**DOENÇA DE CHAGAS AGUDA: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CAMETÁ-PA, ENTRE 2007 A 2018**

SILVA, Neuder Wesley França

Mestre. Médico Veterinário, Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA).

e-mail nwvet@hotmail.com

**Introdução:** doença de Chagas aguda - DCA é uma antropozoonose de elevada prevalência e morbimortalidade, consequente da infecção humana pelo protozoário *Trypanossoma cruzi*, sendo a região Norte, historicamente, responsável pela maior proporção de casos no país, bem como apresenta curso clínico agudo e crônico e pode manifestar diversos sinais e/ou sintomas (BRASIL, 2019a, 2019b). Em decorrência de surto da doença ocorrido em setembro de 2019 no município de Cametá, nordeste paraense (G1.GLOBO.PA, 2019) e apresentar casos recorrentes de Chagas nos últimos anos (BRASIL, 2018), torna-se relevante o estudo da doença na população do respectivo município. **Objetivo:** identificar os aspectos clínico-epidemiológicos e sociodemográficos dos casos confirmados de doença de Chagas aguda no município de Cametá-PA. **Metodologia:** realizou-se estudo descritivo quantitativo do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, por município de residência, no período de 2007 a 2018, sendo os dados tabulados com auxílio do software TABWIN do Ministério da Saúde e em planilhas do Microsoft Excel para produção de gráficos e tabelas para posterior análise estatística simples. **Resultados e Discussão:** observou-se que no período de estudo, o município de Cametá aparece no sexto lugar com 104 casos confirmados de doença de Chagas aguda, com dados superados por Belém (n=390; 15,49%), Abaetetuba (n= 342; 13,59%), Breves (n= 292; 11,60%), Barcarena (n= 181; 7,19%) e Igarapé-Miri (n= 114; 4,53%). Os casos confirmados do município representaram 4,13% dos casos no estado e 8,04% das 1.294 notificações em Cametá, sendo descartados 89,88% (n= 1.163); inconclusivos 0,93% (n= 12) e ignorado/branco 1,16% (n= 15). A maioria das confirmações foi por critério laboratorial (n= 100; 96,15%) e clínico-epidemiológico (n= 4; 3,85%). O maior número de casos ocorreu em 2018 (n=19; 18,27%), sendo mais frequente entre julho e dezembro (n= 84; 80,77%). Usualmente os casos ocorreram na zona rural (n= 76; 73,08%) e em relação a zona urbana, dos bairros informados (n= 8), o que apresentou maior número foi o Centro (n= 10; 45,45%). A doença atingiu mais o sexo masculino (n= 63; 60,58%), sendo observado dois casos de mulheres no 2º trimestre de gestação. Em relação à faixa etária usualmente abrangeu entre 15 e 64 anos (n= 73; 70,19%) e o maior grau de escolaridade estava entre a 1ª e 4ª série incompleta do ensino fundamental (n= 33; 31,73%), embora 20,19% das escolaridades estivessem como ignorados/branco. Observou-se que 50,96% das informações sobre a relação da doença com o trabalho estava ignorada/branco, o que prejudicou sua análise. A avaliação precisa sobre a ocupação também ficou prejudicada, haja vista os 66,37% de ignorados/branco encontradas, entretanto das ocupações informadas (n= 37) o maior registro foi de pescador artesanal de água doce (n= 11; 10,58%), estudantes (n= 10; 9,62%) e aposentado/pensionista (n=6; 5,77%). Dos sinais/sintomas a febre e astenia foram os mais observados com 88,46% (n= 92) e 84,62% (n= 88) respectivamente. Em relação ao meio de diagnóstico da doença houve maior utilização do exame parasitológico direto como: exame a fresco/gota espessa/esfregaço (n= 51; 49,04%); Strout/Microhematócrito/Creme leucocitário (n= 13; 12,50%) e outros (n= 1; 0,96%). Nesse aspecto, ressalta-se que os exames parasitológicos direto são o padrão ouro para diagnóstico de fase aguda, dado o grande número de parasitos que circulam no sangue (WHO, 2002; BRASIL, 2018). No tocante ao modo provável de infecção da doença usualmente foi oral (n= 91; 87,50%), fator esse alvo de estratégias específicas de vigilância na região Amazônica (BRASIL, 2019b); o principal local provável de infecção foi domiciliar (n= 61; 58,65%) e 34,62% dos registros dessa variável estavam ignoradas/branco. A principal medida de vigilância tomada pelo município diante dos casos foi o controle de triatomídeos (n= 31; 29,81%) e a maioria dos casos confirmados apresentou encerramento oportuno até 60 dias da notificação (n= 88; 84,62%), valendo destacar que todo caso deve ser encerrado até 60 dias da notificação (BRASIL, 2019a). Das evoluções a maioria dos pacientes estava viva (n= 81; 77,88%), seguido de 4 óbitos pela doença de chagas (3,85%) e 19 casos de ignorado/branco (18,27%). As evoluções ignoradas/branco são preocupantes, pois representam ausência de desfecho dos casos, além do que a vigilância epidemiológica possui, dentre inúmeros objetivos, centrar-se na integração com a assistência para o cuidado integral das pessoas infectadas por *T. cruzi* (BRASIL, 2019a). Dos óbitos identificados, três foram do sexo masculino (2 adultos e 1 criança) e uma adulta do sexo feminino. Sob a análise de informações que sugerissem prováveis ocorrência de surtos, observou-se que em 2013 todos os casos detectados no bairro Centro possuíam vínculo clínico-epidemiológico que apontam a existência de surto envolvendo no mínimo 7 pessoas. Outrossim, embora a duplicidade de casos não tenha sido o foco deste estudo, detectou-se 9 casos confirmados de DCA em duplicidade, os quais foram removidos para análise dos casos reais, entretanto, isso reflete a necessidade de melhorias na qualidade das notificações. **Considerações finais:** o estudo demonstra a recorrência da doença em Cametá, bem como aumento do número de casos no ano que precedeu o surto em 2019, assim como o mesmo ocorrera dentro do período de maior prevalência da doença no município, ou seja, entre julho e dezembro. O principal modo de transmissão por via oral condiz com os achados em literatura. Além disso, o estudo demostrou que em muitos casos não foram realizados exames parasitológicos direto. Destaca-se ainda, baixo nível de instrução que envolve os casos confirmados, apesar do número ignorados/branco de informações sobre a escolaridade e dos casos ocorrerem mais em zona rural. Todavia essas informações podem conduzir a vigilância em saúde a produzir estratégias de divulgação de educação em saúde, voltada ao público. Entretanto, também se faz necessária adotar atenção aos casos ocorridos na zona urbana, em particular no bairro Centro, onde demostrou-se maior número de registros no período do estudo com fortes evidências de surto em 2013 envolvendo o respectivo bairro. Ademais, outras variáveis sociodemográficas relatadas no presente trabalho acompanham os achados na literatura. Não obstante, há falta de rotina nas análises de duplicidades de notificações, bem como não estão obedecendo o critério de fechamento oportuno até 60 dias da notificação na totalidade dos casos, o que demonstra fragilidade de atuação da vigilância em saúde no município, possivelmente por carência de recursos humanos, veículos e ausência de capacitações.

**Referências:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Doença de Chagas**. In Guia de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019a. p. 464-487. Disponível em: [http://bvsms .saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\_vigilancia\_saude\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf)> Acesso em: 26 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doença de Chagas Aguda e distribuição espacial dos triatomíneos de importância epidemiológica, Brasil 2012 a 2016**: Boletim Epidemiológico, Brasília, v. 50, n. 2, Jan. 2019b. Disponível em: [https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/ pdf/2019/janeiro/23/2018-025.pdf](https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/%20pdf/2019/janeiro/23/2018-025.pdf). Acesso em: 26 out. 2019.

G1.GLOBO.PA. Secretaria de Saúde identifica 10 casos de doença de chagas por consumo de açaí contaminado em Cametá. Belém. 2019. Disponível em: [https://g1.globo.com/pa/para/no ticia/2019/09/11/secretaria-de-saude-identifica-10-casos-de-doenca-de-chagas-por-con sumo-de-acai-contaminado-em-cameta.ghtml](https://g1.globo.com/pa/p%20ara/noticia/2019/09/11/secretaria-de-saude-identifica-10-casos-de-doenca-de-chagas-por-con%20sumo-de-acai-contaminado-em-cameta.ghtml). Acesso em: 26 out. 2019.

WHO. **Control of Chagas disease**. Geneva: Word Health Organization, 2002. (WHO technical report series, 905. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665 /42443/WHO\_TRS\_905.pdf;jsessionid=9A32B5E79AB6CF9C27141828ABF3725B?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42443/WHO_TRS_905.pdf;jsessionid=9A32B5E79AB6CF9C27141828ABF3725B?sequence=1). Acesso em: 26 out 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Chagas** – Relatório de Recomendação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. p. 1-141. Disponível em: [http://conit ec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio\_PCDT\_Doenca\_de\_Chagas.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf). Acesso em: 26 out 2019.

**Descritores:** doença de chagas, base de dados, epidemiologia descritiva