

Perfil sócio-cultural-econômico dos portadores de doença de Chagas em áreas endêmicas na zona rural do município de Mossoró-RN

Wirton Peixoto Costa

Prof. Assistente da UFERSA.E-mail: wirton@ufersa.edu.br

Anakléa Mélo Silveira da Cruz-Costa

Aluna do curso de Agronomia da UFERSA

Indyanara Altoé da Costa Vieira

Aluna de Medicina Veterinária da UFERSA/Mossoró-RN

Ana Tereza Bittencourt Passos

Profs. Adjuntos da UFERSA/Mossoró-RN.E-mail: anateresa@ufersa.edu.br

Jael Soares Batista

Profs. Adjuntos da UFERSA/Mossoró-RN E-mail: jael@ufersa.edu.br

Resumo: Este trabalho teve o objetivo de analisar as características sociais, econômicas e culturais de pessoas portadoras de doença de chagas em zonas rurais endêmicas no município de Mossoró. Para tanto foi realizado 48 questionários no mês de agosto de 2000. Os resultados mostram que os enfermos residem principalmente em condições precárias de saúde, educação, lazer e as residências são em sua maioria de taipa. Não há regularidade na notificação obrigatória pelo sistema de saúde, que aliás é insuficiente. Os portadores da doença de Chagas em sua maioria não recebem tratamento medicamentoso e não são visitados freqüentemente por médicos. Concluímos então que há um descaso do poder público no tratamento e na prevenção da doença de Chagas e que novos estudos precisam ser realizados para comparar a situação atual com a pregressa.

Palavras-chave: Doença de Chagas. Tripanossomíase. Barbeiro. *Triatoma infestans*.

PROFILE OF ECONOMIC SOCIO CULTURAL BEARERS OF THE CHAGAS DISEASE IN ENDEMIC AREAS IN THE RURAL AREA OF THE MUNICIPALITY OF MOSSORÓ-RN

Abstract: This research had the purpose to verify the cultural, economics and social characteristics of chagas' disease carriers in the peripheral rural zone of Mossoró-RN. We executed 48 inquiries in august of year 2000. The results show us that the porter trypanosomiasis people live in bad conditions of health, education, diversion and the residencies are major wood (wood's house). The obligatory notify os this disease isn't obeyed by the health disease. The major of the porter of chagas' disease don't receive treatment neither appropriated medicines. The healths agents made few visits to the sick. We concluded the chagas' disease isn't trated neither prevent in fulness and news researchs are necessary to compare the actual situation with the panoramic of the age of this research.

Key-words: Chagas Disease. Tripanosomiasis. *Triatoma infestans*.

INTRODUÇÃO

A doença de Chagas, ou Tripanossomíase, foi descoberta em 1909 pelo médico brasileiro Carlos Chagas. A doença não foi vista como problema até à década de 60. Estudos desenvolvidos pelo Instituto Oswaldo Cruz no município de Bambuí, Minas Gerais, possibilitaram dimensionar a moléstia como problema de saúde pública. O nome de *T. cruzi* ao agente causador foi dado por Chagas em homenagem ao epidemiologista Oswaldo Cruz.

Hoje estima-se que existam até 18 a 20 milhões de pessoas com esta doença nas Américas Central e do Sul (Maegawa et al.,2003). Dos infectados, cerca de 20.000 morrem a cada ano.

A doença afeta muitos outros vertebrados além do homem: cães, gatos, roedores, tatus e gambás podem ser infectados e servir de reservatório do parasita (Dias, 2004).

O barbeiro (*Triatoma infestans*) se infecta ao sugar o sangue de um organismo infectado. No intestino do vetor, o tripomastigoto se transforma em epimastigoto

que então se reproduz. O tripomastigoto não se reproduz. O homem por sua vez, é infectado pelas fezes contaminadas do barbeiro, pois enquanto suga o sangue defeca nesse mesmo local.

Dados recentes dão conta de que uma forma alternativa, oral, de infestação, abre um campo de pesquisa ainda não explorado sobre novas formas de infestação. No entanto esta forma de transmissão é, quase certamente, rara. Embora exista uma descrição de megaesôfago por *T. cruzi* em Santa Catarina (Rezende e Moreira, 2000), não há evidência de infestação oral.

Saber o maior número possível de dados sobre os portadores da doença de Chagas pode ajudar no tratamento da doença e sobretudo na prevenção de novos casos. Maegawa et al. (2003) afirmaram que o ciclo de transmissão sylvatic tem mostrado que fatores sócio-econômicos e biológicos, como a ausência de barbeiros nos domicílios, tem influência importante na ausência no aparecimento da doença. Desta forma este trabalho objetivou mostrar a importância do conhecimento das condições sócio-econômico-culturais dos portadores de doença de Chagas na zona rural do município de Mossoró.

METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram realizados 48 questionários em portadores de doença de Chagas residentes na comunidade de Chafariz, zona rural do município de Mossoró-RN (anexo 1), reconhecidamente uma área de alta incidência da doença. As perguntas foram elaboradas pelos docentes da Escola Superior de Agricultura de Mossoró, contendo as principais questões necessárias para tentar estabelecer o perfil dos portadores. Os questionários eram feitos no período matutino, nos fins de semana, no mês de agosto do ano 2000, e para identificação dos portadores da enfermidade eram feitos preliminarmente questionamentos se havia alguém no domicílio em questão que apresentara problemas cardíacos. As respostas foram tabuladas, interpretadas e descritas conforme disposto a seguir.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos questionários permitiu mostrar que 100% dos portadores da tripanossomíase já encontraram em suas residências o barbeiro transmissor da doença, destes, 70,8% capturaram mais de uma vez o barbeiro em suas residências.

Dentre os enfermos, 16,7% têm idade inferior ou igual a 30 anos, 25% têm idade entre 30 em 50 anos e a maioria dos entrevistados, compreendendo 58,3%, apresentavam idade maior que 50 anos. 58,3% são homens e 41,7% são mulheres. Com relação à relação conjugal 75% afirmaram ser casados, 10,4% são solteiros,

8,3% responderam que vivem em união estável e 6,3% responderam que são viúvos.

O conhecimento da idade é extremamente relevante pois, de acordo com Dias (1984) a morbimortalidade da doença de Chagas aguda guarda em geral relação direta com a idade do paciente. Via de regra, quanto mais jovem é este, tanto mais grave e clinicamente exuberante é o quadro clínico da enfermidade, assim como maior é a letalidade, como bem observado em 364 casos agudos estudados em Bambuí, Minas Gerais, todos de transmissão vetorial. Por exemplo, naquela casuística de indivíduos sem tratamento específico, faleceram no total 8,3% dos pacientes, sendo 19,8% na idade de 0 a 2 anos, 6,7% entre 3 e 5 anos, 3,5% entre 6 e 10 anos e 0,0% acima de 10 anos. A maioria absoluta das mortes por DCA foi devida a insuficiência cardíaca congestiva aguda, por miocardite aguda chagásica, associando-se 10% de meningoencefalite devida ao *T. cruzi*, nestes casos fatal. Entretanto neste nosso experimento somente 6,3% dos entrevistados tinham conhecimento de falecimento pela doença, mas não havia documentos elucidando as *causa mortis* com parentes das vítimas.

Sobre o tipo de residência, 66,7% responderam que moram em residência taipa e 33,3% moram em residência de alvenaria. Ainda com relação às residências, 33,3% disseram que moram neste lugar há menos 10 anos e 66,7% afirmaram que residem na zona rural há mais de 10 anos.

Nossos dados são concordantes com os obtidos por Dias e Coura (1997), que afirmaram que o âmbito da ocorrência é o rural, envolvendo populações pobres e casas de má qualidade.

Questionados sobre o grau de escolaridade, 16,6% dos entrevistados afirmaram que possuíam o segundo grau, 16,6% que concluíram o primeiro grau, entretanto a maioria, 58,4%, eram analfabetos.

Sobre a principal fonte de renda da família dos portadores, 83,3% dos entrevistados responderam que recebem menos de dois salários mínimos, entretanto destes, 33,3%, afirmaram que a única fonte de renda vinha da agricultura familiar e 16,7% afirmaram que ganhavam mais de dois salários mínimos. Dos que ganhavam menos de dois salários mínimos, 20,8% eram aposentados e conseguiram benefícios pelo diagnóstico da doença, entretanto, a grande maioria dos enfermos não tiveram direito ao auxílio da previdência e estes afirmaram que os médicos não os encaminhavam às perícias nem faziam os exames para diagnóstico preciso da doença.

Nossos dados corroboram com os encontrados por Vieira et al. (2007) ao afirmar que as baixas condições de renda aliadas à deficiência de assistencialismo e a escassez de políticas públicas de combate à falta de higiene e ao desmatamento predispõe ao surgimento de doenças, principalmente zoonoses.

Sobre o dado, Rassi et al (2000) afirmaram que modo geral, como na maioria dos casos agudos o quadro clínico é benigno, indicam-se apenas repouso relativo,

manutenção do equilíbrio hidro-eletrolítico do paciente e eventual tratamento com sintomáticos como analgésicos e antipiréticos, em paralelo ao tratamento específico. Já Prata (1997) afirmou que para adultos está indicada a suspensão de atividades profissionais durante a doença de Chagas aguda. Em caso de cardiopatia aguda manifesta com insuficiência cardíaca, estão indicados repouso obrigatório. Em nossa arguição concordamos com os autores, mas alertamos que deve-se primeiramente certificar-se que os casos encontrados na zona rural de Mossoró são benignos e que não há prejuízo da condição de trabalho dos portadores, caso contrário eles têm direito à pensão previdenciária.

Procurando saber sobre o grau cultural, perguntamos aos entrevistados se existiam meios de comunicação em suas casas. 22,9% disseram que possuíam rádio, 70,8% televisão, 75,5% possuíam ambos. Nenhum dos entrevistados são leitores diários de jornais, revistas ou livros e 6,2% disseram que lêem algo pelo menos semanalmente. As questões que pesquisavam sobre a situação econômica revelaram que 100,0 % apresentavam ao menos um eletrodoméstico em casa, 58,3% possuíam entre um e cinco, e 27,1% responderam que têm mais de cinco. Dentre estes eletrodomésticos 39,6% disseram que tinham geladeira. 95,8% dos entrevistados afirmaram que tinham energia elétrica. 81,2% possuem caixas d'água ou cisterna e 18,8% retiram a água de chafariz público, mas nenhum deles possuem sistema de esgoto saneado ou água encanada. Com relação ao tratamento da água, 14,6% afirmaram que não fazem nada e 85,4% utilizam cloro. Em relação ao destino dos dejetos e lixo, 20,8% dos entrevistados afirmaram que enterram e 79,2% afirmaram que despejam em céu aberto, não havendo na comunidade coleta de lixo nem rede pública de esgoto (saneamento).

Estes dados se revelam óbvios na medida em que o estudo fora realizado numa região periférica, na zona rural de Mossoró, onde as ações do poder público são diminutas. Concordando com nossos achados, Vranjac (2005) e Rassi et al. (2000b) afirmaram que os casos de doença de Chagas ocorrem preferencialmente em regiões onde se encontram maiores problemas estruturais e zonas rurais com desmatamentos.

Especificamente sobre a doença perguntamos se havia um programa regular de visitas médicas 79,2% disseram que não, que apenas agentes de saúde visitam suas residências, 12,5% responderam que já receberam visitas médicas e 8,3% que não há nenhum tipo de serviço médico. Todos os entrevistados (100,0%) afirmaram que não há posto de saúde ou hospital na comunidade. 93,8% disseram que nunca fizeram exames específicos para diagnosticar a doença, destes, 85,4% afirmaram que mesmo relatando os sintomas, os médicos não solicitaram exames específicos.

Este fato mostra-se extremamente grave, pois observa-se que profissionais da área de saúde são omissos ou não apresentam capacitação técnica para a notificação obrigatória que deve ser feita ao se diagnosticar ou

suspeitar da presença de portadores da enfermidade, tornando-se falha a catalogação dos dados, conforme demonstrou o Manual Prático de Subsídio à Notificação Obrigatória no SINAN da Doença de Chagas Aguda (DIAS, 2004).

Todos os entrevistados disseram que não recebem tratamento nem medicamentos do governo, 93,7% afirmaram que não tomam nenhum remédio e 6,33% afirmaram que compram o remédio com recursos próprios.

Aliado a isto concordamos com Rassi et al. (2000) Storino e Milei (1994) e Dias (1990) que relatam que deve ser realizada uma revisão médica pelo menos semanal, até o final da doença aguda, com atenção voltada para sinais e sintomas de cardiopatia e meningoencefalite, situações estas que indicam internação hospitalar, analisando as respostas de nosso questionário, observamos que há uma grave deficiência no atendimento médico na zona rural de nossa cidade.

CONCLUSÕES

De acordo com o questionário pudemos observar que:

O poder público não presta assistência sanitária, educativa, de moradia e de lazer conforme designa a constituição federal;

A assistência médica especializada aos portadores de doença de Chagas ainda é insuficiente e o governo não prioriza o tratamento desta enfermidade;

Há marcante deficiência de assistência médica e os médicos não fazem o diagnóstico correto conforme determina o SINAN;

Observamos que a doença ocorre principalmente nas residências que são construídas com taipa;

A maioria dos portadores é analfabeta ou semi-analfabeta e que demonstram pouco conhecimento sobre a doença;

A presença do barbeiro é endêmica na região;

O nível econômico não exclui ou inclui pessoas de contrair a doença;

Novos estudos devem ser realizados para comparar os dados obtidos anteriormente e verificar se houve melhorias nos serviços públicos e diminuição do número de casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DIAS, J. C. P. Doença de Chagas Aguda – Manual Prático de Subsídio à Notificação Obrigatória no Sinan. In: SINAN – Sistema de Notificação de Agravos de Notificação. Ministério da Saúde do Brasil – Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_chagas.pdf> Acesso em 27.11.2007. 20p.

DIAS, J. C. P. **Acute Chagas Disease**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 79; p. 85-79, 1984.

DIAS, J. C. P. **Doença de Chagas: clínica e terapêutica**. Brasília, SUCAM, Ministério da Saúde. 94 p,1990.

DIAS, J. C. P.; COURA, J. R. **Epidemiologia**. In Dias JCP & Coura (orgs.) *Clínica e Terapêutica da doença de Chagas. Uma abordagem prática para o clínico geral*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, p. 33 - 64, 1997.

MAEGAWA, F. A. B.; DAMERAU, E. F.; BELTRAME-BOTELHO, I. T.; LOPES, A.; EMMANUELLE-MACHADO, P.; STEINDEL, M.; GRISARD, E. C. **Autochthonous Chagas' disease in Santa Catarina State, Brazil: report of the first case of digestive tract involvement**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2003, vol. 36, no. 5 [cited 2007-11-27], pp. 609-612. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000500011&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0037-8682. doi: 10.1590/S0037-86822003000500011>

PRATA, A. R. **Abordagem geral do paciente chagásico**. In Dias JCP & Coura (orgs.) *Clínica e Terapêutica da doença de Chagas. Uma abordagem prática para o clínico geral*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, p. 115 - 126, 1997.

RASSI, A.; RASSI JÚNIOR, A.; RASSI, G. G. **Fase Aguda**. In *Trypanosoma cruzi e doença de Chagas* (2a. Edição). BRENER, Z.; ANDRADE, Z. A.; BARRAL NETO, M. (orgs.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 231-245, 2000.

RASSI, A.; LUQUETTI, A. O.; RASSI, G.G.; RASSI JR, A. **Tratamento específico da doença de Chagas. Uma visão de 1962 a 1999**. *Revista de Patologia Tropical* 29 (supl.); p. 157 -163, 2000b.

REZENDE, J. M.; MOREIRA, H. **Forma digestiva da doença de Chagas**. In: BRENER, Z.; ANDRADE, Z.; BARRAL-NETO, M. (eds) *Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas*. 2nd ed., Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, p. 297-343, 2000.

STORINO, R.; MILEI, J. **Enfermedad de Chagas**. Buenos Aires, Mosby Editora, 652 p., 1994.

VIEIRA, I. A. C.; SILVA, M. C. V.; PEREIRA, H. M.; LIMA, M. C. J. S.; COSTA, W. P. **Panorama atual da leishmaniose canina no município de Mossoró**. In: II Congresso Brasileiro de Saúde Pública Veterinária, Fortaleza-CE, 2007. *Anais...*, 2007.

VRANJAC, A. **Informe Técnico Doença de Chagas**. 2005. 4p. Disponível em: <ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/outros/if_chagas05.pdf>. Acesso em 28.11.2007.

ANEXO 1

Ministério da Educação – MEC
Escola Superior de Agricultura de Mossoró – ESAM
Departamento de Ciências Sociais
Departamento de Medicina Veterinária

PERFIL SÓCIO-CULTURAL-ECONÔMICO DOS PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS EM ÁREAS ENDÊMICAS DA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ

Coordenadores: Ana Tereza Bittencourt Passos e Jael Soares Batista

Número do Questionário _____ Data: ____/____/_____
Nome do entrevistado: _____
Local (Bairro/comunidade): _____

Mossoró-RN
2000

1- Caracterização/identificação do portador da doença

- 1.1: Nome: _____
1.2- Sexo: () Masculino () Feminino
1.3- Estado civil: () Casado () Solteiro () União estável
1.4: Idade: _____
1.5: Grau de instrução: () 1º grau () 2º grau 3º grau () () Analfabeto
1.6: Principal fonte de renda: _____
1.7: Aposentado pela doença: () sim () não
1.8: Renda familiar total: _____

2- Caracterização do imóvel residencial

- 2.1: local: () Centro da cidade () Zona rural
2.2: Tempo de residência: _____
2.3: Tipo de residência: () Taipa () Alvenaria

3- Indicador de saúde

- 3.1: Posto de saúde: () sim () não
3.2: Problema cardíaco: () sim () não
3.3: Quanto tempo tem problema cardíaco: _____
3.4: Serviço de saúde: () médico () agente de saúde () nenhum
3.5: Recebe medicamentos para a doença: () sim () não
3.6: Relatou o problema: () sim () não
3.7: Fez exame específico: () sim () não
3.8: Há quanto tempo sofre da doença: _____

4- Indicador das condições sanitárias e de higiene

- 4.1: Destino dos dejetos: fossa céu aberto saneamento
4.2: Destino do lixo: enterra céu aberto
4.3: Origem de água: cisterna chafariz água encanada
4.4: Tratamento da água: nenhum fervida ou filtrada clorada

5- Indicador de bens duráveis e cultural

- 5.1: Residência com energia elétrica: sim não
5.2: Possui rádio: sim não
5.3: Possui TV: sim não
5.4: Outros eletrodomésticos: _____
5.5: Lê jornal, revista ou livro: sim não
5.6: Em caso afirmativo, com que frequência? _____
5.7: Atividade de lazer: _____
5.8: Existe praça esportiva: sim não

6- Indicador sobre o barbeiro

- 6.1: Conhece o barbeiro: sim não
6.1: Já capturou algum: sim não