

Perfil de pacientes portadores de Doença de Chagas em Rio Branco, Acre, Brasil

Profile of patients chagas disease carriers in Rio Branco, Acre, Brazil

Régia Beltrão Teixeira¹, Sandra Márcia Carvalho de Oliveira²

Recebido da Universidade Federal do Acre.

RESUMO

JUSTIFICATIVA: Segundo Organização Mundial da Saúde, a doença de Chagas está entre as 17 doenças tropicais negligenciadas, atingindo cerca de 2 milhões de indivíduos somente no Brasil. O número de casos da forma aguda da doença de Chagas foi drasticamente reduzido em zonas endêmicas. No entanto, continua sendo a doença parasitária mais importante no Hemisfério Ocidental. **OBJETIVOS:** Avaliar o perfil de pacientes portadores de doença de Chagas acompanhados no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital das Clínicas de Rio Branco, Acre, de 2004 a 2011. **MÉTODOS:** Foram avaliados prontuários de pacientes portadores da Doença de Chagas acompanhados no SAE, no período de 2004 a 2011, quanto à faixa etária, ao gênero, à presença de comorbidades e ao município de procedência. **RESULTADOS:** Os casos foram estratificados conforme o gênero, sendo que 27,90% dos pacientes eram do sexo feminino e 72,09% do sexo masculino. Verificou-se que 62,79% dos casos correspondiam à pacientes com idade igual ou superior a 40 anos. Quanto à procedência, 72,09% dos casos eram de Rio Branco. Identificou-se um significativo número de casos de comorbidades, as quais atingiram 25,58% dos pacientes, sendo a prevalência de Hepatite C a comorbidade mais encontrada, com 11,62%. **CONCLUSÃO:** A Doença de Chagas apresenta relevância como diagnóstico diferencial no contexto do estado do Acre, uma vez que foram identificados casos da doença. Há uma elevada concomitância entre a doença de

Chagas e outras doenças crônicas, o que exige especial atenção dos serviços de saúde que assistem esses pacientes.

Descritores: Doença de Chagas; Registros médicos; Comorbidade; Brasil

ABSTRACT

BACKGROUND: According to World Health Organization, Chagas disease is among the 17 neglected tropical diseases, affecting about 2 million people in Brazil alone. The number of cases of acute Chagas' disease was dramatically reduced in endemic areas. However, it remains the most important parasitic disease in the Western Hemisphere. **OBJECTIVES:** To evaluate the profile of patients with Chagas disease followed at Specialized Care Service (SAE), Clinical Hospital of Rio Branco, Acre, from 2004 to 2011. **METHODS:** We evaluated the medical records of patients with Chagas disease followed at SAE, from 2004 to 2011, as to age, gender, comorbidities and the municipality of origin. **RESULTS:** The cases were stratified according to gender, with 27.90% of patients were female and 72.09% male. It was found that 62.79% of the cases corresponded to patients aged over 40 years. On the merits, 72.09% of the cases were from Rio Branco. It identified a significant number of cases of comorbidities, which reached 25.58% of patients, the prevalence of hepatitis C comorbidity most frequent, with 11.62%. **CONCLUSION:** Chagas disease has relevance as a differential diagnosis in Acre context, since cases of the disease have been identified. There is a high concordance between Chagas disease and other chronic diseases, which requires special attention from health services that assist these patients.

Keywords: Chagas disease; Medical records; Comorbidity; Brazil

INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas ou tripanossomose americana foi descoberta em 1909, pelo pesquisador brasileiro Carlos Ribeiro Justiano das Chagas (1878-1934), no município de Lassance, interior do Estado de Minas Gerais. O mesmo pesquisador descobriu que o intestino de triatomíneos abrigava o protozoário causador da doença. Como os triatomíneos possuíam hábitos hematófagos, ao picarem a pele humana, criavam uma porta de entrada para o *Trypanosoma cruzi*, o qual era eliminado com as fezes depositadas, podendo penetrar na corrente sanguínea do indivíduo⁽¹⁻³⁾.

1. Hospital das Clínicas do Acre, Rio Branco, Acre, AC, Brasil.

2. Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, AC, Brasil.

Data de submissão: 19/10/2015 – Data de aceite: 22/10/2015

Conflito de interesses: não há.

Endereço para correspondência:

Sandra Márcia Carvalho de Oliveira
Universidade Federal do Acre – Campus Universitário, BR 364, Km 4
Distrito Industrial – Centro de Ciências da Saúde e do Desporto (CCSD)
CEP: 69915-900 – Rio Branco, AC, Brasil
Tel.: 55 (68) 3901-2500 – Web site: <http://www.ufac.br>
E-mail: sandraoliveira@ufac.br

Fontes de fomento: Universidade Federal do Acre, AC, Brasil.

© Sociedade Brasileira de Clínica Médica

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Doença de Chagas está entre as dezessete doenças tropicais negligenciadas, atingindo cerca de 2 milhões de indivíduos somente no Brasil⁽⁴⁾.

Trata-se de uma doença que não está mais confinada à América do Sul devido à imigração internacional. Na verdade, a Doença de Chagas tem sido persistentemente identificada em países não endêmicos como Estados Unidos, Espanha, Canadá e Austrália⁽⁵⁾. Como resultado, o ônus econômico global da doença é impressionante, atingindo a cifra de US 8 bilhões por ano⁽⁶⁾.

A América Latina fez progressos substanciais para o controle da Doença de Chagas⁽⁷⁾. A prevalência global estimada de infecção pelo *T. cruzi* caiu de 18 milhões em 1991, quando a primeira iniciativa controle regional começou, para 5,7 milhões em 2010⁽⁷⁻⁹⁾.

As formas habituais de transmissão da Doença de Chagas para o homem são: a vetorial, a transfusional, a transplacentária (congenita) e, mais recentemente, a transmissão pela via oral, pela ingestão de alimentos contaminados pelo *T. cruzi*. Mecanismos de transmissão menos comuns envolvem acidentes de laboratório, manejo de animais infectados, transplante de órgãos sólidos e leite materno⁽¹⁰⁾.

A transmissão transfusional da Doença de Chagas é a segunda via mais importante de propagação da doença nos centros urbanos, sendo considerada a principal forma de transmissão em países não endêmicos e em países latino-americanos que estejam em processo de erradicação do vetor⁽¹⁰⁾.

A infecção chagásica teve grande expansão entre os doadores de sangue latino-americanos a partir dos anos 50. Na década de 70 estimava-se uma incidência de 100.000 casos novos de Doença de Chagas ao ano no Brasil, sendo que 20.000 correspondiam à transmissão transfusional⁽¹¹⁾.

O Brasil, que nos anos 80 apresentava prevalência média de 7,03% em candidatos à doação de sangue, teve esse coeficiente diminuído para 3,18%, na década de 90, e atualmente para 0,6%, na hemorrede pública, e de 0,7%, na rede privada. Esses índices refletem a efetividade dos programas de combate ao vetor e maior controle do sangue e hemoderivados, através de uma rigorosa triagem clínica e da doação voluntária de sangue. Também a atuação mais efetiva da vigilância sanitária sobre os serviços de hemoterapia públicos e privados tem contribuído para o aumento da segurança transfusional e, conseqüentemente, para eliminação da transmissão sanguínea dessa doença⁽¹¹⁾.

Com redução significativa do vetor e da transmissão por via sanguínea, o número de casos de forma aguda da Doença de Chagas foi drasticamente reduzido em zonas mais endêmicas⁽¹²⁾. Entretanto, em áreas com grande infestação silvestre, como a Bacia Amazônica, onde a eliminação dos vetores é impossível, novos métodos precisam ser implantadas para prevenir os vetores e a transmissão oral⁽¹³⁾.

A Doença de Chagas continua sendo a doença parasitária mais importante no Hemisfério Ocidental, com uma carga de doença estimada, medida pelos anos de vida ajustados por incapacidade, que é 7,5, um valor tão elevado quanto o da malária⁽¹⁴⁾.

Clinicamente a Doença de Chagas apresenta duas fases bastante distintas: fase aguda e fase crônica. A principal caracte-

rística da fase aguda é parasitemia microscopicamente detectável. Os sintomas são geralmente inespecíficos e incluem febre, mal-estar, hepatoesplenomegalia, linfocitose atípica e, em raros casos, um nódulo cutâneo (chagoma) ou prolongado edema palpebral indolor (sinal de Romana). A grande maioria das infecções agudas não é detectada⁽¹⁵⁾.

Após o término da fase aguda inicia-se a fase crônica. Esta fase é subdividida em crônica assintomática (forma indeterminada ou latente) e crônica sintomática. A forma indeterminada ou latente caracteriza-se por achados clínicos e laboratoriais como: inexistência de manifestações clínicas significantes; eletrocardiograma sem significativas alterações ou coração, esôfago e cólon radiologicamente normal e sorologia reagente, normalmente, diagnosticado em bancos de sangue. Aliás, a forma indeterminada ou latente é a mais frequente forma clínica da tripanossomíase identificada na população das áreas endêmicas e entre doadores de sangue. Trinta por cento dos pacientes chagásicos que apresentam a forma indeterminada irão manifestar alguma das formas crônicas da tripanossomíase após um período de 10 a 20 anos^(16,17).

Certa parcela dos chagásicos evolui para a fase crônica sintomática após permanecerem assintomáticos por vários anos. Estima-se que 20 a 30% das pessoas infectadas têm a progressão ao longo de anos ou décadas a cardiomiopatia de Chagas crônica. Além disso, esses pacientes podem evoluir com megacólon e megacólon, o que ocorre em 10% dos casos⁽¹⁸⁾.

A gravidade dos casos está relacionada à cepa infectante, à via de transmissão e à existência de outras patologias concomitantes⁽¹⁹⁾.

Por ser uma doença parasitária negligenciada, de grande impacto na morbidade da população e por gerar grande ônus social e econômico, o presente estudo tem por objetivo avaliar o perfil de pacientes portadores de Doença de Chagas que realizaram acompanhamento ambulatorial no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) do Hospital das Clínicas (HC) de Rio Branco – Acre de 2004 a 2011.

MÉTODOS

O estudo foi realizado no Serviço de Assistência Especializada (SAE) do Hospital das Clínicas de Rio Branco – Acre, local onde é feito o acompanhamento ambulatorial de pacientes com doenças infecto-parasitárias, tal como Doença de Chagas.

A população alvo foi os pacientes com diagnóstico sorológico de Doença de Chagas que foram atendidos no serviço supracitado entre os anos de 2004 a 2011.

Foram excluídos do estudo todos os casos em que o paciente não tinha diagnóstico sorológico para Doença de Chagas ou àqueles cujos prontuários constavam dados incompletos ou inconsistentes.

O acesso às informações contidas nos prontuários foi possível mediante autorização do responsável pelo SAE. Após esta etapa, iniciou-se o trabalho de campo, através da pesquisa no banco de dados da instituição. Nos registros constavam informações referentes à idade, ao sexo, ao município de procedência, à presença ou ausência de complicações ocasionada pela

Doença de Chagas, bem como à qual tipo de complicação o paciente possuía.

As informações obtidas dos prontuários foram armazenadas em um banco de dados e analisadas utilizando-se o programa *Microsoft Excel for Windows*, versão 2007.

Trata-se, portanto, de um estudo do tipo transversal, retrospectivo, quantitativo e de base institucional.

Em nenhum momento os pesquisadores tiveram contato direto com os pacientes portadores da Doença de Chagas. Os nomes dos mesmos foram mantidos em sigilo. Além disso, este trabalho não acarretou dano, de qualquer natureza, à população estudada.

Foram observadas e obedecidas as diretrizes e normas preconizadas pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, e o estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFAC, com protocolo número 23107.009169/2010-12.

RESULTADOS

Durante a coleta de dados foi possível identificar um total de quarenta e três pacientes com diagnóstico de Doença de Chagas, cujas informações estavam disponibilizadas no banco de dados do SAE, provenientes de consultas ambulatoriais que foram realizadas no período entre 2004 e 2011.

Os casos identificados foram estratificados conforme o gênero, sendo que 27,90% (12) dos pacientes eram do sexo feminino e 72,09% (31) do sexo masculino.

Quanto à faixa etária, foi possível verificar que 62,79% (27) dos casos encontrados correspondiam a pacientes com idade igual ou superior a 40 anos. Destes, 51,85% (14) correspondiam a indivíduos entre 40-59 anos, 25,92% (7) à faixa etária entre 50-59 anos e 22,22% (6) a pacientes com 60 anos ou mais (Tabela 1).

Quanto à procedência, verificou-se que o maior número de casos foi proveniente da capital Rio Branco, com 72,09% (31). Além disso, constatou-se que 2,32% (1) dos casos eram provenientes do município de Bujari, 6,97% (3) de Cruzeiro do Sul, 4,65% (2) de Plácido de Castro, 9,30% (4) de Porto Acre e 2,32% (1) de Senador Guiomard. Verificou-se também que

Tabela 1. Distribuição de casos de Doença de Chagas conforme o sexo e faixa etária em pacientes acompanhados pelo SAE no período de 2004 a 2011

Faixa etária	Distribuição de casos de doença de chagas	
	Sexo feminino n (%)	Sexo masculino n (%)
21-29	2 (4,65%)	4 (9,30%)
30-39	4 (9,30%)	6 (13,95%)
40-49	3 (6,97%)	11 (25,58%)
50-59	1 (2,32%)	6 (13,95%)
≥60	2 (4,65%)	4 (9,30%)
Total	12 (27,90%)	31 (72,09%)

2,32% (1) dos casos eram provenientes do estado de Rondônia, especificamente do distrito de Extrema (Figura 1).

Foi, ainda, identificado um significativo número de casos de comorbidades, as quais atingiram 25,58% (11) dos pacientes estudados. A presença concomitante de Hepatite B e C, bem como a presença isolada de Leishmaniose tegumentar americana foram encontradas em 4,56% dos pacientes. Hanseníase e Hepatite B foram observadas isoladamente em 2,32% dos casos. A prevalência isolada de Hepatite C, entretanto, foi a comorbidade mais encontrada, com uma prevalência de 11,62% (Figura 2).

Verificou-se a ocorrência de apenas dois casos de insuficiência cardíaca, o que corresponde a uma prevalência de 4,65% desta complicação na população estudada.

Não foram encontrados registros de óbitos entre os pacientes desse estudo.

DISCUSSÃO

A identificação de uma maior predominância de casos em pacientes do sexo masculino (72,09%) se deve, provavelmente, à característica já descrita em estudo prévio, de maior exposição e contato com o meio ambiente por parte deste gênero, especialmente devido à atividade ocupacional que lhe exigem adentrar e estabelecer moradia em regiões que são habitat natural dos vetores da Doença de Chagas⁽²⁰⁾. No entanto, tal resultado diverge do estudo realizado por Pereira-Borges et al, que verificou prevalência de 53,6% para o sexo feminino e 46,34% para o sexo masculino, indicando que o acontecimento da Doença de Chagas seria estatisticamente semelhante quanto aos gêneros masculino e feminino⁽²¹⁾.

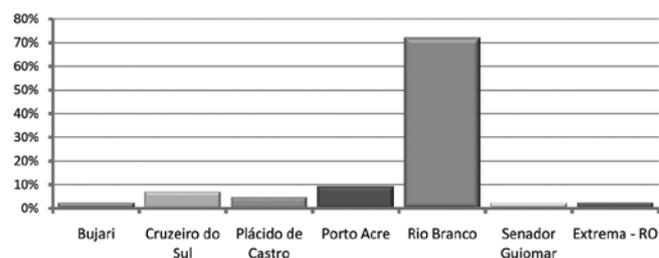


Figura 1. Número de casos de doenças de Chagas de acordo com o município de procedência dos pacientes acompanhados no SAE no período de 2004 a 2011.

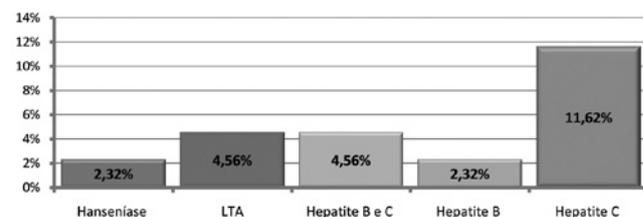


Figura 2. Comorbidades encontradas em pacientes portadores de Doença de Chagas acompanhados no SAE no período de 2004 a 2011.

A maior prevalência de casos proveniente de Rio Branco é, certamente, devido à maior densidade populacional encontrada na capital de um estado, bem como a maior facilidade de acesso a serviços de saúde da população que aí habita, permitindo, assim, um maior número de casos diagnosticados⁽³⁾.

Dentre os casos diagnosticados de Doença de Chagas, foi observada a presença de comorbidades como hepatites B e C, Leishmaniose tegumentar americana e hanseníase em 23,25% dos pacientes. Esta significativa prevalência ocorre, provavelmente, devido à endemia de tais patologias na região norte do país, principalmente, quanto aos casos de hepatites, que sozinhas atingiram uma prevalência de 18,45% neste estudo^(3,22).

Observou-se, portanto, que houve uma maior prevalência de comorbidades, superando a prevalência de complicações causadas pela própria Doença de Chagas, as quais atingiram 4,65% e se manifestaram apenas na forma cardíaca.

O encontro da forma cardíaca em pacientes desse estudo concorda com outras literaturas, as quais descrevem tal manifestação como a mais frequente da forma crônica da Doença de Chagas^(3,23).

CONCLUSÃO

O perfil geral da população estudada é de pacientes do sexo masculino, como faixa etária, em média, superior a 40 anos, que residem em Rio Branco.

Há elevada concomitância entre a Doença de Chagas e outras doenças crônicas, especialmente Hepatite, o que exige especial atenção dos serviços de saúde que assistem esses pacientes.

Assim, a Doença de Chagas apresenta relevância como diagnóstico diferencial no contexto do estado do Acre, uma vez que foram identificados casos da doença. Cabe às equipes de saúde trabalhar em medidas de vigilância epidemiológica a fim de impedir o avanço da referida doença que se faz presente na amazônia.

REFERÊNCIAS

- Chagas JR. Nova tripanosomíase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n. gen. n. esp., agente da nova entidade mórbida do homem. Mem Inst Oswaldo Cruz. 1909;1:159-218.
- Pinto AYN, Valente SA, Valente VC, Ferreira-Junior AG, Coura JR. Fase aguda da Doença de Chagas na Amazônia brasileira. Estudo de 233 casos do Pará, Amapá e Maranhão observados entre 1988 e 2005. Rev Soc Bras Med Trop. 2008;41(6):602-14.
- Barros MN, Júnior WO. Doença de Chagas. In: Mello HR, Brito CA, Miranda Filho DB. Condutas em Doença Infecciosas. São Paulo: MEDSI; 2004. p. 594-605.
- World Health Organization. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases: first WHO report on neglected tropical diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. [cited 2015 Jan 21]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44440/1/9789241564090_eng.pdf
- Chagas disease (American trypanosomiasis): fact sheet (revised in August 2012). Wkly Epidemiol Rec. 2012; 87(51/52):519-22.
- Lee BY, Bacon KM, Bottazzi ME, Hotez PJ. Global economic burden of Chagas disease: a computational simulation model. Lancet Infect Dis. 2013;13(4):342.
- Rassi A Jr, Rassi A, Marcondes de Rezende J. American trypanosomiasis (Chagas disease). Infect Dis Clin North Am. 2012;26(2):275-91.
- Rassi A Jr, Rassi A, Marin-Neto J. A. Chagas disease. Lancet. 2010;375(9723):1388 - 402.
- Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. Wkly Epidemiol Rec. 2015;90(6):33-43.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Caderno 10). [citado 2015 Set 27]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf
- Dias JC, Schofield CJ. Controle da transmissão transfusional da Doença de Chagas na Iniciativa do Cone Sul. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 1998 [citado 2012 Maio 20];31(4):373-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v31n4/0572.pdf>
- Silveira AC. Os novos desafios e perspectivas futuras do controle. Rev Soc Bras Med Trop. 2011; 44(1):122-4.
- Dias JC. Elimination of Chagas disease transmission: perspectives. Mem Inst Oswaldo Cruz 2009; 104: Suppl 1: 41-5.
- World Health Organization. Global burden of disease estimates for 2000–2012. Geneva: WHO; 2014. [Cited 2015 Set 27]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/inde x2.html
- Bern C, Martin DL, Gilman RH. Acute and congenital Chagas disease. Adv Parasitol 2011;75:19-47.
- Barbosa LG. Doença de Chagas. Rev Logos. 2009;1:20-36.
- Meyer, IF, Kaneshima EM, Souza-Kaneshima AM. Alterações no sistema digestivo desencadeadas pelo quadro infeccioso do *trypanosoma cruzi*. Iniciação Científica Cesumar [Internet]. 2006 [citado 2015 Set 27];8(1):11-23. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/icesumar/article/view/119>
- Silva MM. Análise do desempenho de testes imunodiagnósticos para Doença de Chagas e sua correlação com dados epidemiológicos para definição do perfil sorológico de doadores de sangue [tese]. Uberaba-MG: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2011.
- Mady C, Cardoso RH, Barretto AC, Luz PL, Bellotti G, Pileggi F. Survival and predictors of survival in patients with congestive heart failure due to Chagas cardiomyopathy. Circulation. 1994; 90(6):3098-102. Comment in: Circulation. 1996;93(2):394.
- Lana M, Tafuri WL. *Trypanosoma cruzi* e Doença de Chagas. In: Neves DP. Parasitologia Humana. 11ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 85-108.
- Borges-Pereira J, Castro JÁ, Campos JH, Nogueira JS, Zauza PL, Marques P, et al. Estudo da infecção e morbidade da Doença de Chagas no município de João Costa: Parque Nacional Serra da Capivara, Piauí, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2002;35(4): 315-22.
- Acre. Portal do Governo do Acre. O Estado. [citado 2015 Set 27]. Disponível em: <http://www.ac.gov.br/wps/portal/acre/Acre/estado-acre>
- Rassi Júnior A, Rassi SG, Rassi A. Morte súbita na Doença de Chagas. Arq Bras Cardiol. 2001;76(1):75-96.