

Doença de Chagas: itinerário terapêutico de crianças e/ou adolescentes*Chagas disease: therapeutic itinerary of children and/or adolescents*

Bruna Carvalho da Rocha¹, Leidilene Pinheiro Pantoja², Nely Dayse Santos da Mata³, Maria Virgínia Filgueiras de Assis Mello⁴, Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini⁵, Rosemary Ferreira de Andrade⁶, Rubens Alex de Oliveira Menezes⁷, Luzilena de Sousa Prudêncio⁸

Artigo original

RESUMO

No Brasil, a assistência em tempo oportuno aos indivíduos convivendo com Doença de Chagas ainda é um desafio à saúde pública. Objetivou-se analisar o itinerário terapêutico de crianças e adolescentes portadores de Doença de Chagas na busca de atenção e cuidado com a saúde. Adotada a abordagem qualitativa, descritiva, exploratória. Pesquisa de campo realizada com familiares de crianças/adolescentes convivendo com Doença de Chagas no Centro de Referência em Doenças Tropicais (CRDT) em Macapá, AP. Análise de conteúdo subsidiou a identificação de três categorias analíticas: o diagnóstico como desafio inicial do itinerário terapêutico; o Itinerário em busca do tratamento e controle da doença; fragilidades e potencialidades dos serviços de atenção à saúde. Os resultados apontaram que a oferta dos serviços voltados para o diagnóstico da doença ainda está centrada na atenção especializada. Portanto, o itinerário terapêutico de crianças e adolescentes portadores de Doença de Chagas em busca do tratamento e controle da doença é marcado por desafios que envolvem o diagnóstico em tempo oportuno, o que pode repercutir em tratamentos equivocados. A principal fragilidade identificada estava relacionada aos serviços de saúde, pois a atenção primária não está preparada para a identificação da doença, tão pouco a média e alta complexidade estão qualificadas para uma assistência resolutiva. Quanto às potencialidades, estão relacionadas ao sistema de cuidado e atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Prestação de Cuidados de Saúde. Doença de Chagas. Saúde Pública. Comportamento de Procura de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, time assistance for individuals living with Chagas disease is still a challenge to public health. It was aimed at analyzing the therapeutic itinerary of children and adolescents with Chagas disease in search of health care and care. Adopted the qualitative, descriptive, exploratory approach. Field research conducted with family members of children/adolescents living with Chagas disease at the Reference Center for Tropical Diseases in Macapá, AP. Content analysis subsidized the identification of three analytical categories: diagnosis as an initial challenge of the therapeutic itinerary; the itinerary in search of disease treatment and control; weaknesses and potentialities of health care services. The results pointed out that the offer of services focused on the diagnosis of the disease is still centered on specialized care. Therefore, the therapeutic itinerary of children and adolescents with Chagas disease in search of treatment and control of the disease is marked by challenges involving the diagnosis in a timely manner, which can reverberate in wrong treatments. The main fragility identified was related to health services, as primary care is not prepared for the identification of the disease, nor are the medium and high complexity qualified for resolution care. Potentialities are related to the health care system and care.

KEYWORDS: Delivery of Health Care. Chagas Disease. Public Health. Health Care Seeking Behavior.

¹ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <<https://orcid.org/0000-0002-5126-102X>>

² Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <<https://orcid.org/0000-0001-8705-4973>>

³ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <<https://orcid.org/0000-0002-0245-8141>>

⁴ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <<https://orcid.org/0000-0002-5260-942X>>

⁵ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <<https://orcid.org/0000-0003-2807-2682>>

⁶ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <<https://orcid.org/0000-0003-4472-8565>>

⁷ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <<https://orcid.org/0000-0002-0206-5372>>

⁸ Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). <<https://orcid.org/0000-0003-3364-071X>>. E-mail: luzilenarohde@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Descoberta por Carlos Chagas, em 1909, a Doença de Chagas é considerada um importante problema de saúde pública. É definida como uma condição crônica negligenciada, com elevada carga de morbimortalidade e impacto psicológico, econômico e social.¹ Apresenta distribuição espacial limitada principalmente ao continente americano, motivo pelo qual também é denominada tripanossomíase americana.²

Atualmente, estima-se que aproximadamente 70 milhões de pessoas na região das Américas vivem em áreas endêmicas, expostas ao risco de contrair o agravo. O número de indivíduos infectados equivale a cerca de 6 milhões de pessoas, sendo registrados 30.000 novos casos a cada ano. Ressalta-se que 1,1 milhão de mulheres em idade reprodutiva são acometidas pela doença. A infecção congênita acomete 8 a 15 mil recém-nascidos³. No Brasil, atualmente, em torno de 1,2 milhão de indivíduos são acometidos pela enfermidade⁴.

Na descoberta da doença, o cenário era tradicionalmente de transmissão vetorial intradomiciliar. No entanto, na atualidade, cedeu lugar à transmissão silvestre do parasita, concentrando-se na Região Amazônica, equivalendo a 150 casos novos/ano^{5,6}. Sob essa ótica, o agravo apresenta uma emergência de casos isolados e surtos em forma de microepidemia familiar, com frequência em áreas urbanas, tornando essa região uma área endêmica⁷.

No Amapá, estado inserido na Região Amazônica, no período compreendido entre 2008 e 2017, foram registrados 115 casos confirmados da doença. Desses, 26 foram registrados no ano de 2017, que se destacou como o de maior incidência⁸. Ressalta-se que o perfil epidemiológico sofreu significativas alterações ao longo de décadas, resultantes de ações exitosas de controle, de transformações ambientais e de aspectos socioeconômicos vivenciados pela população.

Nas últimas décadas, mesmo diante dos expressivos avanços de países endêmicos, como o Brasil, no controle do ciclo de transmissão da doença, constata-se que a assistência à saúde de qualidade e em tempo oportuno aos indivíduos convivendo com Doença de Chagas permanece um grande desafio. Isso ocorre em razão de critérios relacionados à formação inadequada dos profissionais de saúde e ausência de interesse da indústria farmacêutica quanto ao desenvolvimento de novos fármacos para o tratamento da enfermidade⁹.

Diante desse quadro, o portador da Doença de Chagas precisa construir estratégias de percurso em busca do cuidado e da atenção à saúde. A abordagem do Itinerário Terapêutico aplica-se a essa realidade para explicar as atividades desenvolvidas pelas pessoas em busca do tratamento para a doença ou aflição¹⁰. O itinerário terapêutico refere-se ao conjunto de processos envolvidos na busca do tratamento, desde a constatação de uma desordem,

passando por todas as fases institucionais (ou não) em que se podem atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores e outros) e curas¹¹.

Conhecer o itinerário percorrido pelos usuários dos serviços de saúde é imperativo para a construção de estratégias de enfrentamento de agravos à saúde, bem como para o direcionamento das ações em saúde coletiva. Assim, entender a trajetória dos usuários que convivem com a Doença de Chagas e seus familiares foi o que despertou o interesse por desenvolver esta investigação. Para nortear este estudo foi definida a seguinte questão de pesquisa: como tem sido o itinerário terapêutico de crianças e/ou adolescentes com Doenças de Chagas na busca por cuidado e atenção à saúde? Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi analisar o itinerário terapêutico de crianças e/ou adolescentes com Doença de Chagas na busca por cuidado e atenção à saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, realizada no período de agosto a dezembro de 2019, no ambulatório de infectologia de um CRDT localizado no município de Macapá (AP). O cenário do estudo foi uma instituição da rede de saúde estadual, composta por uma equipe multiprofissional (enfermeiros, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos e biomédicos), que oferece atendimento nas áreas de dermatologia, infectologia, pneumologia (relacionada a casos de tuberculose) e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

O CRDT é o único centro de referência no Amapá para diagnóstico e tratamento dos citados agravos, atendendo à demanda do estado e de regiões ribeirinhas oriundas de municípios paraenses. Na referida instituição, foi identificado o total de 201 pacientes cadastrados para tratamento da Doença de Chagas até janeiro de 2020, dos quais 32 eram crianças e adolescentes.

Os participantes do estudo foram pais ou responsáveis de 12 crianças/adolescentes em tratamento para Doença de Chagas no referido ambulatório, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser pais ou responsáveis de criança ou adolescente (na faixa etária de 0 a 19 anos), cadastrados na instituição, que estavam em tratamento para Doença de Chagas no referido ambulatório. Foram excluídos pais ou responsáveis de criança/adolescente que não conseguiram participar da entrevista após três tentativas dentro do período da coleta de dados.

A aproximação do pesquisador com os usuários ocorreu durante consultas de enfermagem. Assim, após o atendimento, realizava-se o convite (aos pais ou responsáveis pelas crianças/adolescentes) para participação no estudo. A seleção dos participantes do estudo ocorreu por conveniência e considerando os critérios de inclusão.

Os dados coletados incluíram informações sociodemográficas de interesse para o estudo (idade, escolaridade e município de residência da criança/adolescente) e relacionadas ao tratamento (medicamento utilizado e duração de uso) associadas a uma entrevista semiestruturada que contemplou um roteiro composto por cinco perguntas abertas com a finalidade de obter respostas para os objetivos desta pesquisa: Como foi a descoberta da doença? Qual o percurso que você fez para buscar cuidado ou atenção diante da Doença de Chagas? Quais as orientações recebidas pela família, alguém da comunidade ou profissional de saúde sobre cuidado e atenção à saúde da criança/adolescente no tratamento da doença? O que você acha da assistência destinada à criança/adolescente em tratamento da Doença de Chagas? Quais as facilidades e dificuldades que você tem ou teve na busca de cuidado e atenção à saúde?

As entrevistas foram tomadas pelo pesquisador principal, em dia e horário conveniente a cada família, realizadas face a face, em ambiente reservado no CRDT, possibilitando privacidade, conforto e acolhimento. No primeiro contato, os familiares foram esclarecidos quanto à pesquisa e seus objetivos. As entrevistas tiveram duração de 15 a 30 minutos e foram gravadas com aparelho eletrônico para posterior transcrição. Para definir o número de participantes, adotou-se o critério de saturação dos dados, diante de informações recorrentes durante as entrevistas¹².

Os áudios das entrevistas foram transcritos na íntegra, utilizando-se o programa computacional Word. Posteriormente foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin¹³, subsidiada pelo *software* ATLAS.ti® *Qualitative Data Analysis* versão 8.0, desenvolvido especificamente para o armazenamento, manipulação e análise de dados qualitativos, facilitando o gerenciamento dos dados codificados a serem analisados. Esse *software* permite uma análise criteriosa e detalhada de fenômenos complexos, os quais, possivelmente, não seriam detectáveis na simples leitura do texto, principalmente em relação à técnica tradicional de tratamento dos dados manualmente¹⁴. O ATLAS.ti® é composto por vários elementos, dentre eles: Unidade hermenêutica (que é um arquivo próprio para armazenar as informações no ambiente do *software*), Documentos Primários, Códigos, Citas, Famílias, notas de análises e vista de redes (esquemas gráficos). Assim, na organização dos dados deste estudo, foi construída uma Unidade Hermenêutica, que é o projeto ampliado, constituído de 12 documentos primários e 17 códigos.

As narrativas foram examinadas por meio de leitura analítica e os códigos foram categorizados de acordo com a semelhança temática e textual. Nesse seguimento, o *Software* Atlas.ti possibilitou a organização dos dados para proceder às etapas de pré-análise, codificação, categorização e criação de dimensões. Mediante uma codificação temática, com uma matriz de análise realizada com base no referencial teórico, objetivos e problema de pesquisa, originaram-

se as dimensões ou categorias. Fragmentos de texto foram extraídos como unidades de significado. Estas foram codificadas de acordo com a relevância e foram analisadas em três categorias temáticas.

Visando garantir o sigilo, a ética e o anonimato, os participantes foram identificados como “Entrevistados” e receberam um código alfanumérico constituído da letra “E” seguida de um número arábico sequencial, de acordo com a ordem de realização das entrevistas (E1, E2, E3... E12).

Não houve conflito de interesses no estudo, o qual seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Adicionalmente, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pertencente à Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) e aprovado sob o parecer de n.º 15060819.3.0000.0003. A decisão dos participantes foi oficializada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das crianças/adolescentes, acompanhadas pelos pais ou responsáveis variou de 1 a 19 anos, sendo sete na faixa etária de 10 a 19 anos, três entre 5 a 10 anos e dois na idade de 0 a 5 anos. O sexo masculino foi predominante, com oito participantes. Quanto ao município de procedência, seis residiam em Macapá, quatro em Santana e dois no município de Afuá, no estado do Pará, os quais residiam às margens do Rio Amazonas.

Sobre os aspectos relacionados ao tratamento, todos os pais ou responsáveis relataram que as crianças/adolescentes utilizaram o medicamento Benznizadol. Os participantes afirmaram não ter recorrido a nenhum tratamento alternativo e/ou caseiro. Assim, o tratamento alopático foi o único utilizado.

Com base nos resultados encontrados, estabeleceram-se três categorias: a descoberta da doença; o itinerário em busca do diagnóstico; o Itinerário em busca do tratamento e controle da doença; fragilidades e potencialidades dos serviços de atenção à saúde.

O diagnóstico como desafio inicial do itinerário terapêutico

A trajetória percorrida pelos familiares e pacientes convivendo com Doença de Chagas foi marcada por barreiras que se iniciaram antes mesmo da definição do diagnóstico, pois, apesar de ser uma doença endêmica da Região Amazônica, ainda é negligenciada.

Assim, a investigação sobre itinerário terapêutico é fundamental na abordagem sobre os caminhos percorridos pela família e pelo doente, para entender como essa rede constituiu-se e que ações são desenvolvidas nesse trajeto. As questões envolvidas estão relacionadas às dimensões sociais, econômicas, além de fatores relacionados ao sistema de saúde, entre outros aspectos¹⁵.

O percurso de familiares e desses usuários na busca de cuidado e atenção à saúde foi inicialmente caracterizado pelo surgimento e persistência de sinais e sintomas nas crianças/adolescentes, como hipertermia, hiperemia, astenia e dor, relatados por 91,6% dos pais ou responsáveis. Essas manifestações preocuparam os familiares, que passaram a buscar diagnóstico para o quadro sintomático apresentado, como exposto nas falas a seguir:

“Ele estava com 12 dias de febre, manchas vermelhas [...]”. (E1).

“Pelos sintomas, [...] inchaço, falta de ar, canseira, dor no peito [...] depois de duas semanas de febre [...]”. (E4).

“Ele veio apresentando um mal-estar, diarreia, febre contínua [...]”. (E9).

Os sintomas mencionados representam as manifestações clássicas da doença, assemelhando-se aos resultados encontrados na literatura. Segundo o Consenso Brasileiro em Doença de Chagas¹, sintomas gerais, como mal-estar, cefaleia, astenia e hiporexia, são comumente associados à presença de febre, muitas vezes contínua, remittente ou intermitente.

Dentre as 12 crianças/adolescentes, acompanhadas por seus pais ou responsáveis, apenas um apresentou-se assintomático. A descoberta da doença esteve associada a contatos na família, por ocasião de busca ativa por profissionais de saúde. Outros participantes também tiveram história familiar positiva para Doença de Chagas, compreendendo cerca de 58% dos entrevistados.

“Fizeram o exame em toda a família e foi comprovado que eu e ele estávamos doentes. Ele fez o exame e deu positivo, só que ele não teve sintoma nenhum. O único que não teve sintomas”. (E11).

Além do surgimento de sintomas atribuídos à doença e do histórico familiar positivo, o diagnóstico também esteve condicionado, em um dos casos, à triagem sorológica em centro de hemoterapia:

“Meu filho queria doar sangue, então ele fez a triagem e mandaram uma carta pra ele [...] ele voltou lá e a médica falou sobre a suspeita de Chagas, que eles iriam repetir o exame sorológico, porque, às vezes, quando a pessoa tá gripada, pode modificar alguma coisa. Ele repetiu o exame e deu positivo”. (E3).

O processo de hemovigilância representa um dos avanços no Brasil, com a instituição de um sistema nacional que integra atualmente hemocentros, vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. Deste modo, a triagem sorológica representa um dos métodos de prevenção, identificação e captação desses doadores que são referenciados para a devida investigação e desfecho clínico-epidemiológico¹.

Quanto à forma de transmissão, todos os entrevistados relataram a possibilidade de ter ocorrido por via oral, mais especificamente associada ao consumo do açaí, alimento típico da Região Amazônica, como exposto nos relatos a seguir:

“Acredito que ele tenha contraído a doença através do açaí, porque lá em casa foram 7 pessoas que pegaram a Doença de Chagas. Na época, ele era a única criança [...]”. (E1).

“Tenho certeza que foi do açaí, nós consumimos muito açaí”. (E6).

“Foi através de ingestão, né? A gente acha que foi do açaí [...]”. (E9).

Nos últimos anos, o açaí esteve associado ao maior número de casos de Doença de Chagas ocorridos na Região Norte, relacionados à contaminação do fruto e seus derivados pelos dejetos de barbeiros infectados¹⁶. A comercialização e o consumo, geralmente, são realizados imediatamente após o processamento, sem as mínimas medidas de higiene¹⁷.

A ingestão de leite materno de mãe com diagnóstico de Doença de Chagas aguda, outra possível forma de transmissão oral, foi relatada por uma das entrevistadas ao citar que, na 35ª semana de gestação, recebeu o diagnóstico positivo para a Doença de Chagas. Entretanto, no pós-parto, o diagnóstico não foi considerado e a genitora foi orientada a amamentar sua filha.

“Passei por uma cesariana e me liberaram da maternidade, desconsiderando que eu tinha Chagas [...] quando minha filha nasceu, chamei os médicos e falei: ‘Olha eu não quero amamentar meu bebê, porque, segundo a minha família, se eu amamentar e ela não estiver doente, ela vai adoecer’ [...] logo no primeiro dia após o nascimento, eu não amamentei, ela recebeu doação do Banco de Leite, mas, no segundo dia, a médica pediatra não permitiu. Ainda aguardei 3 horas pelo recebimento do leite, não veio. Então iniciei amamentação, foi no desespero, porque, naquele momento, meu psicológico ficou abalado [...]”. (E8).

A entrevistada referiu que, 28 dias após o nascimento, a criança começou a apresentar sintomatologia característica da doença. Buscou, então, atendimento médico e foi confirmado o diagnóstico por meio de sorologia:

“[...] ela estava com 28 dias de vida quando eu percebi que começou a ter febre e surgiram pintinhas avermelhadas pelo corpo. A médica solicitou imediatamente os exames. Com 24 horas foi confirmado o caso dela”. (E8).

A transmissão da doença pelo leite materno é um dos modos de contaminação com menor evidência, porém pode ocorrer em mulheres na fase aguda da infecção, na coinfeção T. cruzi-HIV, em fase avançada da Aids ou em situações de sangramento em fissuras mamilares¹.

Diante da presença de manifestações clínicas, triagem sorológica e/ou ocorrência de casos da doença na família, deu-se início à busca de entendimento sobre o itinerário terapêutico desses indivíduos. A dificuldade na identificação de sinais e sintomas foi constatada nos relatos dos entrevistados, resultando não só em diagnósticos e tratamentos equivocados como também em internações prolongadas e até mesmo agravamento dos quadros de saúde desses usuários.

“Ele estava com 12 dias de febre, manchas vermelhas [...] Indo ao hospital, o médico dizia que era virose, fez exame de malária, dengue e nada. Paguei uma consulta particular e a

médica solicitou exame de Chagas, Chikungunya, Zika vírus. Voltamos ao hospital público e ele fez os exames, chegando ao resultado de Chagas [...]” (E1).

“Minha filha ficou uma semana internada na emergência do Hospital Geral e duas semanas na semi-intensiva, apareceram vários diagnósticos [...] tuberculose, lúpus. Todos não reagente, até sair o resultado de Chagas [...]”. (E4).

“Ele estava apresentando uma febre, só por volta de 17 h da tarde, tomava medicação, passava a febre [...] já havia 15 dias. Levávamos ao médico e só ouvíamos que era uma virose e de tanto andar pra lá e pra cá [...] Fez exames para hepatite, malária, todos normais. Até que uma colega minha, lá do pronto socorro, disse “vamos pedir sorologia para Dengue, Chikungunya e Chagas também [...]” até o médico discordou, inclusive, a gente nem foi buscar o resultado, mas ligaram e disseram que o exame deu alterado, diante disso a ficha caiu”. (E5).

“A gente procurou o Hospital de Emergência de Santana. Lá, no início, falaram que era uma infecção intestinal. Depois internaram e disseram que já era outro tipo de infecção [...] Ele ficou em observação seis dias e foi internado por mais sete dias, fizeram exame específico pra Chagas, foi que atestou”. (E9).

O número de profissionais com pouca experiência quanto à Doença de Chagas sinaliza problemas na rede de atenção à saúde, pois, mesmo diante dos avanços positivos no controle da transmissão da patologia, a oferta de atendimento médico de qualidade e em tempo hábil ainda é considerada um grande desafio¹⁸.

Para romper esse ciclo de negligência em relação à Doença de Chagas, é necessário o fortalecimento do sistema público de saúde, por meio de intervenções oportunas, com a instituição de protocolos de manejos clínicos atualizados, profissionais de saúde capacitados, disponibilidade de materiais para a oferta de diagnóstico e tratamento da doença, principalmente em áreas endêmicas¹⁹.

Com o intuito de delinear o percurso desses usuários, constatou-se, com base nas falas dos participantes da pesquisa, que oito famílias procuraram diretamente o hospital em busca do primeiro atendimento à saúde, tendo este como porta de entrada:

“Eu levava ela no hospital de Santana, faziam exame e diziam que não era nada, e ela continuava muito fraca”. (E2).

“A gente procurou a emergência [Hospital de Emergência de Santana] [...]”. (E9).

“Eu levei pro hospital do Pronto Atendimento Infantil, aí fizeram o exame pra malária e atestou Chagas”. (E10).

As narrativas possibilitam refletir que, apesar da expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a busca pelo serviço de média e alta complexidade ainda é a principal escolha dos usuários. Esse fato pode estar associado à idealização de que o ambiente hospitalar é o único local que possibilita resolver qualquer demanda de saúde, mas também pode estar vinculado à dificuldade de acesso a outros serviços de saúde na rede básica²¹.

A APS deveria ser referência para o acesso dos usuários suspeitos de Doença de Chagas, pois, segundo o Decreto nº 7.508, de 2011²¹, a atenção primária é a principal porta de entrada

do SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. No entanto, estabeleceu-se como primeiro atendimento apenas para uma minoria dos entrevistados:

“O primeiro atendimento foi na UBS do Perpétuo Socorro”. (E5).

“Olha [...] primeiro começou em mim, a febre, um sintoma diferente, logo em seguida começou a febre nele, tonteira, fraqueza, começamos a fazer exames, no postinho, no pronto-socorro, na UBS Lélcio Silva, com resultado positivo [...]”. (E6).

Nas falas citadas, o responsável pela criança/adolescente, também relata que foi acometido pela doença, a qual foi diagnosticada no posto de saúde. A busca da unidade de saúde pode estar relacionada com a proximidade da residência dos participantes, bem como com o vínculo já existente naquele serviço, representado por acompanhamentos médicos anteriores, participação em programas e uso de serviços ofertados²².

Itinerário em busca do tratamento e controle da doença

O percurso em busca de cuidado e atenção à saúde envolve esforço do usuário e de seus familiares, pois o acesso, na maioria dos casos, não é facilitado, o que implica na utilização de estratégias que podem envolver variados setores: o familiar, que diz respeito às pessoas próximas ao doente, como familiares, amigos e vizinhos; o popular, que está relacionado aos especialistas de cura, porém sem regulamentação oficial, tais como benzedeiras, curandeiras e outros; e o profissional, caracterizado por profissões formalmente organizadas, incluindo geralmente representantes da biomedicina, como da homeopatia, medicina chinesa e hindu. A sequência de utilização desses espaços nem sempre segue a mesma ordem. Tudo dependerá das facilidades e dificuldades encontradas para a solução do problema que aflige cada indivíduo²³.

No estudo aqui apresentado, identificou-se que as crianças/adolescentes e seus pais ou responsáveis percorreram estritamente o setor profissional, pois diante da confirmação da doença, iniciaram a trajetória do diagnóstico e tratamento dos pacientes no ambulatório de infectologia do CRDT, no qual foi possível verificar o sistema de referência e contrarreferência envolvido na assistência a esse público.

O encaminhamento feito pelas UBSs para as unidades de maior grau de complexidade (média e alta) é definido como referência, enquanto a contrarreferência é caracterizada pelo retorno desses usuários dos serviços de média ou alta complexidade para a APS, isto é, quando a continuidade do tratamento exige menos recursos tecnológicos e terapêuticos²⁴.

“Depois que ele fez os exames no LACEN [Laboratório Central de Saúde Pública] foi encaminhado para o CRDT no mesmo dia que a moça ligou, dizendo que os exames deram alterados. Viemos imediatamente. Aí já marcaram aqui com o doutor. O doutor disse que era positivo e que ele ia fazer o tratamento”. (E5);

“Ele não chegou a ficar internado. Do posto de saúde encaminharam para o infectologista no CRDT”. (E6).

“Do Pronto Atendimento Infantil mandaram ele pro CRDT. Eu passei com a médica, e ela prescreveu o remédio durante dois meses. Ele tomou o remédio e melhorou. Agora está fazendo o acompanhamento de 6 em 6 meses”. (E10).

“Fomos atendidos no Pronto Atendimento Infantil. Depois disso, o pessoal do LACEN me telefonou, informando que deu positivo o exame dele. Vim até o CRDT, comecei a fazer o tratamento dele e, com menos de um mês, já estava tomando medicamento”. (E12).

Pode-se perceber que, posteriormente ao diagnóstico do agravo, se obteve como conduta, em todos os serviços de saúde procurados pelos familiares de crianças e adolescentes convivendo com Doença de Chagas, o encaminhamento para o CRDT, para o devido acompanhamento com o profissional infectologista e seguimento do tratamento. Tal fato demonstra que, apesar das barreiras e do atraso no diagnóstico da doença, o fluxo de referência desses usuários é padronizado dentro do município de Macapá. Assim, para atingir a integralidade da assistência, é fundamental o estabelecimento de uma rede de serviços articulada, o que, possivelmente, contribuirá na resolução dos problemas de saúde²⁵.

Ao longo das entrevistas, os participantes foram questionados quanto aos setores percorridos e as orientações recebidas acerca da doença e do tratamento. No entanto, observou-se que o setor profissional foi predominante para busca de atenção à saúde:

“O médico passou o remédio e falou que ela estava com essa doença, que não tem cura, que só é pra ficar em acompanhamento durante 5 anos [...]”. (E2).

“Assim [...] só o doutor mesmo que explicou a situação [...] após a confirmação do diagnóstico da minha filha, o pessoal da Secretaria de Saúde foi até em casa, solicitou os exames para todos nós da família. Fomos eu, o pai e o irmão dela, fizemos e deu tudo negativo”. (E3).

“O médico falou que a doença tem dois estágios, que é aguda e a crônica, e que se fizesse o tratamento correto, ele poderia até [...] ser curado”. (E9).

Ainda associando ao resultado desta pesquisa, em estudo realizado sobre pacientes e curandeiros no contexto da cultura²³, o setor profissional foi predominante em relação ao familiar e ao popular, isto é, os participantes expressaram maior número de orientações, recomendações e experiências provenientes dos profissionais de saúde. No estudo aqui analisado, observou-se que o setor familiar não foi mencionado no sentido de busca de cuidados à saúde, mas foi identificado nas narrativas que as famílias participantes expressaram comprometimento com a situação de saúde em questão, acompanhando e apoiando antes mesmo da descoberta do diagnóstico. No entanto, quanto às orientações relacionadas ao agravo, constatou-se que o conhecimento sobre a doença ainda era incipiente, como observado nos relatos a seguir.

“O meu irmão uma vez chegou a falar que ele lia na internet. Falaram pra ele que tinha um homem que fazia uns remédios caseiros, mas a gente nunca foi atrás, procurou logo o que é certo [...]”. (E1).

“Todos me orientaram a fazer Benznidazol. A descoberta da doença foi um abalo, mas ao mesmo tempo. Todo mundo se uniu, empenhado em prol somente da nossa saúde. Então,

decidimos que íamos seguir as orientações do infectologista. O que ele orientar, iremos fazer”. (E8).

“Falou que só tem que resguardar comida e é verdade?”. (E10).

O setor familiar, frequentemente, pode ser responsável pelo início do itinerário terapêutico, pois é na família que o indivíduo busca o apoio, consolo e acolhimento necessário para lidar com as adversidades e os desafios presentes no contexto do adoecimento²⁶. Esse entendimento corrobora o que é discutido em estudo realizado sobre o itinerário terapêutico de indivíduos e familiares com agravos crônicos, no qual demonstrou-se que, frequentemente, são utilizados recursos de cuidado baseados no conhecimento da família, das relações estabelecidas nos diferentes setores e por meio da busca em materiais educativos.²⁴

Os resultados também apontaram para o desconhecimento dos entrevistados sobre a doença que acometia o membro da sua família, o que pode levar à reflexão sobre o fato de a Doença de Chagas ainda ser uma patologia negligenciada. Essa negligência pode explicar os incipientes estudos sobre a enfermidade e, conseqüentemente, o número reduzido de publicações, poucos investimentos no campo do ensino, da indústria farmacêutica, da capacitação profissional e da prevenção em saúde.

“No começo, a gente ficou preocupado né, porque, tipo, a gente não sabia que minha filha teria cura [...] a gente não sabia direito o que era [...] a gente foi procurar, pesquisar [...]”. (E3).

“Não sabíamos sobre a Doença de Chagas. Agora, sobre os sintomas [...] praticamente é tipo malária né? Dá um frio, aí vem a febre, muita dor, muita dor. Aí, apetite pra comer, não tem [...]”. (E6).

“Não sabia. Eu sei que transmite do açai e daquele bicho barbeiro”. (E10).

No que se refere ao setor popular, os entrevistados não informaram ter recebido e/ou buscado orientações nesse campo. O uso de chás, plantas medicinais e qualquer outro método popular não foram relatados pelos participantes deste estudo.

Fragilidades e potencialidades dos serviços de atenção à saúde

Com base nas narrativas dos familiares entrevistados, foram identificadas potencialidades relacionadas ao sistema de cuidado e atenção à saúde. Um dos principais pontos positivos elencados refere-se ao atendimento disponibilizado pelo ambulatório de referência, especializado no tratamento do agravo. Questões relacionadas à busca ativa e ao acompanhamento de casos suspeitos no domicílio, no ambulatório e no hospital, por parte dos setores de vigilância em saúde, também foram destacados. Do mesmo modo, a agilidade na realização de exames diagnósticos pelo LACEN do estado e dispensação gratuita e imediata do Benznidazol.

“Quando a gente descobriu, o pessoal da Secretaria de Saúde foi buscar a gente pra fazer exame, pra fazer tudo [...] o pessoal da Secretaria levou todo mundo que tinha em casa pra fazer exame. Foi aí que descobrimos outros casos”. (E1).

“As consultas, a gente chegou aqui no CRDT e marcou. No dia seguinte, a gente já estava consultado. Porque, no Hospital, em Santana, é uma dificuldade pra gente marcar uma consulta né, e aqui não, a gente foi bem recebido [...] A gente veio, se consultou no dia certo”. (E2).

“Até que foram rápidas as marcações de consulta dela, tanto aqui no CRDT quanto lá no LACEN. Tanto lá quanto aqui, ela foi atendida até rápido [...]”. (E3).

Desse modo, observa-se que a rotina de seguimento desses pacientes no CRDT funciona de modo estruturado, por meio da oferta de consultas e acompanhamento periódico com infectologista, além de dispensação da medicação. No entanto, a partir do momento em que são referenciados para a Atenção Básica e/ou serviços de média complexidade, esses indivíduos depararam-se com a precariedade na oferta de exames laboratoriais básicos e complementares ao tratamento.

Logo, ao serem interrogados sobre as dificuldades encontradas durante o itinerário terapêutico, dentre os 12 participantes do estudo, 11 relataram dificuldades no processo de busca por cuidado e atenção à saúde, como o atraso na descoberta do diagnóstico, insuficiência de recursos materiais, indisponibilidade de consultas com especialistas (cardiologista, gastroenterologista, dentre outros profissionais). Tais motivos levaram as famílias a recorrer aos serviços privados de saúde, para suprirem suas necessidades em tempo oportuno.

“Na verdade, a maior dificuldade foi descobrir o que era. Foram 12 a 14 dias para descobrir. A gente já tá naquele desespero, doente, sem saber o que era. Só diziam que era uma virose [...]”. (E1).

“Só os exames que a gente fez particular, pela demora. O eletrocardiograma [...] se não fosse a gente pagar, até agora não teríamos esses exames. Tudo particular [...] se a gente fosse esperar pelo SUS [Sistema Único de Saúde] pra fazer, ele nem tinha feito ainda [...]”. (E5).

“Os exames foram todos particulares, porque, quando eu fui no Hospital Geral, disseram que a máquina estava quebrada. Então, eu e o pai dele tivemos que fazer particular todos os exames”. (E12).

As fragilidades dos serviços para atenção à saúde do paciente convivendo com Doença de Chagas constituem fator determinante para o prolongamento do itinerário terapêutico em busca da assistência à saúde, resultando possivelmente em atraso no diagnóstico, demora nas respostas às necessidades, agravamento da enfermidade e, por conseguinte, maiores taxas de morbimortalidade^{27,28}.

Menciona-se ainda que a fragmentação da assistência e a deficiência de recursos pessoais e estruturais constituem-se em um dos muitos obstáculos a serem superados no sistema público de saúde, para que o atendimento dos usuários possa ocorrer de forma resolutiva, considerando a integralidade de cada indivíduo e a garantia do cuidado prestado em todo e qualquer nível de atenção à saúde.²⁹

Em estudo realizado na Colômbia, voltado para a construção de um modelo integral de atenção à Doença de Chagas, aspectos relacionados ao atraso e à ausência de diagnóstico, escassez de equipamentos e suprimentos em unidades de saúde e as longas distâncias enfrentadas pelos moradores das áreas rurais para acesso ao serviço especializado foram também listados como obstáculos na atenção ao paciente convivendo com Doença de Chagas²⁹.

Resultado semelhante foi descrito no estudo desenvolvido no município de Monteagudo, em uma região altamente endêmica para o agravo na Bolívia, que tem sido alvo de intervenções nacionais para reduzir as taxas de infecção e descentralizar o diagnóstico e tratamento precoce. No qual foram identificadas várias barreiras no sistema de saúde e nos determinantes sociais, como a extrema pobreza e as dificuldades de mobilidade, dificultando o acesso à informação e à saúde³⁰.

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos, na qual também foi avaliado o acesso ao tratamento da Doença de Chagas, foram descritas outras barreiras ao acesso aos cuidados em cinco áreas separadas: financiamento e pagamento, organização, regulamentação e comportamento. Com maior destaque para questões de financiamento, visto que a maioria dos pacientes acometidos pela patologia não possuem seguro, e para questões organizacionais, pois muitos hospitais e clínicas não oferecem exames diagnósticos devido à baixa demanda e baixo reembolso³¹.

Neste estudo, outra questão a ser considerada foi o relato dos entrevistados sobre dificuldade financeira para dar continuidade ao tratamento, visto que o CRDT ficava localizado na capital do Amapá e parte deles residia em outro município ou estado. Sob esta ótica, as doenças negligenciadas refletem a dura realidade vivenciada pelas populações mais carentes, marcada pela baixa cobertura de ações preventivas, precariedade na qualidade e no acesso aos serviços de saúde, e menores chances de receber tratamentos essenciais²⁸.

Evidencia-se que as desigualdades estruturais e sociais moldam os maus resultados de saúde em virtude do sofrimento que causam, tornando-se parte dos motivos que levam para sustentação do desenvolvimento da Doença de Chagas³².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo apontam que o itinerário terapêutico percorrido por familiares de crianças/adolescentes convivendo com Doença de Chagas no sistema público de saúde é marcado por desafios que envolvem a descoberta do diagnóstico em tempo oportuno, o que pode repercutir em investigações e tratamentos equivocados, assim como internações prolongadas e até mesmo agravamentos dos quadros de saúde desses usuários.

Investigar o itinerário desses pacientes revelou potencialidades e fragilidades, uma vez que, mesmo diante da garantia de acesso ao tratamento, tem-se uma rede de atenção à saúde fragilizada, na qual o usuário não é informado sobre o fluxo a ser percorrido na busca de cuidado e atenção à saúde. Indicou ainda que o sistema de referência e contrarreferência não atende, na sua essência, aos preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Doença de Chagas ainda se configura como uma enfermidade negligenciada em diversos aspectos, pois, apesar de ser endêmica na Região Norte do Brasil, ainda são incipientes os estudos, protocolos, investimentos e capacitações sobre a temática. Deste modo, o seu controle é visto como um desafio, especialmente no que diz respeito à forma de transmissão, diagnóstico precoce e tratamento adequado. Portanto, na Região Amazônica, em especial, necessita-se de um olhar atento diante da problemática, sobretudo sobre o diagnóstico, tendo em vista a similaridade com outras doenças endêmicas.

Os resultados aqui apresentados reafirmam que conhecer o percurso do usuário dos serviços de saúde pode favorecer a construção de estratégias para avaliação e organização dos serviços, contribuindo para uma prática voltada à assistência e ao cuidado com a saúde. Ademais, pode subsidiar ações educativas relativas ao manejo da doença voltadas para os profissionais de saúde.

Foi possível observar limitações que envolvem, principalmente, o fato de este estudo ter envolvido apenas pacientes convivendo com Doença de Chagas no único cenário de referência para a citada doença no estado do Amapá. Assim, sugere-se a realização de estudos multicêntricos envolvendo serviços de saúde em outros estados da Federação.

Analisar o percurso trilhado por familiares, crianças e adolescentes convivendo com Doença de Chagas permitiu refletir sobre o quanto o sistema público de saúde está fragilizado. As narrativas dos participantes investigados neste estudo revelaram que a oferta dos serviços ainda está centralizada na atenção especializada, sendo que a atenção primária não está preparada para a identificação da doença, tão pouco a média e alta complexidade estão qualificadas para uma assistência resolutiva. Isso faz com que o usuário padeça, construindo o seu percurso em busca de resolutividade das suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Dias JCP, Ramos Jr AN, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR et al. II Consenso Brasileiro em Doença de Chagas, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2016 [citado em 2020 jan 18]; 25(n. esp): 7-86. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25nesp/2237-9622-ess-25-esp-00007.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde [internet].

- 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2020 jan 15]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>
3. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Estrutura integrada sustentável para a eliminação de doenças transmissíveis nas Américas: nota conceitual [internet]. *Washington: OPAS; 2019* [citado em 2020 jan 11]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51461>
 4. WHO – World Health Organization, Organisation mondiale de la Santé. Chagas disease in Latin America: an epidemiological update based on 2010 estimates: Trypanosoma cruzi infection, transmission and disease. *Wkly Epidemiol Rec.* [internet]. 2015 fev [citado em 2020 fev 15]; 90(6): 33-44. Disponível em: <https://www.who.int/wer/2015/wer9006.pdf?ua=1>
 5. Silveira AC, Dias JCP. O controle da transmissão vetorial. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [internet]. 2011 [citado em 2020 fev 12]; 44 (supl. 2): 52-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44s2/a09v44s2.pdf>
 6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença de Chagas. *Bol. Epidemiol.* [internet]. 2015 [citado em 2020 fev 12]; 46(21): 1-9. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/03/2014-020..pdf>
 7. Souza DSM, Monteiro MRCC. Manual de Recomendações para Diagnóstico, Tratamento e Seguimento Ambulatorial de Portadores de Doença de Chagas [internet]. Belém (PA): [editor desconhecido]; 2013. [citado em 2020 fev 12]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-33221>
 8. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Distribuição dos Casos de Doença de Chagas Aguda, segundo UF de residência, 2008 a 2017 [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 2019 dez 10]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/10/Distribui----o-dos-Casos-de-Doen--a-de-Chagas-Aguda--segundo-UF-de-resid--ncia--2008-a-2017.pdf>
 9. Médicos sem Fronteiras Brasil. Mobilização popular e Doença de Chagas [internet]. Rio de Janeiro: MSF; 2015 [citado em 2019 dez 18]. Disponível em: <https://www.msf.org.br/sites/default/files/cartilha-chagas-msf.pdf>
 10. Tatiana EG. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2006 [citado em 2019 dez 18]; 22(11): 2449-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>
 11. Kleinman A. *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine.* Los Angeles (USA): University of California Press; 1997.
 12. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev. Pesqui. Qual.* [internet]. 2017 [citado em 2020 abr 04]; 5(7): 1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
 13. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
 14. Muñoz-Justicia J, Sabagün-Padilla M. *Hacer análisis cualitativo con Atlas.ti 7: manual de uso* [internet]. Geneva: Zenodo; 2017 [citado em 2020 abr 01]. Disponível em: <https://zenodo.org/record/273997#.XqhzXGhKiMo>
 15. Trad LA. *Itinerários terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e modelo holístico de análise com foco na cronicidade.* Salvador: EdUFBA; 2014.
 16. Passos LAC, Guaraldo AMA, Alves DP. *Análise da interferência da polpa de açaí na transmissão oral de Trypanosoma cruzi, contribuindo para o surgimento de surtos de Doença de Chagas Aguda na região Norte do Brasil.* Campinas: UNICAMP; 2010.
 17. Ferreira RTB, Branquinho MR, Leite PC. *Transmissão oral da doença de Chagas pelo consumo de açaí: um desafio para a vigilância sanitária.* *Vigil. Sanit. Debate* [internet]. 2014

- [citado em 2021 abr 04]; 2(4): 4-11. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/9712/2/Vig_Sanit_Debate_2_4-11.pdf
18. Ferreira AM, Sabino EC, Moreira HF, Cardoso CS, Oliveira CL, Ribeiro ALP et al. Avaliação do conhecimento acerca do manejo clínico de portadores da doença de Chagas em região endêmica no Brasil. *Rev. APS* [internet]. 2018 [citado em 2020 abr 04]; 21(3): 345-54. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16230>
 19. Schmunis GA. Epidemiology of Chagas disease in nonendemic countries: the role of international migration. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* [internet]. 2007 [citado em 2020 abr 04]; 10(2): 75-85. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/mioc/v102s1/cd_12.pdf
 20. José ABJ, Laura MM, Sonia SM. Análise do fluxo de atendimento de serviço hospitalar de emergência: estudo de caso. *Rev. Eletrônica Enferm.* [internet]. 2015 [citado em 2020 abr 04]; 17(1): 108-16. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n1/pdf/v17n1a13.pdf>
 21. Brasil. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [internet]. Brasília: Presidência da República; 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
 22. Souza KA, Souza SR, Tocantins FR, Freitas TF, Pacheco PQC. O itinerário terapêutico do paciente em tratamento oncológico: implicações para a prática de enfermagem. *Ciênc. Cuid. Saúde* [internet]. 2016 [citado em 2019 dez 20]; 15(2): 259-67. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/29896/17399>
 23. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. California: University of California Press; 1980.
 24. Silva AC, Saraiva JNS, Kist L, Santos MJW, Saraiva RVS. Promoção da Contrarreferência no ambulatório com uso do prontuário eletrônico pela Neurologia Clínica Pediátrica do Hospital da Criança Conceição [monografia] [internet]. Porto Alegre: Fundação Oswaldo Cruz; 2010 [citado em 2020 abr 05]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2010/especializacao/trabalho_robertosaraiva_mh_e.pdf
 25. Lima IFS, Lobo FS, Acioli KLBO, Aguiar ZN. Comprehensiveness according to the perception of Family Health Unit workers. *Rev. Esc. Enferm. USP* [internet]. 2012 [citado em 2020 abr 02]; 46(4): 944-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/23.pdf>
 26. Araújo RCS, Silva RAR, Bezerra MX, Onofre MS, Araújo AEV, Silva MP. Itinerário terapêutico de pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. *R. Pesq.: cuidado Fundamental Online* [internet]. 2014 [citado em 2019 dez 05]; 6(2): 525-38. Disponível em: <http://www.index-f.com/pesquisa/2014/r6-525.php>
 27. Mendes AS, Reis VRSS, Santos CAST, Mussi FC. Access times to health services in cases of myocardial infarction. *Acta Paul. Enferm.* [internet]. 2016 [citado em 2019 dez 05]; 29(4): 446-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0446.pdf>
 28. Mendonça RM, Rocha AM, Andrade MS, Silva ABS. Doença de Chagas: serviço de referência e epidemiologia. *Rev. Bras. Promoç. Saúde* [internet]. 2020 [citado em 2020 jan 26]; 33: 9364. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/9364>
 29. Marchiol A, Forsyth C, Bernal O, Valencia Hernández C, Cucunubá Z, Abril EP et al. Increasing access to comprehensive care for Chagas disease: development of a patient-centered model in Colombia. *Rev. Panam. Salud Publica* [internet]. 2017 [citado em 2020 jan 18]; 41: e153. Disponível em: https://www.dndi.org/wp-content/uploads/2018/01/Marchiol_-_RevPanamSaludPublica_Chagas_Model-of-Care_Colombia_2017.pdf

30. Parisi S, Navarro M, Du Plessis JD, Shock JP, Apodaca Michel B, Lucuy Espinoza M et al. "We have already heard that the treatment doesn't do anything, so why should we take it?": A mixed method perspective on Chagas disease knowledge, attitudes, prevention, and treatment behaviour in the Bolivian Chaco. *PLOS Neglected Tropical Diseases* [Internet]. 2020 out 29 [citado 2022 set 13]; 14(10): e0008752. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008752>
31. Mills, RM. Chagas Disease: Epidemiology and Barriers to Treatment. *The American Journal of Medicine* [Internet]. 2020 nov [citado 2022 set 13]; 133(11): 1262-5. Disponível em: [www.amjmed.com/article/S0002-9343\(20\)30520-9/fulltext](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(20)30520-9/fulltext)
32. Ventura-Garcia L, Muela-Ribera J, Martínez-Hernández À. Chagas, Risk and Health Seeking among Bolivian Women in Catalonia. *Medical Anthropology* [Internet]. 2020 fev 14 [citado 2022 set 13]: 1-16. Disponível em: www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2020.1718125

Artigo recebido em janeiro de 2022
Versão final aprovada em outubro de 2022