**EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA DE CHAGAS, PATOLOGIA QUE PERCORRE O PARÁ ENTRE OS ANOS DE 2009 A 2018**

**Milena de Fátima Costa Tappembeck**

Zootecnista, Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA), discente do curso de Enfermagem na Universidade da Amazônia (UNAMA), e-mail: milena\_tappembeck@hotmail.com;

**Bruna Karolina Pimentel Braga**

Discentes do curso de Enfermagem, Universidade da Amazônia (UNAMA);

**Allan Teles de Souza**

Discentes do curso de Enfermagem, Universidade da Amazônia (UNAMA);

**Leonan Cordeiro Oliveira**

Discentes do curso de Farmácia, Universidade da Amazônia (UNAMA), Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq/IEC;

**Danielle Carneiro Farias**

Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica Hospitalar e Ambulatorial, Mestranda em Epidemiologia e Vigilância em Saúde no Instituto Evandro Chagas (IEC).

**INTRODUÇÃO**

A doença de Chagas (DC) ou Tripanossomíase é uma zoonose, tem como agente etiológico o protozoário monoflagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), apresenta curso clínico bifásico, na fase aguda, quando não identificada acomete a evolução para a fase crônica, a qual pode apresentar-se de quatro formas: indeterminada, cardíaca, digestiva e cardiodigestiva. A importância dos casos está relacionada à cepa infectante, à via de transmissão e à existência de outras patologias concomitantes (DIAS, *et al*; 2016).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 6 a 7 milhões de pessoas estejam infectadas pelo *T. cruzi* em toda a América Latina, onde o Brasil apresentou incidência significativa da doença nas últimas décadas. Esse fato está relacionado transformações no espaço geográfico com redução das matas primitivas e intervenções humanas no meio ambiente, o que levou ao aumento da carga de mortalidade em países endêmicos, com expressão focal em diferentes contextos epidemiológicos, entre outros fatores, estão relacionadas ao desenvolvimento de atividades antrópicas, provocados pelo homem, de desmatamentos e ocupações de áreas ambientalmente frágeis, o que reduz as fontes naturais de alimentação e abrigo dos triatomíneos, que passam a se alimentar de animais domésticos e, eventualmente, do próprio homem, condicionando processos de peridomicialização e domicialização da doença de Chagas.

A negligência da doença de Chagas em diferentes graus e perspectivas faz com que a doença se torne cada vez mais grave. As populações infectadas apresentam maior vulnerabilidade à infecção que se expressa pela sobreposição e maior exposição a outras doenças, condições e agravos, além de menor cobertura com intervenções preventivas, menor acesso à rede de serviços de saúde, menor acesso a serviços de nível secundário e terciário, maior probabilidade de desenvolvimento de formas graves da doença e maior risco de evolução para óbito (DIAS, *et al*; 2016).

A doença de Chagas também é responsável por alterações econômicas, pois a maior frequência de casos da doença acontece entre os indivíduos na fase adulta, produtiva e economicamente ativa. Devido a acentuadas insuficiências cardíacas e respiratórias, esses pacientes apresentam baixa tolerância às atividades físicas, mal estar, sendo assim esses itens se relacionam diretamente proporcional a intensidade do trabalho realizado nas empresas e indústrias, diminuindo o ritmo e produtividade. Cerca de um milhão de indivíduos acometidos desenvolvem considerável disfunção no ventrículo esquerdo e dilatação das câmaras cardíacas, por isso deve ser de interesse público a prevenção e tratamento da doença de Chagas (BARBOSA, *et al*; 2009).

**OBJETIVOS**

Fazer uma revisão bibliográfica e epidemiológica sobre a incidência da doença de Chagas nos municípios do estado do Pará, considerando que o estado ainda negligencia a doença e as co-morbidades que ela provoca.

**MÉTODOS**

Estudo descritivo dos casos notificados da doença de Chagas, no período de 2009 a 2017, segundo a base de dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde no Serviço de Vigilância Sanitária (MS/SVS).

Os dados foram registrados e tabulados em planilha do Microsoft Office Excel® 2010, posteriormente tratados no software EPI INFO.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Segundo dados do SINAN, de 2009 á 2012 foram analisados 54 municípios do estado do Pará, sendo eles: Abaetetuba, Áfua, Água Azul do Norte, Alenquer, Altamira, Anajás, Ananindeua, Anapu, Augusto Corrêa, Aurora do Pará, Bagre, Barcarena, Belém, Benevides, Bragança, Breves, Bujaru, Cachoeira do Arari, Cametá, Capanema, Capitão Poço, Castanhal, Conceição do Araguaia, Concórdia do Pará, Curralinho, Curuçá, Garrafão do Norte, Igarapé-Miri, Irituia, Juruti, Limoeiro do Araju, Magalhães Barata, Marituba, Melgaço, Mocajuba, Moju, Muaná, Oeiras do Pará, Oriximiná, Paragominas, Ponta da Pedras, Portel, Retenção, Salinópolis, Santa Izabel do Pará, Santarém, São Domingos do Capim, São João de Pirabas, São Miguel do Guamá, São Sebastião de Boa Vista, Tailândia, Tucumã e Tucuruí. Logo, foram confirmados um total 221 casos de infectados com doença de Chagas.

**Tabela 1: Dados adaptados dos relatórios anuais SINAN entre os anos 2009 a 2017.**

**Fonte:** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10br.def>

De acordo com os dados demográficos, clínicos e epidemiológicos dos casos analisados retrospectivamente, 05 regiões administrativas, sendo que o maior número de casos foi observado na região na região Ananindeua (323), Abaetetuba (245), Belém (234) e Breves (189). No restante das regiões do estado não houve expressiva frequência de casos.

A análise dos casos ocorridos no período 2009 a 2017 mostrou maior prevalência da infecção por *T. cruzi* na região de Ananindeua, justificada devido o município ser o mais populoso do estado do Pará, onde o rural e o urbano são quase indissociáveis o que impõe a necessidade de estratégias diversificadas de produção e subsistência frente às características do ambiente (FRAGA, 2015).

A estimativa global da prevalência da doença de Chagas na região de Belém superou os demais municípios no ano de 2011, comparado aos demais anos de estudo, devido as migrações humanas não controladas, degradação ambiental, alterações climáticas, maior concentração da população em áreas urbanas e precariedade de condições socioeconômicas – sendo elas habitação, educação, saneamento, renda, entre outras – inserindo-se como determinantes e condicionantes sociais para a transmissão do *T. cruzi* ao homem (DIAS *et al*; 2016).

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados apresentados nesse trabalho indicam a necessidade de estratégias de vigilância e controle de agravos compatíveis com o padrão epidemiológico atual. Os surtos descritos nos municípios apresentaram características semelhantes, mostrando que a condição socioeconômica da população e a carência de cuidados e informações assolam o estado e favorecem o adoecimento da sociedade.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

FERREIRA, J. M. B. *et al.* **Acometimento cardíaco em casos de Doença de Chagas Aguda da Amazônia**. Arq. Bras. Cardiol. Manaus, v. 94, n. 6, p.147-149, out., 2010. Scielo Brasil.

DIAS, J. C. P. *et al.* **Aspectos Gerais da Epidemiologia da doença de Chagas, com Especial Atenção ao Brasil**. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília, v. 25, n. 7, p.7-86, jun., 2016. Scielo Brasil.

FRAGA, S. F. **Resistência e invisibilidade: um estudo sobre comunidades quilombolas e políticas públicas.** 2015. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) - Universidade Estadual de Montes Claros, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Chagas diseases (American trypanosomiasis)**. Disponível em:< <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs>>. Acesso em 3 set. 2018

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Doença de Chagas**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/evitb10br.def>>. Acesso em 4 set. 2018.