dos itens ou mais, não foi calculado o escore, sendo considerado *missing*. O escore variou

entre 2,34 a 5,04 (tabela 2), sendo que a menor nota foi dada por pacientes que vieram das RA de Sobradinho e de Ceilândia. A RA de Planaltina foi a que recebeu o maior escore por um dos usuários. As variações encontradas nos escores dentro de uma mesma regional ocorre porque existem mais de uma UBS por RA, além de que esse estudo se baseia unicamente na percepção do usuário. Essa é uma limitação do estudo, seria interessante a aplicação do PCATool versão agentes de saúde para fim de comparação.

Tabela 2: Média dos scores PCATool obtidos para cada regional de saúde de encaminhamento.

	CS	C	L	S	O	N	SE	E	OE
	-	3,08	2,65	2,52	2,34	2,34	2,52	2,73	2,73
		3,17	2,95	2,65	2,34	2,56	2,52	3,17	3,73
		-	3,65	2,91	2,69	2,69	2,65	4,04	3,86
				3,04	4,00	2,73	2,78		3,86
						3,08	2,78		
						3,17	2,91		
						5,04	2,91		
						-	3,17		
							3,73		
Média		3,125	2,95	2,78	2,515	2,73	2,78	3,17	3,79
Desvio Padrão		0,045	0,41	0,20	0,683	0,840	0,355	0,54	0,47
Pacientes		3	3	8	4	9	4	3	4

CS: Centro-Sul; C: Centro; L: Leste; S: Sul; O: Oeste; N: Norte; SE: Sudoeste; E: Entorno; OE: Outros Estados; -: Missing

Foram avaliados cada atributo de forma individualizada (Tabela 3) e a média dos escores nos mostra que a principal

queixa ocorre no âmbito da orientação comunitária (J). O componente “Acesso de primeiro contato (B)” foi o que apresentou maior escore médio de 2,70. Percebe-se que os principais problemas que levaram aos baixos escores foram,

além da Orientação Comunitária, Grau de filiação (A) e Integração de Cuidados (E), com média de 1,85 e 1,93, respectivamente.

Tabela 3: Média e desvio padrão dos escores individualizados de cada atributo da APS obtidos pelo questionário PCATool

Escores	Média	Desvio Padrão
Escore Essencial	2,29	0,41
Escore geral	2,23	0,41
Atributos		-
Grau de Filiação (A)	1,85	1,144
Acesso de primeiro contato (B)	2,70	0,72
Acesso de primeiro contato – acessibilidade (C)	2,35	0,64
Longitudinalidade (D)	2,51	0,56
Coordenação – integração de cuidados (E)	1,93	1,52
Coordenação - sistema de informações (F)	2,2	0,51
Integralidade - serviços disponíveis (G)	2,30	0,63
Integralidade - serviços prestados (H)	2,50	0,68
Derivado		3
Orientação Familiar (I)	2,21	0,62
Orientação comunitária (J)	1,80	0,64

DISCUSSÃO

A leishmaniose é endêmica em 98 países do mundo, e afeta pessoas que vivem em áreas carentes de países em desenvolvimento e trazendo um estresse extra nas condições precárias das famílias. Condições precárias de moradia, falta de saneamento básico e baixa escolaridade resultam no aumento do risco de transmissão. Esses fatores favorecem o ciclo de vida dos flebotomíneos, e consequentemente a transmissão do parasito.

Os dados sociodemográficos dos sujeitos do estudo corroboram os que são encontrados na literatura, sendo sua maioria homens em idade reprodutiva¹⁷⁻¹⁹. Um aspecto apontado pelos participantes e que deve ser trabalhado é o acesso à informação sobre a leishmaniose. Devido à baixa escolaridade provavelmente eles tem pouco conhecimento de como a doença é transmitida ou onde buscar tratamento²⁰. Os pacientes responderam que não receberam informações sobre a doença ou que não foram suficientes. O acesso à informação pode ser uma peça-chave para o diagnóstico precoce e início do tratamento. É necessário que as UBS façam campanhas educativas informando a população sobre a presença do “mosquito-palha” em matas ou cachoeiras, principalmente em locais onde a leishmaniose é endêmica. Esse papel, de agente disseminador de conhecimento, deveria ser desempenhado pelos profissionais de saúde em campanhas desenvolvidas pelo governo²⁰. Porém o foi observado nos questionários foi que grande parte dos pacientes não foram esclarecidos quanto a doença. Em uma pesquisa feita em uma área endêmica no estado do Maranhão, 76% das 106 pessoas entrevistadas com idade entre 18 e 76 anos, informaram que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nunca mencionaram nada sobre a Leishmaniose. Em relação à forma de transmissão da doença, 85 dos entrevistados desconhecem como se contrai a LV e 80 desconhecem os principais

sintomas²¹. A falta de informação é observada também durante o encaminhamento ao HR, uma vez que a maioria dos pacientes relata problemas de comunicação nesse momento. Ao serem encaminhados via SIREGIII, sem o esclarecimento devido, muitos pacientes podem abandonar o tratamento, uma vez que a distância é até o centro referência é longa e o sistema de transporte público do DF não funciona bem.

A aplicação do PCATool no DF para avaliar o cuidado integral a criança foi realizada em 2015, e como no nosso trabalho realizado agora em 2024, obteve escores abaixo de 6,6 em todos os atributos²². Um estudo comparando a correlação do PCATool da versão reduzida e completa, e observou que os escores estão correlacionados de forma positiva, o que indica que, a partir dessa versão reduzida do instrumento, pode-se seguramente avaliar os serviços de APS²³. Algumas limitações no nosso estudo devem ser levadas em consideração na interpretação dos resultados. Embora o número de participantes tenha sido atingido (n= 40), ainda não é uma amostra representativa para avaliar a dimensão dos atendimentos de indivíduos com leishmaniose na atenção primária do Distrito Federal. Estudos com um maior número de participantes é necessário para a análise dos atendimentos nesse nível de atenção.

O resultado mostrado nesse estudo demonstra a falta de importância dada aos serviços públicos de Atenção Básica do DF em relação aos atributos da APS na perspectiva dos usuários de leishmaniose. Infelizmente esse problema é recorrente e foi descrito em outros trabalhos avaliando a visão do usuário sobre a APS²⁴⁻²⁶. O que percebemos é que mesmo com algumas melhorias, 14 anos após o lançamento do PCATool pelo MS, ainda não foi possível corrigir alguns dos problemas apontados repetidamente pelos usuários do sistema.

O EG e EE médio de APS foram baixos (EG=2,23 ± 0,41 e EE 2,29 ± 0,41). Os escores mais baixos são de pacientes

encaminhados das regiões Norte, Oeste, Sul e Sudoeste. Um estudo mostrou uma correlação positiva entre um treinamento dos agentes de saúde e um melhor acolhimento da população com leishmaniose atendida²⁰. Esse tipo de intervenção deveria ser realizado periodicamente com os profissionais de saúde, com o objetivo de favorecer ambos os lados. Entre os centros de saúde das regionais observou-se homogeneidade na avaliação do escore geral da Atenção Primária à Saúde e de cada um de seus atributos individualmente. A Regional Centro-Sul (EG 1,60±0,79) foi a com menor escore seguida da Regional Oeste (EG 1,85±0,78). Porém aqui existe um viés, uma vez que somente um paciente foi encaminhado da Regional de saúde Centro-Sul. As regionais com maiores escores gerais foram Central (EG 2,45±0,55), seguida da Regional Leste (EG 2,35±0,85).

Nossos resultados foram diferentes aos da revisão sistemática da literatura entre os anos de 2007 e 2015, que avaliaram o desempenho dos serviços de APS pelo instrumento PCATool na perspectiva do usuário²⁵. Nesse trabalho, o atributo mais bem avaliado foi o Acesso de Primeiro Contato (B) e os piores, Afiliação (A), Integração de cuidados e Orientação Comunitária. Esses resultados sugerem que, apesar de as pessoas utilizarem a APS, existem barreiras à acessibilidade aos serviços. Acesso não significa apenas a entrada do usuário no sistema de saúde ou a disponibilidade de serviços e recursos em determinado tempo e espaço, e sim o ajuste entre as necessidades da população e quem oferta o serviço.

O atributo que mede a relação paciente e profissional de saúde, a longitudinalidade, sendo considerado um dos atributos mais importantes recebeu média 2,51 ± 0,56. Esse atributo é característica central e exclusiva da APS. Uma maior extensão da longitudinalidade tende a produzir maior precisão diagnóstica e terapêutica, diminuindo o número de encaminhamentos desneces-

sários, a realização de procedimentos de maior complexidade e, por conseguinte, menores custos para a Saúde Pública²⁷.

Os demais atributos, coordenação do Cuidado, integração de cuidados e sistema de informações obtiveram escores baixos. O atributo “Coordenação- Sistema de Informações) não atingiram o ponto de corte estatístico na publicação do manual, porém foi mantido pela sua importância conceitual. No nosso estudo foi a pergunta que mais da metade dos entrevistados não se lembravam. Vale ressaltar que o paciente com leishmaniose, assim como todos os outros se beneficiariam com ações de integração do sistema de informações.

Quanto à Integralidade da atenção, tanto os serviços disponíveis (EG 2,3 ±0,63) quanto os serviços prestados (EG 2,5 ± 0,68) obtiveram escore baixo. O baixo escore na Integralidade aponta que os usuários não se sentiram atendidos de maneira inteira dentro da APS. As quatro faces desse atributo seriam: ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis da RAS, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias²⁸. Por fim, como visto em

outros estudos os escores de orientação familiar (EG 2,21±0,62) e orientação comunitária (EG 1,8±0,64) obtiveram baixo escore geral de APS^{24,29}. São evidências da dificuldade dos profissionais de saúde em conhecer o funcionamento e dinâmica dentro das famílias e reconhecer as reais necessidades do usuário.

A atenção primária desempenha um papel crucial nos cuidados aos pacientes com leishmaniose, a identificação precedente da leishmaniose é fundamental para um tratamento eficaz e os profissionais de saúde devem estar atentos aos sinais e sintomas da doença e realizar testes diagnósticos adequados, iniciar o tratamento ou encaminhar para HR, orientar os pacientes quanto cuidados e transmissão da doença e sobretudo desempenhar seu papel centrado na coordenação do cuidado dos pacientes com leishmaniose. Portanto, o resultado desta pesquisa serve para iniciar uma ampla discussão sobre os cuidados de cada membro da equipe das UBS na atenção ao paciente com leishmaniose, a conscientização desses profissionais relativo ao aprofundamento do conhecimento da doença, sua forma de transmissão e tratamento, atribuição de repassar as in-

formações a família e ao paciente, bem como guiá-lo para outro nível de atenção de forma assertiva, além de reforçar diretrizes no acolhimento ao paciente.

Como conclusão deste trabalho, seus autores acreditam que o estabelecimento de estratégias de cooperação horizontal entre equipes e gestores de saúde, o apoio institucional ao planejamento, o modo de condução do monitoramento e avaliação da presença e extensão dos atributos da APS, de forma periódica podem contribuir para a reformulação e desenvolvimento da qualidade da Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros. Outros pontos a serem levantados no final desse trabalho foram que a falta de informação ao usuário, referência sem o devido acolhimento pela equipe de saúde e falta de explicação do fluxo de tratamento, podem impactar negativamente para que a maioria dos pacientes não voltem as UBS. Todos esses problemas junto a alta demanda de pacientes que chegam em estado já avançado de desenvolvimento da leishmaniose, resultará em uma maior demora no diagnóstico e tratamento adequados para cada caso.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Cuidados de saúde primários [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [citado 3 set. 2024]. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
2. Oliveira Junior JB, Grisotti M, Manske GS, Moretti-Pires RO. As práticas corporais como dispositivos da biopolítica e do biopoder na Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate*. 2021;45(128):42-53. doi:10.1590/0103-1104202112803
3. Dow AW, Zhu X, Sewell D, Banas CA, Mishra V, Tu SP. Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *J Interprof Care*. 2017;31(6):677-8. doi:10.1080/13561820.2017.1344048
4. Fleischmann N, Tetzlaff B, Werle J, Geister C, Scherer M, Weyerer S, et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. *BMC Fam Pract*. 2016;17(1):123. doi:10.1186/s12875-016-0522-z
5. Previato GF, Baldissera VDA. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(2):1535-47. doi:10.1590/1807-57622017.0647
6. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Leishmanioses: Informe epidemiológico das Américas. No 11. Brasília: OPAS; 2022 [citado 3 set. 2024]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/106652/56832>
7. Ruiz-Postigo JA, Jain S, Mikhailov A, Maia-Elkhoury AN, Valadas S, Warusavithana S, et al. Global leishmaniasis surveillance: 2019–2020, a baseline for the 2030 roadm. Geneva: World Health Organization; 2021.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico: morbimortalidade

e resposta nacional no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Doenças Tropicais Negligenciadas no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 3 set. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

9. Góes MAO, Jeraldo VLS, Oliveira AS. Urbanização da leishmaniose visceral: aspectos clínicos e epidemiológicos em Aracaju, Sergipe, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;9(31):119-26. doi:10.5712/rbmfc9(31)685

10. Souza HP, Oliveira WTGH, Santos JPC, Toledo JP, Ferreira IPS, Sousa Esashika SNG, et al. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:10. doi:10.26633/RPSP.2020.10

11. Mostafavi E, Ghasemian A, Abdinasir A, Nematollahi Mahani SA, Rawaf S, Salehi Vaziri M, et al. Emerging and re-emerging infectious diseases in the WHO Eastern Mediterranean Region, 2001-2018. *Int J Health Policy Manag*. 2021;10(6):1. doi:10.34172/ijhpm.2021.13

12. Okwor I, Uzonna J. Social and economic burden of human leishmaniasis. *Am J Trop Med Hyg*. 2016;94(3):489-93. doi:10.4269/ajtmh.15-0408

13. Penna G, Pinto LF, Soranz D, Glatt R. High incidence of diseases endemic to the Amazon Region of Brazil, 2001–2006. *Emerg Infect Dis*. 2009;15(4):626–32. doi:10.3201/eid1504.081329

14. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DF). Nota técnica do DF n. 4/2024 [Internet]. Brasília: SES/SAIS/COASIS/DASIS; 2024 [citado 3 set. 2024]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/notas-tecnicas>

15. Harzheim E, Gonçalves MR, Oliveira MMC, Trindade TG, Agostinho MR, Hauser L. Manual do instrumento de avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool – PCATool-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

16. Costa MF, Moreira KS, Oliveira LB, Rodrigues MEB, Tófilo VA, Andrade FM. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais de saúde no norte de Minas Gerais. *Rev Renome*. 2023;12(2):33-9. doi:10.46551/rnm20230204

17. Carli GP, Silva ECS, Cardoso GC, Castro GMF, Berbert LRH, Oliveira DFR, et al. Leishmaniose tegumentar americana: uma análise epidemiológica do município de Teófilo Otoni-MG. *Res Soc Dev*. 2021;10(14):e316101421934. doi:10.33448/rsd-v10i14.21934

18. Nobres ES, Souza LA, Rodrigues DJ. Incidência de leishmaniose tegumentar americana no norte de Mato Grosso entre 2001 e 2008. *Acta Amazon*. 2013;43(3):297-303. doi:10.1590/S0044-59672013000300005

19. Martins-Melo FR, Ramos AN, Alencar CH, Heukel-

bach J. Mortality from neglected tropical diseases in Brazil, 2000–2011. *Bull World Health Organ*. 2016;94(2):103–10. doi:10.2471/BLT.15.152363

20. Carvalho AG, Alves I, Borges LM, Spessatto LB, Castro LS, Luz JGG. Basic knowledge about visceral leishmaniasis before and after educational intervention among primary health care professionals in Midwestern Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2021;63:e56. doi:10.1590/S1678-9946202163056

21. Lopes GS, Sousa VA, Martins JSC, Sousa ES, Cajaiba RL. Nível de conhecimento e medidas de prevenção de moradores sobre a leishmaniose visceral em área endêmica no Maranhão, Brasil. *Arch Health Invest*. 2019;8(6):3239. doi:10.21270/archi.v8i6.3239

22. Araújo RL, Mendonça AVM, Sousa MF. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. *Saude Debate*. 2015;39(105):387–99. doi:10.1590/0103-110420151050002007

23. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCA-Tool-Adulto-Brasil: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(29):256-63. doi:10.5712/rbmfc8(29)823

24. Costa LB, Mota MV, Porto MMA, Fernandes CSGV, Santos ET, Oliveira JPM, et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde em Fortaleza, Brasil, na perspectiva dos usuários adultos no ano de 2019. *Cien Saude Colet*. 2021;26(6):2083–96. doi:10.1590/1413-81232021266.39722020

25. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da atenção primária à saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet*. 2017;22(6):1881–93. doi:10.1590/1413-81232017226.14282016

26. Machado GAB, Dias BM, Silva JJ, Bernardes A, Gabriel CS. Avaliação de atributos da atenção primária à saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAO00973. doi:10.37689/acta-ape/2021ao00973

27. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(Spe):158-64. doi:10.1590/S0034-71672013000700020

28. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, organizadores. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saude Debate*. 2002;26:37-61.

29. Souza BR, Tavares JB, Pinto Girard CC, Ferreira IP. Avaliação da atenção primária à saúde em uma estratégia saúde da família no interior do Pará: utilização do PCATool-versão Brasil. *APS Rev*. 2019;1(2):112–20. doi:10.14295/aps.v1i2.24