

AValiação DO CONHECIMENTO DO INTERNO DE MEDICINA SOBRE LEISHMANIOSE VISCERAL

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.037-042>

Fernando Barraca Jesus Mequi
Acadêmico de Medicina – Universidade Uniderp

Suellem Luzia Costa Borges
Doutora em Meio Ambiente e Desenvolvimento Regional – Universidade Uniderp

Regiane Santana da Conceição Ferreira Cabanha
Acadêmico de Medicina – Universidade Uniderp

RESUMO

As leishmanioses pertencem a um grupo de doenças que ainda são consideradas problemas de saúde pública em muitos países, isso se deve à alta mortalidade global, ainda muito presente nos principais indicadores epidemiológicos. No Brasil, é causada pelo protozoário *Leishmania infantum chagasi* e transmitida por flebotomíneos, sendo o cão considerado a principal fonte de infecção no meio urbano, e o homem o hospedeiro acidental. É uma doença grave com poucas opções terapêuticas e que, mesmo quando adequadamente tratada, tem letalidade de cerca de 5%. O estado de Mato Grosso do Sul e a cidade de Campo Grande sofreu, nos últimos anos, modificações ambientais que podem ter contribuído para a disseminação do vetor, como a construção de um gasoduto, a destruição de áreas do cerrado, assim como a abertura de avenidas acompanhando os cursos das águas e a derrubada da vegetação para construção de casas populares. Tendo em vista essas mudanças no município e a proporção que a Leishmaniose Visceral está ganhando, este estudo buscou compreender o conhecimento dos acadêmicos de medicina, no estágio de internato, do município de Campo Grande – MS. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de caráter transversal. A amostra foi por conveniência, sendo que 100% dos acadêmicos foram abordados durante as sessões. Os resultados apontam conhecimento regular dos acadêmicos em modalidade de internato. Espera-se que o acadêmico reflita a respeito do seu conhecimento acerca desta doença, considerando a importância da epidemiologia para a conduta assertiva.

Palavras-chave: Leishmaniose visceral. Atenção básica. Saúde coletiva. Medicina. Conhecimento.



1 INTRODUÇÃO

A descrição inicial do parasito da LV foi feita na Índia por William Boog Leishman, entretanto, este foi confundido com o Trypanosoma. Médicos indianos, na pequena cidade de Dum-Dum (Índia), por isso febre “dum-dum”, utilizavam o termo em sânscrito “kala azar” (doença negra) para nomear uma doença severa e fatal que acreditavam ser causada por tripanossomas (WHO, 2011).

Ainda segundo WHO (2011), no ano de 1908, na Tunísia, formas amastigotas foram identificadas em canídeos domésticos, demonstrando que eles também eram os hospedeiros intermediários. Apenas em 1914, na Índia, comprovou-se que as áreas de incidência da doença coincidiam com as áreas de concentração dos flebótomos.

Na América do Sul, o primeiro caso de LV humana foi relatado por Migone, em 1913, no Paraguai, em um paciente que havia contraído a doença no Estado de Mato Grosso. Entre 1936 e 1939, Evandro Chagas realizou estudos no Brasil que confirmaram que a doença ataca tanto o homem como os cães e o flebótomo *Lutzomyia longipalpis* foi identificado como provável vetor (Alencar, 1977).

Estudos sobre o ciclo de transmissão da doença no Brasil foram empreendidos primariamente no Ceará, culminando na incriminação da raposa *Lycalopex vetulus* como principal reservatório silvestre e, mais uma vez, confirmando o cão como o hospedeiro doméstico de maior significância. Isso devido ao hábito desses animais se adaptarem normalmente ao convívio dos homens, podendo assim, promover a ligação entre os ciclos silvestre e doméstico da LV (Gontijo e Melo, 2004).

Estima-se que a incidência anual seja de 500 mil novos casos de leishmaniose visceral. A prevalência média sendo cerca de 15 milhões de casos no mundo e que aproximadamente 90% dos casos ocorrem na Índia, Bangladesh, Nepal, Sudão e Brasil, atingindo majoritariamente a população pobre desses países (Lindoso e Goto, 2006).

Nas Américas são registrados casos nativos na Argentina, Bolívia, Colômbia, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguai, Venezuela e Brasil, que satisfaz por 90% dos casos que ocorrem no continente (Miranda-Sa, 2006).

No Brasil, a LV se distribui pelo Nordeste (Maranhão, Bahia e Ceará), Sudeste (Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo) e Centro Oeste (Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) (Lainson e Rangel, 2005).

As profundas transformações ambientais ocorridas nas últimas décadas, estas, aliadas a fatores socioeconômicos que promoveram a migração da população rural para os centros urbanos, contribuíram para a ocorrência dos ciclos urbanos de LV, aumentando o número de casos (França-Silva et al., 2005). A urbanização é um elemento novo e pouco se conhece sobre a epidemiologia da LV nestes focos, estudos recentes estão focando a relação entre os componentes da cadeia de transmissão no ciclo urbano, sendo essa mais complexa e variada que na rural (Gontijo e Melo, 2004).



No Brasil a transmissão da *Leishmania* sp. se dá por duas formas: o vetor e um hospedeiro vertebrado. O vetor é representado por insetos dípteros, conhecidos como flebotomíneos, tendo como principal representante a *Lutzomyia longipalpis*, embora mais recentemente no Estado do Mato Grosso do Sul está sendo observado um novo vetor, a *Lutzomyia cruzi* (Gontijo e Melo, 2004; Monteiro et al., 2005).

O hospedeiro vertebrado é representado por animais silvestres (gambás, primatas, roedores, canídeos); animais domésticos (cão, gato, equino) e o homem (Rey, 2008).

As manifestações clínicas da doença no cão e no homem são similares e apresentam sinais inespecíficos, como febre irregular por longos períodos, anemia, perda progressiva de peso, apatia e caquexia em seu estágio final (Feitosa, 2006).

A calazar é uma enfermidade infecciosa generalizada e crônica. A febre é o sintoma mais notável, pela sua constância, sendo do tipo regular ou remitente. Em muitos casos, a curva febril mostra um duplo ascenso diário. Mas há, também, casos subfebris ou com hipertermia (40 - 41°C), acompanhada de pulso rápido, palidez e astenia (Rey, 2008).

A esplenomegalia é a segunda manifestação em importância. O volume do baço aumenta com relativa rapidez, tanto em crianças quanto em adultos, e pode ultrapassar a cicatriz umbilical. Sua consistência é dura e, mesmo sendo indolor à palpação, causa uma sensação de dor surda pela distensão da sua cápsula. O aumento do fígado costuma ser em escala menor que o do baço. Há, quase sempre, uma micropoliadenia. Com o progredir da doença, acentua-se a anemia e há marcada tendência às hemorragias. A evolução da doença pode ser rápida, levando o paciente à caquexia e à morte dentro de algumas semanas ou de alguns meses, ou assumir um curso crônico. O desfecho sobrevém, muitas vezes, por doenças intercorrentes no organismo cujos mecanismos imunológicos já se encontram definitivamente comprometidos (Rey, 2008).

Alterações dermatológicas (alopecias, descamação furfurácea da pele, dermatite seborréica, piodermite periorbital, nódulos que podem ou não ulcerar, onicogribose), insuficiência renal, alterações gastrointestinais como diarreias sanguinolentas, alterações oftalmológicas como uveíte e glaucoma e alterações neurológicas como tetraparesia, convulsões, mioclonias, andar em círculos, nistagmo, tremor de intenção, estrabismo, paralisia de mandíbula e ptose labial são sinais frequentes (Ikeda et al., 2003; Feitosa, 2006).

Os cães também apresentam um amplo espectro de sinais clínicos, desde animais aparentemente saudáveis, passando por oligossintomáticos, até estágios graves da doença (Costa et al., 1999).

O quadro clínico canino caracteriza-se por linfadenomegalia, febre irregular por longos períodos, anemia, conjuntivite, perda progressiva de peso e caquexia em seu estágio final. As alterações dermatológicas são freqüentes e incluem queda de pêlos, lesões ulcerativas, prurido intenso, pelame

opaco e dermatite seborréica. Observa-se também, em alguns casos, onicogribose (crescimento anormal das unhas) associada à presença do parasito estimulando a matriz ungueal (Feitosa et al., 2000).

A suspeita diagnóstica da LV deve ser baseada em dados epidemiológicos e em achados clínicos e laboratoriais. Entretanto, o diagnóstico de certeza só pode ser firmado através da identificação microscópica direta dos parasitos em esfregaços obtidos por punção de linfonodos, baço e medula óssea, podendo-se utilizar o cultivo deste material em diferentes meios de cultura para isolamento dos parasitos (Neves, 2003).

O estado de Mato Grosso do Sul projeta-se geograficamente numa região estratégica ao desenvolvimento de diversas doenças como a dengue e a leishmaniose visceral. Campo Grande, a capital deste estado, sofre intensa urbanização e expansão, gerando uma série de notificações acerca destas patologias.

Grande parte dos estudos relacionados a este tema engloba aspectos clínicos e diagnósticos. Porém, sabe-se que o diagnóstico precoce e a intervenção adequada e em tempo hábil diminui as chances de agravamento desta doença.

Diante do quadro atual de notificações e da intensa formação acadêmica de médicos, verifica-se a importância de avaliar o conhecimento que estes futuro profissionais têm acerca do assunto e, assim, proporcionar reflexão e correções a partir das constatações, contribuindo a curto e médio prazo com a formação deste público, assim como, a longo prazo, com os usuários do SUS.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de caráter transversal e epidemiológico. O estudo foi realizado em uma Universidade privada do município de Campo Grande, que é a capital de Mato Grosso do Sul, com uma área de 8.096km², representando 2,26% da região total do Estado, sua população está estimada em 766.461 habitantes.

Com o objetivo de organizar a rede de cuidado do sistema municipal de saúde e garantir a qualidade e o acesso da população aos serviços da atenção básica de média e alta complexidade, a Secretaria Municipal de Saúde Pública trabalha de forma regionalizada, tendo sua área territorial dividida conforme a divisão de solo supracitada.

Cada um destes possui sua sede gerencial e é responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção a saúde das unidades da rede própria, em sua área de abrangência.

Foram abordados 100% dos acadêmicos que cursam Medicina, em fase de internato, durante as discussões clínicas. Foram excluídos aqueles em licença maternidade e atestado médico.

A coleta de dados ocorreu por meio de questionário via *google forms*, com senha unificada para o período da coleta correspondente, confeccionado pelos próprios autores, conforme a literatura base.

A aplicação do questionário ocorreu mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE , via *google forms*.

Foram pesquisados acadêmicos de Medicina, na fase de internato (9º, 10º, 11º e/ou 12º semestre) da graduação referida, durante as sessões clínicas, que ocorrem todas as sextas-feiras. Em cada discussão clínica, após a autorização da coordenação de curso, o pesquisador adentrou a sala de aula, explicando a importância da pesquisa. O mesmo enviou o link da pesquisa ao professor coordenador da discussão clínica, que encaminhou aos acadêmicos no exato momento e, aqueles que concordarem, preencheram o questionário. A amostra foi por conveniência, sendo excluídos aqueles em licença maternidade, atestado médico e que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A coleta de dados ocorreu individualmente, via *google forms*. As variáveis foram: etiologia, fisiologia, fisiopatologia, epidemiologia, quadro clínico, diagnóstico, diagnóstico diferencial e conduta. A metodologia executada por Andrade et al. (2008), foi definida como critério para classificar o conhecimento os seguintes conceitos:

Insuficiente: até 24% de acertos;

Regular: 25% a 49% de acertos;

Bom: 50% a 74% de acertos; e,

Ótimo: 75% a 100% de acertos.

O projeto de pesquisa foi submetido à coordenação do curso mencionado, ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Uniderp , registrado por meio o número CAAE: 76992523.3.0000.0199, e parecer nº 6.737.229.

3 RESULTADOS

Os resultados elencados sobre a etiologia, o 11º semestre apresentou conhecimento regular (37%), assim como o 9º semestre (46, 12%) e o 12º sem (47,58%). Já o 10º semestre apresentou conhecimento bom com 59,82 % de acertos;

Sobre a fisiologia, todos os semestres apresentaram conhecimento regular, considerando o 11º, 9º e 12º semestres com 27,16; 29,62% e 39,3%, respectivamente. Enquanto o 10º semestre mostrou 49,1% de aprendizado sobre esta variável;

A respeito da fisiopatologia, todos os semestres apresentaram conhecimento regular, considerando o 11º, 9º e 12º semestres com 27,18%, 33,8% e 34,78%, respectivamente. Enquanto o 10º semestre mostrou 43,64% de aprendizado sobre esta variável;

No que diz respeito à epidemiologia, o 10º semestre se destaca com conhecimento bom (55,44%) e os demais, mantém classificados como regular;

Nas variáveis clínicas, seguem as aferições: 11º semestre apresenta conhecimento regular sobre quadro clínico (37,36%), insuficiente sobre diagnóstico (24%), regular sobre diagnóstico diferencial

(41,14%), assim como para tratamento (33,96%) e conduta (41,88%); o 12º semestre apresenta conhecimento regular sobre quadro clínico (42,76%), assim como para diagnóstico (35,84%), diagnóstico diferencial (49,66%) e para tratamento (48,96%). No entanto, a conduta teve 65,54% de acertos, sendo considerado bom; o 10º semestre apresenta conhecimento regular sobre quadro clínico (45,47%), assim como para diagnóstico (29,18%), diagnóstico diferencial (46,28%). Enquanto que tratamento (57,28%) e conduta (73,64%) é considerado bom; o 9º semestre apresenta conhecimento regular sobre quadro clínico (37,82%), assim como para diagnóstico diferencial (34,36%), tratamento (44,32%) e conduta (48,68%). Já para diagnóstico (22,16%), é considerado insuficiente.

No contexto global, o 11º semestre apresentou conhecimento regular, com 33,66% de acertos, assim como o 9º semestre (37,68%) e o 12º semestre (44,44%). O conhecimento foi atribuído como bom, ao 10º semestre, pois obteve 51,09% de acertos.

4 DISCUSSÃO

O aprimoramento das estratégias de controle da LV vem sendo realizado com base em evidências encontradas na literatura científica e corrigindo falhas operacionais como a falta de padronização dos métodos de diagnóstico da infecção humana e canina; a discordância entre os estudos que avaliam o impacto da eliminação de cães soropositivos na prevalência da infecção humana; a demonstração de que outros reservatórios podem ser fonte de infecção da *L. chagasi*, como os canídeos silvestres e os marsupiais; e a escassez de estudos sobre o impacto das ações de controle dirigidas contra os vetores (Gontijo e Melo, 2004), o que tem relação direta com o processo de urbanização.

Porém, o controle deste agravo não se resume ao conhecimento técnico, apenas, a organização do processo de trabalho da equipe precisa ser pautada nos conhecimentos acerca dos problemas de saúde da população, as áreas de riscos, os equipamentos sociais, situação epidemiológica, e outros aspectos ligados aos determinantes e condicionantes do processo saúde e doença, além de uma assistência integral, que atenda de fato as necessidades da população, e isso depende do domínio que a equipe tem sobre o território e suas peculiaridades (Neta e Vasconcelos, 2020), inclusive o profissional médico.

O médico será tanto mais útil quanto maior for seu conhecimento sobre as doenças como um todo (etiologia, fisiopatologia, patogênese, manifestações clínicas, diagnóstico, tratamento e prognóstico). Se sua cultura abrange um grande número de doenças será mais competente e preciso frente aos casos clínicos sob sua responsabilidade (Teixeira e Dantas, 1997).

Os mesmos autores, descrevem ainda que a percepção da doença pelo médico não é homogênea - e isto depende em parte de sua formação profissional. Se for puramente organicista, conseguirá reconhecer a doença a partir da análise concreta sobre os dados de que dispõe. Se não a reconhecer de pronto, continuará a investigação por tempo variável, solicitando exames complementares ou pareceres

de outros médicos, até que surja um diagnóstico compatível com o quadro clínico em questão e que seja - ou venha a ser - do seu conhecimento (portanto, a cultura médica é fundamental).

A extrema especialização dos profissionais que lidam com essas doenças tropicais parece ter como contrapartida, com raras exceções, uma inabilidade para perceber o problema holisticamente, como fazia a geração multivalente de Samuel Pessoa, Leônidas Deane e Joaquim Alencar, bem mais sensível aos determinantes sociais e ambientais das leishmanioses e de outras doenças endêmicas. E isso acontece porque a doença é também um evento cultural que depende de categorias de pensamento e constructos verbais específicos a uma geração, os quais refletem a história do campo médico e da sociedade que o engloba (Benchimol et al, 2019).

O debate transformador pode e deve incluir todos os atores envolvidos no problema, com forte participação da sociedade civil organizada e ainda a não representada pelas organizações tradicionais que cuidam do assunto, para melhorar o panorama de aceitabilidade e exequibilidade de qualquer ação que venha a ser proposta. Nesse sentido, será prioritária a valorização harmoniosa da prática da saúde pública baseada em evidências científicas que leve em consideração a participação das comunidades afetadas em um processo construtivo de horizontalização de relações, que permita progredir na construção de um sistema de saúde cada vez mais participativo, plural e efetivo (Romero, 2016), neste sentido, o conhecimento cognitivo, que sustenta a prática clínica, deve ser reforçado na graduação, colaborando com a redução dos subregistros e a ampliação da compreensão da dinâmica da doença.

Na última Diretriz Curricular Nacional dos Cursos de Medicina (2014), dentre as competências e habilidades a serem desenvolvidas durante a graduação, a atenção à saúde destaca que tal profissional deve dominar os conhecimentos científicos básicos da natureza biopsicossocioambiental e ter raciocínio crítico na interpretação dos dados, na identificação da natureza dos problemas e sua resolução, além de diagnosticar e tratar corretamente as principais doenças do ser humano em todas as fases do ciclo biológico, tendo como critérios a prevalência e o potencial mórbido das doenças, bem como a eficácia da ação médica, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Este profissional deve estar capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção.

5 CONCLUSÕES

Conclui-se que há necessidade de fomentar conteúdos que fundamentam diagnósticos clínico-epidemiológico, visto que no Brasil, diversos municípios têm dificuldades em resposta rápida para exames laboratoriais. O diagnóstico clínico somente é possível por meio de prática sanitária, investigação epidemiológica adequada, diagnóstico situacional (pois, contribui com o entendimento da endemicidade local) e conhecimento sintomatológico.



REFERÊNCIAS

ALENCAR, J. E. Leishmaniose visceral no Brasil. 1977. In: ALVES, W. Leishmaniose visceral americana: situação atual no Brasil. Boletim Epidemiológico Paulista. São Paulo, v. 6, n. 71. 2009.

COSTA, C. H. N. et al. Is the household dog a risk factor for American visceral leishmaniasis in Brazil? *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1999; 93: 464

FEITOSA, M. M. Avaliação clínica de animais naturalmente infectados. In: fórum sobre leishmaniose visceral canina. Anais eletrônicos. Jaboticabal, SP: Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias Universidade Estadual Paulista, 2006. p. 9-14. Disponível em: <http://www.cbpv.com.br/artigos/CBPV_Anais_1LVC.pdf>. Acesso em: 24 nov 2024.

FEITOSA, M. M. et al. Aspectos clínicos de cães com leishmaniose visceral no município de Araçatuba – São Paulo (Brasil). *Clínica Veterinária*. São Paulo, n. 5, p. 36-44, 2000.

FRANÇA-SILVA, J.C. et al. Importance of *Lutzomyia longipalpis* in the dynamics of transmission of canine visceral leishmaniasis in the endemic area of Porteirinha Municipality, Minas Gerais, Brazil. *Veterinary Parasitology*. Minas Gerais, v.131, n. 3-4, p.213-220, 2005.

GONTIJO, C.; MELO, M. Leishmaniose visceral no Brasil: quadro atual, desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Minas gerais, v. 7, n. 3, p. 338-349, 2004.

IKEDA, F. A. et al. Perfil hematológico de cães naturalmente infectados por *Leishmania chagasi* no município de Araçatuba – SP: Um estudo retrospectivo de 191 casos. *Clínica Veterinária*, ano 3, n. 47, p. 42-48, 2003.

LAINSON, R.; RANGEL, E. *Lutzomyia longipalpis* and the eco-epidemiology of American visceral leishmaniasis, with particular reference to Brazil – A review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro, v.100, p.811-827, 2005.

MONTEIRO, E. M. et al. Leishmaniose visceral: Estudo de flebotomíneos e infecção canina em Montes Claros, Minas Gerais. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Minas Gerais, v. 2, n. 38, p. 147-152, 2005.

NEVES, D. P. *Parasitologia Humana*. 10 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

NETA, Marcionília de Araújo Lima; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa. Diagnóstico situacional de idosos com diabetes mellitus em um município do interior do Ceará, Brasil, *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e190286, jul. 2020. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232020000100205&lng=en&nr_m=iso Acesso em 24 nov 2024

OLIVEIRA, A. G.; FALCÃO, A. L.; BRAZIL, R. P. Primeiro encontro de *Lutzomyia longipalpis* (Lutz e Neiva, 1912) na área urbana de Campo Grande, Ms, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 6, n. 34, p. 654-655, 2000.

OLIVEIRA, A. G. et al. Estudo de flebotomíneos (Díptera, Psychodidae, Phlebotominae) na zona urbana da cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*. Mato Grosso do Sul, v. 4, n. 19, p. 933 -944, 2003.

OLIVEIRA, A. L. et al. Foco emergente de leishmaniose visceral em Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Mato Grosso do Sul, v. 5, n. 39, p. 446-450, 2006.



REY, L. Parasitos e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Romero, G. A. S.. (2016). O controle de leishmaniose visceral no Brasil: transformar é preciso. *Cadernos De Saúde Pública*, 32(6), eCO010616. <https://doi.org/10.1590/0102-311XCO010616>

SILVA, E. A.; ANDREOTTI, R.; HONER, M. R. Comportamento de *Lutzomyia longipalpis*, vetor principal da leishmaniose visceral americana, em Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Mato Grosso do Sul, v. 4, n. 40, p. 420-425, 2007.

TEIXEIRA, H., DANTAS, F.. (1997). O BOM MÉDICO. *Revista Brasileira De Educação Médica*, 21(1), 39–46. Edição revisada (2020). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v21.1-007>