

DOENÇA DE CHAGAS: ABORDAGEM DE ENFERMAGEM E ASPECTOS SOCIAIS

CHAGAS DISEASE: NURSING APPROACH AND SOCIAL ASPECTS

AIDÊ LAURA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Acadêmica do 9º período do Curso de Enfermagem da Faculdade Presidente
Antônio Carlos de Teófilo Otoni/MG, Brasil.

E-mail: aidelaura77@gmail.com

ELANE LEMES CARDOSO DE JESUS

Acadêmica do 9º período do Curso de Enfermagem da Faculdade Presidente
Antônio Carlos de Teófilo Otoni/MG, Brasil.

E-mail: elanemmj@gmail.com

PATRÍCIA CHRISTIE DE JESUS OLIVEIRA

Acadêmica do 9º período do Curso de Enfermagem da Faculdade Presidente
Antônio Carlos de Teófilo Otoni/MG, Brasil.

E-mail: patychristie30@gmail.com

SORAIA SOARES GOMES

Acadêmica do 8º período do Curso de Enfermagem da Faculdade Presidente
Antônio Carlos de Teófilo Otoni/MG, Brasil.

E-mail: soraiaambroziogomes@hotmail.com

ALINY GONÇALVES BATISTA

Mestre em ciências biológicas – Imunopatologia de doenças infecciosas e
parasitárias. Especialista em Gestão de saúde pública e Epidemiologia,
Especialista em gestão Microrregional em Saúde. Docente no curso de
Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos UNIPAC Teófilo
Otoni/MG, Brasil.

Recebido: 10/05/2022 Aceito: 20/05/2022

Resumo

A doença de chagas tem predominância em países da América Latina, sendo o Brasil um dos países com maior número de infectados. Possui o mosquito barbeiro como seu vetor, mas também pode ser transmitida de outras formas como a forma oral e por transmissão de sangue. Muitos pacientes são assintomáticos, todavia pode apresentar sintomas tanto na fase aguda quanto na fase crônica. Na última fase os sintomas são mais graves e envolvem problemas digestivos, cardiológicos e cardiodigestivos, podendo levar a morte. Atualmente, em razão da vigilância epidemiológica da doença o número de infectados é menor, contudo ainda trata-se de um problema de saúde pública e merece atenção, pois está intimamente ligado a fatores sociais e econômicos, uma vez que atinge a população mais carente de serviços públicos. Nesse aspecto, destaca-se o papel do enfermeiro que é o profissional que passará os cuidados para os chagásticos, bem como medidas de prevenção, a fim de contribuir para um tratamento mais humanizado. Dada a importância do presente tema, foram observados alguns aspectos como o conceito da doença de chagas e seu breve histórico, suas formas, vigilância sanitária, aspectos sociais e ao final os cuidados de enfermagem. Para tanto foi feita uma pesquisa bibliográfica em sites e livros governamentais, bem como artigos científicos.

Palavras- chaves: doença de chagas; cuidados de enfermagem; aspectos sociais; vigilância epidemiológica.

Abstract

Chagas disease is predominant in Latin American countries, with Brazil being one of the countries with the highest number of infected. It has the barber mosquito as its vector, but it can also be transmitted in other ways, such as oral and blood transmission. Many patients are asymptomatic, but they can present symptoms in both the acute and chronic phases. In the last phase, symptoms are more severe and involve digestive, cardiological and cardiodigestive problems, which can lead to death. Currently, due to the epidemiological surveillance of the disease, the number of infected is lower, however it is still a public health problem and deserves attention, as it is closely linked to social and economic factors, since it affects the population most in need of public services. In this aspect, the role of the nurse is highlighted, who is the professional who will provide care to patients with Chagas disease, as well as preventive measures, in order to contribute to a more humanized treatment. Given the importance of this topic, some aspects were observed, such as the concept of Chagas disease and its brief history, its forms, health surveillance, social aspects and, at the end, nursing care. For this, a bibliographic research was carried out on government websites and books, as well as scientific articles.

Keywords: chagas disease; nursing care; social aspects; epidemiological surveillance.

1 INTRODUÇÃO

Em 1909 o médico e pesquisador Carlos Chagas, que estudava a respeito do

sangue, coletando sangue de animais, pessoas e crianças descobriu a doença, atualmente chamada “Doença de Chagas”. O médico percebeu que o protozoário que encontrara em outros animais (barbeiro), foi o mesmo que encontrou em uma paciente, uma criança chamada Berenice, de dois anos de idade na época.

O mosquito popularmente conhecido como “barbeiro”, é o vetor da doença e o agente etiológico é o protozoário *trypanosoma cruzi*. Existem dois tipos de hospedeiros, o vertebrado que são os mamíferos (seres humanos, tatu e preguiça, mas podem haver outros) e os invertebrados, no caso o inseto, o mosquito barbeiro.

A doença de Chagas é predominante na América Latina e, no Brasil, aproximadamente 8 milhões de pessoas foram infectadas, podendo ou não ter desenvolvido sintomas. A maioria dessas pessoas, vale ressaltar, são pessoas carentes e baixa-renda, uma vez que a doença se disseminou a princípio no meio rural, em casas que facilitavam a entrada do mosquito e as pessoas tinham pouca educação em saúde.

Em relação ao inseto vetor da doença, existem três tipos principais: *triatoma*, *panstrongylus* e *rhodnius*. O inseto pica a vítima no rosto, principalmente durante o repouso noturno, pois é atraído pelo CO₂ (por esse motivo chama-se barbeiro) e assim, defeca dentro do buraco da picada, passando a doença para o hospedeiro. Ademais, a transmissão da doença se dá, para além das fezes, pela transmissão sanguínea, oral (amamentação, açaí ou caldo de cana), congênita e transplantes.

Quando a pessoa adquire a doença de Chagas ela passa pela fase aguda (alto número de protozoários no sangue) e após um período de doze meses, ela pode passar para a fase crônica (baixo número de protozoários no sangue), ficando assim por toda vida. A doença não tem cura.

São sintomas da doença edema no olho, chagoma no local da picada e febre baixa de forma contínua. Todavia, para maioria das pessoas a doença é assintomática tanto na fase aguda quanto na crônica, podendo ainda desenvolver sintomas anos depois. No caso de pessoas que desenvolvem sintomas na fase crônica, podem desenvolver problemas cardíacos, digestivos, cardio-digestivos ou que levam a morte.

Uma vez que a doença de Chagas possui grande incidência na população brasileira, trata-se de um problema social que deve ser discutido, pois o

conhecimento é a maior arma para combater qualquer doença. Logo, o presente artigo acadêmico tem como principal objetivo trazer dados epidemiológicos da doença, vigilância epidemiológica, formas de tratamento da patologia, bem como a abordagem de enfermagem perante a doença.

Dessa forma, será possível combater ou pelo menos minimizar os estragos causados pela doença de Chagas, ressaltando-se o papel do enfermeiro, que poderá informar a população necessitada, além de ministrar o tratamento adequado, promovendo assim, melhoria de vida e saúde para os mais necessitados.

2 REVISÃO DE BIBLIOGRÁFICA

2.1 Doença de Chagas

A doença de Chagas foi descoberta por um médico brasileiro, Carlos Chagas, em 1909, e é uma infecção causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*. O protozoário é transmitido aos seres humanos por triatomíneos, principalmente o *Triatoma infestans* (CORRÊA, 2010).

A principal forma de transmissão no país se deu de forma vetorial, ocasionada por meio das fezes ou urina do inseto popularmente conhecido como “barbeiro”. Existem também outras formas de transmissão como a oral, congênita, por transmissão de sangue em laboratório, por transplante de órgãos e outras formas acidentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2020) a forma de transmissão vetorial se dá com o “contato com fezes de triatomíneos infectados após o repasto/alimentação sanguínea. A ingestão de sangue no momento do repasto sanguíneo estimula a defecação e, dessa forma, o contato com as fezes”; A transmissão oral por meio da “ingestão de alimentos contaminados com parasitos provenientes de triatomíneos infectados ou suas excretas”; a transmissão vertical “ocorre pela passagem de parasitos de mulheres infectadas por *T. cruzi* para seus bebês durante a gravidez ou o parto”; a transmissão por transfusão de sangue ou transplante de órgãos por meio de doadores infectados a receptores sadios; já a transmissão acidental é “pelo contato da pele ferida ou de mucosas com material

contaminado durante manipulação em laboratório ou na manipulação de caça” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Em relação ao período de incubação da doença, isto é, o tempo que os sintomas começam a aparecer ocorrem da seguinte forma:

Transmissão vetorial – de 4 a 15 dias; transmissão transfusional/transplante – de 30 a 40 dias ou mais; transmissão oral – de 3 a 22 dias; transmissão acidental – até, aproximadamente, 20 dias; transmissão vertical – tempo indeterminado, a transmissão pode ocorrer em qualquer período da gestação ou durante o parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

De acordo com os dados pesquisados, há no mundo 12 milhões de infectados e, no Brasil, estima-se que cerca de 2,5 milhões de pessoas estejam infectadas, com a incidência de 200 casos novos por ano, a maioria na Amazônia (SOUZA, 2019). É considerada a principal endemia parasitária da América Latina e por essa razão, é uma das 18 doenças tropicais negligenciadas atualmente e o Brasil é um dos países que teve maior número de de infecções pela doença, juntamente com o México e Argentina (NASCIMENTO, 2021).

Embora nos dias atuais a DC esteja mais controlada devido aos programas de vigilância sanitária, ela ainda merece atenção visto que há prevalência de mortalidade entre populações pobres e de origem rural. Em 2006, o Brasil foi certificado pela OPAS quanto à eliminação de seu principal vetor e pelo controle dos bancos de sangue, o que abaixou os índices de transmissão nos últimos anos. Assim, o que resta para os dias de hoje são um número remanescente de pessoas infectadas no passado. O enfrentamento da DC hodiernamente envolve principalmente a vigilância epidemiológica frente à possível transmissão oral e à atenção médica continuada para os já infectados (SOUZA, 2019).

Na figura abaixo, observa-se o ciclo de transmissão vetorial da doença de Chagas:

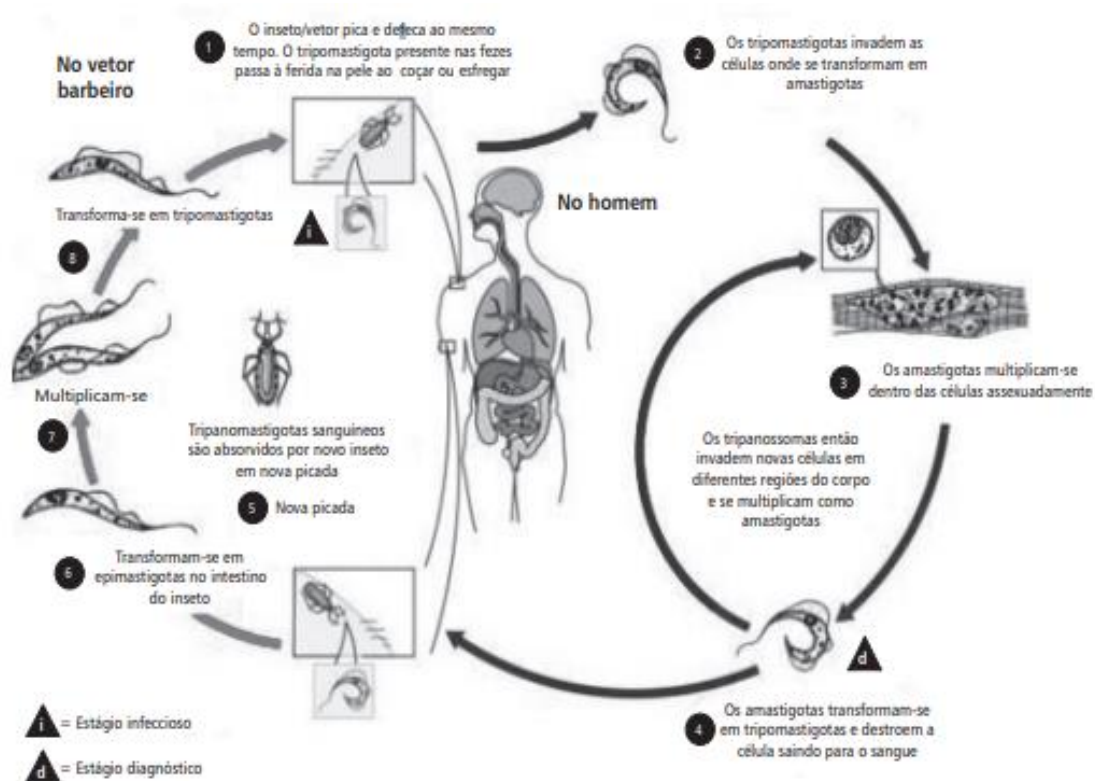


Figura 1- Ciclo de transmissão vetorial da doença de Chagas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

2.2 Manifestações clínicas: fase aguda e fase crônica

A doença de Chagas possui duas fases, que são a aguda e a crônica. Na fase aguda, que é a inicial, ocorre após um período de aproximadamente 7 dias de incubação nas vias vetorial e oral (SOUZA, 2019).

Os principais sintomas que podem ocorrer são febre elevada, prostração, diarreia, vômitos, exatema cutâneo de localização variável, dentre outros sintomas. Além disso, “a picada de um triatomíneo pode causar reações alérgicas locais ou sistêmicas, sem que isso signifique necessariamente infecção por *T. Cruzii*” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). A fase aguda é mais grave em crianças e pode levar a óbito em até 10% dos casos (SOUZA, 2019).

Passada a fase aguda, caso a pessoa não receba tratamento, pode-se desenvolver a fase crônica, inicialmente sem sintomas e, mais tarde, o paciente pode apresentar complicações como problemas cardíacos e problemas digestivos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chagas 2018:

Na fase crônica, há anticorpos circulantes e a parasitemia não é mais detectável por microscopia direta. A fase crônica da doença de Chagas inclui a forma indeterminada (sem acometimento clínico ou sintomas) e as formas determinadas, com expressão cardíaca, digestiva, ou cardiodigestivas, além de outras menos comuns, como a neurológica. Ao longo da vida, estima-se que de 10 a 30% dos pacientes evoluem para a forma sintomática. Essas formas estão associadas à importante morbimortalidade e diminuição na qualidade de vida (CONITEC, 2018).

Tendo em vista a prevalência de casos da doença de chagas no Brasil, é preciso abordar acerca da vigilância epidemiológica da doença.

2.3 Diagnóstico

Conforme dispõe o Ministério da Saúde (2020) o diagnóstico da DC é diferente para cada fase. Na fase aguda ele acontece com o surgimento de sinais e sintomas sugestivos da patologia e na presença de fatores epidemiológicos compatíveis, como a ocorrência de surtos. Na fase crônica, o diagnóstico é baseado nos achados clínicos e histórico epidemiológico. Em contrapartida, como parte dos casos não apresenta sintomas, devem ser considerados os seguintes contextos de risco e vulnerabilidade:

Ter residido, ou residir, em área com relato de presença de vetor transmissor (barbeiro) da doença de Chagas ou ainda com reservatórios animais (silvestres ou domésticos) com registro de infecção por *T. cruzi*; Ter residido ou residir em habitação onde possa ter ocorrido o convívio com vetor transmissor (principalmente casas de estuque, taipa, sapê, pau-a-pique, madeira, entre outros modos de construção que permitam a colonização por triatomíneos); Residir ou ser procedente de área com registro de transmissão ativa de *T. cruzi* ou com histórico epidemiológico sugestivo da ocorrência da transmissão da doença no passado; Ter realizado transfusão de sangue ou hemocomponentes antes de 1992; Ter familiares ou pessoas do convívio habitual ou rede social que tenham diagnóstico de doença de Chagas, em especial mãe e irmão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Tendo em vista os argumentos trazidos pelo Ministério da Saúde, observa-se que ainda nos dias de hoje muitas pessoas não possuem o diagnóstico da doença, sendo necessário uma série de fatores para confirmar sua ocorrência. Outro ponto que merece destaque é que questões sociais, ambientais e econômicas possuem relevância para tanto.

2.4 Questões sociais, ambientais e econômicas

Como abordado, a incidência da doença de chagas está intimamente ligada à questões sociais, ambientais e econômicas. Assim, vale dizer que o vetor da doença vive em ambientes rurais, em casa de pau a pique e de origem mais humilde, o que tem relação direta com a pobreza e falta de investimentos na área da saúde. De acordo com Vianna Martins (1968) a principal causa da DC possui natureza social, pois tem relação com a “moradia primitiva consequente à miserável situação econômica do homem do campo” e que o problema que só será resolvido definitivamente “por meio de uma reformulação adequada da estrutura rural obsoleta, ainda prevalente no Brasil e em outras regiões da América Latina” (MARTINS, 1968).

No que tange à questão ambiental, com a evolução humana e a migração do homem para cidade, o foco da doença passou a ser não só no campo, mas também se disseminou de outras formas no meio urbano. Em um primeiro momento o fenômeno da migração foi positivo, tendo em vista que a contaminação diminuiu e também possibilitou ao infectado maior acesso a cuidados médicos. Em contrapartida, a doença limita o infectado a trabalho braçal e diminui o desempenho e rendimento do paciente (DIAS, 2007).

Sob a perspectiva econômica, tem-se que a pobreza é sem dúvidas uma causa de contaminação da doença. Assim, é preciso fortalecer o âmbito de políticas públicas por meio da educação em saúde, associada a práticas de educação comunitária e atendimento humanizado da população mais carente, bem como continuar os investimentos em vigilância sanitária que mostraram-se eficazes até os dias atuais (DIAS, 2007).

2.5 Vigilância epidemiológica

A lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 dispõe acerca da vigilância epidemiológica que é “um conjunto de ações que visa o conhecimento, o controle e prevenção de fatores que podem interferir nas condições de saúde de uma população ou do indivíduo, com o objetivo de favorecer ações de controle de problemas de saúde e sua de sua promoção” (BRASIL, 1990).

Sabe-se que a doença de Chagas surgiu em meados do século XX e se disseminou nas áreas rurais do continente Americano, onde a moradia das pessoas era de pau a pique ou em situações extremas, e a entrada de mosquitos era comum e fácil, bem como não havia políticas de educação sanitária e educação ambiental. Com o passar dos anos, a doença foi se disseminando também no âmbito urbano, dando início a um novo contexto epidemiológico. É notório que questões sociais, degradação ambiental e migrações humanas não controladas influenciam para disseminação da doença (SOUZA, 2019).

Nesse sentido, o Guia de Vigilância em Saúde (2019) ressalta os objetivos da vigilância sanitária, a saber:

Proceder à investigação epidemiológica oportuna de todos os casos agudos, visando identificar a forma de transmissão e, conseqüentemente, adotar medidas adequadas de controle e prevenção; monitorar a infecção por *T. cruzi* na população humana, com programas de rastreamento na atenção primária, inquéritos sorológicos periódicos e estatísticas das testagens de bancos de sangue; monitorar o perfil de morbimortalidade; manter eliminada a transmissão vetorial por *T. infestans* e sob controle as outras espécies importantes na transmissão humana da doença; incorporar ações de vigilância sanitária, ambiental, de vetores e reservatórios de forma integrada com as ações de vigilância epidemiológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Ademais, a vigilância epidemiológica inserida no contexto da DC está centrada em dois tipos de vigilância: a passiva e a ativa. A primeira é efetuada por meio da notificação pela população da presença de triatomíneos nos domicílios. É o método mais sensível de monitoramento da infestação domiciliar, principalmente quando a densidade do vetor é considerada baixa. A segunda, consiste na busca da presença de vetores da doença de chagas ou vestígios através de pesquisas programadas das

unidades domiciliares de uma localidade pelas equipes municipais (SOUZA, 2019).

2.6 Aspectos epidemiológicos

De acordo com os dados de incidência da DC mais recentes viabilizados pelo Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde (2021) “em 2020, foram confirmados 146 casos de DCA no Brasil, com uma letalidade de 2% (3/146), sendo que todos os óbitos ocorreram no estado do Pará. A região Norte apresentou a maior taxa de incidência da doença” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Sobre esses casos, 63% era do sexo masculino e cerca de 37% do sexo feminino, sendo que 6% das mulheres estavam grávidas. A respeito da raça, 85% dos infectados declaram-se como da cor parda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Vale ressaltar ainda que houve uma redução de 47% na notificação de casos suspeitos de fase aguda e 63% de casos confirmados por DC em 2020 em relação a 2019, em números, de 387 casos confirmados para 146 casos confirmados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

2.7 Tratamento e cuidados de enfermagem

Como visto, a doença de chagas não tem cura. Sendo assim, o infectado necessitará de cuidados e tratamentos ao longo da vida. A seguir, alguns cuidados de enfermagem no trato de chagásticos:

- Cuidados educativos: os profissionais de enfermagem devem prestar orientação de caráter preventivo especialmente aos moradores de zona rural e a famílias carentes, como: evitar montes de lenhas, telhas ou entulhos no interior e arredores da casa; retirar ninhos de pássaros das beiras das casas; orientar quanto às condições de higiene; afastar os animais das casas; fazer limpeza das camas com frequência; lavar e cozinhar bem os alimentos; lavar sempre as mãos antes com frequência e antes do preparo de alimentos. Tais hábitos por si só já ajudarão a evitar a doença de Chagas, mas também várias outras transmitidas por protozoários e bactérias (CARVALHO, et al. 2017);

- Cuidados na fase aguda: serão prestados inicialmente, a fim de informar o

paciente infectados questões relacionadas a higiene oral, reeducação alimentar, bem como incentivo ao tratamento psicológico (CARVALHO, et al. 2017);

- Cuidados na fase crônica: o profissional de enfermagem deve observar a aceitação de alimentos pelo paciente, queixas de dores, intensidade, tipo, localização e frequência da dor, sintomas de náuseas e vômitos, verificar sinais vitais, além de fazer anotações sobre sintomas e dificuldades do paciente. O enfermeiro deve encorajar os pacientes que tiverem sintomas relacionados ao trato digestivo a fazer refeições pequenas e frequentes, comendo lentamente. Deve verificar a dificuldade de deglutição e também poderá sugerir métodos não-farmacológicos para aliviar a dor como: exercícios de relaxamento, massagens em geral e período de repouso (CARVALHO, et al. 2017).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo abordou a Doença de Chagas, sua relação com os aspectos sociais e os cuidados de enfermagem. Como visto, trata-se de uma enfermidade que não tem cura e mesmo um século após sua descoberta ainda não foi extinta por completo, o que denota a importância do seu estudo ainda nos dias de hoje. Desta forma, a sua prevenção e tratamento, principalmente no âmbito da saúde deve ser colocada em voga, para contribuir com a melhoria de vida dos pacientes infectados.

Assim, fica evidente a relação da doença de chagas e os profissionais de enfermagem, uma vez que eles irão contribuir durante todo processo de tratamento com o chagástico, inclusive nos cuidados de prevenção da doença, orientação, dúvidas, a fim de promover um tratamento humanizado para tanto.

Além disso, observou-se que a doença de chagas atinge principalmente a população mais pobre e que as entidades governamentais tratam o assunto de maneira segregacionista, pois não dão a atenção necessária para sua contenção. Sabe-se que existem, no Brasil, a vigilância epidemiológica da doença, todavia ainda hoje existem pessoas que se infectam.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico. Doença de Chagas. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim_especial_chagas_14abr21_b.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Chagas. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-chagas>. Acesso em 20 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de vigilância em saúde. 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_4ed.pdf. Acesso em 20 de abril de 2022.

CARVALHO, Cesar Junior Aparecido de et al. Doença de chagas e sua relação com a enfermagem. 2017. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/1966/1/epcc--79933.pdf>. Acesso em 21 de abril de 2022.

DIAS, João Carlos Pinto. Globalização, iniquidade e doença de chagas. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ftv38v6jcYkbjKvPLJdHXKM/?lang=pt>. Acesso em 21 de abril de 2022.

CORRÊA, Valeria Rita. Avaliação e epidemiologia da cardiopatia chagásica em pacientes atendidos em araguaína–tocantins. Tese de Doutorado. Universidade De São Paulo, São Paulo, 2010.

NASCIMENTO, João Igo Araruna. Doenças infecciosas e parasitárias no contexto brasileiro. 2021. Disponível em: <https://ampllaeditora.com.br/books/2021/04/eBook-Doencas-Infecciosas-v2.pdf#page=106>. Acesso em 20 de abril de 2022.

SOUZA, Janice Maria Borba de. Vigilância da doença de chagas: manual técnico das atividades de controle dos triatomíneos. Instituto René Rachou. Fiocruz Minas, Belo

Horizonte, 2019.

VIANNA, Martins A. Epidemiologia. In: Cançado JR, organizador. Doença de Chagas. Belo Horizonte: Imprensa Oficial; 1968.