

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO ACERCA DO MANEJO CLÍNICO DE PORTADORES DA DOENÇA DE CHAGAS EM REGIÃO ENDÊMICA NO BRASIL

Assessment of knowledge about the clinical management of patients with Chagas Disease in an endemic region in Brazil

Ariela Mota Ferreira¹, Ester Cerdeira Sabino², Hugo Fonseca Moreira³,
Clareci Silva Cardoso⁴, Cláudia Di Lorenzo Oliveira⁵,
Antonio Luiz Pinho Ribeiro⁶, Bruno de Carvalho Ramos⁷, Desirée Sant´Ana Haikal⁸

RESUMO

Objetivo: conhecer o manejo de pacientes com Doença de Chagas (DC) por médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de regiões endêmicas. **Método:** 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. **Resultados:** os médicos apresentaram idade média de 33(\pm 9,88) anos, 4(\pm 7,26) anos de atuação na APS, 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, único antitripanossômico disponível. Contribuindo para esse quadro, após a graduação, somente 13,3% receberam alguma informação ou treinamento relativo à DC e quase metade recebeu esse treinamento há mais de 4 anos. Há insegurança, desconhecimento e carência de capacitações sobre DC entre profissionais médicos da APS de localidades endêmicas.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Chagas; Atenção Primária à Saúde; Educação Continuada.

ABSTRACT

Objective: to understand the management of patients with Chagas Disease (CD) by Primary Health Care (PHC) doctors in endemic regions. **Methods:** cross-sectional study with 104 PHC doctors in 39 municipalities in the northern regions of Minas Gerais and Jequitinhonha Valley. Socio-demographic profile, academic training, and clinical practice were covered through a self-administered questionnaire. **Results:** the physicians had a mean age of 33 (\pm 9.88) years, 4 (\pm 7.26) years experience in the PHC system, and 49% reported that their undergraduate studies did not offer enough training on CD. Although almost 90% had experience with the care of patients with chronic CD and 57% with acute CD, only 9% reported feeling completely secure about these services and 33% reported not knowing about benznidazole, the only antitrypanosomal available. Contributing to this situation, after graduation, only 13.3% received any information or training on CD and almost half received this training more than four years ago. There is insecurity, ignorance, and lack of training on CD among PHC medical professionals in endemic locations.

KEYWORDS: Chagas Disease; Primary Health Care Education; Education Continuing.

¹ Especialista em Saúde Pública. Mestra em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros. E-mail: arielamota@hotmail.com.

² Doutora. Professora Livre Docente. Instituto de Medicina Tropical. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

³ Mestre em Sociologia.

⁴ PhD em Epidemiologia. Professora da Universidade Federal de São João del-Rei. Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

⁵ Doutora. Professora da Universidade Federal de São João del-Rei. Campus Centro-Oeste Dona Lindu.

⁶ Professor Titular do Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

⁷ Odontólogo.

⁸ Doutora. Professora de Educação Superior. Universidade Estadual de Montes Claros.

INTRODUÇÃO

A Doença de Chagas (DC) é uma importante doença tropical negligenciada, sendo, na América Latina, endêmica nos 21 países, com cerca de 5,7 milhões de pessoas contaminadas e 100 milhões de pessoas sob risco de contaminação.¹ Fatores econômicos, sociais e culturais desempenham um papel significativo na presença e perpetuação dessa doença e a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reconhece como uma das doenças encontradas principalmente em regiões de maior vulnerabilidade social.² No Brasil, o número de infectados é de cerca de 3 milhões de pessoas,³ e regiões como o norte de Minas Gerais e Vale do Jequitinhonha são reconhecidas como endêmicas para a doença. A doença pode trazer consequências sérias aos infectados, desde grave acometimento cardíaco e/ou digestivo até o óbito, com importante impacto para seus portadores e custos crescentes para o sistema de saúde.⁴

Nos últimos anos, embora países endêmicos para a DC tenham alcançado resultados positivos no controle da transmissão da doença, o provimento de atendimento médico oportuno e de qualidade continua sendo um grande desafio. Além disso, o desenvolvimento de medicamentos para o tratamento da DC não desperta interesse da indústria farmacêutica e a falta de formação adequada dos profissionais de saúde contribui ainda mais para a negligência da doença.⁵ Contribuindo para esse quadro, a DC tem estado fora dos currículos das universidades e não costuma ser objeto de interesse de médicos em formação.⁶ Além disso, o fato de a doença ocorrer principalmente em áreas rurais, longe dos grandes centros urbanos, torna o diagnóstico/acompanhamento dos pacientes um trabalho desafiador. Em países com extensão territorial continental como o Brasil, há dificuldades óbvias de se manter adequada assistência à saúde em regiões remotas.⁷

Para quebrar esse ciclo de descuido que envolve a DC, é imprescindível a atuação do sistema público de saúde, por meio de uma Atenção Primária de Saúde (APS) de qualidade e com intervenções oportunas, que deve contar com protocolos de manejo clínico atualizados, profissionais de saúde capacitados, disponibilidade de materiais para a oferta de diagnóstico e tratamento da doença, principalmente em áreas endêmicas.⁶ A própria Política Nacional de Educação Permanente para trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) enfatiza a necessidade de capacitação vinculada às suas realidades, levantadas a partir do cotidiano dos serviços.⁸

Diante da importância que os médicos da APS assumem no diagnóstico e tratamento dos portadores de DC, este estudo objetivou conhecer como tem se dado a prática médica e o manejo do paciente com DC no âmbito

desses serviços em áreas remotas endêmicas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal. A amostra foi definida de forma não probabilística. O estudo contou com a participação de 104 médicos atuantes na APS distribuídos em 39 municípios pertencentes a duas mesorregiões do estado de Estado de Minas Gerais, endêmicas para a DC: Norte de Minas e Vale do Jequitinhonha (Figura 1). Essas regiões possuem, de modo geral, baixos indicadores socioeconômicos e são endêmicas para DC.⁹

A coleta de dados ocorreu durante uma capacitação ofertada aos médicos das APS das duas regiões contempladas durante um simpósio de atualização em DC. Tal simpósio foi promovido pela Universidade de São Paulo (USP), em parceria com Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG). Esse evento ocorreu em maio de 2015, em dia único, com 8 horas de duração, no campus Unimontes, em Montes Claros, sob a coordenação do Centro de Referência São Paulo – Minas Gerais para Biomarcadores em Doenças Tropicais Negligenciadas. Trata-se de um grupo de pesquisadores que desenvolve o projeto denominado SaMi-Trop, com fomento do National Institute of Health (grant number 1P50AI098461), estudo voltado aos pacientes com DC da região.¹⁰ A capacitação foi direcionada a médicos e enfermeiros da APS nas regiões sob investigação. Todos os médicos da APS dos municípios incluídos no Projeto receberam convite formal para participarem do Simpósio. Nesse momento, obteve-se a participação de 79 médicos.

Em um segundo momento, médicos participantes dos cursos de Pós-Graduação em Saúde da Família do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – PROVAB – e do Programa Mais Médicos, do Governo Federal, sob responsabilidade da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foram também convidados a participar do estudo respondendo ao questionário. Dessa forma, obteve-se a participação de 25 profissionais médicos.

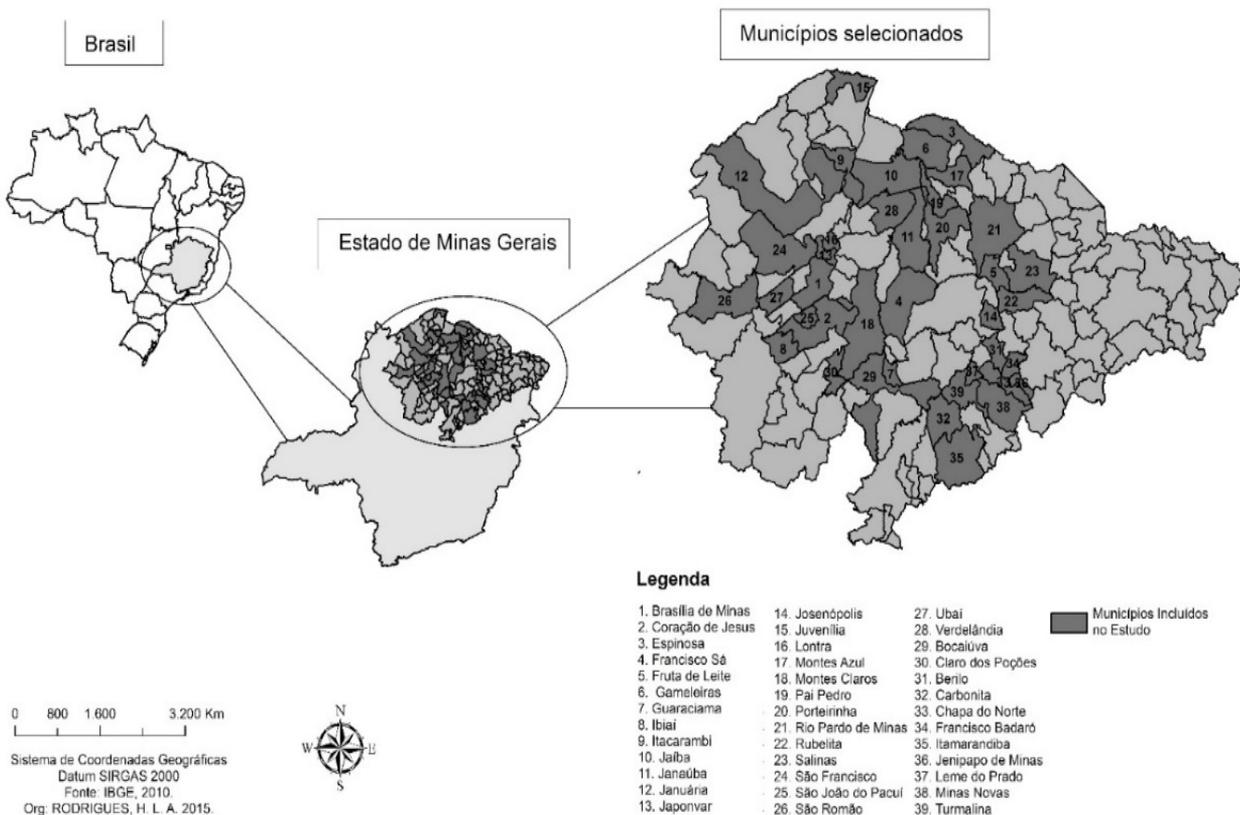
Os critérios de inclusão foram: estar presente no momento da coleta de dados, ser médico atuante na APS em municípios pertencentes a uma das duas regiões de interesse e concordar em participar do estudo.

Um questionário autoaplicado foi entregue aos profissionais médicos antes do início das atividades do Simpósio, e antes do início da aula, no caso do Curso de Pós-

Graduação. Um pesquisador responsável apresentou coletivamente os objetivos do estudo, convidou os médicos a participarem, apresentou orientações gerais e entregou os questionários autoaplicáveis acompanhados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação

no estudo. Além disso, os profissionais foram instruídos e auxiliados, em caso de dúvidas, por algum membro da equipe de pesquisadores devidamente identificados e responsáveis pelo recolhimento dos questionários.

Figura 1 - Identificação dos 39 municípios incluídos no estudo, pertencentes às mesorregiões Norte de Minas e Vale do Jequitinhonha do estado de Minas Gerais, e sua localização no território brasileiro.



Fonte: IBGE.

O questionário autoaplicável era composto por 19 questões, agrupadas em dois blocos: 1) “Perfil Sociodemográfico e Formação Acadêmica” e 2) “Práticas Relativas à DC”. O “Perfil Sociodemográfico” foi composto pelas seguintes variáveis: *Idade, Sexo, Tempo de Atuação na APS*. Quanto à “Formação Acadêmica”, investigaram-se *Ano de graduação, Local de graduação*; se já possui *Residência e/ou especialização* concluída, e, em caso afirmativo, em *qual área, Informação sobre DC recebida na graduação; Treinamento específico para DC após a graduação*.

No bloco de “Práticas relativas à DC” foram investi-

gados: *Quantidade de pacientes com DC* que os profissionais já haviam atendido na APS, tanto na fase crônica quanto na fase aguda da doença; *Exames comumente solicitados para avaliação dos pacientes com DC*, considerando-se eletrocardiograma, radiografia de tórax, ecocardiograma, Holter de 24 horas, teste ergométrico e outros; *Prescrição ou não do Benznidazol – BZN* (único antitripanossômico disponível no Brasil)¹¹ e, em caso negativo, o *Motivo para não prescrição do BNZ*. Independentemente da resposta a essa questão, foi também avaliado se os entrevistados tiveram *Contato prévio com pacientes em uso do BZN* (independente-

mente da fase da doença e de ser prescrito por ele). Entre os que deram resposta positiva, foi avaliada a presença de *Problemas/reações adversas decorrentes do uso do BZN e quais foram esses problemas/reações adversas*, sendo que, neste caso, havia a possibilidade de apontar mais de um problema. Para finalizar, foram avaliadas a *Segurança do profissional para condução do tratamento de portador de DC* e sua *Opinião sobre o uso Benzonidazol (BZN)*, sendo esta *última* uma questão aberta e categorizada *a posteriori* por dois diferentes pesquisadores de forma independente. Aqueles profissionais que deixaram essa questão em branco ou que registraram explicitamente que não apresentavam nenhuma opinião sobre o BZN foram categorizados como “Sem opinião”.

Na análise dos dados, foi utilizado o programa Statis-

tical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0[®]. Foi conduzida estatística descritiva, com apresentação de frequências simples (n) e relativas (%) para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas, foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES (Parecer n. 1.175.485). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo-lhes sido garantido o anonimato, atendendo aos preceitos da Resolução 466, de 2012. Após a coleta de dados, todos os participantes receberam informações sobre diagnóstico e manejo da DC tanto na fase crônica, quanto na fase aguda, conforme preconizado.¹¹

RESULTADOS

Dos 104 médicos incluídos neste estudo, a idade média foi de 33 ($\pm 9,88$) anos, variando de 24 a 73. O tempo médio de atuação na APS foi de 4 ($\pm 7,26$) anos. Houve distribuição homogênea entre os sexos. A maioria (62,1%) finalizou a graduação nos últimos 4 anos e 15% a fizeram em Cuba. Verificou-se que 45 (43,3%) médicos possuíam especialização e/ou residência concluída, especialmente

em Saúde da Família e Clínica Médica, e 25 (24%) profissionais estavam cursando especialização pelo PROVAB ou pelo Programa Mais Médicos. Quase metade dos participantes relatou que a graduação não ofereceu formação suficiente para o tratamento da DC (51, 49%). Após a graduação, somente 14 médicos (13,3%) receberam alguma formação ou treinamento relativo à DC e quase metade recebeu esse treinamento há mais de 4 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico, de formação acadêmica e de prática clínica relativa à Doença de Chagas, entre médicos da Atenção Primária à Saúde (n=104) de áreas endêmicas para Doença de Chagas do estado de Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variáveis	n (%)
Sociodemográficas	
Idade*	
24-30 anos	61(59,2%)
31-40 anos	23(22,3%)
Mais de 40 anos	19(18,5%)
Sexo	
Feminino	51(49%)
Masculino	53(51%)
Tempo de atuação na APS	
4 anos ou menos	83(79,8%)
Acima de 4 anos	21 (20,2%)
Formação Acadêmica	
Ano de graduação*	
1970 - 1990	9(8,8%)

Variáveis	n (%)
Formação Acadêmica	
Ano de graduação*	
1991-2000	11(10,7%)
2001 -2010	19(18,4%)
2011 - 2015	64(62,1%)
Local de graduação	
Universidades de Montes Claros	61(58,6%)
Universidades de outros municípios brasileiros	27(26%)
Universidades de Cuba	16(15,4%)
Residência e/ou especialização concluída	
Não	59 (56,7%)
Sim, Saúde Coletiva/da família	23 (22,1%)
Sim, outros	22 (21,1%)
Informação sobre DC recebida na graduação	
Suficiente	53(51%)
Insuficiente	37(35,6%)
Não recebeu	14(13,5%)
Treinamento específico para DC após a graduação	
Sim	14(13,3%)
Não	90(86,5%)
Práticas Relativas à DC	
Número de pacientes com DC crônica atendidos*	
Nenhum	12 (11,7%)
Entre 1 e 10	29 (28,2%)
Entre 11 e 49	35 (33,9%)
Acima de 50	15 (14,5%)
Número de pacientes com DC aguda atendidos*	
Nenhum	44 (43,1%)
Entre 1 e 10	37 (36,3%)
Acima de 10	21 (20,6%)
Solicita rotineiramente Eletrocardiograma	
Sim	92 (88,5%)
Não	12 (11,5%)
Solicita rotineiramente Radiografia de tórax	
Sim	75 (72,1%)
Não	29 (27,9%)

Variáveis	n (%)
Práticas Relativas à DC	
Solicita rotineiramente Ecocardiograma	
Sim	74 (71,1%)
Não	30 (28,9%)
Solicita rotineiramente Holter de 24 hs	
Sim	28 (26,9%)
Não	76 (73,1%)
Solicita rotineiramente Teste ergométrico	
Sim	15 (14,4%)
Não	89 (85,6%)
Solicita rotineiramente Outros exames	
Sim	15 (14,4%)
Não	89 (85,6%)
Prescreve BZN*	
Sim	6 (6%)
Não	94 (94%)
Motivos para a não prescrição do BZN*	
Não conhece	34 (34%)
Dificuldade em obter o medicamento no serviço público	21 (21%)
Considera o medicamento ineficaz	11 (11%)
Efeitos colaterais que o medicamento acarreta	7 (7%)
Dificuldade de adesão por parte dos pacientes	6 (6%)
Outros Motivos	15 (15%)
Prescreve o BZN	6 (6%)
Contato prévio com paciente em uso de BZN	
Sim	58 (55,8%)
Não	46 (44,2%)
Constatou reação adversa em pacientes em uso de BZN	
Não teve contato prévio com pacientes em uso de BZN	46 (44,2%)
Não	39 (37,5%)
Sim	19 (18,3%)
Segurança na condução do tratamento de portador de DC*	
Não	19 (18,6%)
Parcialmente	74 (72,5%)
Totalmente	9 (8,8%)

* Variação do n de 104 por perda de informação.

Fonte: próprio autor.

Quanto à prática clínica, quase 90% dos médicos possuíam experiência com o atendimento de pacientes com DC crônica, sendo que 50 (48,4%) já haviam atendido mais de 10 pacientes nessa fase da doença. Na fase aguda da DC, 44 (43,1%) médicos relataram nunca terem tido essa experiência e somente 21 (20,6%) médicos já haviam atendido mais de 10 pacientes com DC aguda. Os exames para acompanhamento da DC mais solicitados foram Eletrocardiograma (92; 88,5%) e Radiografia de tórax (75; 72,1%). Somente 9 (8,8%) profissionais relataram sentir-se totalmente seguros para conduzir o tratamento de pacientes com DC (Tabela 1).

Quanto à prescrição do BZN, dos 100 médicos que responderam a essa pergunta, apenas 6 (6,0%) o prescrevem ou prescreveriam. O motivo mais prevalente apontado para a não prescrição do BZN foi não conhecer o medicamento (34, 34%). A maioria já teve contato prévio com algum paciente em uso de BZN (58/55,8%), independentemente da fase da doença e de quem o prescreveu. Desses, 19 (33%) relataram algum efeito colateral decorrente do uso desse medicamento, sendo a intolerância gastrointestinal o mais frequente, relatado por 13 deles, seguido pelas reações dermatológicas relatadas por 9 profissionais.

Com relação à opinião dos médicos sobre o BZN, 77 (74%) declararam desconhecimento ou ausência de opinião sobre tal medicação, enquanto 17 (16,3%) médicos relataram ter pouca experiência com o medicamento, 3 (2,9%) profissionais relataram que a literatura científica é controversa e 7 (6,7%) deles declararam outras opiniões.

DISCUSSÃO

A maioria dos médicos atuantes na APS de regiões endêmicas para DC é de jovens, formados há menos de quatro anos e com menor tempo de atuação na APS, sugerindo predomínio de pouca experiência clínica, já que a função exercida está sendo a porta de entrada na carreira. A análise do perfil de práticas relativas à DC revelou um panorama preocupante, visto que a maioria apresentou experiência na condução do tratamento de pacientes com DC, predominantemente na fase crônica, embora 34% deles não conheçam o único medicamento antitripanossômico disponível e mais de 90% sentiam-se totalmente ou parcialmente inseguros na condução de tratamento da DC.

O predomínio do sexo feminino entre os médicos da APS vai de encontro aos registros no Conselho Federal de Medicina.¹² Quanto ao tempo de formado, estudo prévio¹³ com médicos da APS no interior de São Paulo concluiu que profissionais com mais de 4 anos de formados

apresentaram maior estabilidade na APS. O predomínio de recém-formados contribui com a alta rotatividade profissional na APS, dificultando a qualidade do serviço ofertado,¹³ comprometendo a continuidade de ações de médio e longo prazos e dificultando o estabelecimento do vínculo entre profissionais e população.¹⁴ Há que se considerar o desinteresse ou falta de estímulos de médicos mais experientes para se fixarem em municípios do interior e em áreas rurais,¹⁵ regiões que muito carecem de profissionais capacitados na condução da DC.

Os médicos entrevistados, em sua maioria, se graduaram na cidade de Montes Claros (58,6%), município com características de capital regional, que se destaca pela sua centralidade e melhor infraestrutura de prestação de serviços.¹⁶ A existência de um grupo formado em Cuba é decorrente do Programa Mais Médicos, criado pela Lei nº 12.871, de 2013, que tem o propósito de prover médicos, brasileiros ou estrangeiros, em municípios com áreas de vulnerabilidade, a fim de colaborar na expansão do acesso da população brasileira à assistência em saúde.¹⁷ Entretanto, essa iniciativa governamental tem gerado controvérsias no país.¹⁸

A alta proporção de médicos que declaram insuficiência de informações sobre DC proveniente da graduação (49%) pode ser decorrente da persistência de uma formação acadêmica fragmentada e basicamente hospitalar, já relatada pela literatura.¹² Diante do fato de a maioria ter se graduado em Faculdade/Universidade da região, esperava-se maior foco em problemas endêmicos, como a DC. É importante destacar que não houve diferença estatisticamente significativa quanto à proporção de relato de que a graduação não ofereceu formação suficiente em DC entre os profissionais graduados no Brasil ou em Cuba, ou mesmo entre os graduados em Universidades da região do estudo e fora dela ($p > 0,05$, dados não apresentados).

Alia-se a isso a falta de educação permanente voltada ao reconhecimento dos problemas da realidade local, relatada também pela maioria (90%), culminando com o comprometimento da segurança profissional para condução de tratamento voltado para DC, situação relatada por 89% dos profissionais. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina enfatizam a premência de se formar um profissional adequado às necessidades do sistema de saúde pública.¹⁹ Estudo prévio conduzido pelo Ministério da Saúde verificou a necessidade de maior aprimoramento técnico-científico entre profissionais da APS,²⁰ o que evidencia a importância de maior investimento na educação permanente, um importante desafio para o êxito da APS.²¹

Minas Gerais é considerado um dos estados brasileiros com maior prevalência da endemia chagásica.²² Sabe-

se que a DC é decorrente, essencialmente, de distorções econômicas e determinações sociais, características dos municípios incluídos no estudo, e que o serviço público é o grande responsável por acolher e manejar o tratamento da DC.²³ Sendo assim, era de se esperar que os profissionais entrevistados apresentassem ampla experiência de atendimento a pacientes com DC, principalmente em fase crônica. A proporção de profissionais sem ou com pequena experiência com a DC, especialmente em fase crônica, sugere problemas na assistência, tais como falta de tempo e estímulo para localizar, identificar e atender esses pacientes, fazendo com que a atuação profissional não esteja em compasso com a realidade e as necessidades locais.

Minas Gerais, em 2001, e o Brasil, em 2006, receberam da OMS a Certificação Internacional pela interrupção da transmissão da DC pelo vetor (barbeiro).²⁴ A partir de 2005, a DC se tornou de notificação compulsória e, desde então, verifica-se número reduzido de novos casos no país¹¹. Assim, não era esperada alta proporção de médicos com experiência com DC em fase aguda (56,9%), principalmente ao se considerar o pequeno tempo de atuação na APS da maioria dos entrevistados. Esse achado mereceria ser mais bem esclarecido em investigações futuras, por estar refletindo surgimento de novos casos em tais áreas. Outra possibilidade seria o relato profissional inadequado sobre a fase da doença em que o portador se encontra, visto que 20% afirmaram ter atendido mais de 10 casos de DC em fase aguda.

Há apenas duas drogas disponíveis dotadas de comprovada ação sobre *T. cruzi*: o Nifurtimox e o BZN.²⁵ No Brasil, apenas o BZN é liberado para comercialização, sendo adotado como protocolo pelo Consenso Brasileiro em DC seu uso por, no mínimo, 60 dias consecutivos para todos os pacientes na fase aguda da DC. Na fase crônica, o BZN é recomendado para as formas indeterminada, cardíacas leves e digestivas. Quando prescrito, o BZN pode ser obtido gratuitamente pelo Sistema Público de Saúde brasileiro.¹¹ Apesar de sua efetividade na fase aguda da infecção estar bem documentada, os resultados clínicos relativos às fases crônicas são mais variáveis, e a ocorrência de acontecimentos adversos é comum, especialmente em adultos.²⁶ A utilidade de se prescrever o BZN em pacientes na fase crônica é controversa, embora tenham sido apontadas vantagens de seu uso nessa fase.^{25,27}

Chamou atenção o fato de que tal controvérsia não tenha sido o principal motivo para a não prescrição do BZN. O desconhecimento foi apontado pela maioria dos entrevistados para a não prescrição. Estudo prévio conduzido entre médicos do Paraná verificou que 69% desconheciam a existência do tratamento da DC com o BZN,²⁸ confirmando que a medicação não é prescrita porque, de

fato, muitos profissionais não estão suficientemente informados e esclarecidos.

Nos últimos anos, várias estratégias e políticas voltadas para adequação da formação e qualificação dos trabalhadores da saúde no âmbito do SUS têm sido desenvolvidas. O Ministério da Saúde instituiu, em 2003, a Política Nacional de Educação Permanente na Saúde (PNEPS),⁸ para superar o problema da fragmentação na formação profissional, onde se observava anulação das realidades locais em nome do conhecimento e expertise de subáreas cada vez mais especializadas. A PNEPS propõe abordagens em que os profissionais estejam envolvidos, apresentando suas demandas levantadas com base no cotidiano dos serviços e, a partir de então, o recebimento de capacitações de acordo com sua realidade vivenciada na prática.⁸ Outra ação pública disponível que oferece suporte à APS é a Rede de Teleassistência de Minas Gerais (RTMG), com atividades em 750 municípios (88,0%) do estado de Minas Gerais, realizando suporte aos cuidados primários em saúde, com teleconsulta e telediagnóstico. As atividades da RTMG têm contribuído para a redução do número de encaminhamentos desnecessários, e para a melhoria da qualidade da APS e sua capacidade resolutiva.²⁹ Infelizmente, nossos resultados revelam a ausência, falta de efetividade ou a baixa utilização de tais ações, exatamente em contextos onde mais se necessitaria de tais abordagens.

Com relação à ocorrência de efeitos adversos do BZN, o Consenso Brasileiro de DC¹¹ relatou tais ocorrências em cerca de 30% dos usuários de BZN. Ensaio clínico multicêntrico recente, conduzido entre 2854 pacientes com CCC, evidenciou uma taxa de interrupção do uso do BZN de 23,9%, sendo *rash* cutâneo, sintomas gastrointestinais e doenças do sistema nervoso as razões mais comuns para essa interrupção.²⁵ Estudo clínico de acompanhamento de pacientes chagásicos em Minas Gerais verificou que aplicação clínica segura do BZN demandava um cuidadoso seguimento das reações adversas.²⁸ A menor proporção de efeitos adversos relatada pelos entrevistados de nosso estudo parece decorrente de sua pequena experiência com o medicamento.

O fato de este estudo ter sido conduzido em amostra de conveniência limita a generalização dos resultados. Ter utilizado questionário autoaplicado sugere que algum grau de enviesamento das informações pode ter ocorrido. Apesar de tais limitações, acredita-se que os dados apresentados sejam de fundamental importância para se conhecer como tem se dado a prática médica e o manejo do paciente com DC por profissionais da APS. A identificação dos problemas aqui levantados pode contribuir com melhores estratégias de educação permanente aos profissionais da saúde, a fim de garantir melhores formas de assistência

à saúde aos portadores da DC, doença que ainda se faz muito presente em algumas regiões, mas que permanece fortemente negligenciada pelo próprio serviço de saúde.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou aspectos que dificultam o provimento de atendimento médico adequado aos pacientes portadores de DC na APS. Há falta de treinamento específico desde a graduação para tratamento da DC, há desconhecimento em relação ao único antitripanossômico disponível, há insegurança na condução desse tratamento entre médicos da APS das regiões endêmicas contempladas. O número de portadores de DC atendidos na APS permanece alto, necessitando, ainda hoje, de olhar atento por parte dos profissionais, gestores de saúde e pesquisadores, a fim de se planejarem melhores formas de assistência e enfrentamento dessa doença crônica, de maneira qualificada e oportuna.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores contribuíram igualmente para a pesquisa e elaboração do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. WHO – World Health Organization. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates. Disponível em: <<http://www.who.int/wer>>. Dias JCP. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(suppl.1):S13-S22.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Triagem neonatal da infecção pelo *Trypanosoma cruzi* em Minas Gerais, Brasil. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde do SUS*. 2009; 18:3.
3. Coura JR, Borges-Pereira J. Chagas disease: what is known and what should be improved: a systemic review. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2012; 45(3):286-296.
4. Souza W, coordenador. Doenças negligenciadas. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. 56 p. il. (Ciência e Tecnologia para o Desenvolvimento Nacional. Estudos Estratégicos).
5. Mobilização popular e Doença de Chagas [Internet]. Rio de Janeiro: Médicos sem Fronteiras Brasil; 2015 [citado 2016 ago. 2]. 64 p. Disponível em: <<http://www.msf.org.br/sites/default/files/cartilha-chagas-msf.pdf>>.
6. Schmunis GA. Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2007; 102(2):75-85.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil [Internet]. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2000 [citado 2016 ago. 2]. Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br>>.
9. Cardoso CS, Sabino EC, Oliveira CDL, Oliveira LC, Ferreira AM, Cunha-Neto E, et al. Longitudinal study of patients with chronic Chagas cardiomyopathy in Brazil (SaMi-Trop Project): a cohort profile. *BMJ Open*. 2016; 6:e011181.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Consenso Brasileiro em Doença de Chagas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2005; 38(Supl III).
11. Scheffer M, Biancarelli A, Cassenote A. Demografia médica no Brasil. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina; 2011.
12. Campos CVA; Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008 abr.; 42(2):347-368.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
14. Organização Pan-Americana da Saúde. Estudo de caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Semiárido Potiguar. Brasília: OPAS; 2016.
15. Fonseca GS, Guimarães RLN, Fernandes DM. Norte de Minas: migrações intraestaduais. *Censo Demográfico 2010. Revista Desenvolvimento Social*. 2014. Edição Es-

pecial.

16. BRASIL. Casa Civil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2013 out. 22.

17. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015 fev.; 20(2):421-424.

18. Ministério da Educação (Brasil). Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001 Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, Brasília (DF), 2001 nov. 7.

19. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas da Saúde. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família. v.1. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

20. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A concepção dos polos como recurso institucional de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para saúde da família: etapa 3. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

21. Dias JCP. Chagas disease: success and challenges. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22:2020-2021.

22. Dias JCP, Dias RB. Aspectos sociais, econômicos e culturais da doença de Chagas. *Ciência e Cultura*. 1979; 31:105-124.

23. Ferreira I, Silva T. Transmissão da Doença de Chagas pelo triatoma infestans no Brasil: um fato histórico. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2006; 39(5):507-509.

24. Morillo CA, Marin-Neto JA, Avezum A, Sosa-Estani S, Rassi AJr., et al. Randomized trial of Benznidazole for Chronic Chagas' Cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 2015 Oct.; 373(14):1295-306.

25. Gulin JEN, Rocco DM, García-Bournissen F. Quality of reporting and adherence to ARRIVE guidelines in animal studies for Chagas Disease pre clinical drug research: a systematic review. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015; 9(11):e0004194.

26. Viotti R, Vigliano C, Lococo B, Bertocchi G, Petti M,

Alvarez MG, et al. Long-term cardiac outcomes of treating Chronic Chagas Disease with benznidazole versus no treatment. *Ann Intern Med*. 2006; 144:724-734.

27. Colosio RC, Falavigna-Guilherme AL, Gomes ML, Marques DSO, Lala ERP, Araújo SM. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre profissionais de saúde – Paraná, Brasil. *Cienc Cuid Saúde*. 2007; 6(2):355-363.

28. Marcolino MS, Figueira RM, Santos JPA, Cardoso CS, Ribeiro AL, Alkmim MB. The experience of a sustainable large scale brazilian telehealth network. *Telemedicine and E-Health*. 2016; 22(11).

Submissão: janeiro de 2017

Aprovação: novembro de 2017
