

QUALIDADE DE VIDA DE UM PACIENTE INFECTADO POR DOENÇA DE CHAGAS HÁ 55 ANOS: RELATO DE CASO

SANTOS, Beatriz Iris dos¹

TAKIZAWA, Marcelo Caname Hirata²

TAKIZAWA, Maria da Graças Marciano Hirata³

SANTOS, Patrícia Iris dos⁴

RESUMO

A Doença de Chagas é uma doença parasitária que atinge diversas áreas brasileiras, sendo considerada uma patologia endêmica. É causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, cujo ciclo de vida envolve diversos hospedeiros mamíferos, entre eles os humanos, motivo este que torna tão relevante o conhecimento desta doença. Um fator importante para impulsionar este estudo é que esta enfermidade tornou-se base para inúmeras pesquisas em função da magnitude e da abrangência que tal patologia alcançou desde que foi descoberta, no ano de 1909, pelo médico sanitarista Carlos Chagas, em portadores animais como os tatus. O porte da Doença ocorre, principalmente, através da transmissão mediada pelo inseto vetor, os Triatomineos, ou ainda, por via congênita, sendo que esta última tem-se destacado com os métodos de prevenção desenvolvidos atualmente e com a urbanização. Para o bom êxito do estudo serão destacadas características sobre o vetor, tais como seu habitat e hábitos noturnos, assim como manifestações clínicas, sintomatologia e complicações que a cronicidade da doença acarreta. O estudo também ressaltará os métodos de prevenção que podem ser aplicados e são efetivos, dando enfoque especial no combate aos vetores. Este artigo explicitará diversas condições em relação ao portador e ao vetor da Doença de Chagas, abordando principalmente a forma de transmissão e o modo com que a doença acomete o ser humano. Foi utilizado como fonte artigos que abordam especificamente e detalhadamente o parasita e a Doença de Chagas, assim como abordados livros didáticos que aprofundam a patologia e colaboraram para a efetividade do artigo.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Chagas. Longevidade. *Trypanosoma cruzi*

QUALITY OF LIFE OF A PATIENT INFECTED BY CHAGAS DISEASE 55 YEARS AGO: CASE REPORT

ABSTRACT

Chagas disease is a parasitic disease that affects several Brazilian areas, being considered an endemic pathology. It is caused by a protozoan named *Trypanosoma cruzi*, whose life cycle involves many mammalian hosts, which stay together the humans, a reason that makes the knowledge of this disease so relevant. An important factor in promoting this study is that this disease has become the basis for countless researches because of the magnitude and extent of this pathology since it was discovered in 1909 by the sanitarian Carlos Chagas. The transmission of the disease occurs mainly through mediated by the insect vector, the Triatomineos, or even congenitally, which having been highlighted with the prevention methods currently developed and with urbanization. For the success of the study, characteristics about the vector, such as the habitat and nocturnal habits, clinical manifestations, symptomatology and complications that the chronicity of the disease entails will be highlighted. The study will also approaches the methods of prevention that can be used and are effective, giving special focus in the fight against vectors. This article will explain conditions about the carrier and the Chagas disease vector, abording the mainly form of transmission and the way that this disease affects the human being. It was used as source some articles that specifically and in detail show the parasite and Chagas disease, and seach didactic books that study the pathology and help for the effectiveness of the article.

KEYWORDS: Chagas disease, Longevity, *Trypanosoma cruzi*

¹ Acadêmica do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz, Av. das Torres, 500 - Loteamento FAG, Cascavel - PR.- E-mail: beatriz_is@hotmail.com

² Acadêmico do curso de Medicina do Centro Universitário Assis Gurgacz, Av. das Torres, 500 - Loteamento FAG, Cascavel - PR.- E-mail: marcelotakizawa123@gmail.com

³ Orientadora e docente do curso de Medicina, mestre em Ciências da Saúde (doenças infecto-parasitárias, Universidade Estadual de Maringá), Centro Universitário Assis Gurgacz, Av. das Torres, 500 - Loteamento FAG, e-mail mgtakizawa@fag.edu.br

⁴ Co-orientadora e médica residente do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, Av. Tancredo Neves, 3224, Santo Onofre, Cascavel – PR, e-mail: drapatriciairissantos@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A doença de Chagas caracteriza-se por atingir, principalmente, áreas rurais escassas, isto está intimamente relacionado às condições de moradia e aos cuidados de saúde pública que tal meio social apresenta, seja por dificuldade de acesso à informações, por falta de recursos ou ainda por um deficiente atendimento básico de saúde nessas áreas. Condições de vida carentes somadas ao subdesenvolvimento nacional contribuem para a deficiente erradicação da doença, embora tal patologia tenha sido descrita há cerca de 100 anos por Carlos Chagas, tais realidades perduram até os dias de hoje em função desses déficits sociais que muitas vezes são lamentavelmente desmerecidos.

O descobrimento da Tripanossomíase americana, ou doença de Chagas, caracterizou-se na época como um dos mais importantes estudos feitos na América, uma vez que houveram inúmeras contrações da enfermidade, que com o tempo passou a ser considerada um problema de Saúde Pública. Desde então, existe uma série de medidas que vêm sendo estudadas buscando o combate à patologia, a partir de inúmeros estudos para a criação de métodos de controle, recuperação e prevenção da doença. Foi a partir desses conhecimentos buscados que descobriu-se, por exemplo, que muitos animais, tanto silvestres, quanto domésticos são reservatórios dos protozoários que caracterizam a doença, tais como gatos, macacos, saguis, tatus e gambás, sendo tal descoberta indiscutivelmente relevante, uma vez que, mesmo o progresso da doença sendo restrita aos humanos, tais animais colaboram com a proliferação da doença sendo uma fonte para diversas contaminações NEVES.

A Tripanossomíase americana apresenta-se com curso clínico bifásico (fase aguda e crônica). Inicialmente, pode apresentar-se assintomática ou com um pequeno incômodo na região da picada e é nessa fase da doença que pode-se aplicar o tratamento e até alcançar a cura do infectado. No entanto, diante de uma situação de pequeno incômodo poucos procuram assistência nessa fase inicial, levando à condição crônica que ainda não apresenta cura, uma vez que não existem vacinas ou soros para tal. É nesse momento que surgem as complicações alarmantes, pois os sintomas clínicos já estão avançados com lesões no miocárdio, e mais raramente no pericárdio, endocárdio e artérias coronárias, sendo a causa dessas nocividades a multiplicação dos tripanossomas no tecido muscular cardíaco (COSTA, 2008). Na fase crônica também surgem agravamentos no trato digestivo, provocando alterações na anatomia e motilidade intestinal, como o megacôlon e o megaesôfago, que são as modificações morfológicas mais recorrentes (SAÚDE, 2010).

Será a fase crônica que este estudo abordará detalhadamente, pois é a que pertence o caso do portador a ser relatado. Sendo assim, será abrangido com minúcia tais alterações clínicas

características da cronicidade, especialmente do trato gastrointestinal, pois o portador em questão não apresenta manifestações cardíacas.

Diante das condições de saúde e do longo período de porte da doença, o caso a ser relatado deve ser considerado um destaque em meio aos demais portadores crônicos de Doença de Chagas? Quais são os hábitos de vida, as restrições cotidianas, métodos de contração, complicações e alterações que o portador apresenta e como tais aspectos são conciliados com a terceira idade e com o longo período de infecção do portador?

Visando responder ao problema proposto, estipulou-se como objetivo geral: compreender como um portador de Doença de Chagas de longa data consegue manter-se sadio, mesmo com idade avançada e com alterações sistêmicas que requerem excessiva disciplina para serem controladas. Descrever quais são as modificações trazidas pela patologia, tais como variações anatômicas, dieta pré-determinada, consultas médicas regulares e quantidade e tipo de medicamentos impostos ao portador. De modo específico esta pesquisa buscou: aplicar um questionário elaborado com 22 questões do caso a ser relatado, abordando todos os aspectos necessários para um bom entendimento do relato; descrever de forma detalhada quais foram o modo e local de contração da Doença, assim como os sintomas e sinais apresentados na forma crônica e aguda da patologia; abordar o infectado sobre seu acompanhamento médico regular, dieta, sinais e sintomas que levaram à confirmação da doença, tipo de habitação, tanto atual, quanto na época da contaminação e procedimentos executados em função da doença; verificar quantas pessoas existiam na casa no período de infecção, e se alguma delas também contraiu a Doença de Chagas.

O número apresentado como estimativa para a quantidade de infectados pelo *T. cruzi* no Brasil atualmente é entre dois e três milhões, sendo que a Tripanossomíase americana é a quarta maior responsável pela morte de pessoas com doenças infecciosas e parasitárias, em números, é a causa de morte de 10,8% entre as demais enfermidades parasitárias (BUCCHERI,2015).

Inquéritos centrados na região Sul evidenciaram que existe uma distribuição de vetores da Doença de Chagas nesse local, em especial foram encontrados triatomíneos da espécie *Triatoma infestans*. No Paraná, especialmente, constatou-se duas áreas intermitentes com a presença do vetor, sendo elas na região norte e oeste do estado. O estudo também destacou que a presença do vetor não é um fator determinante para a disseminação da Doença de Chagas, mas também deve-se relevar condições variadas, tais como modos de vida carentes e efetividade das atividades de saúde (SILVEIRA,2011).

Entre os anos de 1999 e 2007 cerca de 9 milhões de certidões de óbito brasileiras foram constatadas, desses documentos apresentavam aspectos epidemiológicos de mortes ligados à Tripanossomíase aproximadamente 54.000 (0,6%) certidões, o que significa uma taxa de

mortalidade média de 3,36 / 100.000 habitantes / ano, sendo a grande maioria (97,2%) promovida pela forma crônica da patologia. Além disso, os infectados falecidos com a Doença eram na maioria homens (57%) com idade maior de sessenta anos que são características comuns com o caso a ser relatado, tornando-o ainda mais notório (MARTINS-MELO, 2012).

Recentemente, a Doença de Chagas vem tendo uma diminuição relevante de casos notificados, isso se deve especialmente aos efetivos métodos de controle da transmissão vetorial, em destaque ao Triatoma infestans, assim como os cuidados nas transfusões sanguíneas que passam por análises mais rigorosas. Conquanto, ainda existem milhões de infectados no Brasil, sendo 600.000 dos contaminados portadores de cronicidade cardíaca e complicações digestivas, que levam a uma estimativa de cerca de 6.000 mortes de casos chagásicos em um ano (MARTINS-MELO, 2012).

A maioria das mortes que ocorrem por doença de Chagas no Brasil são causadas pela forma crônica da doença (97%), sendo 85% dessas mortes ocasionadas pela forma cardíaca crônica e 9% pela forma crônica digestiva (MARTINS-MELO, 2012).

Estes dados impulsionam o relato presente, uma vez que mesmo na forma crônica o portador encontra-se em ótimas condições de saúde e mantendo seus hábitos de vida com condições saudáveis.

Considerando a extensa data de porte da infecção por doença de Chagas, assim como levando em consideração as condições de saúde em que o portador vive é possível considerá-lo como um caso raro de porte de Tripanossomíase americana senil. A consciência de seus hábitos de vida, restrições cotidianas e demais complicações e alterações, tais como dieta, exames rotineiros, acompanhamento médico regular e administração de medicamentos de forma consciente são fatores que, quando relatados, contribuirão para outros casos semelhantes à esse, servindo como um modelo disciplinar a ser seguido e explorado para harmonizar-se Doença de Chagas crônica e idade avançada em outros pacientes.

2 METODOLOGIA

O artigo vigente caracteriza-se como pesquisa com seres humanos e submete-se à resolução 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade Assis Gurgacz (FAG) sob o número CAAE: 62192916.4.0000.5219.

Trata-se de um estudo descritivo básico, que relatará de forma detalhada e cuidadosa o caso de um único paciente portador de Doença de Chagas em fase Crônica.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com Martins-Melo (2012) pacientes com idade avançada tendem a desenvolver diversas doenças crônicas, o que lhes conferem um caráter vulnerável que tende a ser agravado quando associado à Doença de Chagas. Isso ocorre devido à frequente demanda de serviços de saúde e medicamentos que expõem o paciente à inúmeros riscos, além de agravar a qualidade de vida do paciente e acentuar seu índice de mortalidade.

Além da faixa etária, também pode ser ressaltado como um fator de risco, padrões comportamentais específicos de gênero, que ponderam uma maior prevalência de Doença de Chagas no sexo masculino. Deve-se destacar também que outros itens influenciam no predomínio da doença, tais como padrões socioculturais e comportamentais (RESENDES, SOUZA-SANTOS, E BARBOSA, 2005).

Quanto aos métodos de contração da Doença, o mais conhecido é pela picada dos Triatomíneos, popularmente ditos como bicho barbeiro, que não nascem infectados com a doença , mas se contaminam com a sucção do sangue de animais infectados. Esses animais passíveis alojamento do protozoário não se restringem aos humanos, podem ser roedores, marsupiais e aves, por exemplo, no entanto, apenas animais mamíferos serão infectados pelo *T. cruzi*. Os triatomíneos alojam-se em locais que constituem a habitação de muitas famílias, tais como telhados com folhas de palma, casas de barro batido, madeira, lenha para acender fogo ou até animais que frequentam o ambiente domiciliar. Este fator favorece o contato dos transmissores com os humanos, já que os Triatomíneos se escondem em frestas, buracos e entulhos. No período noturno eles sugam os animais para obter alimento e defecam posteriormente, essa excreção leva à uma ardência ou coceira, e então quando o paciente coça o local, se infecta, pois facilita a introdução dos tripanossomídeos. Outras vias de infecção importantes incluem transfusões de sangue, transmissão vertical, transplante de órgãos, transmissão oral e acidentes laboratoriais (ARGOLO, FELIX, PACHECO, E COSTA, 2008).

A doença de Chagas é considerada a mais importante infecção transmitida por vetor na América Latina. Estima-se que entre 16 e 18 milhões de pessoas estejam infectadas por *T. cruzi*, e ocorram, pelo menos, 20.000 mortes por ano (CRUZ-PACHECO, ESTEVA, e VARGAS, 2012).

O alojamento dos transmissores nas residências surge devido à elos da cadeia epidemiológica, onde há uma biocenose que ocupa o ambiente domiciliar, e, juntamente com as casas de madeira, fornecem alimento e abrigo para os triatomíneos.

Estudos demonstram que 92,9% dos pacientes com Doença de Chagas Crônica têm conhecimento da forma que foi contraída tal patologia, ou seja, têm conciênciia sobre o método de transmissão do parasita através das fezes dos triatomíneos. Ainda, no Brasil 100% dos entrevistados neste estudo demonstraram saber a forma de transmissão da Doença, sendo que vários destes indivíduos estavam cientes da possibilidade de transmissão congênita da doença. (HERRERA, *et al* 2016).

Cuidados específicos devem ser tomados buscando impedir e prevenir a disseminação da doença, pode-se citar, por exemplo melhorias nas condições de moradia e de vida, modificação do hábito de desmatamento, educação sanitária e controle nas doações de sangue e de órgãos. Também são importantes formas de combate aos triatomíneos a sistematização de campanhas, disseminação do hábito de uso de inseticidas e levantamento das espécies implicadas na doença.

Ademais, deve ser feito o controle da transmissão congênita, sendo que este último tem-se destacado com o progresso da urbanização, uma vez que colabora com a diminuição das demais formas de transmissão. No entanto, os triatomíneos ainda acabam ocupando regiões urbanas pela invasão de florestas e por construções de casas, sendo as más condições de habitação um problema a ser combatido.

Referindo-se ao quadro clínico, a doença pode não apresentar sintomas nos anos iniciais, mas nos primeiros dias após a sucção, usualmente de 4 a 10 dias, ou até algumas semanas, o recém infectado pode apresentar febre, mal-estar, anorexia, inflamação na área da picada, infartamento de gânglios, hepatoesplenomegalia e alterações cardíacas. Junto a isso, como sinais típicos da fase aguda podemos citar o chagoma de inoculação, Sinal de Romanã e edema de pálpebras, é nessa fase que é possível fazer o tratamento, mas, lamentavelmente, ela passa despercebida na maioria das vezes. Então, na fase posterior, fase crônica, o coração e trato digestivo já podem estar gravemente comprometidos, o infectado pode apresentar falta de ar, tonturas, taquicardia, bradicardia e edema nos membros inferiores, além de megacôlon e megaesôfago, e ainda, podem ocorrer alterações hepáticas, linfáticas e nervosas, sendo deficitário o tratamento da doença nessa fase (Rey, 2001).

Pacientes crônicos devem receber uma atenção extra com relação ao atendimento médico, que deve caracterizar-se como prolongado e adequado, com isso é possível constatar-se quais as melhores propostas terapêuticas para o paciente, além de verificar-se qual é o nível de consciência do paciente sobre a própria qualidade de vida (MAGNAN, *et al*, 2007).

A doença de Chagas é caracterizada por uma fase aguda com ou sem sintomas, com (ou mais frequentemente sem) sinais de penetração *T. cruzi* (chagoma inoculação ou sinal de Romaña), febre, adenomegalia, hepatoesplenomegalia e parasitemia patente; e uma fase crônica: indeterminada (assintomática, com eletrocardiograma normal e coração, raios-X do esôfago e cólon) ou cardíaca, digestiva ou formas cardíacas / digestivos. (COURA e BORGES-PEREIRA, 2010)

As modificações decorrentes da Doença de Chagas no trato digestivo são resultantes, principalmente, do comprometimento do plexo mientérico de Auerbach, responsável pela inervação do trato gastrointestinal, formando o sistema nervoso entérico. Esse plexo nervoso se degenera quando é submetido à um processo inflamatório e então, seu número de células nervosas diminuem, ocasionando um fenômeno denominado desnervação, que atinge dois órgãos usualmente, o colo distal e esôfago. Essa alteração prejudica tanto o esfíncter distal, quanto os movimentos peristálticos que propelem o conteúdo semi-sólido, levando à uma incoordenação motora, acalasia esfincteriana, retenção de alimentos e fezes e hipertrofia muscular, que resultam em dilatação e formam o megacolon e megaesôfago, típicos da Doença de Chagas (REZENDE, 1997).

É notório o fato de que a doença de Chagas, por milhares de anos, foi declarada como uma patologia existente apenas nas Américas, principalmente a América Latina, que tem-se representado endêmica. No entanto, devido à extensa mobilidade da população, com situações como migrações, passeios e até adoções infantis, tem-se verificado uma expansão da Doença, que passou a atingir e expandir-se entre a região europeia, ocidental e as demais américa. Este marco representa um grande desafio para os profissionais de saúde que, frente à falta de experiência e pouco conhecimento sobre o controle da doença, têm que se enquadrar em novos métodos de tratamento e precauções para evitar nocividades impactantes. (Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases: first WHO report on neglected tropical diseases 2010).

Atualmente, o tratamento para a Doença de Chagas é baseado em dois compostos, o benzonidazol e nifurtimox, que apresentam uma maior eficácia na fase aguda da doença (Herrera, *et al*, 2016). No entanto, ainda tem-se muito a desenvolver em relação ao tratamento da doença, uma vez que esses medicamentos citados podem desenvolver efeitos colaterais e resistência à deformação do parasita. No entanto, apesar desses tratamentos, que muitas vezes são eficazes, a doença de Chagas vêm se desenvolvendo como um problema de saúde, especialmente em áreas não-endêmicas, em função do crescente movimento populacional, associado à detecção precoce e tratamento subutilizado de indivíduos assintomáticos (ANIS RASSI E MARIN-NETO, 2010).

4. RELATO DO CASO

S.M.. 62 anos, masculino, agricultor, casado, ensino fundamental incompleto, residente em Cruzeiro do Oeste – PR, natural de Maringá - PR, onde refere contaminação por Doença de Chagas, há 55 anos, através da picada do “bicho barbeiro”, vetor da doença. Relata como sintomas iniciais soluços, disfagia, regurgitação alimentar com piora em decúbito e emagrecimento, com início há 40 anos, nega sinais e sintomas até então. Relata que suspeita clínica foi confirmada por exames complementares, especificamente o Machado Guerreiro (sorologia para *Trypanossoma cruzi*), segue com acompanhamento ambulatorial desde então. Refere contaminação de mais 3 familiares que residiam em locais próximos ao dele na época. Exames negam alterações cardíacas. Paciente apresenta apenas manifestações do trato gastrointestinal confirmados por exames complementares tais como endoscopia e manometria, os resultados identificam acalasia, megacôlon, fecalomia (figura 1) e megaesôfago (figura 2). Paciente refere ter sido submetido duas vezes à dilatação com balão pneumático para relaxamento do esfíncter inferior do esôfago que se apresentou com ausência de contrações peristálticas reguladas com a deglutição, sendo o último procedimento realizado há 12 anos. Relata atualmente dificuldade na ingestão alimentar com sensação de “retenção do alimento no peito”, de início intermitente, inicialmente para líquidos, com progressão para alimentos sólidos. Refere também leve dor torácica, hábito de vida restrito, alimentação controlada e orientada à alimentos pastosos, nega uso de qualquer medicamento. Relata prurido bipalpebral aliviado com o uso de soro fisiológico. Paciente refere patologias renais e hepáticas, as quais não soube especificar. Realiza seguimento com acompanhamento médico regular, além de suporte em casos de piora clínica e agravamento de suas alterações gastrointestinais. Segue abaixo 3 figuras que ilustram e confirmam as alterações do paciente, segundo exames de imagem endoscópicos e colonoscópicos.

Figura 1 – Colonoscopia feita pela introdução do aparelho somente até o reto médio, demonstra a presença de fecalomia. Mucosa da região examinada sem alterações.



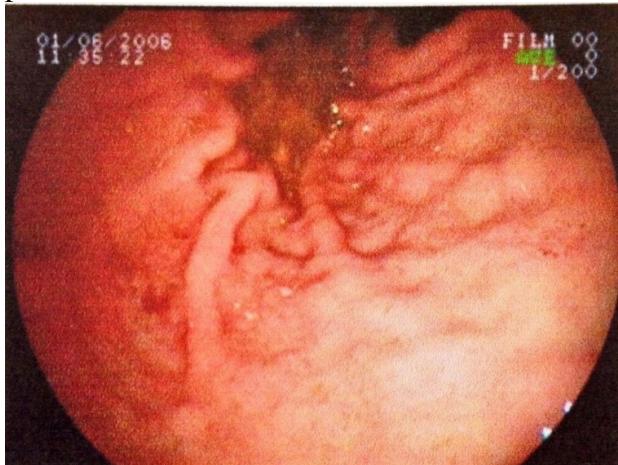
Fonte: Instituto de Gastroenterologia Medicina e Cirurgia de Umuarama

Figura 2 - Pode ser notada dilatação do corpo do esôfago e resistência à passagem do endoscópio para o estômago. Esôfago com calibre e distensibilidade aumentado, motilidade diminuída e mucosa preservada em todo o órgão.



Fonte: Instituto de Gastroenterologia Medicina e Cirurgia de Umuarama

Figura 3 - Mucosa de antro com hiperemia e edema moderados e presença de várias erosões justopilóricas



Fonte: Instituto de Gastroenterologia Medicina e Cirurgia de Umuarama.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente relato utilizou o exame Machado Guerreiro para fechamento do diagnóstico, no entanto, este exame baseado em fixação de complemento encontra-se em desuso atualmente, uma vez que apresenta baixa sensibilidade, baixa especificidade e alta complexidade. Os métodos aplicados no momento atual são hemaglutinação, imunofluorescência e imunoensaio, estes testes apresentam sensibilidade próxima a 100%, mas há possíveis resultados falso-positivos para infecções distintas. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde recomenda que pelo menos dois testes diferentes sejam aplicados para que o diagnóstico laboratorial seja confirmado (ACHA 2009).

O paciente ocupava região endêmica na época de sua contaminação, o que explica a infecção tanto do paciente, quanto dos demais familiares que moravam junto deste. Atualmente, cerca de

12,5% dos brasileiros vivem em regiões endêmicas, sendo que a prevalência da doença é estimada em aproximadamente 1%, no entanto, a Organização de Saúde Pan-Americana estima que há cerca de 2 milhões de infectados no país, fazendo do Brasil o país com maior número de casos entre os países que reportaram a doença (STANAWAY 2015).

No Brasil, apesar da migração procedente da área rural para urbana e do deslocamento internacional influenciarem os dados demográficos dos infectados, a transmissão da doença de Chagas tem diminuído devido à diversas técnicas e fatores contribuintes para a erradicação, foram lançados programas de controle vetorial, houve maior acesso à saúde, melhoria nas condições de vida dos pacientes e medidas sanitárias foram aprimoradas. Um estudo feito em Goiânia – BR, local de alta prevalência da cardiopatia digestiva, reforça os dados apresentados, no qual uma mudança nas condições clínicas dos pacientes com megaesôfago foi constatada, eles evidenciaram que de janeiro de 1998 a dezembro de 2010, a média de idade dos pacientes envelheceu 3 décadas, além disso eles passaram a expressar uma doença menos avançada, com dilatação esofágica de menor calibre, afinal os portadores têm melhor acesso à saúde no nível básico e podem ser encaminhados a níveis secundários e terciários de forma mais efetiva (SOUZA, et al 2013).

Conforme elucidado em estudos, os pacientes portadores de Doença de Chagas têm em média 49 anos, o que condecora uma idade avançada para o portador em discussão, no entanto a grande maioria dos chagásicos são procedentes de locais em que a erradicação do triatomíneo domiciliado ocorreu no mínimo há 30 anos. Junto a isso, muitas comorbidades podem desenvolver-se diante do tratamento crônico da doença, que torna os pacientes mais suscetíveis e expostos desencadeando doenças cardiovasculares, obesidade e diabetes mellitus, as quais podem ter interferência direta ou indireta na evolução da patologia. Diante disso O Ministério da Saúde preconizou que seja destinado um tratamento diferenciado para estes pacientes, uma vez que isto acarretará diminuição de gastos, além de prevenir complicações. Um estudo que comprovou a vulnerabilidade dos pacientes crônicos mostrou que 94% da população avaliada apresentava-se acima do peso, sendo que a média brasileira é de 51%, além disso, mostrou-se que 88% dos portadores com a forma digestiva apresentaram-se com alterações lipídicas, portanto houve uma alta predominância de comorbidades e riscos que desencadeiam doenças crônicas não transmissíveis nesses indivíduos, no entanto, o paciente relatado não está sobre peso e não demonstrou alterações lipídicas em seus exames periódicos, eliminando comorbidades (GERAIX, et al 2007).

Clinicamente, a Doença de Chagas se apresenta na forma cardíaca, digestiva ou mista, sendo que cada configuração encontra-se relacionada ao espaço geográfico ocupado pelos diversos sorotipos do *T. cruzi*, a região central do Brasil é considerada uma área endêmica para o desenvolvimento da Doença de Chagas com acometimento do sistema digestório. O acometimento

digestivo da patologia ainda é mal detalhado em vários locais, no entanto a Cardiopatia Chagásica é amplamente estudada e descrita. O megacôlon é uma manifestação tardia da doença, pois seu acometimento é mais lento quando comparado ao surgimento do megaesôfago. Atualmente, é utilizado o exame de contraste de Bário para diagnosticar a doença de Chagas digestiva crônica, sendo que há uma estratificação em 4 grupos a qual os pacientes são submetidos que varia conforme a gravidade da manifestação (PINAZO, *et al* 2014).

As disfunções do trato gastrointestinal apresentadas pelo paciente demonstrou-se independente do sistema cardíaco, isso ocorre em apenas metade dos pacientes, pois os demais apresentam eletrocardiografia alterada, sendo as alterações mais comuns da doença os bloqueios atrioventriculares, bloqueios intraventriculares, bradicardia sinusal e contrações ventriculares precoces. Entre a população de área endêmica, apenas 15-20% constam com alterações de motilidade, secreção e absorção no trato digestivo, é uma patologia que inicialmente se concretiza com dificuldade no esvaziamento esofágico e trânsito lentificado, seguido de um agravamento que se dá por aumento do calibre do órgão e maior dificuldade no funcionamento fisiológico do sistema digestivo. A fisiopatologia suposta para o desencadeamento deste distúrbio se dá devido à denervação do sistema nervoso autônomo destes órgãos, alguns estudos indicam que esse processo antecede as disfunções de motilidade e que podem ocorrer mesmo com calibre esofágico com tamanho ideal (PRATA 2001).

A fisiopatologia do megacôlon foi detalhada em um estudo notório, que expande ainda mais o entendimento sobre a condição clínica do paciente, foi investigado o Sistema Nervoso Entérico de pacientes infectados pela doença em comparação com o megacôlon idiopático. O resultado mostrou que há uma diminuição da inervação e das células gliais entéricas em ambos os grupos, no entanto, pacientes chagásicos apresentaram maior fibrose na camada muscular lisa e no plexo entérico, assim como exibe maior infiltração linfocítica dos plexos mioentérico. Portanto, pacientes com megacôlon idiopático apresentam modificações de menor abrangência quando comparados com os chagásicos, que possuem intensos desequilíbrios no sistema nervoso entérico (IANTORNO, *et al* 2007).

A acalasia desenvolvida no infectado tem como principal etiologia o dano da inervação dos músculos responsáveis pelos movimentos peristálticos, esse distúrbio impede o correto descimento do bolo alimentar e pode ter causa autoimune, idiopática e infecciosa, sendo este último o caso do portador. Este distúrbio também dificulta a passagem do alimento destinado ao estômago, uma vez que apresenta contração excessiva do esfíncter da região cárdea do estômago. Entre os sintomas ocasionados pela doença, o principal é a disfagia, que progride gerando inicialmente dificuldade na deglutição de sólidos e evoluindo para líquidos, quadro apresentado pelo paciente. Também podem

haver regurgitação alimentar, vômitos, tosse, perda de peso, pirose devido ao cardioespasmo, e sialorreia. Ainda, a enteropatia chagásica além de modificar a atividade motora do sistema digestório, também promove mudanças na absorção intestinal de carboidratos (MENEGHELLI 2004).

Um estudo realizado em Barcelona, Espanha, com 71 indivíduos portadores de Doença de Chagas crônica e 18 pacientes sem a doença, todos provenientes da América Latina evidenciou que um em cada cinco dos envolvidos apresentaram problemas digestivos, porém muitos não eram infectados pela doença e demonstraram sintomas semelhantes àqueles que ocupavam o mesmo espaço geográfico. Diante disso, devido à não especificidade das informações, sorologia é mandatória para a imposição de um diagnóstico e tratamento definitivo. Além disso, mesmo que estudos evidenciem a disfagia como um sintoma específico da doença, existem diversos fatores que confundem o diagnóstico, como doenças gastrointestinais ligadas à dieta e ao estresse, o que reforça o resultado obtido no estudo citado anteriormente, além de evidenciar a importância deste artigo para que o profissional médico conheça os sintomas e epidemiologia da doença e faça sua investigação (PINAZO, *et al* 2014).

A evolução da doença do paciente evoluiu para Megacôlon, portanto entre os sintomas mais frequentes dos portadores está a constipação, considerado a disfunção mais comum em pessoas que apresentam Doença de Chagas. O tratamento deste distúrbio geralmente é sintomático e inclui mudanças dietéticas, hábitos de vida ou até uso de laxantes, raramente é necessário tratamento cirúrgico nesses casos (PINAZO, *et al* 2014).

É relevante destacar que o paciente relatado não apresenta alterações cardíacas, este fato justifica a boa qualidade de vida que o infectado refere, apesar de ser um portador de longo prazo. Conforme foi citado na introdução deste trabalho baseando-se no artigo “Epidemiology of Mortality Related to Chagas' Disease in Brazil, 1999–2007”, de Martins e Melo, a taxa de mortalidade dos pacientes portadores de alterações no trato gastrointestinal é de apenas 9%, fator que também reforça a presente longevidade do paciente.

O tratamento clínico ao qual o paciente em questão é submetido, está indicado em casos em que o procedimento cirúrgico é definitivamente ou temporariamente não recomendado, sendo este último o caso do portador devido ao seu bom quadro clínico. É importante ressaltar também que cardiopatias são contra-indicações para tratamento cirúrgico e são muito comuns em função da idade geriátrica da maioria dos pacientes (KAMII e OLIVEIRA 2005).

A dilatação com balão pneumático referida no texto era considerado o principal tratamento de escolha para a acalasia na época do procedimento, o princípio de seu uso é posicionar o balão no esfíncter esofágico inferior a fim de diminuir o tônus muscular da região, facilitando a passagem

alimentar em direção ao estômago. A desvantagem no uso deste método é a baixa eficácia em pacientes com patologia avançada e o possível aparecimento de refluxo gastroesofágico após o tratamento. Estudos feitos em Ribeirão Preto – SP, mostram que a quantidade de pacientes submetidos à esse procedimento é baixa e raramente esse é usado para tratar chagásicos atualmente (KAMIJI e OLIVEIRA 2005).

Como citado, existem 2 medicamentos usados no tratamento da Doença de Chagas, são eles Nifurtimox e Benzonidazol, sendo que este último é considerado como de primeira escolha, uma vez que apresenta menor quantidade de efeitos colaterais. No entanto, os fármacos são mais efetivos em doenças na fase aguda, pacientes imunossuprimidos, portadores de doença congênita e em crianças com idade inferior à 15 anos. O tratamento é questionável quando o portador se encontra na fase assintomática da doença ou quando evoluiu para Miocardiopatia Chagásica, especialmente após a divulgação de testes que evidenciaram uma falha terapêutica do Benzonidazol na Triagem da Tripanossomíase em portadores de miocardiopatia chagásica (ALPERN , LOPEZ-VELEZ e STAUFFER 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que a Doença de Chagas apresenta um prognóstico indiscutivelmente dependente do diagnóstico precoce, uma vez que o tratamento na fase aguda da doença pode evitar diversos agravos patológicos. A partir da suspeita antecipada, é possível oferecer ao portador uma qualidade de vida melhor devido ao menor número de disfunções que serão prevenidas, além de tornar o paciente menos suscetível e vulnerável. Além da suspeita prematura por parte do profissional médico, o conhecimento social da doença e o autocuidado é indispensável, pois a partir dos sintomas sindrômicos desencadeados pela fase aguda e da compreensão destes, faz-se a busca por atendimento especializado, no qual há uma soma de fatores que determinam o quadro evolutivo do portador.

É indispensável o acompanhamento adequado do paciente com o objetivo de prevenir agravos, especialmente aqueles com idade avançada que além de apresentar maior risco para doenças crônicas, também podem assumir condição física limitada que impede que o autocuidado seja feito de maneira efetiva. A cautela deve ser mantida especialmente naqueles pacientes que são submetidos ao tratamento cirúrgico, pois o pós-operatório está associado à maior ocorrência de complicações.

O tratamento medicamentoso da doença ainda é discutível, algumas vezes são usados apenas em pacientes agudos, já nos casos crônicos são aplicadas medidas suportivas, nas quais as sequelas da doença são abordadas a fim de diminuir o agravamento da condição do paciente.

O portador apresentou-se apenas com as manifestações digestivas, sendo elas megaesôfago e megacôlon, não houveram alterações cardíacas, pois eles evoluem de forma independente. Possivelmente, este seja um fato determinante para que o paciente consiga ter uma boa qualidade de vida, associada a idade avançada, mesmo com tantos anos de evolução.

REFERÊNCIAS

ACHA, R. E. S.; “Doença de Chagas.” **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2009.

ALPERN , J. D., ROGELIO L. V; STAUFFER, M. W.;. “Access to benznidazole for Chagas disease in the United States—Cautious optimism?” **Neglected Tropical Diseases**, 2017.

ANIS RASSI, JR, E JOSÉ ANTONIO MARIN-NETO. “**Chagas disease.**” *The Lancet*, 2010.

ARGOLO, ANA MARIA, MÁRCIO FELIX, RAQUEL PACHECO, E JANE COSTA. **Doença de Chagas e seus principais vetores no Brasil.** Rio de Janeiro: Imperial Novo Milênio; Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças infecciosas e parasitárias:** Guia de bolso. 8 Ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

BUCCHERI, R.; *et al* **Chagasic meningoencephalitis in an hiv infected patient with moderate immunosuppression: prolonged survival and challenges in the haart era.** Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo, vol. 57, n.6, São Paulo, Nov/Dec. 2015.

COSTA, J.; *et al* **Doença de Chagas e seus principais vetores no Brasil.** Rio de Janeiro: Imperial Novo Milênio, 2008.

COURA, JOSÉ RODRIGUES, E JOSÉ BORGES-PEREIRA. “**Chagas disease: 100 years after its discovery. A systemic review.**” *Acta Tropica*, 2010.

CRUZ-PACHECO, G, L ESTEVA, E C VARGAS. “**Control measures for Chagas disease.**” *Math Biosci*, 2012.

GERAIX, J.; ARDISSON, L P.; MARCONDES-MACHADO, J. e PEREIRA, P. C.; “Clinical and nutritional profile of individuals with Chagas disease.” **The Brazilian Journal of Infectious Disease: an official publication of the Brazilian Society of Infectious Diseases**, 2007: 411-4.

GUIU, ISABEL CLAVERIA, JOHANNA CARO MENDIVELSO, HAKIMA OUAARAB ESSADEK, MARIA ASUNCION GONZA LEZ MESTRE, PEDRO ALBAJAR-VIN AS, E JORDI GO MEZ I PRAT. “**The Catalonian Expert Patient Programme for Chagas Disease:.**” *Springer Science*, 2016.

HERRERA, LINDA, et al “Validation of N-myristoyltransferase as Potential Chemotherapeutic Target in Mammal-Dwelling Stages of *Trypanosoma cruzi*.” *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 2016.

IANTORNO, G, et al “The enteric nervous system in chagasic and idiopathic megacolon.” *The american journal of surgical pathology*, 2007: 460-8.

KAMIJI, M. M.; OLIVEIRA, R.B; “Features of Chagas' disease patients with emphasis on digestive form, in a tertiary hospital of Ribeirão Preto, SP.” **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2005: 305-9.

MAGNAN, CLAUDIA, BRUNA GUIMARÃES OLIVEIRA, E ELIANE DIAS GONTIJO GONTIJO. “Representações, mitos e comportamentos do paciente submetido ao implante de marcapasso na doença de Chagas.” *Cadernos de Saúde Pública*, 2007.

MARTINS-MELO, F. R.; et al **Epidemiology of mortality related to chagas' disease in Brazil, 1999-2007.** PLoS Neglected Tropical Diseases 6, e1508, Feb. 14, 2012. _____ **Mortality of Chagas'disease in Brazil: spatial patterns and definition of high-risk areas.** Tropical Medicine e International Health, vol. 7, ed. 9, p. 1066-1075, Sep. 2012.

MARTINS-MELO, FRANCISCO ROGERLÂNDIO, CARLOS HENRIQUE ALENCAR, ALBERTO NOVAES RAMOS JR, E JORG HEUKELBACH. “**Epidemiology of Mortality Related to Chagas' Disease in Brazil, 1999–2007.**” *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 2012.

MENEGHELLI, UG. “Chagasic enteropathy.” **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2004: 252-60.

NEVES, D. P.; **Parasitologia Humana.** 11 Ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

PINAZO, M. J.; LACIMA, G.; ELIZALDE J. I.; POSADA E. J.; GIMENO F. “Characterization of Digestive Involvement in Patients with Chronic *T. cruzi* Infection in Barcelona, Spain.” **Neglected Tropical Diseases**, 2014.

PRATA, Aluzio. “Clinical and epidemiological aspects of Chagas disease.” **The Lancet Infectious Diseases**, 2001: 92-100.

RESENDES, APC, R SOUZA-SANTOS, E CS BARBOSA. “**Hospitalization and mortality from mansoni schistosomiasis in the state of Pernambuco, Brazil, 1992/2000.**” *Cad Saude Publica*, 2005.

REY, L. **Parasitologia.** 3^a. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REZENDE, JOFFRE MARCONDES DE. “**O aparelho digestivo na Doença de Chagas: Aspectos Clínicos.**” *Clínica e terapêutica da doença de Chagas: uma abordagem prática para o clínico Geral* (Fiocruz), 1997: 486.

SILVEIRA, A. C.; **O Inquérito triatomínico (1975-1983).** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. 44, p. 26-32, supl.2, Uberaba, 2011.

SOUZA, D. H.; Mda G VAZ, C R FONSECA, A LUQUETTI, F J REZENDE, e E C OLIVEIRA. “Current epidemiological profile of Chagasic megaesophagus in Central Brazil.” **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 2013: 316-21.

STANAWAY; JEFFREY D. “The Burden of Chagas Disease: Estimates and Challenges.” **Global Heart**, 2015: 139-144.

Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases: first WHO report on neglected tropical diseases. Geneva: 3. World Health Organization, 2010.