CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

LEISHMANIOSE

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO
JULHO, 2013

ESTUDO TÉCNICO: "LEISHMANIOSE"

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceitual e com base em legislação específica, a votação do Projeto de Lei nº 282/2013 de autoria do Vereador Marcell Moraes, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social.

1) LEISHMANIOSE: MAGNITUDE DO PROBLEMA

A leishmaniose é uma doença causada por protozoários do gênero *Leishmania* que parasitam o organismo de mamíferos, a exemplo de cães, raposas e ratos silvestres, e são transmitidos pela picada de certas espécies de mosquitos (flebotomíneos - subfamília *Phlebotominae*) encontrados, em sua maioria, em regiões de floresta e semiárido.

É uma doença não contagiosa e, portanto não se transmite diretamente de uma pessoa para outra, nem de um animal para outro, nem dos animais para as pessoas. A transmissão do parasita ocorre apenas através da picada do mosquito fêmea infectado. O cão é o principal hospedeiro do parasita e o contágio se dá quando o mosquito vetor pica o cão doente e, depois, uma pessoa. O parasita invade e se reproduz dentro das células que fazem parte do sistema imunológico (macrófagos) da pessoa infectada.

A doença pode se manifestar de duas formas: leishmaniose tegumentar ou cutânea (LT) e a leishmaniose visceral ou calazar (LV). A leishmaniose tegumentar ou cutânea é a forma mais comum de leishmaniose. É caracterizada por lesões na pele, podendo também afetar nariz, boca e garganta (esta forma é conhecida como "ferida brava").

A visceral ou calazar, é uma doença sistêmica, pois os parasitas podem migrar e afetar vários órgãos, sendo que os mais acometidos são o fígado, baço e medula óssea. Sua evolução é longa podendo, em alguns casos, até ultrapassar o período de um ano. É uma forma grave da doença e pode levar o individuo a morte.

É uma doença típica de regiões tropicais (condições ambientais propícias para a reprodução do agente transmissor) sendo a segunda maior responsável por mortes parasitárias no mundo – perdendo apenas para a malária. A leishmaniose visceral americana (LVA) é causada pelo protozoário *Leishmania chagasi*, sendo os flebotomíneos do complexo *Lutzomyia longipalpis* os vetores da infecção no Brasil.

A LVA é uma doença letal e, segundo o Ministério da Saúde (MS), o índice de mortes entre os pacientes tratados está em torno de 6%. Entre os 500.000 casos registrados por ano no mundo, 90% estão concentrados em apenas cinco países. E, o Brasil se encontra entre os cinco países que lideram esse *ranking*.

Em nosso país, a leishmaniose tinha inicialmente um caráter eminentemente rural, mas nas últimas décadas expandiu para áreas urbanas de médio e grande porte. A urbanização da LV, associada à grande mobilidade dos reservatórios e vetores, faz com que a doença exiba elevado potencial de expansão e maior dificuldade de controle.

Na Bahia, a leishmaniose ainda atinge altos índices de contaminação. O Estado é o segundo do Nordeste em incidência (historicamente, no País, as regiões Norte e Nordeste são as mais afetadas) e tem nos municípios das regiões sul, sudeste e semiárido o maior quantitativo de registros de infectados.

Em 2013, de acordo com os dados da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), foram notificados 1.357 casos da leishmaniose tegumentar – forma branda da doença, caracterizada por feridas na pele e responsável por um baixo índice de mortalidade – e 179 casos da visceral, também conhecida como “calazar” (manifestação grave, que atinge a medula óssea, o fígado e o baço do paciente infectado e é mortal em 8% dos casos). Duas mortes, nos municípios de Feira de Santana e Itatim, já foram registradas no Sinan.

Os métodos convencionais de controle da doença até agora empregados, entretanto, não se mostraram efetivos para deter sua expansão. O número crescente de casos de LV e a ocorrência de casos novos em áreas não endêmicas da periferia de grandes metrópoles brasileiras apontam para a necessidade do estabelecimento de programas de ação e controle dessa endemia mais efetivos, para os quais o conhecimento da história natural da infecção por *L. chagasi* é essencial.

A política para enfrentamento da Leishmaniose Visceral (LV) adotada pelo Brasil é polêmica. Há falta de consenso entre especialistas e o próprio governo sobre o uso de vacina e o tratamento contra leishmaniose animal. Atualmente, o MS proíbe o tratamento de cães com leishmaniose com medicamentos para uso humano e determina a eutanásia desses animais.

O tratamento da LV canina não é recomendado, pois, segundo o MS, não diminui a importância do cão como reservatório do parasito. O uso rotineiro de drogas em cães induz à remissão temporária dos sinais clínicos, não previne a ocorrência de recidivas, tem efeito limitado na infectividade dos flebotomíneos e leva ao risco de selecionar parasitos resistentes às drogas utilizadas para o tratamento humano. Estas constatações levaram à publicação da **Portaria Interministerial nº 1.426 de 11 de julho de 2008** (Anexo 1) que proíbe, em todo o território nacional, o tratamento da leishmaniose visceral canina em cães infectados ou doentes, com produtos de uso humano ou produtos não registrados no MAPA.

O MS preconiza a não indicação das vacinas anti-leishmaniose (uso em saúde pública) até que se concluam todas as fases exigidas pela regulamentação técnica e considera a indicação do tratamento da LV canina incompatível com o programa de controle vigente no país. O referido órgão recomenda ações dirigidas à:

- População humana: medidas de proteção individual, tais como usar repelentes e evitar a exposição nos horários de atividades do vetor (crepúsculo e noite) em ambientes onde este habitualmente possa ser encontrado;
- Vetor (mosquitos): manejo ambiental, através da limpeza de quintais e terrenos, a fim de alterar as condições do meio, que propiciem o estabelecimento de criadouros para formas imaturas do vetor;
- Atividades de educação em saúde: devem ser inseridas em todos os serviços que desenvolvam as ações de vigilância e controle da doença, requerendo o envolvimento efetivo das equipes multiprofissionais e interinstitucionais com vistas ao trabalho articulado nas diferentes unidades de prestação de serviços.

Em 2012, foi publicada no Diário Oficial da União a **Lei 12.604/2012** (Anexo 2) que institui a Semana Nacional de Controle e Combate à Leishmaniose. A comemoração será anual, na semana que incluir o dia 10 de agosto. A nova lei foi criada para estimular ações educativas e preventivas; promover debates e outros eventos sobre as políticas públicas de vigilância e controle da leishmaniose; apoiar as atividades de prevenção e combate à leishmaniose organizadas e desenvolvidas pela sociedade civil e difundir os avanços técnico-científicos relacionados à prevenção e ao combate da leishmaniose.

2) PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE DOENÇAS: RESPONSABILIDADES CONSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, fruto de exaustivos debates entre diversos atores sociais e políticos, representa no campo da saúde, a garantia de direitos sociais e a universalização de alguns direitos como atributos de cidadania e, simultaneamente, dever do Estado brasileiro. No que diz respeito à saúde, definiu no Título VIII – Da Ordem Social, no seu Capítulo II, Seção II, por meio dos arts. 196 a 200, as bases legais da intervenção da sociedade, da seguinte maneira:

> **Art. 196**. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e, ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, a partir da nova Constituição, a condição para ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é simplesmente precisar deles.

O SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, reafirma os ideais do movimento da reforma sanitária, principalmente no tocante à descentralização, participação e integralidade, sendo este último destinado a conjugar ações direcionadas à materialização da saúde como direito e serviço de saúde.

A descentralização dos processos decisórios em saúde além de significar a possibilidade de se elaborarem projetos mais reais e compatíveis com cada realidade, é a probabilidade efetiva da comunidade interferir na concepção do

sistema, na sua implementação, em seu funcionamento, na aplicação dos recursos, na avaliação de seus resultados e nos destinos da administração pública. Em relação à correta aplicação dos recursos, o gestor municipal deverá considerar as prioridades locais de atenção em saúde, ressaltando-se não apenas o quantitativo de pessoas atingidas pelo agravo ou doença, como também o risco de determinado grupo populacional vir a adoecer/morrer. Além disso, é fundamental o reconhecimento do potencial de gravidade de cada agravo/doença e nesse sentido, adotar-se-á uma perspectiva de atuação em parcela prioritária da população que necessita de intervenções e serviços efetivos e equânimes de saúde.

Por isso, tratou o constituinte (tanto o originário quanto o derivado) de estabelecer não só os deveres do Estado para com esse fundamental direito social – uma vez que intimamente ligado à garantia da vida e da dignidade humana, sem dúvida direitos prioritários em nossa ordem constitucional –, como também as fontes de custeio, já que a implementação de políticas públicas requerem recursos orçamentários para sua execução.

> **Art. 30.** Compete aos Municípios: [...]
> VII – prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população; [...].
>
> **Art. 198**. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: [...]
>
> § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (*Parágrafo único renumerado para § 1º pela EC n. 29, de 2000*.)
>
> § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:
>
> I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (*Incluído pela EC n. 29, de 2000*.)
> II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (*Incluído pela EC n. 29, de 2000*.)
> III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. *(§ 2º e incisos I a III acrescentados pela EC n. 29, de 2000*.)

Na Lei n. 8.142/1990:

Art 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...]
V – contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento.

A Emenda Constitucional n.29 (EC 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, vinculou os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados, obrigatoriamente, em ações e serviços públicos de saúde. Posteriormente, a Resolução n. 322/2003 aprovou diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional n.29 e a Lei Complementar 141/2012 regulamentou a aplicação anual dos valores mínimos em ações e serviços públicos de saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de estabelecer uma série de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Segundo a LC 141/2012, os valores mínimos a serem destinados pelos municípios compreendem 15% dos seus recursos próprios provenientes de impostos.

Segundo a Sexta Diretriz da **Resolução n. 322/2003**, para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
II - vigilância sanitária;
III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
IV - educação para a saúde;
V - saúde do trabalhador;
VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
VII - assistência farmacêutica;
VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
XIV – atenção especial aos portadores de deficiência.

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

Com vistas a garantir a correta aplicação de recursos em saúde, o Grupo de Saúde do Conselho Nacional de Procuradores-Gerais de Justiça, com a participação de representantes do Grupo de Saúde do Ministério Público Federal, firmou o entendimento de rechaçar quaisquer tentativas dos gestores de mitigar os princípios da universalidade e da integralidade sem que se garanta, antes, o estrito cumprimento da Emenda Constitucional n. 29/2000.(MPF, 2008).

Atualmente, existem várias formas de atender às necessidades do usuário do SUS por meio dos gestores de saúde, utilizando os seguintes tipos de financiamento, quais sejam:

- Limite financeiro global do MAC ("teto"): de livre alocação dos recursos federais pelos respectivos gestores municipais e estaduais para o ressarcimento de procedimentos de média e alta complexidade contratados;
- FAEC (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação): são os recursos federais repassados, extra-teto ou não do estado ou município, com destinação especificada (para o ressarcimento de transplantes, por exemplo); e
- Recursos do Tesouro: município ou estado poderão alçar mão dos recursos do respectivo tesouro para financiar a necessidade local de saúde.

Os recursos federais são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI), publicada em ato normativo específico.

O orçamento do Ministério da Saúde, como o dos demais ministérios, é definido, anualmente, em Lei específica, tendo sido progressivamente crescente. Para que se tenha ideia desse crescimento, anota-se que, em 2006 foi de R$ 44,3 bilhões e, para 2012, de R$ 91,7 bilhões, chamando-se a atenção para que mais da metade são recursos gastos com a atenção especializada de média e alta complexidade (MAC) e assistência farmacêutica.
Mais recentemente, o Pacto pela Saúde (2006), fortaleceu o processo de reorganização do financiamento da saúde possibilitando ao gestor programar com maior autonomia os níveis e modalidades de atenção, contando com blocos de recursos financeiros, de acordo com as necessidades das pessoas e da coletividade. Dessa forma, buscou-se estabelecer um financiamento compatível com as necessidades de saúde, por parte dos entes federados, expressos na luta pela regulamentação da EC nº 29 pelo Congresso Nacional.

REFERÊNCIAS:

Brasil. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**: coletânea de textos. Brasília: Síntese, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Leishmaniose visceral grave: normas e condutas.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº204/GM de 29 de janeiro de 2007**.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Financiamento da Saúde**: novos desafios. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância da Leishmaniose Tegumentar Americana.** 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do Direito à Saúde.** Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2005.

Brasil. Ministério Público Federal. **Financiamento da saúde** - Grupo de Trabalho "Saúde": Alexandre Amaral Gavronski [et al.] – Brasília : Escola Superior do Ministério Público da União, 2008. Manuais de atuação ESMPU; v. 4. Disponível em http://www.esmpu.gov.br/linha-editorial/manuais-de-atuação

Secretaria de Vigilância em Saúde. Sinan [base de dados na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [acessado 01 jul. 2013]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/sinanweb.

Nery Costa CH. Mudanças no controle da leishmaniose visceral no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 2001;34(2):223-228.