

Considerações sôbre a Doença de Chagas (1)

pelo

Dr. Emmanuel Dias (*)

Bem traduz a elevação de vossos intuitos, senhores organizadores do 1º Congresso Médico do Brasil Central, o gesto que tivestes de render tributo à memória daquele que, pelo gênio, pelo saber, pela fé inquebrantável na ciência e pelo patriotismo, foi e será sempre um dos maiores filhos da terra mineira. Simboliza o seu nome uma bandeira de ideal que, empunhada com reverência e convicção, vos guiará, bem como a todos nós, através dos caminhos difíceis que como médicos temos que palmilhar, no afan de prevenir e curar os males que nos assolam.

Carlos Chagas, médico da humanidade pelo seu alto espírito de higienista, guiado por profundo altruismo, foi também um desbravador de incógnitas da nosologia tropical. Devemos a êsse pesquisador da escola de Mangueiras, a êsse dileto discípulo de Oswaldo Cruz, a página máxima da medicina sul-americana. Nele se combinavam à perfeição as características mais apuradas do pesquisador, do higienista e do médico. Buscava nos mestres, nos livros e na natureza o saber, mas tendo sempre presente o propósito de utilizá-lo na elaboração de doutrinas inspiradas de cuja aplicação prática pudessem resultar, como tantas vezes resultaram, benefícios de valia para a saúde da coletividade. Filho do interior, triunfou nos grandes centros mundiais mas para êle teve sempre o espírito voltado. Afligiam-no profundamente os males evitáveis que minam as gentes dos campos, e em páginas comovidas deixou os reflexos dessa aflição que todos devemos compartilhar. Bem acertados andastes erguendo a bandeira de seu nome, pois vos inspirastes no seu próprio pensamento de que «Do passado é o exemplo que edifica e orienta».

Senhores, a doença de Chagas ou esquizotripanose é hoje uma entidade mórbida bem conhecida em muitos de seus aspectos. Compulsai a vasta literatura nacional e estrangeira, a ela referente, e vereis como tem sido

(1) Conferência realizada no 1.º Congresso do Brasil Central e 3.º do Triângulo Mineiro, Araxá 1-7 de setembro de 1949.

(*) Chefe da Secção de Inquéritos e Trabalhos de Campo da Divisão de Estudos de Endemias do I. O. C.; chefe do Pôsto do I. O. C. em Bambuí, M. G.

investigado este grande problema das Américas. Não vos recordarei aqui noções sobre a doença do barbeiro. Desejo apenas alinhar alguns dados demonstrativos da seriedade que entre nós assume o problema dessa endemia, tanto pela frequência como pela gravidade, especialmente no Brasil Central, onde está a exigir de nossos sanitaristas medidas que há muito se impõem.

Conheceis muito bem o interior da grande Minas Gerais, que por sua vez é semelhante ao de outros Estados. Bem sabeis que em imensas regiões rurais predomina a habitação rústica, quase sempre de paredes de barro e pau-a-pique, cobertas de capim ou sapé. Não ignorais também que a *cafú* constitui o *habitat* ideal para a proliferação dos mais nocivos transmissores da doença de Chagas, completamente adaptados à vida nesses domicílios primitivos. Muitos de vós já terão visto choupanas inçadas destes hematófagos obrigatórios que são os "barbeiros". Quando, porém, nelas se aplicam processos adequados de captura, o número de insetos que abandona os esconderijos muitas vezes é surpreendente. Chegamos a contar nada menos que 14.750 triatomas em apenas 13 cáfuas das mais infestadas em Bambuí. Não admira, pois, que ascenda a mais de 100.000 o número de barbeiros capturados nessa e outras localidades pelo Posto de Doença de Chagas do Instituto Oswaldo Cruz. Trabalhos de pesquisadores mineiros, devidos sobretudo a Vianna Martins e José Pellegrino, confirmam que de modo algum se limita àquela região do Oeste a infestação pelos transmissores da esquizotripanose. Muito pelo contrário, ela atinge a pelo menos 204 municípios de Minas Gerais (64,5%). Que não nos sirva de consolo considerar a tremenda extensão da América em que distribuem, na multiplicidade de suas espécies, esses daninhos hematófagos.

Se atentamos agora nas elevadas percentagens em que eles se apresentam infectados pelo *Schizotrypanum cruzi*, que frequentemente oscilam entre 25% e 50%; se consideramos que o homem é uma de suas vítimas preferidas e que a infecção deles é de origem sanguínea; se recordamos as altas percentagens de domicílios rurais infestados; se conhecemos a longa duração da vida e os hábitos desses sugadores insaciáveis e prolíficos, que à noite multiplicam durante anos seguidos as possibilidades de contaminação do homem com suas dejeções carregadas de tripanosomas infectantes, não nos podemos surpreender, ao contrário, devemos esperar, como o afirmava Chagas, a grande incidência da esquizotripanose nas regiões dominadas pelas espécies domiciliares de barbeiros. Onde quer que se tenham empreendido pesquisas sistemáticas baseadas em métodos adequados ao despistamento dos casos crônicos (reação de fixação do complemento, xenodiagnóstico), tem sido verificada a verdade do assêto de Chagas. Porém éle próprio, que

não chegou a presenciar a época dos inquéritos amplos, talvez se surpreendesse diante das cifras impressionantes que tem sido apuradas em muitos lugares. Trabalhos do Instituto Oswaldo Cruz no município de Bambuí revelam a freqüência alarmante da infecção nas populações rurais. Em 1920 reações de fixação do complemento praticadas em sôros de indivíduos não selecionados, foram positivas 780, ou seja, 60,4%, conforme se vê no quadro abaixo :

QUADRO I

Resultados de 1920 reações de fixação do complemento (antígeno de culturas de S. Cruzi) em indivíduos não selecionados do município de Bambuí

LOCAL	TOTAL	POSITIVAS	NEGATIVAS	
Bambuí e arredores.....	184	109	75	59,2
Pedra Branca.....	151	109	42	72,1
Arraial Novo e Faz. S. Vicente .	131	79	52	60,3
Rincão.....	112	69	43	61,6
Medeiros.....	100	77	23	77,0
Caxangá.....	45	33	12	73,3
Diversos lugares.....	567	304	263	53,6
TOTAL.....	1.290	780	510	60,4%

Pedreira de Freitas, trabalhando em zonas rurais de São Paulo e Minas, obteve 511 reações positivas em 996 soros, isto é, 51,3%. Aplicando a mesma reação em praças da 2.^a Região Militar, Faria e colaboradores verificaram 41 soros positivos em 141 (29,07%). Miron de Menezes constatou a positividade da reação em 32 pacientes, dentre 59 de sua clínica cardiológica em Uberlândia (54,2%). Na própria capital mineira Pellegrino e Borrotchin observaram 37 resultados positivos em 181 indivíduos não selecionados internados na Santa Casa (20,4%). Em Uberaba, Rubem Jacomo obteve, em 226 reações, 119 resultados positivos, ou seja, 52,6%. Computando em conjunto êstes resultados, observamos que num total de 2.893 reações feitas em Minas, São Paulo e Goiás, nada menos que 52,5% deram resultado positivo, o que revela portanto altíssima incidência da esquizotripanose nessas regiões do Brasil Central.

Atentai bem na trágica eloquência destas cifras, senhores médicos rurais. Atentai nelas bem, senhores sanitaristas, a quem cabe a grave responsabilidade de zelar pela saúde do nosso povo.

Procurai agora avaliar, à luz de outros dados, a significação da infecção chagásica como fator de primeira grandeza entre os que concorrem para arruinar a saúde do homem rural, reduzindo-lhe a capacidade produtora, roubando vidas, infelicitando lares humildes e desamparados.

Desde os trabalhos básicos de Chagas, Gaspar Vianna, Magarinos Torres, é bem conhecido o tropismo do *S. cruzi* pelo coração. As fibras contracteis são invadidas pelas formas multiplicativas de leishmania, que determinam processo de miocardite agudo que pode ser de intensidade tal, que segundo Torres não é igualado por nenhum outro em patologia humana. Conheceis também os trabalhos clássicos de Chagas, Vilela, Evandro Chagas, que nos dizem das manifestações clínicas da cardiopatia chagásica, das múltiplas alterações do ritmo em que se exteriorizam as lesões do miocárdio devidas à agressão parasitária. Conhecemos hoje, pelos trabalhos do Instituto Oswaldo Cruz no Oeste mineiro, em maior extensão e com mais minúcia, as expressões clínicas e eletrocardiográficas desta infecção, que do ponto de vista clínico é essencialmente uma cardiopatia. Pelo estudo de um grupo numeroso de casos bem diagnosticados, tornou-se conhecido o quadro eletrocardiográfico da cardiopatia esquizotripanósica crônica, que se distingue do das cardiopatias devidas a outras causas. Nesse quadro sobressaem, pela sua freqüência, os distúrbios da condução e da formação do estímulo. Assim, em 208 casos de cardiopatia chagásica crônica estudados em Bambuí, verificou-se que 155 — ou 74,3% — apresentavam distúrbios de condução, entre os quais predominam o bloqueio de ramo direito (43,3%) e os bloqueios aurículo-ventriculares (30,3%). Quanto aos distúrbios da formação do estímulo, sobressaem as extrassistoles ventriculares, que ocorreram pelo menos em 52,9% dos casos. O mais grave, porém, é que alterações eletrocardiográficas indicadoras de lesão miocárdica foram observadas em cerca de 50% dos casos de esquizotripanose crônica da região, segundo dados já publicados. Presentemente, conta o Posto do Instituto Oswaldo Cruz em Bambuí com cerca de 1.600 casos da moléstia, dos quais 780 possuem eletrocardiogramas cuja análise confirma os resultados anteriores.

Assim se confirma a noção de que, pelo menos em nosso meio, a doença de Chagas é uma infecção cardiotrópica por excelência.

Podeis calcular, agora, o que não deve ela representar em todo o interior, onde abundam os insetos que a transmitem. Sabeis que há lugares onde a moléstia incide em 50%, 60% e 70% da população. Sabeis que em certas áreas, a metade dos indivíduos adultos infectados apresenta evidências

eletrocardiográficas de lesão miocárdica. E sabeis ainda que todos os indivíduos atacados pelo agente microbiano cardiotrópico, mas que ainda não apresentam lesão cardíaca manifesta, estão sujeitos a um dia virem a sofrê-la, pelo que com razão devem ser considerados como *cardíacos potenciais*. Tirai vós mesmos as conclusões. Senti, como patriotas, a dôr de saber a tremenda e ainda incompletamente avaliada extensão dêste mal que assola nossa gente. Que outra endemia pode ser mais terrível do que esta que, assim difundida, lesa irremediavelmente o coração de milhares, senão de milhões de nossos conterrâneos? Recordai que nem sequer contamos com o recurso de uma terapêutica etiológica, e ainda mais clamareis pela necessidade inadiável de medidas preventivas, com tanto mais razão quanto sabeis que na prática nada se tem feito até agora. Dar-se-á o caso de estarmos pintando em côres demasiado negras o quadro? Oxalá assim fôra, pois embora exagerado ou pessimista nos estaríamos batendo pela extirpação de um mal real; mas não nos alenta esta esperança, porquanto nos últimos anos se vem acumulando uma série de dados confirmadores dos achados de Bambuí. Da Bahia, de São Paulo, de outras regiões de Minas, depois de bem conhecidas e divulgadas as expressões clínicas e eletrocardiográficas da esquizotripanose, depois de aplicados em maior escala e com mais acerto os seus métodos de diagnóstico de laboratório, têm surgido confirmações relativas à realidade e significação da forma cardíaca da doença de Chagas. Aí está também o testemunho irrecusável da experimentação, que permitiu reproduzir no cão uma cardiopatia esquizotripanósica com caracteres anatômicos, clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos perfeitamente comparáveis ao da cardiopatia humana.

Daremos a seguir alguns informes quanto à mortalidade. À miocardite aguda da moléstia de Chagas são devidas muitas mortes no interior, principalmente de crianças. Em Bambuí 14 casos agudos terminaram pela morte em curto prazo, em 103 casos observados, o que equivale à percentagem de 13,59%. À exceção de um caso que faleceu aos 7 anos, os demais eram de crianças de menos de 5 anos de idade. Por informação pessoal do Dr. Rubem Jacomo, estamos informados de que dos 77 casos agudos que estudou em Uberaba, pelo menos 3 foram fatais. Quanto à cardiopatia crônica, sabemos que o êxito letal é acarretado pela insuficiência cardíaca, ocorrendo também com muita frequência, conforme o assinalou Chagas, a morte repentina. A mortalidade apurada em Bambuí foi de 8% em 487 casos (39 fatais). Dos 37 casos relatados por A. Pondé e colaboradores na Bahia, 6 faleceram (16,2%). Miron de Menezes conta com 4 casos mortais em 32 doentes crônicos observados em Uberlândia (12,5%).

Senhores, outras considerações seriam supérfluas para salientar a gravidade, ainda pouco compreendida, do problema da doença de Chagas no interior do Brasil. Mais do que suficientes são as que acabamos de fazer, para que fique demonstrada a necessidade inadiável de se concatenarem e se concretizarem medidas práticas de combate a essa endemia. A providência mais acertada que no momento pode ser sugerida é a de que um Serviço perfeitamente organizado e que tem dado provas de máxima eficiência, qual seja o Serviço Nacional de Malária, tome a si a tarefa de iniciar o combate aos triatomas. Apraz-nos anunciar que o Instituto Oswaldo Cruz e o Serviço Nacional de Malária breve encetarão no Triângulo Mineiro experiências em larga escala, com o objetivo de estabelecer técnicas de destriatomização domiciliar aplicáveis a grandes áreas rurais. O inseticida que até agora melhores resultados tem proporcionado contra os barbeiros é o «Gammexane», que possui também a vantagem de atuar contra os mosquitos. Aplicado nas cafúas, só ou associado ao DDT, certamente contribuirá para a grande redução, senão a extinção de uns e outros hematófagos, libertando assim as zonas beneficiadas de dois dos maiores males do nosso interior, a esquizotripanose e a malária, além de produzir outros benefícios. Outra sugestão útil, complementar à primeira, é a de que as Secretarias de Saúde e os Departamentos Estaduais de Saúde comecem a proceder desde já, nos respectivos Estados, ao levantamento das áreas infestadas pelos transmissores domiciliares da doença de Chagas, completando o conhecimento das zonas de endemia que em muitas regiões é ainda precário. Facilitarão, deste modo, a planificação e execução de futuras campanhas de “desbarbeirização”.

Carente de brilho próprio, julgamos muito oportuno concluir esta exposição aproveitando o brilho da palavra e do pensamento de Carlos Chagas : “À consciência da Nação, ao zelo e às responsabilidades dos Governos. desde muito denunciaram os médicos, no conselho de sua autoridade e no clamor de seu civismo, o desamparo em que permanece a nossa gente dos campos, essa mesma que trabalha e que produz, gente indefeza nessa vigorosa natureza tropical, em que tanto abundam os fatores da criação e da vida quanto os da destruição e da morte, gente degradada, anemiada, estropiada, estiolada, ainda carente dos recursos da ciência na luta contra a doença e na assistência à saúde, gente a quem faltam tôdas as iniciativas, tôdas as audácias, tôdas as alegrias da vida sadia, e a quem inferiorizam e diminuem, em constante agressão, nesse ambiente climatológico propício, os agentes do

contágio animado, gente abandonada mas resignada, cujo infortúnio implora a piedade dos homens e proclama a imprevidência do Estado».

Senhores Congressistas, terminamos pedindo que aproveis a resolução, que propomos, de que envie o 1º Congresso Médico do Brasil Central e 3º do Triângulo Mineiro uma Moção ao Ministro da Educação e Saúde, chamando sua atenção para êste grave problema brasileiro. Que nela seja solicitado dirija-se Sua Excelência ao Diretor do Departamento Nacional de Saúde e ao Diretor do Serviço Nacional de Malária, bem como a tôdas as Autoridades que julgue necessário ou conveniente, recomendando-lhes providências para sejam lançadas as bases efetivas de uma campanha redentora, que poderá ser longa e penosa, mas que devemos reclamar em nome de milhares e milhares de humildes compatriotas nossos.