

I Editorial

A contribuição do *Consenso brasileiro em doença de Chagas no contexto epidemiológico nacional*

doi: 10.5123/S1679-49742016000500001

A doença de Chagas foi descrita pela primeira vez em 1909, pelo médico sanitário e cientista brasileiro Carlos Ribeiro Justiniano Chagas (1878-1934), após a investigação de casos na cidade de Lassance-MG. Ele identificou o agente causador (*Trypanosoma cruzi*) e o vetor (*Triatoma infestans*), e descreveu a tripanossomíase americana, que posteriormente passou a ser conhecida como doença de Chagas, em consequência da fama de seu descobridor. Carlos Chagas foi o primeiro e único cientista até os dias de hoje a descrever o ciclo completo de uma doença infecciosa. Um fato interessante é que o protozoário *T. cruzi* foi nomeado por Chagas em homenagem a Oswaldo Cruz, outro grande sanitário brasileiro.¹

Na primeira metade do século XX, a doença de Chagas era descrita como um mal que atacava o coração dos trabalhadores rurais. A sensação de mal-estar era conhecida como “avexume”.¹ A doença, de evolução lenta e geralmente silenciosa, levava progressivamente ao esgotamento físico dos doentes e acabava por causar a morte. A partir da década de 1950, foi estabelecido o controle da transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil, embora a sua estruturação enquanto programa de abrangência nacional tenha ocorrido somente em 1975. À época, estimava-se que havia em torno de 6,5 milhões de pessoas infectadas pelo *T. cruzi* no Brasil, ou aproximadamente 4,2% da população.^{2,3}

As ações de vigilância e controle foram bem-sucedidas. A partir da década de 1980, observou-se redução da população do *T. infestans*, da ocorrência da doença de Chagas, assim como da mortalidade específica pela doença.² Para a década de 2000, estimou-se prevalência no Brasil de 2,4% (IC_{95%} 1,5;3,8), com 4,6 milhões (IC_{95%} 2,9;7,2 milhões) de infectados pelo *T. cruzi*.⁴

Em 2006, o Brasil recebeu da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a Certificação Internacional de Eliminação da Transmissão da Doença de Chagas por seu principal vetor. Lembremos que a transmissão do protozoário ocorre quando o triatomíneo o elimina nas fezes, enquanto se alimenta de sangue humano.⁵ Embora tenha sido um feito importante, a eliminação da transmissão vetorial pelo *T. infestans* não significa o fim da transmissão da doença. Além da existência de outros vetores e da possibilidade da retomada da transmissão pelo *T. infestans*, há outras formas de transmissão. A doença de Chagas também pode ser transmitida da mãe para o bebê durante a gestação (transmissão vertical), por meio de transfusão de sangue ou transplante de órgãos, em acidentes de laboratório e pela ingestão dos protozoários juntamente com alimentos (transmissão oral).⁵⁻⁸

A diversidade de formas de transmissão é somente um dos desafios impostos pela doença de Chagas. Destaca-se também que esta é uma doença negligenciada, relacionada à pobreza, que atinge as populações mais vulneráveis em uma extensa área do território nacional e que permanece como importante problema de saúde pública no Brasil. Os doentes crônicos podem desenvolver sequelas cardíacas e digestivas, com potenciais prejuízos à qualidade e à expectativa de vida, que requerem ações de assistência à saúde.⁹

Por sua vez, as ações de vigilância dos casos e de controle vetorial devem ser continuadas, não somente no âmbito do Programa Nacional de Controle da Doença de Chagas, mas também de forma articulada com diversos processos da vigilância em saúde – a exemplo da vigilância entomológica, da hemovigilância, da vigilância do HIV/aids (como importante comorbidade) e da vigilância de eventos epidêmicos. Convém citar, ademais, as ações da atenção primária à saúde.^{9,10}

Nesse contexto, o *Consenso brasileiro em doença de Chagas, 2015*¹¹ representa uma referência importante, ao revisar e atualizar o conteúdo de sua primeira versão, publicada em 2005.¹² O documento apresenta as evidências mais atuais disponíveis e traz orientações para a padronização das estratégias de diagnóstico, tratamento, prevenção e controle da doença de Chagas no Brasil. A elaboração do *Consenso brasileiro em doença de Chagas, 2015* foi viabilizada pela colaboração entre a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT) e o Ministério da Saúde, e contou com a participação de especialistas brasileiros com vasta experiência.

A *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil* tem satisfação em publicar o *Consenso brasileiro em doença de Chagas, 2015*¹¹ neste número especial, juntamente com artigo de opinião sobre o tema.¹³ Espera-se que o documento possa contribuir para a vigilância da doença de Chagas e o cuidado aos portadores da doença, assim como para subsidiar a tomada de decisão nos diferentes níveis da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas à formulação de políticas adequadas ao perfil epidemiológico atual.

Leila Posenato Garcia¹
Elisete Duarte²

¹Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, Brasília-DF, Brasil

²Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília-DF, Brasil

Referências

1. Kropf SP. Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962. Rio de Janeiro: Fiocruz;2009
2. Vinhaes MC, Dias JCP. Doença de Chagas no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2000;16 supl 2:7-12
3. Silveira AC, Silva GR, Prata A. O Inquérito de soroprevalência da infecção chagásica humana (1975-1980). *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011;44 supl 2:33-9.
4. Martins-Melo FR, Ramos Júnior AN, Alencar CH, Heukelbach J. Prevalence of Chagas disease in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *Acta Trop*. 2014 Feb;130:167-74.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2016 abr 15]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/06/guia-vigilancia-saude-atualizado-05-02-15.pdf>
6. Gontijo ED, Andrade GMQ, Santos SE, Galvão LMC, Moreira EF, Pinto FS, et al. Triagem neonatal da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* em Minas Gerais, Brasil: transmissão congênita e mapeamento das áreas endêmicas. *Epidemiol Serv Saude*. 2009 jul-set;18(3):243-54
7. Silva VLC, Luna EJA. Prevalência de infecção pelo *T. cruzi* em doadores de sangue nos hemocentros coordenadores do Brasil em 2007. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 jan-mar;22(1):103-10
8. Passos LAC, Guaraldo AMA, Barbosa RL, Dias VL, Pereira KS, Franco RMB, et al. Sobrevivência e infectividade do *Trypanosoma cruzi* na polpa de açaí: estudo in vitro e in vivo. *Epidemiol Serv Saude*. 2012 abr-jun;21(2):223-32
9. Mota JC, Campos MR, Schramm JMA, Costa MFS. Estimativa de taxa de mortalidade e taxa de incidência de sequelas cardíacas e digestivas por doença de Chagas no Brasil, 2008. *Epidemiol Serv Saude*. 2014 out-dez;23(4):711-20
10. Hasslocher-Moreno AM, Jorge MJ, Sousa AS, Brasil PEAA, Xavier SS, Barreto NB, et al. Atenção integral e eficiência no Laboratório de Pesquisa Clínica em Doenças de Chagas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, 2009-2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2013 abr- jun;22(2):295-306.
11. Dias JCP, Ramos Júnior NA, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR, et al. II Consenso brasileiro em doença de chagas, 2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(nº esp):7-86.
12. Secretaria de Vigilância em Saúde. Consenso Brasileiro de Doença de Chagas. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005;38 supl 3:7-29
13. Dias JCP, Cláudio LDG, Lima MM, Albajar-Viñas P, Albuquerque e Silva R, Alves RV, et al. Mudanças no paradigma da conduta clínica e terapêutica da doença de Chagas: avanços e perspectivas na busca da integralidade da saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(nº esp):87-90.