



Desafios para o controle da Doença de Chagas na Atenção Primária à Saúde.

Lucas Correa Modesto¹, Ana Sofia Moraes de Aviz¹, Vinícius Adriano Coelho Amaral¹, Willian da Costa Lobo¹, Yuri do Carmo da Silva¹, Thayse Moraes de Moraes².

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

A Doença de Chagas apresenta-se como uma moléstia que afeta diversos órgãos e tecidos, sobretudo o sistema nervoso central e o coração, tanto de forma aguda quanto de forma crônica, sendo causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, cujo principal vetor é o *Triatoma infestans*. O objetivo central do trabalho é identificar os principais entraves encontrados pela Atenção Primária à Saúde no controle da Doença de Chagas no Brasil. Para tal, fez-se uma revisão integrativa de literatura, selecionando-se estudos disponíveis nas bases de dados Medline, Scielo, Lilacs e ScienceDirect. Foram incluídos 20 estudos para a revisão após criteriosa avaliação. Os estudos destacaram a importância da Atenção Primária e da implementação de planos de ação bem embasados para o controle da Doença de Chagas nacionalmente, bem como salientaram a insuficiente capacitação dos profissionais no que tange o manejo da moléstia, os baixos níveis educacionais da população e dificuldades relacionadas ao diagnóstico e tratamento como principais desafios para se alcançar esse fim. Conclui-se que a Atenção Primária à Saúde é imprescindível para o apropriado manejo da enfermidade de Chagas no Brasil, bem como seus principais desafios envolvem questões atreladas à capacitação profissional, falta de infraestrutura para realização de diagnósticos e acompanhamentos de boa qualidade, além de problemas socioeconômicos.

Palavras-chave: Desafios, Doença de Chagas, Atenção Primária à Saúde.

Challenges for the control of Chagas Disease in the Primary Health Care.

ABSTRACT

The Chagas Disease is caused by the protozoan *Trypanosoma cruzi* and its main vector is the *Triatoma infestans*. The disease affects several organs and tissues on the host's body in both acute and chronic form, especially the central nervous system and the heart. The main objective of this study is to identify the most prominent challenges for controlling Chagas Disease on Primary Health Care in Brazil. This study is an integrative review, the research was made using the data bases Medline, Scielo, LILACS and ScienceDirect using the descriptors "Chagas Disease" and "Primary Health Care". After rigorous filtration, 20 studies were included in the review. They highlighted the importance of the Primary Health Care and well-drawn plan of actions to the national control of Chagas Disease, as well as the insufficient capacitation of the health professionals, the population's low educational levels and difficulties related to the diagnosis and treatment as the main challenges to mitigate the situation of the infirmity. Therefore, the Primary Health Care is indispensable for controlling the Chagas Disease in Brazil and its most prominent challenges are the lack of health professional's capacitation to handle the illness, the lack of infrastructure for diagnosis and adequate treatment, as well as other socioeconomic problems.

Keywords: Challenges, Chagas Disease, Primary Health Care.

Universidade do Estado do Pará – ¹Docentes da Universidade do Estado do Pará. ² Professora da Universidade do Estado do Pará.

Dados da publicação: Artigo recebido em 20 de Junho, aceito para publicação em 10 de Julho e publicado em 26 de Julho.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n3p1321-1346>

Autor correspondente: Lucas Correa Modesto lucasmodesto8@gmail.com



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) é uma moléstia que, no Brasil, possui caráter predominantemente endêmico. Seu agente etiológico é o protozoário *Trypanossoma cruzi* e seu principal vetor é o besouro “barbeiro”¹. Ademais, cabe pontuar que a evolução da patologia é, comumente, dividida em uma etapa aguda e uma crônica, trazendo agravos severos à saúde do paciente afetado, tais quais cardiopatias e hepatoesplenomegalia. Na etapa aguda, o protozoário se prolifera rapidamente e se localiza em diversos órgãos e tecidos do corpo, com destaque ao coração e ao sistema nervoso central, levando ao aparecimento de sintomas como febre e mal-estar. Após esse aumento numérico do parasita, um número máximo – o qual é extremamente variável – é atingido e, após isso, a população do flagelado no sangue decai paulatinamente, haja vista ele passar a parasitar principalmente outros tecidos, caracterizando o estágio crônico da enfermidade²⁻⁴.

Os exames de sangue permitem o diagnóstico da Doença de Chagas e o agente causador pode ser descoberto mediante a utilização de métodos laboratoriais de visualização, bem como pela presença de anticorpos no soro. Outrossim, alguns testes específicos possibilitam tal observação e/ou a confirmação, como é o caso da Imunofluorescência Indireta (IFI), da Hemaglutinação Indireta (HAI) e de enzimas (ELISA), dos testes moleculares utilizando reação em cadeia da polimerase (PCR) acoplado à hibridização com sondas moleculares, e do "western blot". Contudo, os métodos mais precisos são também mais custosos, o que representa um desafio para o controle da tripanossomíase em virtude do baixo direcionamento de recursos¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, coletivas e familiares que envolvem promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, dentre outras coisas, desenvolvidos por meio de práticas integradas e por gestão qualificada. Deve ser feita por equipes multiprofissionais competentes e dirigida à população em um território definido, sobre os quais essas equipes devem atuar. Outrossim, a APS configura a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), servindo como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços ofertados pela rede⁵.

Estipula-se que a APS deve prestar atendimento que satisfaça de 80% a 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida. Entretanto, a baixa oferta de recursos humanos e financeiros, em conjunto com outros fatores como a falta de orientação populacional, obstam a expansão e atuação adequada desse nível de atenção⁶.

A Doença de Chagas afeta, sobretudo, populações vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. Estipula-se que cerca de 6 milhões de pessoas no mundo estão infectadas pelo *Trypanossoma cruzi*, a maior parte delas presente em regiões endêmicas da América Latina. O número expressivo de portadores da Doença de Chagas é corroborado pelo estudo de Alves et al. (2018), que aponta para uma população de 2 a 3 milhões¹. Além disso, nas Américas, a moléstia em questão é aquela que possui a maior carga de mortalidade e “anos de vida perdidos ajustados por incapacidade” (do inglês, disability-adjusted life years – DALYs), indicadores alarmantes e que chamam atenção para a necessidade de combatê-la⁷.

Nesse sentido, destaca-se que um dos fatores a ser considerado como correlacionado a doença é a condição socioeconômica, suscitando-se a pobreza, desigualdade social e a falta de acesso aos serviços de saúde como fatores de vulnerabilidade que levam a um maior número de infectados nessas condições⁸.

Embora a incidência anual e a prevalência da doença em questão tenham diminuído devido a mecanismos de controle e melhorias na qualidade de vida, o cuidado dos portadores de Chagas ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS) devido, principalmente, a barreiras no diagnóstico e no tratamento. No país, a recomendação é que os afetados sejam acompanhados longitudinalmente na APS por intermédio de consultas periódicas e, quando necessário, sejam referenciados para serviços de maior complexidade. Nesse sentido, salienta-se que a expansão dos serviços ofertados pela APS para regiões mais vulneráveis, realizada principalmente pelos esforços da Estratégia de Saúde da Família (ESF), contribuiu em muito para que pacientes com a Doença de Chagas tivessem acompanhamento⁷.

Não obstante, ainda há desequilíbrio nesse acesso, haja vista as verbas públicas não serem apropriadamente direcionadas e a distribuição dos serviços não se dar de maneira exemplar, o que configura um obstáculo encontrado pelo combate à enfermidade no país. Ademais, a equipe de Saúde da Família (eSF) muitas vezes

necessita desenvolver ações sem os suportes organizacional e financeiro adequados e prestar serviços sem a apropriada capacitação⁷.

A prevenção constitui-se como a melhor forma de combate à doença, tendo em vista a inexistência de vacinas para a cura. Sendo assim, a utilização de inseticidas com o fim de combater os vetores e a construção de moradias não propícias para a proliferação dos vetores são algumas medidas preventivas eficazes¹.

O desenvolvimento de planos de ações de combate à Doença de Chagas está dentro do horizonte de funções que a APS deve exercer, justamente por demandar diagnóstico, análise e controle, prevenção, tratamento, educação, referência (quando necessário) e monitoramento. Dessa maneira, caso o apoio adequado seja conferido, é possível reduzir as despesas gastas com o manejo desses pacientes, bem como conferir-lhes o devido apoio biopsicossocial e evitar a sobrecarga dos serviços de maior complexidade⁹.

Portanto, tendo-se em vista a importância da APS para controlar a patologia em questão e que ela encontra diversos desafios para o fazer, é crucial analisar-se quais são os principais obstáculos ao melhoramento do embate à doença para que possam ser contornados. Nesse sentido, esse estudo propõe-se a realizar tal tarefa, buscando analisar as evidências disponíveis que retratem quais os principais desafios encontrados pela Atenção Primária à Saúde no controle da Doença de Chagas no Brasil e facilitar o desenvolvimento de medidas apropriadas para enfrentar a enfermidade.

METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, protocolada na plataforma FigShare, haja vista que tal modelo de pesquisa permite a formulação de conclusões gerais a respeito de determinada área de estudo, mediante síntese de múltiplos estudos publicados. Para alcançar esse objetivo, foram seguidas seis etapas: 1) identificação da questão de pesquisa; 2) busca em literatura; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; 5) interpretação dos resultados; 6) apresentação da revisão¹⁰.

Para nortear a busca, foi elaborada a questão de pesquisa por intermédio da estratégia PICo (População, Interesse e Contexto): P - Pessoas com Doença de Chagas;

I - Identificação dos principais desafios relacionados ao controle da DC; Co - Persistência da incidência da DC. Esse acrônimo possibilita a realização de uma busca efetiva a partir da elaboração de uma questão de pesquisa esclarecedora para direcionar o estudo de acordo com os objetivos propostos¹¹, o qual permitiu a formulação da seguinte questão norteadora: "Quais os principais desafios a serem enfrentados pela atenção primária à saúde no controle à Doença de Chagas?".

Outrossim, como não se utilizaram nenhum prontuário ou outros dados que não sejam de livre acesso e demandem a assinatura do Termo de Consentimento do Uso de Dados (TCUD), além de que experimentos a humanos ou animais não foram realizados, não haverá necessidade de se submeter este trabalho ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP).

Foram incluídos no estudo artigos publicados em português, inglês e espanhol, artigos na íntegra que retratem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos cinco anos. Foram excluídas pesquisas no formato de cartas e editoriais, estudos repetidos, teses, dissertações, revisões de literatura e aqueles não condizentes com o objetivo da revisão. Além disso, a fim de se facilitar a revisão, os estudos foram classificados de acordo com sua ordem de análise em "E01", "E02" e assim sucessivamente.

A seleção dos estudos foi realizada no ano de 2022, mediante busca online de publicações científicas que responderem às questões da pesquisa, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ScienceDirect, Biblioteca Eletrônica Científica Online (SCIELO) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). Para a busca, realizou-se o cruzamento, em todas as fontes supracitadas, dos Descritores da Ciência da Saúde (DeCS) nos idiomas português, "Doença de Chagas" e "Atenção Primária à Saúde", e inglês, "Chagas Disease" e "Primary Health Care", empregando o operador booleano "AND".

Foram lidos, inicialmente, os títulos e os resumos dos artigos resultantes do cruzamento dos descritores, com o intuito de excluir aqueles que estiveram duplicados em diferentes bases de dados ou que não foram pertinentes para este estudo. Os 20 artigos escolhidos após essa seleção foram analisados a partir de uma leitura minuciosa, a fim de identificar as informações mais relevantes para o estudo, as quais

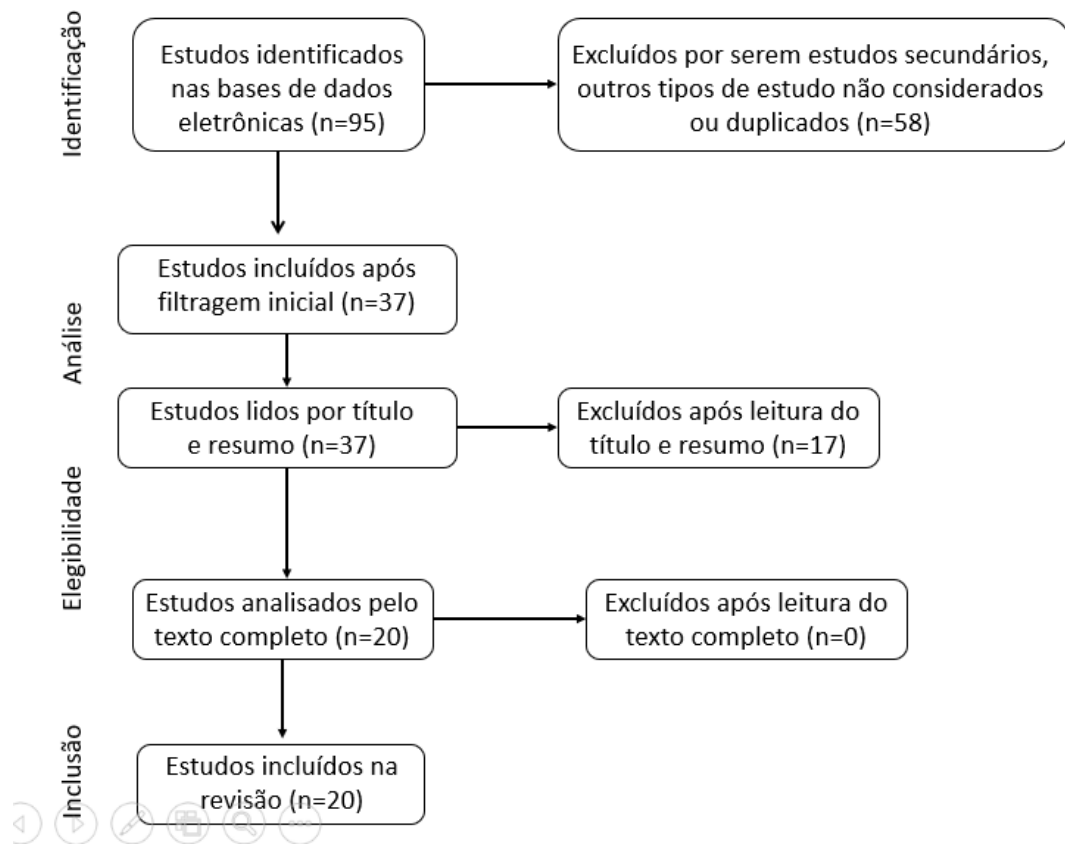
foram exploradas de forma descritiva, possibilitando observar, contar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema abordado na revisão.

Para avaliar a qualidade desta revisão, os artigos selecionados foram classificados conforme os sete níveis hierárquicos de evidência¹². No primeiro nível, as evidências provêm de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos controlados randomizados pertinentes, ou de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados randomizados; no segundo, provêm de ao menos um ensaio clínico controlado bem delineado; no terceiro, de ensaio clínico controlado sem randomização; no quarto, de estudos de coorte ou de caso-controle bem delineados; no quinto, são oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; no sexto, advêm de um único estudo descritivo ou qualitativo; no nível sete, provêm de opiniões de autoridades e/ou relatório de comitês especialistas.

RESULTADOS

No quadro 1, fez-se um sumário da amostra dos estudos que compuseram a presente pesquisa, incluindo-se informações acerca de seus autores, ano de publicação, objetivo(s), metodologia, resultados e nível de evidência. Ademais, averiguou-se quais desafios foram os mais mencionados em cada artigo analisado.

Figura 1. Fluxograma de identificação de inclusão dos estudos que abordam sobre os desafios encontrados pelo controle da Doença de Chagas, segundo modelo PRISMA, período 2017 – 2022.



Fonte: elaborada pelos autores.

Quadro 1. Síntese dos estudos com objetivo, metodologia, resultados, desafios destacados e nível de evidência (NE).

Cod.	Referência	Objetivo(s)	Metodologia	Resultados	Desafios destacados	NE
E1	Roca-Saumell C, Soriano-Arandes A, Solsona-Díaz L, Gascón J. 2015 ¹³	Definir as características demográficas, epidemiológicas e clínicas das pessoas suscetíveis de estar infectadas por <i>T. cruzi</i> , para facilitar sua detecção e manejo pelo médico da família ou pediatra, integrando o cuidado dos afetados pela DC nos serviços da APS	Realizou-se uma revisão intensiva da evidência científica disponível usando-se o motor de busca PubMed para acessar a base de dados Medline (última revisão data de março de 2014). O documento foi submetido à revisão externa feita por um grupo multidisciplinar composto por profissionais experientes e membros de diversas comunidades científicas, que participaram de forma solidária	A elaboração do documento foi considerada relevante por conta da falta de informação aos profissionais da APS. A implementação de protocolos de atuação se mostrou conveniente mesmo em áreas não endêmicas, como na Espanha. Estender e incrementar os mecanismos de controle vetorial e de diagnóstico é elementar, bem como o tratamento e acompanhamento dos infectados.	Falta de capacitação/informação dos profissionais; Dificuldades de acesso a ferramentas de diagnóstico e continuação de tratamento;	VII



				A APS é fulcral para detecção precoce da enfermidade.		
E2	Damasceno RF, Sabino EC, Ferreira AM, Ribeiro ALP, Moreira HF, Prates TEC, et al. 2020 ⁷	Explorar os desafios que os médicos da família enfrentam no cuidado dos pacientes com DC em uma área endêmica no Brasil com alta cobertura de serviços da APS.	Estudo qualitativo. Um grupo focal com 15 médicos de família foi realizado em um município participante de uma coorte multicêntrica que acompanha quase dois mil pacientes com DC em uma região endêmica no Brasil.	Os seguintes desafios para o cuidado de pacientes com DC foram apontados: capacitação médica insatisfatória; incertezas quanto ao tratamento na fase crônica da doença; dificuldade de acesso dos pacientes ao atendimento especializado quando necessário; e a banalização da doença pelos pacientes como barreira à procura de atendimento.	Falta de capacitação/informação dos profissionais da saúde; Incertezas quanto ao tratamento a ser adotado na fase crônica da doença; Baixo acesso dos pacientes ao atendimento especializado; Baixa informação popular a respeito do tema, diminuindo a procura por atendimento;	VI
E3	Requena-Méndez A, Bussion S, Aldasoro E, Jackson Y, Angheben A, Moore D, et al. ¹⁴	Avaliar economicamente o rastreio sistemático da DC na população latinoamericana frequentando os centros de atenção primária na Europa	Foi construído um modelo de árvore de decisão que comparou a opção de teste (triagem de indivíduos assintomáticos, tratamento e acompanhamento de casos positivos) com a opção sem teste (triagem, tratamento e acompanhamento de indivíduos sintomáticos).	A opção de testagem e rastreio se mostrou mais benéfica no quesito relação gastos/QALYs ganhos quando comparada à opção de não testar as populações latino-americanas. Dessa maneira, o rastreio de populações vulneráveis se mostra benéfico quando comparado à opção de não rastrear.	Possibilidade de não adesão e continuidade ao tratamento.	IV
E4	Hashimoto K, Zúniga C, Nakamura J, et al. 2015 ¹⁵	Analisar retrospectivamente os efeitos e o processo de integração de um sistema de vigilância de vetores da DC em centros de saúde em Honduras.	Avaliou-se os efeitos da integração em seis locais piloto no oeste de Honduras durante 2008–2011 em; desempenho da vigilância; conhecimento, atitude e prática em escolares; relatos de infestação por triatomíneos e resposta institucional; e soroprevalência em menores de 15 anos.	O desempenho geral da vigilância melhorou consideravelmente. O Programa Nacional de Chagas facilitou mudanças, com distribuição adequada de responsabilidades, modelagem participativa, treinamento e avaliação. As tarefas de cuidados de saúde podem ser simplificadas, padronizadas e transferidas para	Falta de capacitação/informação dos profissionais da saúde; Não difusão do controle vetorial, ao menos não como se deveria; Baixa informação popular a respeito do tema, diminuindo a procura por atendimento e compreensão dos riscos que os triatomíneos representam;	IV



				peçoal menos especializado em ambientes com recursos humanos limitados.		
E5	Mendicino D, Stafuza M, Colussi C, Del Barco M, Streiger M, Moretti E. 2014 ¹⁶	Avaliar a confiabilidade e possibilidade de uso de teste de imunocromatografia para o rastreio de DC em uma área endêmica rural	Avaliou-se a habilidade de profissionais com e sem habilidades laboratoriais para realizar imunocromatografia (IC) para detectar DC em um centro de APS, bem como a performance desse teste para o rastreio comparando-os aos métodos clássicos ELISA e IHA.	O estudo mostra que a taxa de concordância entre a sorologia convencional e a IC foi alta. Mesmo profissionais não treinados foram capazes de realizar o teste após instruções básicas e de o lerem adequadamente, podendo ser usado em centros de APS. A performance desse tipo de teste avaliado no estudo é aceitável para uso no rastreio da DC na América.	Baixa infraestrutura ofertada às regiões endêmicas rurais e seus centros de APS; Falta de capacitação profissional para manuseio e realização de testes para diagnóstico; Outras dificuldades atreladas ao rastreio e ao monitoramento da DC	IV
E6	Sartor P, Colaianni I, Cardinal MV, Bua J, Freilij H, Gürtler RE. 2017 ¹⁷	Avaliar a eficácia de uma estratégia inovadora para ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da DC em uma área rural vulnerável	O programa de tratamento não-randomizado incluiu oficinas participativas, capacitação dos profissionais de saúde locais, diagnóstico por sorologia, PCRs quantitativos e qualitativos, um tratamento de 60 dias com benzonidazol e acompanhamento.	Foram realizados diagnósticos séricos e ofertados tratamentos que cobriram grande parte da população local. 85% dos 78 pacientes elegíveis completaram o tratamento com 97% de adesão medicamentosa. RAMs ocorreram, mas grande parte delas foi manejável. O sistema de saúde do local enfrentou muitas dificuldades durante a condução do estudo e tratamento da DC, como falta de profissionais médicos e veículos para transporte dos pacientes necessitados até o hospital local.	Falta de capacitação/informação dos profissionais da saúde; Não difusão do controle vetorial, ao menos não como se deveria; Baixa informação popular a respeito do tema, diminuindo a procura por atendimento e compreensão dos riscos que os triatomíneos representam;	IV
E7	García GSM, Souza EA, Araújo VM, Macedo MSS, Andrade RMA, Ferreira PR, et al. 2022 ¹⁸	Caracterizar conhecimentos, práticas e experiência profissional de agentes	Estudo de caso descritivo e exploratório, envolvendo agentes comunitários de	80,7% dos participantes atuam há pelo menos 12 anos, sem participação prévia em processos de	Precária capacitação profissional acerca do manejo de DC;	IV



		comunitários de saúde (ACS) e agentes de controle de endemias (ACE) sobre hanseníase e doença de Chagas (DC), durante participação em oficina de formação integrada no projeto IntegraDTNs-Bahia.	saúde e agentes de controle de endemias. Realizaram-se oficinas de formação sobre o papel desses agentes no manejo da hanseníase e DC e, aplicaram-se questionários para se avaliar seus conhecimentos e práticas sobre o manejo dessas doenças.	formação conjunta. O desenvolvimento de ações educativas para a DC foi mais frequente para ACE. Quando perguntados sobre formas de reconhecimento das doenças, para a doença de Chagas a expressão “não sei” foi a mais relatada (17 vezes).		
E8	Peres TAF, Oliveira SF, Gomes DC, Prado IGN, Lima GLR, Soares LC, Limongi JE. 2022 ¹⁹	Caracterizar os casos de doença de Chagas quanto ao estadiamento cardíaco e prognóstico de morte, e com base nisso, propor o seguimento dos casos na atenção primária à saúde (APS).	O estudo transversal usou dados secundários dos prontuários de pacientes com cardiomiopatia chagásica crônica (CCC). Foi aplicada a regressão logística para estimar os <i>odds ratios</i> (OR) brutos e ajustados.	Os casos com maior risco de morte estavam associados com maiores índices de hospitalizações, tempo de internação, visitas ambulatoriais e serviços de emergência. Ao analisar-se os prontuários em dois momentos, a maioria deles permaneceu no estágio inicialmente avaliado e eram formas leves. Os resultados apontam para o papel da APS como protagonista no seguimento longitudinal de CCC no Brasil.	A baixa qualidade de vida, gastos médicos e o impacto na vulnerabilidade social gerada pelas incapacidades decorrentes da DC prejudicam a vida dos pacientes que já contraíram a doença;	IV
E9	Rojas-Gullosa AC, Montenegro Lopez D, González-Zapata A, Sánchez-Lerma L, Suarez-Izquierdo W, Pacheco S, Fragozo PJ, Omeñaca C. 2021 ²⁰	Avaliar a reprodutibilidade com padrão-ouro de teste de diagnóstico rápido para detecção de anticorpos para <i>T. cruzi</i> ; e propor um algoritmo para diagnóstico de DC sob o conceito de teste no ponto de atendimento em uma área com acesso limitado a serviços de saúde	Um estudo transversal foi realizado para detectar anticorpos contra <i>T. cruzi</i> em 151 voluntários indígenas pertencentes a três grupos étnicos da Sierra Nevada de Santa Marta, Colômbia. Testes rápidos-PDR SD BIOLINE Chagas Ab foram implementados no campo versus confirmação no laboratório usando dois métodos sorológicos	Os participantes testados positivos para DC foram acompanhados por um programa de observação que fornece serviços de saúde. Os fatores predisponentes para a persistência dos focos de infecção e reinfeção humana com <i>T. cruzi</i> que são evidentes em SNSM estão relacionados à sobreposição dos ciclos selvagem e doméstico de transmissão de parasitas e às configurações	Falta de meios para realizar diagnóstico e iniciar tratamento oportuno; Baixa informação popular a respeito do tema, diminuindo a procura por atendimento e compreensão dos riscos que os triatomíneos representam;	IV



			padronizados (ELISAs).	culturais dos assentamentos indígenas, que facilitam o estabelecimento dos principais vetores. O RDT SD BIOLINE se mostrou eficaz para diagnóstico, fazendo desse teste uma opção viável em áreas sem a infraestrutura adequada para os outros testes.		
E10	Guisantes Jorge A., Ferreira Ciro, Segura Sebastián, Gómez Jacqueline, Pereyra Gustavo, Turnes Antonio. 2021 ²¹	Descrever o desenvolvimento do Hospital Regional de Tacuarembó (HRT) e sua importância para incrementar a saúde na região	O estudo apresenta o caso do HRT, tendo caráter, pois, descritivo. Narra o processo de desenvolvimento do hospital, sua importância para a saúde regional e que impactos ocasionou.	O HRT colaborou ativamente no combate à doença de Chagas em Tacuarembó. A criação da Policlínica de Doença de Chagas facilitou o acompanhamento dos pacientes em estudo e o combate à zoonose. Testes sorológicos foram usados para acompanhar a queda da prevalência da DC. Por sua vez, os índices de infestação domiciliar por triatomíneos caíram de 16% em 1985 para 0,7% em 1996, como resultado do combate domiciliar ao vetor em conjunto com plano de melhoria das habitações rurais.	Precários meios de diagnóstico e tratamento; Condições insalubres de moradia que facilitam a proliferação dos triatomíneos;	VI
E11	Pinheiro AKC, Nogueira LMV, André SR, Rodrigues ILA, Trindade L de NM, Oliveira APR de. 2021 ²²	Analisar o perfil das doenças infecciosas em população ribeirinha relacionando com a rede de atenção primária à saúde.	Estudo epidemiológico, com dados de doenças infecciosas notificadas/confirmadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação entre 2013-2017 e da rede de atenção primária da região ribeirinha de	No período de 2013 a 2017 foram confirmados 393 casos de doenças infecciosas na região ribeirinha de Abaetetuba, sendo 70 de doenças de Chagas. A eSFR atende à população de quatro comunidades, e a UBSF oferece serviços a 12 ilhas,	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade; Número limitado de profissionais de saúde em áreas de risco; Meios limitados de locomoção das equipes de saúde para acessarem as residências dos pacientes que não	IV



			Abaetetuba-Pará-Brasil. Análise descritiva com o Qui-quadrado de Pearson, $p \leq 0,05$.	sendo que a necessidade de deslocamento dos moradores e as equipes reduzidas configuram entraves ao controle da DC	podem se deslocar; Condições socioeconômicas populacionais precárias; Investimentos insuficientes para uma melhor infraestrutura e efetivação do acesso aos serviços;	
E12	Rodrigues FCS, Souza ICA, Araújo AP, Souza JMB, Diotaiuti LG, Ferreira RA. 2020 ²³	Apreender a percepção dos coordenadores da ESF e dos ACSs sobre o conhecimento a respeito da doença de Chagas e dos serviços de saúde relacionados nos municípios da microrregional de saúde de Itaúna, em Minas Gerais, Brasil.	Foram aplicados questionários semiestruturados aos ACSs e realizados grupos focais com os coordenadores da ESF em quatro municípios que compõem a microrregional de saúde de Itaúna, a qual é pertencente à Superintendência Regional de Saúde (SRS) de Divinópolis.	Foi observado que, entre os profissionais, há ausência de informações básicas relacionadas à DC; inexistência de um protocolo de serviço; há ineficiência dos serviços de referência e contrarreferência; ocorre precariedade nas condições de trabalho; há ausência de capacitação dos profissionais e de ações de promoção à saúde nos municípios.	Falta de capacitação/informação dos profissionais; Baixa informação popular a respeito do tema, diminuindo a procura por atendimento; Relaxamento dos programas, ações, promoção e prevenção; Sobrecarga de trabalho e falta de mão de obra; Baixa prioridade orçamentária;	
E13	Cardoso LP, Paiva TR, Nogueira LMV, Guimarães RJPS, Rodrigues ILA, André SR. 2020 ⁸	Analisar a distribuição espacial dos casos de doença de Chagas aguda em um município ribeirinho e relacionar com os serviços de saúde notificantes.	Estudo ecológico, longitudinal, com abordagem quantitativa, que utilizou técnicas de geoprocessamento, realizado com casos de doença de Chagas aguda no município de Abaetetuba/Pará.	A doença está intimamente relacionada às condições sociodemográficas, uma vez que acometeu de forma mais expressiva as pessoas com baixa escolaridade. A população rural habita em território de risco, onde há consumo do açaí com preparo inadequado do suco, contribuindo assim para o alto índice de doenças na região. Baixa capacidade de resposta da atenção primária em saúde no controle da DC, que ficou visível na centralização do diagnóstico em um serviço localizado no	Condições socioeconômicas precárias, sobretudo relacionadas à escolaridade; Habitações em áreas de risco, com cultura de consumo de açaí sem processo de produção higienicamente adequado; Centralização do serviço da APS no perímetro urbano, diminuindo a oferta dele às áreas mais vulneráveis;	IV



				perímetro urbano do município. Essa situação compromete as ações de controle.		
E14	Roberti J, Alonso JP, Rouvier M, Belizán M, Klein K. 2020 ²⁴	Avaliar a percepção das equipes de saúde e da população alvo sobre os facilitadores e as barreiras para enfrentar a doença de Chagas ao nível primário em uma área endêmica na Argentina. Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas e grupos focais em Centros de Saúde Primários em Resistencia, Chaco.	Foram realizadas 12 entrevistas semiestruturadas e grupos focais em Centros de Saúde Primários em Resistencia, Chaco. O estudo foi orientado pelo Quadro Consolidado de Pesquisa para Implementação.	Barreiras relatadas pelos profissionais entrevistados: impressão positiva sobre a intervenção, mas também preocupação sobre a complexidade e efetividade da mesma, em razão da grande quantidade de programas implementados; falta de recursos humanos; e a falta de reconhecimento da DC como problema prioritário. Quanto à percepção dos usuários, constatou-se que o conhecimento sobre a doença, seus efeitos a longo prazo e seu tratamento era escasso. Os profissionais fizeram sugestões como a inclusão de um facilitador da gestão entre os níveis de atenção.	Escasso conhecimento popular a respeito da doença e tratamento; Pouca articulação entre os programas de intervenção à doença; Limitação de insumos, horário e número de profissionais de saúde; Escassa capacitação para abordagem integral da DC; Entraves burocráticos ao direcionamento de insumos e prescrição medicamentosa; Baixa articulação entre os níveis de atenção;	VI
E15	Marchiol A, Forsyth C, Bernal O, Valencia C, Cucunubá Z, Pachón E, et al. 2017 ²⁵	Descrever componentes-chave para o desenvolvimento de um novo, recém-implementado modelo de cuidado para DC na Colômbia	O estudo, de caráter descritivo, procura explicitar os componentes imprescindíveis para o desenvolvimento do modelo de cuidado recém-implementado na Colômbia para o manejo da DC.	O atual Plano Decenal de Saúde Pública da Colômbia permitiu inúmeros avanços no controle da DC. Apesar disso, persistem problemas no tocante ao diagnóstico e cuidado de pessoas infectadas.	Atrasos e perdas de segmento durante diagnóstico; Ausência de diagnóstico e tratamento na APS; Falta de capacitação profissional para manejo da DC; Demoras burocráticas envolvidas na confirmação diagnóstica e início do tratamento; Limitar a realização do tratamento apenas	VI



					a médicos especialistas, excluindo médicos de cuidados primários	
E16	Klein K, Burrone MS, Alonso JP, Rey Ares L, García Martí S, Lavenia A, et al. 2017 ²⁶	Melhorar a distribuição do tratamento etiológico para a DC ao se identificar as barreiras à descentralização do tratamento para o primeiro nível de atenção na Argentina	Um estudo qualitativo, exploratório e descritivo usando entrevistas semiestruturadas de atores-chave pertencentes ao Programa Nacional de Chagas e membros das equipes de saúde na APS, a fim de se identificar as barreiras para o diagnóstico e tratamento da DC em diferentes esferas (administrativa, agentes de saúde e comunidade) que poderiam afetar a estratégia de distribuição descentralizada.	Os principais obstáculos encontrados foram a falta de busca sistemática de casos, a pouca articulação entre os níveis de atenção e atores do sistema de saúde, a falta de capacitação da equipe no que tange o tratamento, o monitoramento dos pacientes e barreiras relacionadas aos pacientes. Foi conduzido um programa piloto de descentralização e se avaliaram estratégias para otimizar a intervenção em grande escala	Baixa prescrição de tratamentos; Falta de disponibilidade de medicamentos na APS; Falta de sistematização no rastreamento de casos; Baixa articulação entre os níveis de atenção e seus profissionais; Baixa capacitação da equipe de saúde acerca do tratamento e monitoramento do paciente;	VI
E17	Limongi JE, Peres TAF, Lima GLR, Soares LC, Gomes DC, Prado IGN, Oliveira SV. 2022 ⁹	Classificar pacientes chagásicos com a forma digestiva da doença associando com variáveis demográficas, clínicas e de utilização de serviços de saúde, além de analisar as possibilidades de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) no manejo e acompanhamento dos casos.	Estudo transversal com base em dados secundários provenientes de prontuários. Foram utilizadas as classificações do megaesôfago e do megacólon propostas por Rezende (1982) e Silva (2013), respectivamente.	O estudo evidencia que no Brasil de fato ocorreu o combate à transmissão vetorial da DC, todavia poucas ou por vezes insuficientes medidas estatais estão sendo tomadas para mitigar os danos já causados pela enfermidade, principalmente a fase crônica da doença.	Perfil epidemiológico ainda não totalmente traçado; Fato de ser uma doença negligenciada; Despreparo das equipes profissionais em tratar os pacientes chagásicos, especialmente a fase crônica da doença; Despreparo profissional para realizar o diagnóstico da doença;	IV
E18	Santos CS. 2019 ²⁷	Analisar as representações sociais acerca das doenças negligenciadas para	Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com sustentação na	Profissionais de saúde possuem uma atitude normativa sobre as doenças negligenciadas	Quadro da DC como doença negligenciada; Atitude normativa sobre a DC por	VI

		os profissionais de saúde com ênfase nas dimensões conceitual e prática destas representações.	Teoria das Representações Sociais, em suas abordagens processual e estrutural, realizada com 90 profissionais de saúde que atuam em instituições de atenção primária e secundária à saúde, no município de Jequié/BA.	apesar de conviverem cotidianamente com essas enfermidades. A região norte aparece em primeiro lugar no quadro de regiões afetadas pela DC, sobretudo pela proximidade do homem aos vetores e pelos hábitos alimentares da região. Soma-se a isso a vulnerabilidade socioeconômica a qual a população está sujeita.	parte dos profissionais de saúde; Condições socioeconômicas vulneráveis da população; Hábitos alimentares associados a meios indevidos de higiene para preparar os alimentos; Desconhecimento popular a respeito das enfermidades negligenciadas, sobretudo no que tange transmissão, prevenção e tratamento	
E19	Ferreira AM, Sabino EC, Moreira HF, Cardoso CS, Oliveira CDL, Ribeiro ALP, Ramos BC, Haikal DSA. 2019 ²⁸	Conhecer o manejo de pacientes com Doença de Chagas (DC) por médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de regiões endêmicas.	Estudo transversal realizado com 104 médicos da APS de 39 municípios das regiões norte de Minas Gerais e Vale do Jequitinhonha. Foram abordados perfil sociodemográfico, formação acadêmica e prática clínica, por meio de questionário autoaplicado.	Dos médicos envolvidos, 49% relataram que a graduação não ofereceu formação suficiente em DC. Embora quase 90% tivessem experiência com atendimento de pacientes com DC crônica e 57% com DC aguda, apenas 9% relataram sentir-se totalmente seguros para esses atendimentos e 33% relataram não conhecer o Benzonidazol.	Há insegurança, desconhecimento e carência de capacitações sobre DC entre profissionais médicos da APS de localidades endêmicas.	IV
E20	Díaz RAC, Forsyth C, Bernal OA, Marchiol A, Duran MB, Batista C, Herazo R, Vera MJ, Abril EP, Hernández CAV, Sánchez ACF. 2019 ²⁹	Comparar as avaliações de testes imunológicos a fim de melhorar-se o acesso ao diagnóstico de DC na Colômbia.	Foram avaliados 7 testes comercialmente disponíveis. Amostras, 93,7% da Colômbia, foram classificadas como positivas ou negativas a depender de seu desempenho no Laboratório Nacional de Referência. O desempenho foi calculado para testes únicos e para combinações de	Cinco dos sete testes exibiram sensibilidade superior a 98%, enquanto seis exibiram especificidade superior a 97%. Um ELISA para antígenos totais combinado com um teste recombinante obtiveram desempenho similar ao processo de diagnóstico atual. Dessa maneira, são alternativas aplicáveis em	Barreiras diagnósticas atreladas a altos custos de métodos de testagem; Testagem domiciliar é difícil de ser amplamente distribuída; Complexidade do processo diagnóstico, sobretudo na fase crônica da DC;	IV



			testes, então foi comparado com o algoritmo existente	regiões com menor infraestrutura laboratorial		
--	--	--	---	---	--	--

Fonte: elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A Doença de Chagas tem sido objeto de numerosas publicações e estudos, em virtude do grande universo de pessoas afetadas pela condição. Das cerca de três milhões de pessoas acometidas pelo *Trypanossoma cruzi* na América Latina, as populações vulneráveis do ponto de vista socioeconômico são as mais afetadas, haja vista que pobreza, desigualdade social e falta de serviços à saúde ensejam um maior número de infectados¹. Outrossim, a doença de chagas apresenta-se como aquela que possui a maior carga de mortalidade e tempo de vida perdido por ajustes de incapacidade⁷.

Tomando como parâmetro a correlação entre a população vulnerável acometida e o potencial lesivo da Doença de Chagas, o termo a que se deve chegar não é outro senão a necessidade de controle à doença, objetivo que não pode prescindir da assertividade e eficiência da Atenção Primária à Saúde, contexto de atendimento de 80% a 90% dos casos de saúde da população, sobretudo a mais vulnerável⁶. Considerando que, mesmo o avanço promovido pela universalidade da saúde e pelo desenvolvimento da APS sob o Sistema Único de Saúde não lograram controlar satisfatoriamente a doença discutida, alguns autores apontam rastreamento, diagnóstico e carência de políticas públicas como desafios hodiernos impeditivos de um controle efetivo da doença^{1,7}.

No que se refere aos desafios para o controle da doença no âmbito da Atenção Primária à Saúde, observou-se que há uma considerável intersecção entre os artigos, repetindo-se muitos dos óbices destacados. Após uma breve síntese da matéria correlata tratada pelos artigos, são mencionados os desafios mais recorrentes na leitura dos trabalhos, sistematizados em quatro categorias principais, quais sejam: (i) falta de capacitação e informação dos profissionais; (ii) dificuldades de acesso a ferramentas de diagnóstico/tratamento (iii) baixa educação popular acerca da Doença de Chagas e condição socioeconômica vulnerável e (iv) a negligência por parte dos poderes competentes.

O estudo E1 busca definir as características demográficas, epidemiológicas e clínicas das pessoas suscetíveis de estar infectadas por *Trypanossoma cruzi*¹³. O estudo

E2, por sua vez, explora os desafios que os médicos da família enfrentam no cuidado dos pacientes com DC em uma área endêmica no Brasil com alta cobertura de serviços da APS⁷. O estudo E4 analisou retrospectivamente os efeitos e o processo de integração de um sistema de vigilância de vetores da DC em centros de saúde em Honduras¹⁵.

O estudo E6 avaliou a eficácia de uma estratégia inovadora para ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento da DC em uma área rural vulnerável¹⁷. O estudo E7 tentou caracterizar conhecimentos, práticas e experiência profissional de agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de controle de endemias (ACE) sobre hanseníase e doença de Chagas (DC)¹⁸.

O estudo E9 diligenciou avaliar a reprodutibilidade com padrão-ouro de teste de diagnóstico rápido para detecção de anticorpos para *T. cruzi*; e propor um algoritmo para diagnóstico de DC sob o conceito de teste no ponto de atendimento em uma área com acesso limitado a serviços de saúde²⁰. O estudo E12 objetivou apreender a percepção dos coordenadores da ESF e dos ACSs sobre o conhecimento a respeito da doença de Chagas e dos serviços de saúde relacionados nos municípios da microrregional de saúde de Itaúna, em Minas Gerais, Brasil²³.

Não obstante, os estudos supramencionados tenham propostas e abrangência de estudos diversos, os desafios salientados se repetiram com expressiva frequência. Os estudos E1, E2, E4, E6, E7, E12 destacaram a falta de capacitação e informação dos profissionais, bem como dificuldades de acesso a ferramentas de diagnóstico e continuação de tratamento. Os estudos E2, E4, E6, E9 e E12 ressaltaram a dificuldade de acesso dos pacientes ao atendimento especializado e a baixa educação popular a respeito do tema, a qual diminui a procura por atendimento. Foram esses os desafios mais citados.

Para além dos desafios supracitados, outros óbices foram aventados pelos estudos que se seguem. O estudo E3 pretendeu avaliar economicamente o rastreamento sistemático da DC na população latino-americana frequentando os centros de atenção primária na Europa. Em tal estudo, o desafio mencionado foi a possibilidade de não adesão e continuidade ao tratamento¹⁴. O estudo E5, que objetiva avaliar a confiabilidade e possibilidade de uso de teste de imunocromatografia para o rastreamento de DC em uma área endêmica rural, assinala a carente infraestrutura ofertada às regiões endêmicas rurais e seus centros de APS e aponta dificuldades relacionadas ao rastreamento e

monitoramento da Doença de Chagas¹⁶.

O estudo E8 buscou caracterizar os casos de doença de Chagas quanto ao estadiamento cardíaco e prognóstico de morte, e com base nisso, propor o seguimento dos casos na atenção primária à saúde (APS). Citou como desafio a baixa qualidade de vida e os gastos médicos¹⁹. No mesmo diapasão, o estudo E10, que descreve o desenvolvimento do Hospital Regional de Tacuarembó (HRT) e sua importância para incrementar a saúde na região, menciona os precários meios de diagnóstico e tratamento e as condições insalubres de moradia que facilitam a proliferação dos triatomíneos²¹.

Ainda nesse sentido, o estudo E13, o qual empreendeu analisar a distribuição espacial dos casos de doença de Chagas aguda em um município ribeirinho e relacionar com os serviços de saúde notificantes, observou condições socioeconômicas precárias, sobretudo relacionadas à escolaridade, habitações em áreas de risco, com cultura de consumo de açaí sem processo de produção higienicamente adequado⁸.

O estudo E14 procurou avaliar a percepção das equipes de saúde e da população alvo sobre os facilitadores e as barreiras para enfrentar a doença de Chagas ao nível primário em uma área endêmica na Argentina. Neste estudo, foram identificados como desafios, além dos mui mencionados fatores (escasso conhecimento popular e falta de capacitação profissional), a insuficiente articulação entre os programas de intervenção à doença, e entraves burocráticos ao direcionamento de insumos e prescrição medicamentosa e baixa articulação entre os níveis de atenção²⁴. Isto é, desafios diretamente imbricados com a atuação do Estado.

O estudo E15 descreve componentes-chave para o desenvolvimento de um novo, recém implementado modelo de cuidado para DC na Colômbia. Além dos já famigerados desafios, abaliza a limitação do tratamento a médicos especialistas, o que acaba por excluir médicos de cuidados primários que estão mais próximos da população²⁵.

O estudo E16 objetivou melhorar a distribuição do tratamento etiológico para a DC ao se identificar as barreiras à descentralização do tratamento para o primeiro nível de atenção na Argentina²⁶. O estudo E17 almejou classificar pacientes chagásicos com a forma digestiva da doença associando com variáveis demográficas, clínicas e de utilização de serviços de saúde, além de analisar as possibilidades de atuação da Atenção

Primária à Saúde (APS) no manejo e acompanhamento dos casos⁹.

O estudo E18 analisou as representações sociais acerca das doenças negligenciadas para os profissionais de saúde com ênfase nas dimensões conceitual e prática destas representações²⁷. O estudo E19 buscou conhecer o manejo de pacientes com Doença de Chagas (DC) por médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de regiões endêmicas²⁸. Derradeiramente, o estudo E20 tencionou comparar as avaliações de testes imunológicos a fim de melhorar-se o acesso ao diagnóstico de DC na Colômbia²⁹. Os referidos estudos, do E16 ao E20 reforçaram os desafios anteriormente trazidos à baila.

Alguns autores se propuseram a pensar em meios para suprimir os desafios supramencionados. Dentre as possíveis soluções, foram assinaladas as seguintes. O estudo E1 preconiza a elaboração de documentos, implementação de protocolos de atuação, incremento de mecanismos de controle vetorial, diagnóstico e acompanhamento dos infectados. O estudo E10 aponta que a criação de uma Policlínica de Doença de Chagas, para onde eram encaminhados os casos positivos em estudo, apoiando o combate às zoonoses, surtiu efeitos positivos, na região de Tacuarembó, Uruguai, aventando uma possível solução para melhorias em regiões endêmicas para a doença.

O Programa Nacional de Chagas, em Honduras, desempenhou um papel essencial na facilitação de mudanças com distribuição adequada de responsabilidades, modelagem participativa, treinamento e avaliação (E4). O estudo E4 mostrou que as tarefas de cuidados de saúde podem ser simplificadas, padronizadas e transferidas para pessoal menos especializado, por exemplo, de médicos para enfermeiros e profissionais de saúde para leigos, em ambientes com recursos humanos limitados.

Para suplantar a barreira do rastreamento e do diagnóstico, o estudo E5 sugere ferramentas como a imunocromatografia (IC) para detectar DC na APS, que é de manuseio relativamente simples e exige pouca especialização, podendo ser usado em laboratórios de baixa complexidade e em centros de APS. O estudo E9, no mesmo sentido, julga ser necessário o desenvolvimento e o uso de técnicas de diagnóstico, como Teste Rápido de Diagnóstico (RDT).

No estudo E15, aborda-se o relativo sucesso do atual Plano Decenal de Saúde Pública da Colômbia (Plano Decenal de Salud Pública), o qual logrou a previsão de

certificação da eliminação da transmissão vetorial da DC em 40% dos municípios endêmicos (com os 60% restantes em processo de certificação) até 2021, com uma redução concomitante de 30% na mortalidade por DC aguda. Em que pese a permanência de dificuldades, houve avanços e o Ministério da Saúde e Proteção Social do país, em conjunto com parceiros, organizou o seminário “Towards the Elimination of Barriers to Access to the Diagnosis and Treatment of Chagas Disease”, no qual propuseram a criação de um roteiro centrado no paciente para eliminar as barreiras e facilitar o acesso ao tratamento e diagnóstico da DC. Na Argentina, conforme o estudo E16, foi conduzido um programa piloto de descentralização e se avaliaram estratégias para otimizar a intervenção em grande escala.

Tais contextos, de uma realidade geograficamente próxima e, no caso da Colômbia, amazônica, permitem concluir que há caminhos para equacionar os numerosos desafios, desde que haja uma política de controle efetivo e preocupação em construir uma solução conjunta, envolvendo seminários e planos de ação.

Quanto ao aspecto metodológico dos estudos analisados, observa-se que a maioria deles consistiu em estudos de coorte ou de caso-controle. Outrossim, cabe destacar que também foram analisados estudos de caráter quantitativo, estudos qualitativos e descritivos, bem como relatórios de comitês especialistas. Consecutivamente, os níveis de evidência que preponderaram nesta revisão foram IV, VI e VII, nesta ordem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de minuciosa análise acerca dos resultados da revisão e do desenvolvimento de sua discussão, pôde-se concluir similaridades entre os múltiplos artigos estudados no que tange aos principais desafios que comprometem o controle efetivo da Doença de Chagas na Atenção Primária à Saúde, responsável pelo atendimento de 80 a 90% dos casos. Um dos óbices mais pontuados pelos estudos avaliados diz respeito à baixa qualidade de vida da parcela da população brasileira mais vulnerável à infecção pelo *Trypanosoma cruzi*, haja vista que a condição de pobreza e de baixa escolaridade tende a impedir o diagnóstico e a manutenção do tratamento em decorrência do desconhecimento relacionado à importância do combate à DC.



Além disso, grande parte dos artigos da presente revisão manifestou preocupação quanto à insuficiente capacitação profissional e informação dos agentes de saúde atuantes na APS acerca do manejo da DC. Dessa forma, evidencia-se uma escassez de cursos ofertados pelo Estados aos profissionais que visem formar agentes mais competentes para prover o devido diagnóstico, rastreamento, monitoramento e eficaz tratamento dos pacientes chagásicos, segundo as especificidades de cada caso, respeitando o conceito da integralidade do atendimento no Sistema Único de Saúde.

Outrossim, estudos expuseram outras deficiências na atuação do poder público na promoção da supressão de casos de Doença de Chagas no território nacional. Dentre os vários entraves nesse quesito, destacam-se relaxamento dos programas de intervenção à doença, aspectos burocráticos de direcionamento de capital às localidades necessitadas, prescrição medicamentosa e a urgente falta de comunicação eficaz entre os níveis de atenção, o que compromete o encaminhamento de casos singulares aos profissionais e setores da saúde especializados. Por fim, houve a explicitação de problemas infraestruturais nas unidades de APS em regiões endêmicas rurais, como a falta de ferramentas para a determinação do diagnóstico e da progressão do tratamento de Doença de Chagas.

Em relação às possíveis soluções para amenizar esses desafios e garantir o efetivo controle da Doença de Chagas na Atenção Primária à Saúde, os autores dos estudos revisados propuseram o desenvolvimento de seminários e planos de ação, com o intuito de esclarecer a população, simplificação e padronização dos cuidados de saúde repassados dos profissionais mais especializados àqueles menos especializados, desde o médico ao enfermeiro até do ACS ao leigo em ambientes cujas condições de atendimento são limitadas. Também foram apresentadas algumas técnicas menos complexas para o diagnóstico de DC, como é o caso da imunocromatografia e o RDT (teste rápido) pela sua facilidade de manuseio e baixa necessidade de agentes especializados.

Além disso, foram encontrados projetos notórios para o combate à DC na América Latina, a exemplo da criação da Policlínica Nacional de Chagas na região de Tacuarembó, Uruguai – atuando como centro regional de referência da doença –, do Programa Nacional de Chagas em Honduras – facilitando a ação estatal aos locais propícios à infecção pelo *Trypanosoma cruzi* – e do Plano Decenal de Saúde Pública da



Colômbia, que garantiu uma significativa eliminação da transmissão vetorial (40%) no país. Somado a isso, destacou-se a importância da descentralização da ação estatal por meio das unidades de saúde como forma de otimizar o combate à DC, como visto no plano de ação tomado pelo governo argentino.

Diante das alternativas deliberadas e em face dos contextos apontados nos estudos analisados, cumpre concluir ser possível equacionar os desafios e levar a termo o controle da Doença de Chagas no Brasil. O equacionamento perpassa pela implementação de uma política nacional assertiva, envolvendo rastreamento e diagnóstico, capacitação profissional e educação à população, propósito que não prescindirá de um planejamento de conferências deliberativas e elaboração de documentos visando implementar tais medidas.

REFERÊNCIAS

- 1- Alves DF, Muniz ASC, Abrel CDR, Freitas NR, Teixeira AB, Ferreira ES. Métodos de diagnóstico para a doença de Chagas: uma atualização. *Revista Brasileira de Análises Clínicas* [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 20];50(4):330-333. DOI 10.21877/2448-3877.201800726. Available from: <https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2019/04/RBAC-vol-50-4-2018-edi%C3%A7%C3%A3o-completa-com-corre%C3%A7%C3%B5es.pdf#page=32>
- 2- Dias E, Laranja FS, Nobrega G. Doença de Chagas. *Mem Inst Oswaldo Cruz* [Internet]. 1945Dec;43(Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 1945 43(3)). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0074-02761945000600005>
- 3- Lima RS, Texeira AB, Lima VLS. Doença de Chagas: uma atualização bibliográfica. *Revista Brasileira de Análises Clínicas* [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 20];51(2):103-106. DOI 10.21877/2448-3877.201900727. Available from: <https://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2019/10/RBAC-vol-51-2-2019-ref-727.pdf>
- 4- Biblioteca Virtual da Saúde [Internet]. [Brazil]: Ministério da Saúde; 2005. Doença de Chagas; [cited 2022 Nov 22]; Available from: <https://bvsms.saude.gov.br/doenca-de-chagas-10/>.
- 5- Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]. 2017 Sep 22 [cited 2022 nov 21]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html



6- Organização Pan-Americana de Saúde [Internet]. [place unknown]; 2018. Atenção Primária à Saúde; [cited 2022 Jul 10]; Available from: [https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude#:~:text=A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20\(APS\)%20%C3%A9%20geralmente%20o%20primeiro,ao%20longo%20de%20sua%20vida.](https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude#:~:text=A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20(APS)%20%C3%A9%20geralmente%20o%20primeiro,ao%20longo%20de%20sua%20vida.)

7- Damasceno RF, Sabino EC, Ferreira AM, Ribeiro ALP, Moreira HF, Prates TEC, et al. Challenges in the care of patients with Chagas disease in the Brazilian public health system: a qualitative study with primary health care doctors. *PLoS Negl Trop Dis.* 2020;14(11):e0008782. doi: 10.1371/journal.pntd.0008782.

8- Cardoso LP, Paiva TR, Nogueira LMV, Guimarães RJ de PS e, Rodrigues ILA, André SR. Spatial distribution of Chagas disease and its correlation with health services. *Rev esc enferm USP* [Internet]. 2020;54:e03565. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018058603565>

9- Limongi JE, Peres TAF, Lima GLR, et al. Megaesôfago e megacólon na Doença de Chagas: classificação de casos e possibilidades de atuação da Atenção Primária à Saúde. *Revista de APS* [Internet]. 2021 [cited 2022 Oct 20];24 DOI <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34983>. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34983>

10- Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2008 Oct;17(4):758–64. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

11- Lockwood C, Munn Z, Porritt K. Qualitative research synthesis: methodological guidance for systematic reviewers utilizing meta-aggregation. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2015 [cited 2022 Aug 19];13(3) DOI doi: 10.1097/XEB.0000000000000062. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26262565/>.

12- Melnyk BM, Overholt EF. *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. 5th ed. [place unknown]: Wolters Kluwer; 2022. ISBN: 978-1-975185-72-5.

13- Roca-Saumell C, Soriano-Arandes A, Solsona-Díaz L, Gascón J. Grupo de consenso Chagas APS Documento de consenso sobre el abordaje de la enfermedad de Chagas en atención primaria de salud de áreas no endémicas. *Atención Primaria.* 2015;47(5):308–317.

14- Requena-Méndez A, Bussion S, Aldasoro E, Jackson Y, Angheben A, Moore D, et al. Cost-effectiveness of Chagas Disease Screening in Latin American Migrants at Primary Health-Care Centres in Europe: a Markov Model Analysis. *Lancet Glob Health* (2017) 5(4):e439–47. 10.1016/S2214-109X(17)30073-6.



15- Hashimoto K, Zúniga C, Nakamura J, et al. . Integrating an infectious disease programme into the primary health care service: a retrospective analysis of Chagas disease community-based surveillance in Honduras. *BMC Health Serv Res* 2015;15:116. 10.1186/s12913-015-0785-4.

16- Mendicino D, Stafuza M, Colussi C, Del Barco M, Streiger M, Moretti E. Diagnostic reliability of an immunochromatographic test for Chagas disease screening at a primary health care centre in a rural endemic area. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2014;109:984–8. doi: 10.1590/0074-0276140153.

17- Sartor P, Colaiani I, Cardinal MV, Bua J, Freilij H, Gürtler RE. Improving access to Chagas disease diagnosis and etiologic treatment in remote rural communities of the Argentine Chaco through strengthened primary health care and broad social participation. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11: e0005336. Available: doi: 10.1371/journal.pntd.0005336.

18- García GSM, Souza EA, Araújo VM, Macedo MSS, Andrade RMA, Ferreira PR, et al. Territory, neglected diseases and the action of community and endemic combat agents. *Rev Saude Publica*. 2022;56:27. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003730>.

19- Peres TAF, Oliveira SF, Gomes DC, Prado IGN, Lima GLR, Soares LC, Limongi JE. Chronic Chagas cardiomyopathy: characterization of cases and possibilities of action in primary healthcare. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2022 Jun 08 [cited 2022 Nov 18];38(6) DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN290321>. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tMfH8LSK9XTtcgdbGB5fSdx/?lang=en>.

20- Rojas-Guloso AC, Montenegro Lopez D, González-Zapata A, Sánchez-Lerma L, Suarez-Izquierdo W, Pacheco S, Fragozo PJ, Omeñaca C. Reproducibility of rapid diagnostic tests for *Trypanosoma cruzi* infection in endemic areas of Colombia. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 18]; 20(6):e3644. Available from: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3644>.

21- Guisantes Jorge A., Ferreira Ciro, Segura Sebastián, Gómez Jacqueline, Pereyra Gustavo, Turnes Antonio. El hospital como dinamizador y difusor de salud regional: la experiencia del Hospital de Tacuarembó, Uruguay. *Rev. Méd. Urug.* [Internet]. 2021 Mar [citado 2022 Nov 20]; 37(1): e801. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902021000102801&lng=es. Epub 01-Mar-2021. <https://doi.org/10.29193/rmu.37.1.9>.

22- Pinheiro AKC, Nogueira LMV, André SR, Rodrigues ILA, Trindade L de NM, Oliveira APR de. Doenças infecciosas e a rede de atenção primária à saúde em comunidades ribeirinhas. *Cogit. Enferm.* [Internet]. 2021 [acesso em “colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano”]; 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76347>.

23- Rodrigues FCS, Souza ICA, Araújo AP, Souza JMB, Diotaiuti LG, Ferreira RA. Agentes



comunitários de saúde: percepção sobre os serviços de saúde relacionados à doença de Chagas. *Cad Saúde Colet*, 2020;28(1):130-139. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280458>.

24- Roberti J, Alonso JP, Rouvier M, Belizán M, Klein K. Abordaje de la enfermedad de Chagas en el primer nivel de atención: investigación cualitativa en una zona endémica de Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24: e200104 <https://doi.org/10.1590/interface.200104>.

25- Marchiol A, Forsyth C, Bernal O, Valencia C, Cucunubá Z, Pachón E, et al. Increasing access to comprehensive care for Chagas disease: development of a patient-centered model in Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e153. doi: 10.26633/RPSP.2017.153.

26- Klein K, Burrone MS, Alonso JP, Rey Ares L, García Martí S, Lavenia A, et al. Estrategia para mejorar el acceso al tratamiento etiológico para la enfermedad de Chagas en el primer nivel de atención en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e20.

27- Santos CS. As doenças negligenciadas e suas representações sociais: um estudo com profissionais de saúde [Tese on the Internet]. [place unknown]: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2019 [cited 2022 Nov 20]. 247 p. Available from: <https://www.bdttd.uerj.br:8443/handle/1/11111> Doutorado em enfermagem.

28- Ferreira AM, Sabino EC, Moreira HF, Cardoso CS, Oliveira CDL, Ribeiro ALP, Ramos BC, Haikal DSA. AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO MANEJO CLÍNICO DE PORTADORES DA DOENÇA DE CHAGAS EM REGIÃO ENDÊMICA NO BRASIL. *Revista de APS [Internet]*. 2019 Jan 30 [cited 2022 Nov 20];21(3) DOI <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16230>. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16230>.

29- Díaz RAC, Forsyth C, Bernal OA, Marchiol A, Duran MB, Batista C, Herazo R, Vera MJ, Abril EP, Hernández CAV, Sánchez ACF. Comparative evaluation of immunoassays to improve access to diagnosis for Chagas disease in Colombia. *International Journal Of Infectious Diseases [Internet]*. 2019 Jul 26 [cited 2022 Nov 21];87:100-108. DOI <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2019.07.022>. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971219303078>