

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS

Vitor Gouveia de Almeida
vitorgouveiadealmeida@hotmail.com
Viviane Gouveia de Almeida
gouveiaviviane16@gmail.com
Lúcia de Fátima Amorim
luciafamorim@terra.com.br

PALAVRAS-CHAVE: doença de chagas; epidemiologia, saúde pública.

INTRODUÇÃO AO TEMA: A doença de Chagas é uma parasitose causada pelo *Trypanosoma cruzi*, transmitida por via vetorial (principalmente pelo *Triatoma brasiliensis* e *Triatoma pseudomaculata*), oral (alimentos contaminados), congênita, transplante sanguíneo e de órgãos, acidente de trabalho e via sexual. A forma infectante do patógeno, tripomastigota, possui tropismo por tecidos musculares, e a forma crônica nestes tecidos, os amastigotas, geram reação inflamatória e, em resposta à agressão tecidual, ocorre hipertrofia muscular. Os sintomas iniciais da doença são inespecíficos: febre, cefaleia, astenia e edema em face e nos membros inferiores. No entanto, a cronicidade está relacionada a alta morbidade, visto que os pacientes podem desenvolver cardiomiopatia, megaesôfago, megacólon e suas complicações. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a doença de Chagas está entre as dezessete doenças tropicais negligenciadas, atingindo cerca de 10 milhões de indivíduos infectados nas Américas, sendo que somente no Brasil há 2 milhões de chagásicos. Entende-se por doença negligenciada, as infecções endêmicas em populações de baixa renda. Diante disso, é imprescindível o estudo dessas patologias, identificando os fatores de risco, para desenvolver medidas que venham a reduzir sua incidência. **PERCUSSO TEÓRICO REALIZADO:** Há mais de 100 anos da descoberta da doença e, no Brasil, seu combate teve início na década de 1950 por meio do Programa de Controle da Doença de Chagas que consistia no reconhecimento geográfico e levantamento do triatomíneo, ataque ao vetor domiciliado e de vigilância entomológica. Porém, apenas no ano de 2006 o então Ministério da Saúde desenvolveu a primeira reunião sobre prioridades em doenças negligenciadas, em parceria com o Ministério de Ciência e Tecnologia e a Secretaria em Vigilância em Saúde. Pelo exposto, o início do controle da doença deu-se pela eliminação dos vetores e diminuição do contato com os mesmos, a partir de melhorias habitacionais, uso de telas em janelas, mosquiteiros e inseticidas. Esses métodos, mesmo sendo insuficientes, resultaram em redução da incidência e mudanças na principal forma de contágio, onde hoje, em nível nacional, se dá pela via oral. Sabe-se que no Brasil existe um pouco mais de 4 milhões de estabelecimentos de agricultores familiares, em sua maioria nas regiões norte e nordeste onde grande parte realiza o cultivo de açaizeiros e da cana de açúcar, respectivamente. No entanto, o preparo inadequado tem disseminado o patógeno e aumentado a incidência da infecção por via oral devida a contaminação dos alimentos. Mesmo assim, essas regiões ainda permanecem com a forma vetorial como via de maior transmissão, mas potencializa a via oral nas regiões extra-amazônicas por meio da exportação dos alimentos e seus derivados. Portanto, percebe-se que mesmo havendo melhorias significativas na infraestrutura do país, em especial nas habitações, existe discrepância em nível nacional, onde as regiões que mais necessitariam de investimento,

por tal motivo, são negligenciadas não somente neste aspecto, mas também na empregabilidade e Vigilância Sanitária, resultando em aumento da incidência da doença em nível nacional e ampliando a variação na forma de contágio. Neste contexto, discute-se a aplicação do princípio de equidade do Sistema Único de Saúde, uma vez que a assistência precisa ser maior nas regiões mais carentes. Além disso, a disponibilidade do tratamento no Brasil é escassa, apenas o benzonidazol é utilizado de forma ampla. Agravando a situação, há alto abandono terapêutico devido os inúmeros efeitos adversos - mesmo com potencial de cura se tratamento precoce - somando mais pacientes com comorbidades, aumento no número de aposentados precoce e oneração do sistema público de saúde e previdenciário. A prevalência de gestantes com a doença de Chagas é de 2% e o uso do benzonidazol na gestação é associado a anomalias fetais, em especial no primeiro trimestre, período que há maior risco de transmissão. Destaca-se, também, a execução da integralidade - atributo da Atenção Primária à Saúde -, pois mesmo nas regiões de alta morbidade em fase aguda e elevado número de gestantes em potencial risco não há triagem da gestante durante o pré-natal e nem do neonato. Atualmente existem várias pesquisas para o desenvolvimento de novos fármacos que agreguem ao tratamento da doença, contudo a variação gênica e o número de epítomos que o T. cruzi possui tem inviabilizado novas descobertas e, pelos mesmos motivos, as pesquisas vacinais também tem falhado. **CONCLUSÃO:** Constitucionalmente a saúde é um direito e todos e dever do estado, portanto torna-se necessárias ações conjuntas para a redução da incidência da doença de Chagas, levando em consideração a diversidade geográfica e social do país. É importante destacar a participação do governo brasileiro na redução da incidência desta doença desde o início do seu combate, todavia a amplitude e variação dos fatores de risco tem impossibilitado uma política universal. Desta forma, é essencial considerar as formas de contágio mais prevalentes na atualidade e regionalizar as políticas públicas. Saliencia-se a importância das pesquisas para novos fármacos e vacina, porém o combate as doenças não pode ser reduzido ao tratamento e profilaxia vacinal quando elas têm extrema relação com condições de moradia, Vigilância Sanitária, empregabilidade, triagem neonatal e educação em saúde.

REFÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARCEBISPO, T. L. M. et al. Reemergência da doença de chagas aguda no Brasil. **Revista de Educação Continuada em Medicina Veterinária e Zootecnia do CRMV-SP**, v. 15, n. 3, p. 58-59, 2017

Barbosa et al. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL. **CIPEEX**, v. 2, p. 978-983, 2018.

BERN, Caryn. Chagas' disease. **New England Journal of Medicine**, v. 373, n. 5, p. 456-466, 2015.

DE ANDRADE ARRAIS, Francisco Matheus et al. Perfil entomológico da doença de Chagas no município de Potengi-CE, Brasil. **Saúde (Santa Maria)**, v. 45, n. 1, 2019.

FERNANDES, Anna Luísa Barbosa et al. INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA DOENÇA DE CHAGAS NO BRASIL. **CIPEEX**, v. 2, p. 978-983, 2018

MOLINA, Israel et al. Randomized trial of posaconazole and benznidazole for chronic Chagas' disease. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 20, p. 1899-1908, 2014.

RIOS, Adriano et al . Can sexual transmission support the enzootic cycle of Trypanosoma cruzi?. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro , v. 113, n. 1, p. 3-8, Jan. 2018 .