

## Manejo clínico da doença de Chagas na atenção primária à saúde em área endêmica do estado de Minas Gerais, Brasil

*Clinical management of Chagas disease in primary health care in an endemic area in the state of Minas Gerais, Brazil*

Ana Clara de Jesus Santos<sup>1</sup>, Isabela Monção Araújo<sup>2</sup>, Luane Caroline Alves da Silva<sup>3</sup>, Renata Fiuza Damasceno<sup>4</sup>, Antônio Luiz Pinho Ribeiro<sup>5</sup>, Ester Cerdeira Sabino<sup>6</sup>, Ariela Mota Ferreira<sup>7</sup>, Desirée Sant'Ana Haikal<sup>8</sup>

Artigo Original

### RESUMO

**Objetivo:** Descrever o manejo clínico da Doença de Chagas (DC) por profissionais médicos da Atenção Primária à Saúde (APS) de região endêmica. **Metodologia:** Estudo transversal entre médicos da APS de 23 municípios. A coleta contemplou questões Demográficas, Formação Acadêmica, Características da APS de Atuação, Práticas e Conhecimento Relativos à DC. Conduziram-se análises descritivas de todas as variáveis e bivariadas para os blocos de práticas e conhecimento relativos à DC considerando o tempo de conclusão da graduação. **Resultados:** Foram incluídos 136 médicos. A maioria mencionou conhecer o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica da DC, mas não prescreveu o benznidazol e se sente insegura no manejo do paciente. Na análise bivariada, a variável conhecimento sobre a DC adquirido na graduação mostrou-se associada estatisticamente ao tempo de graduação. **Conclusão:** Importantes obstáculos ainda persistem no manejo médico ao paciente com DC na APS. A partir desse achado espera-se incentivar a qualificação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Gerenciamento Clínico, Medicina de Família e Comunidade e Atenção Primária à Saúde. Doença de Chagas.

### ABSTRACT

**Objective:** To describe the clinical management of Chagas Disease (CD) by Primary Health Care (PHC) physicians in an endemic region. **Methodology:** Cross-sectional study with PHC physicians from 23 municipalities. The collection included questions on Demographics, Academic Background, Characteristics of the APS in Action, Practices and Knowledge Relating to CD. Descriptive analyzes of all variables and bivariate were carried out for the blocks of practices and knowledge related to CD, considering the time of completion of graduation. **Results:** 136 physicians were included. Most mentioned knowing the CD Clinical Protocol and Therapeutic Guideline, but did not prescribe benznidazole and feel insecure in-patient management. In the bivariate analysis, the variable knowledge about CD acquired during graduation was statistically associated with graduation time. **Conclusion:** Important obstacles still persist in the medical management of patients with CD in PHC. Based on this finding, it is expected to encourage qualification.

**KEYWORDS:** Clinical Management, Family and Community Medicine and Primary Health Care. Chagas Disease

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1821-2338>. E-mail: [anaclarajesus418@gmail.com](mailto:anaclarajesus418@gmail.com)

<sup>2</sup> Faculdade Vale do Gorutuba (FAVAG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9142-8023>

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1994-754X>

<sup>4</sup> Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9525-8527>

<sup>5</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2740-0042>

<sup>6</sup> Universidade de São Paulo (USP). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2623-5126>

<sup>7</sup> Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2315-5318>

<sup>8</sup> Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0331-0747>

## INTRODUÇÃO

A doença de Chagas (DC) é enquadrada como doença tropical negligenciada, associada à expressiva morbimortalidade, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*)<sup>1</sup>. Nas Américas, a DC apresenta uma incidência anual média de 30.000 novos casos, 12.000 mortes por ano e 8.600 recém-nascidos infectados durante a gestação<sup>1</sup>. Estima-se que, no Brasil, a prevalência da DC varie de 1,0 a 2,4%, o que representa em torno de 1.300.000 a 3.200.000 milhões de pessoas doentes<sup>2</sup>. O país representa uma das principais áreas endêmicas da DC no mundo<sup>2</sup>, sendo o estado de Minas Gerais uma das áreas de alto risco de mortalidade pela doença<sup>3</sup>.

No âmbito do sistema público de saúde brasileiro, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que deve ocorrer o manejo clínico da maioria dos casos de DC (casos não graves)<sup>4</sup>. A APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), e caracteriza-se por ações individuais e coletivas, no âmbito da saúde. Engloba a “promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”<sup>5</sup>.

A expansão dos serviços de APS no país para áreas remotas e desfavorecidas, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), facilitou o acesso de pacientes com DC ao atendimento médico, porém, em um contexto com importantes desafios assistenciais<sup>6</sup>. Entre esses desafios, destacam-se a detecção e o manejo clínico da doença<sup>4</sup>.

Para enfrentamento desses desafios, umas das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde foi a publicação, em 2018, do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) da DC, cujo objetivo é sistematizar as condutas de diagnóstico, tratamento farmacológico e rastreamento da doença no Brasil<sup>4</sup>.

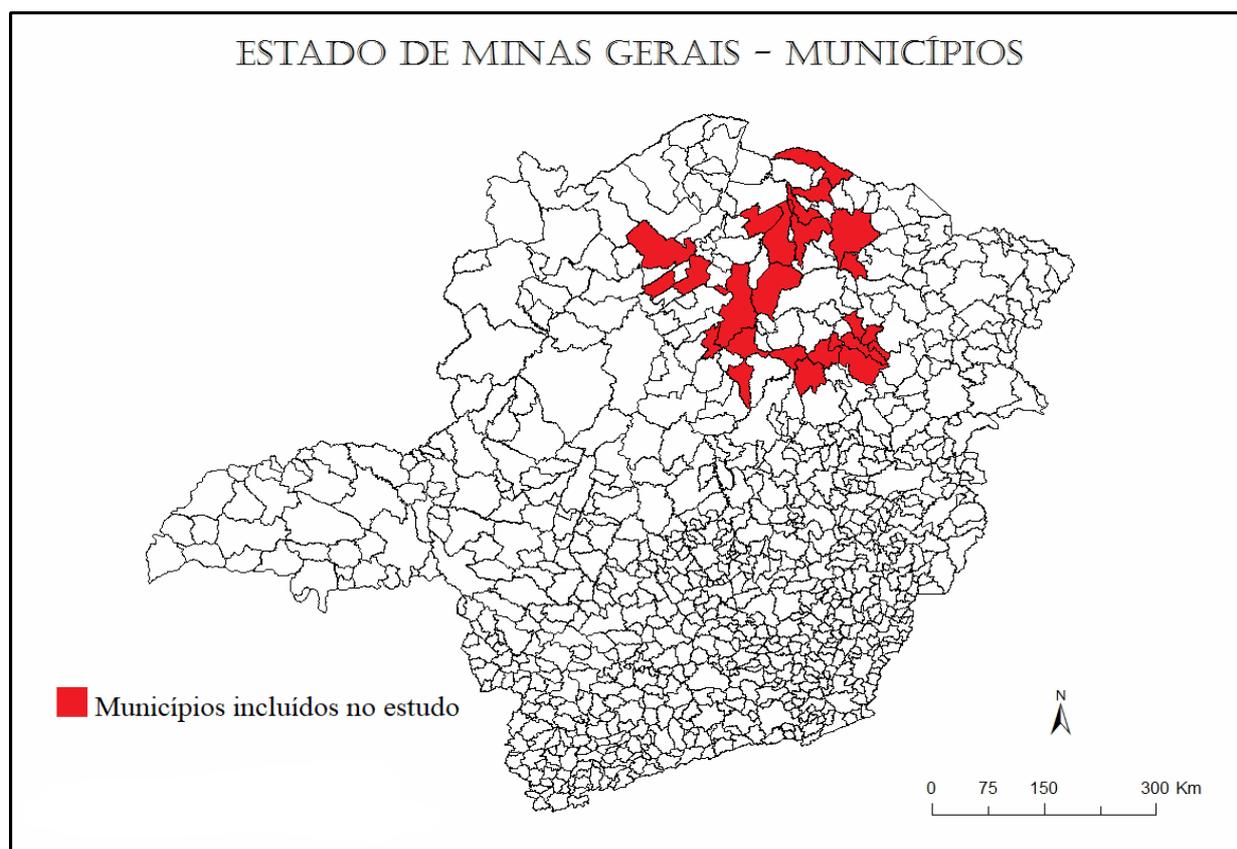
Foram localizados poucos estudos que abordam a conduta do profissional médico no manejo da DC na APS, tanto na literatura nacional como na internacional. Entretanto, é necessário verificar a evolução do conhecimento e segurança médica em conduzir e tratar pacientes portadores de DC. Além disso, existe a necessidade de estudos atuais que permitam uma elucidação das condutas dos médicos para conhecimento da realidade após a publicação do PCDT da DC 2018. Assim, o objetivo desse trabalho é descrever como tem se dado o manejo clínico da DC por médicos da APS de região endêmica, segundo o tempo de conclusão da graduação.

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo transversal, do tipo *websurvey*, realizado com profissionais médicos de 23 municípios da região Norte e Vale do Jequitinhonha, regiões endêmicas para a DC do estado de Minas Gerais (Figura 1). O estudo ocorreu em paralelo a um estudo de coorte intitulado Centro de Pesquisa em Medicina Tropical de São Paulo-Minas Gerais (SaMi-Trop). O SaMi-Trop é um estudo multicêntrico que acompanha cerca de 2.000 pessoas com DC nas regiões supracitadas desde 2014<sup>7,8</sup>.

Foram convidados a participar deste estudo todos os profissionais médicos (N=247) atuantes na APS dos 23 municípios incluídos na região de atuação do SaMi-Trop: Montes Claros, Janaúba, Porteirinha, São Francisco, Espinosa, Turmalina, Rio Pardo de Minas, Chapada do Norte, Brasília de Minas, Bocaiúva, Berilo, Minas Novas, Francisco Sá, Francisco Badaró, Verdelândia, Ubaí, Pai Pedro, Jenipapo de Minas, Claro dos Poções, Carbonita, Leme do Prado, Monte Azul e Fruta de Leite (Figura 1). Tais profissionais foram identificados com base no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-CNES. Os critérios de inclusão foram: possuir graduação em medicina, atuar na APS de algum dos 23 municípios selecionados e aceitar voluntariamente participar da pesquisa.

**Figura 1** – Mapa do estado e a identificação dos municípios incluídos no estudo, de regiões endêmicas para DC. Minas Gerais, Brasil, 2023



Fonte: elaborada pelos autores

Inicialmente, entrou-se em contato com os coordenadores da APS dos municípios selecionados para informar sobre a realização da pesquisa, solicitar anuência para a coleta de dados e o contato telefônico dos profissionais médicos de interesse da pesquisa. Esta anuência foi obtida para todos os municípios, bem como as informações de contato solicitadas.

A coleta de dados aconteceu remotamente, através do WhatsApp®, aplicativo multiplataforma de mensagens instantâneas e chamadas de voz para smartphones. A escolha desse método foi motivada, principalmente, pela dispersão do público-alvo, tamanho da população e medidas de controle da pandemia da Covid-19<sup>9</sup>. Cinco pesquisadores devidamente treinados convidaram os médicos a participarem por meio de mensagens de texto com orientações gerais acompanhadas de um folder explicativo personalizado para cada município. Juntamente a essa mensagem/convite, foi enviado o link para acesso ao formulário digital autoaplicável elaborado na plataforma digital Google Forms®. Os profissionais responderam ao formulário estruturado e ao final foi disponibilizado um link para acesso ao PCDT da DC<sup>4</sup>. Os profissionais que não responderam ao formulário após três tentativas de contato foram desconsiderados para essa pesquisa. A coleta ocorreu no mês de outubro de 2020.

O formulário foi composto por 34 questões organizadas em cinco blocos temáticos: características demográficas, formação acadêmica, características da APS de atuação, práticas relativas à DC e conhecimento relativo à DC.

As características demográficas consideradas foram sexo e idade. A variável idade, coletada de forma numérica, foi dicotomizada pela mediana.

Quanto à formação acadêmica foram abordados: local e tempo de graduação, área de residência e/ou especialização e participação no Programa Mais Médicos. A variável local de graduação foi categorizada em Minas Gerais, outros estados e outros países. A variável área de residência e especialização foi categorizada em Medicina de Família e Comunidade e outros.

No bloco características da APS de atuação foram abordados: tipo de ESF no qual atua, existência de capacitações/treinamentos sobre DC na APS, centro de referência especializado no município para pacientes com DC, acesso a exames laboratoriais para diagnóstico da DC, acesso a encaminhamento de pacientes com DC crônica ao cardiologista, acesso a encaminhamento de pacientes com DC crônica ao gastroenterologista, e tempo de atuação na APS. A variável acesso aos exames laboratoriais para diagnóstico da DC foi categorizada em Acesso fácil (fácil/moderado) e Acesso difícil (difícil/muito difícil).

No bloco práticas relativas à DC na APS foram abordados: conhecimento sobre o número de pessoas com DC da área de abrangência da ESF, consultas médicas ao ano ofertadas aos pacientes com DC crônica da área de abrangência, frequência de atendimentos a casos suspeitos de DC, frequência de solicitação de exames laboratoriais para rastreio de DC, frequência de atendimentos a pacientes com DC crônica, número de pacientes com DC aguda

atendidos nos últimos 12 meses, número de pacientes com DC crônica atendidos nos últimos 12 meses, número de casos de DC crônica diagnosticados no último ano, e prescrição de benzonidazol (BZN) para tratamento da DC crônica. As variáveis sobre Frequência foram categorizadas em Frequente (frequente/muito frequente) e não frequente (ocasionalmente/raramente/nunca).

No bloco conhecimento relativo à DC foram incluídos: conhecimento sobre DC adquirido na graduação, conhecimento sobre PCDT da DC 2018, conhecimento sobre fatores de risco para DC, conhecimento sobre fase da DC considerada de notificação compulsória no Brasil, benefícios do tratamento com BZN para DC crônica e segurança no manejo a paciente com DC na fase crônica. A questão sobre Segurança no manejo a paciente com DC na fase crônica foi categorizada em Seguro (muito seguro/seguro) e inseguro (pouco seguro/nada seguro/moderadamente inseguro)

Utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0<sup>®</sup> na análise dos dados. Na condução das análises descritivas das variáveis categóricas, foram apresentadas frequências simples (n) e relativas (%). Para os blocos Prática relativa à DC e Conhecimento relativo à DC foram conduzidas análises levando em consideração o tempo de graduação (até 5 anos; 6 anos ou mais) e foram realizadas análises bivariadas pelo teste Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância de 95%.

Esta pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes (parecer n.º 4.167.672/2020). Todos os preceitos éticos foram respeitados de acordo com a Resolução nº 466 de 12/12/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Todos os participantes receberam uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido assinado pela coordenação da pesquisa. Somente foram considerados os formulários devolvidos com a alternativa de “aceito participar da pesquisa” assinalada. Foram assegurados aos participantes a autonomia individual em participar, o direito à informação, à privacidade e à confidencialidade das informações, sendo estas utilizadas exclusivamente para fins científicos.

Para a devolutiva dos dados consolidados, em parceria com a gestão municipal dos municípios envolvidos, foram realizados treinamentos e capacitações multiprofissionais para os trabalhadores da APS.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 136 médicos distribuídos em todos os 23 municípios incluídos (taxa de resposta de 55%). A maioria dos participantes era do sexo feminino e apresentava idade acima de 31 anos. Em relação à formação acadêmica, 66,2% dos médicos finalizaram a graduação em até 5 anos, e 80,9% concluiu a graduação no estado de Minas Gerais. Dentre os

que se graduaram em outros estados, houve menção à Bahia, Espírito Santo, Maranhão, Rio de Janeiro e Rondônia. Dentre os que se graduaram em outros países, foram citados Bolívia, Cuba e Paraguai. Verificou-se que a maioria dos médicos possui especialização e/ou residência em Medicina da Família e Comunidade, atua na APS do município num período de até 5 anos e não participa do Programa Mais Médicos. Quanto às características da APS de atuação, houve predomínio dos médicos que atuavam em equipe de Saúde da Família (ESF) da zona urbana, e que relataram não terem participado de capacitações/treinamentos sobre a DC no âmbito da APS, como mostra a Tabela 1.

**Tabela 1** – Características demográficas, formação acadêmica e características da atenção primária a saúde de atuação de médicos de regiões endêmicas para a Doença de Chagas do estado de Minas Gerais, Brasil, 2020 segundo o tempo de conclusão da graduação (n=136)

	Total	Análise Bruta	
		Tempo de graduação	
	n (%)	Até 5 anos n (%)	6 anos ou mais n (%)
<b>Características Demográficas</b>			
Sexo			
Masculino	63 (46,3%)	39 (61,9%)	24 (38,1%)
Feminino	73 (53,7%)	51 (69,9%)	22 (30,0%)
Idade			
Até 30 anos	59 (43,4%)	58 (98,3%)	1 (1,7%)
Acima de 31 anos	77 (56,6%)	32 (41,6%)	45 (58,4%)
<b>Formação Acadêmica</b>			
Local de graduação			
Minas Gerais	110 (80,9%)	78 (70,9%)	32 (29,1%)
Outros estados	15 (11,0%)	3 (20,0%)	12 (80,0%)
Outros países	11 (8,1%)	9 (81,8%)	2 (18,2%)
Área de residência e/ou especialização*			
Medicina da FC <sup>‡</sup>	40 (64,5%)	25 (62,5%)	15 (37,5%)
Outros	25 (38,5%)	13 (52,0%)	12 (48,0%)
Não possui	71 (52,2%)	52 (73,2%)	19 (26,8%)
Participante do Programa Mais Médicos			
Não	109 (80,1%)	69 (63,3%)	40 (36,7%)
Sim	27 (19,9%)	21 (77,8%)	6 (22,2%)

(Conclusão)

	Total	Análise Bruta	
	n (%)	Tempo de graduação	
		Até 5 anos n (%)	6 anos ou mais n (%)
<b>Características da APS de atuação</b>			
Tipo de ESF no qual atua			
Urbana	63 (46,3%)	39 (61,9%)	24 (38,1%)
Mista	27 (19,9%)	24 (88,9%)	3 (11,1%)
Rural	46 (33,8%)	27 (58,7%)	19 (41,3%)
Existência de capacitações/treinamentos sobre DC.			
Não	108 (79,4%)	80 (74,1%)	28 (25,9%)
Sim	28 (20,6%)	10 (35,7%)	18 (64,3%)
Centro de referência especializado no município para pacientes com DC			
Não	90 (89,1%)	54 (87,1%)	36 (92,3%)
Sim	11 (10,9%)	8 (12,9%)	3 (7,7%)
Acesso aos exames laboratoriais para diagnóstico da DC			
Fácil	125 (92,0%)	84 (93,3%)	41 (89,1%)
Difícil	11 (8,0%)	6 (6,7%)	5 (10,9%)
Acesso a encaminhamento de pacientes com DC crônica ao cardiologista*			
Fácil	37 (27,8%)	25 (28,1%)	12 (27,3%)
Moderado	66 (49,6%)	42 (47,2%)	24 (54,5%)
Difícil	30 (22,6%)	22 (24,7%)	8 (18,2%)
Acesso a encaminhamento de pacientes com DC crônica ao gastroenterologista*			
Fácil	7 (5,2%)	3 (3,3%)	4 (8,9%)
Moderado	46 (34,1%)	35 (38,9%)	11 (24,4%)
Difícil	82 (60,7%)	52 (57,8%)	30 (66,7%)
Tempo de atuação na APS			
Até 5 anos	97 (71,3%)	90 (100,0%)	7 (15,2%)
Acima de 6 anos	39 (28,7%)	0 (0,0%)	39 (84,8%)

\*Variação no n de 136 devido à perda de informações; \* Família e comunidade

Fonte: elaborado pelos autores

Quanto à prática relativa à DC, a maioria mencionou ter atendido mais de 10 casos de DC crônica no último ano e não ter prescrito o BZN para o tratamento antiparasitário da doença. Em relação ao conhecimento relativo à DC, a maioria dos médicos relatou conhecer o PCDT da DC, entretanto, sentem-se inseguros no manejo do paciente com DC crônica. Na análise bivariada, somente a variável conhecimento sobre a DC adquirido na graduação mostrou-se associada estatisticamente ao tempo de graduação como mostra a Tabela 2 (na próxima página).

**Tabela 2** – Características Prática e do Conhecimento relativos à Doença de Chagas entre médicos da Atenção primária à Saúde do estado de Minas Gerais, Brasil, 2020 (n=136)

	<i>Total</i>	<i>Análise Bivariada</i>		<i>Valor p</i>
		<b>Tempo de graduação</b>		
		<b>Até 5 anos</b>	<b>6 anos ou mais</b>	
	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	
<b><i>Prática relativa a DC</i></b>				
Conhecimento sobre número de pessoas com DC da ESF				
Não	95 (69,9%)	65 (72,2%)	30 (65,2%)	0,400
Sim	41 (30,1%)	25 (27,8%)	16 (34,8%)	
Consultas médicas ofertadas ao ano aos pacientes com DC crônica				
Três ou mais consultas	42 (30,9%)	26 (28,9%)	16 (34,8%)	0,684
Até duas consultas	31 (22,8%)	20 (22,2%)	11 (23,9%)	
Não há a oferta	63 (46,3%)	44 (48,9%)	19 (41,3%)	
Frequência de atendimentos a casos suspeitos de DC				
Frequentemente	62(45,6%)	39 (43,3%)	23 (50,0%)	0,460
Não Frequente	74 (54,4%)	51 (56,7%)	23 (50,0%)	
Frequência de solicitação de exames para rastreio de DC				
Frequentemente	70 (51,5%)	43 (47,8%)	27 (58,7%)	0,228
Não frequente	66 (48,5%)	47 (52,2%)	19 (41,3%)	
Frequência de atendimentos a pacientes com DC crônica				
Não frequente	30 (22,0%)	18 (20,0%)	12 (26,1%)	0,418
Frequentemente	106 (78,0%)	72 (80,0%)	34 (73,9%)	
Número de pacientes com DC aguda atendidos nos últimos 12 meses				
Menos de 10 casos	129 (94,9%)	85 (94,4%)	44 (95,7 %)	0,763
Mais de 10 casos	7 (5,1%)	5 (5,6%)	2 (4,3%)	

(Conclusão)

	<i>Total</i>	<i>Análise Bivariada</i>		<i>Valor p</i>	
		<b>Tempo de graduação</b>			
		<b>n (%)</b>	<b>Até 5 anos n (%)</b>		<b>6 anos ou mais n (%)</b>
Número de pacientes com DC crônica atendidos no último ano					
Menos de 10 casos	36 (26,5%)	23 (25,6%)	13 (28,3%)	0,735	
Mais de 10 casos	100 (76,5%)	67 (74,4%)	33 (71,7%)		
Número de casos de DC crônica diagnosticados no último ano					
Menos de 10 casos	115 (84,6%)	74 (82,2%)	41 (89,1%)	0,292	
Mais de 10 casos	21 (15,4%)	16 (17,8%)	5 (10,9%)		
Prescreve BZN para tratamento da DC crônica					
Sim	15 (11,0%)	8 (8,9%)	7 (15,2%)	0,265	
Não	121 (89,0%)	82 (91,1%)	39 (84,8%)		
<b>Conhecimento relativo a DC</b>					
Conhecimento sobre DC adquirido na graduação					
Insuficiente	87 (64,0%)	52 (57,8%)	35 (76,1%)	<b>0,035</b>	
Suficiente	49 (36,0%)	38 (42,2%)	11 (23,9%)		
Conhecimento sobre fatores de risco para DC					
Conheço os fatores de risco	106 (77,9%)	72 (80,0%)	34 (73,9%)	0,418	
Conheço parcialmente	30 (22,1%)	18 (20,0%)	12 (26,1%)		
Conhecimento sobre PCDT					
Não	47 (34,6%)	27 (30,0%)	20 (43,5%)	0,118	
Sim	89 (65,4%)	63 (70,0%)	26 (56,5%)		
Conhecimento sobre fase da DC de notificação compulsória*					
As duas fases	38 (27,9%)	27 (30,0%)	11 (23,9%)	0,117	
Aguda/crônica/não sei	98 (72,1%)	63 (70,0%)	35 (76,1%)		
Benefícios do tratamento com BZN para DC crônica					
Muito benefício	43 (31,6%)	31 (34,4%)	12 (26,1%)	0,430	
Pouco benefício	44 (32,4%)	26 (28,9%)	18 (39,1%)		
Não tenho conhecimento	49 (36,0%)	33 (36,7%)	16 (34,8%)		
Segurança no manejo a paciente com DC na fase crônica					
Seguro	60 (44,1%)	37 (41,1%)	23 (50,0%)	0,323	
Inseguro	76 (55,9%)	53 (58,9%)	23 (50,0%)		

\*Variação no n de 136 devido à perda de informações; € VE: Vigilância Epidemiológica

Fonte: elaborada pelos autores

## DISCUSSÃO

Este estudo revelou que o manejo clínico da DC por médicos da APS vem sendo um desafio, pois, segundo tais profissionais, apesar do atendimento a pacientes com DC crônica ser frequente, não há oferta de capacitações, há dificuldade de acesso desses pacientes ao serviço especializado e inexistência de conhecimento quanto ao número de pacientes com DC na ESF. Além disso, existe deficiência na formação médica no que diz respeito ao tratamento da DC, desconhecimento sobre as fases de notificação compulsória, falta de conhecimento quanto aos benefícios do BZN e insegurança para prescrevê-lo.

Quanto às Características demográficas, os médicos da APS participantes deste estudo apresentaram perfil semelhante aos dos médicos da APS do Brasil<sup>6,10</sup>. Houve predomínio de jovens, do sexo feminino, recém-formados, sendo a atuação na APS a primeira experiência profissional<sup>10,11</sup>. Quanto à Formação acadêmica, a maioria realizou sua graduação no estado de Minas Gerais, não possui especialização e não é participante do Programa Mais Médicos, sendo este possivelmente o perfil profissional de médicos de APS do interior de Minas Gerais<sup>11</sup>.

Dentre as Características da APS de atuação dos médicos, a maioria dos entrevistados atuava em ESF urbana (46,3%) e relatou inexistência de capacitações sobre DC (79,4%). Isso contradiz a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que tem o “objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores [...] a partir da realidade local”<sup>12</sup>, ou seja, propõe abordagens onde os profissionais sejam capacitados a partir das demandas/realidades vivenciadas.

Um estudo qualitativo recente, realizado com médicos da APS, também constatou falta de programações de educação permanente sobre DC na APS, e observou também que, diante dessa falta, os profissionais médicos parecem não assumir a responsabilidade pela busca de conhecimento para melhoria na assistência aos portadores de DC<sup>6</sup>. Segundo o Código de Ética Médica, é de competência do profissional médico “aprimorar continuamente seus conhecimentos e usar o melhor do progresso científico em benefício do paciente e da sociedade”<sup>13</sup>. Assim, apesar da ausência ou deficiência em capacitações sobre DC ou qualquer outra temática, seria esperado que o profissional médico se responsabilizasse pela busca por conhecimento sobre problemas endêmicos onde esteja atuando.

A maioria dos entrevistados relatou que não existe centro de referência especializado para DC (89,1%), que é moderado o acesso ao cardiologista (49,6%) e que é difícil o acesso ao gastroenterologista (60,7%), especialidades muito requisitadas para os portadores de DC, devido às formas clínicas cardíacas e digestivas em decorrência da doença<sup>2</sup>. Essas dificuldades no acesso à saúde, representam problemas crônicos do Sistema Público de Saúde do Brasil<sup>14</sup>. Um estudo sobre a DC relatou que mais de 80% da população mundial acometida pela DC não terá

acesso ao diagnóstico e tratamento continuado, o que sustentará a elevada taxa de morbimortalidade e o custo social da enfermidade<sup>15</sup>. Profissionais médicos relatam que o acesso de pacientes com DC a assistência médica especializada e adequada, ainda representa um importante desafio para os sistemas de saúde<sup>6</sup>. O tempo longo de espera para acesso a consultas especializadas está entre as barreiras mais relevantes, prejudicando os cuidados integrais à saúde no SUS<sup>16,17,18</sup>. A situação é ainda mais grave em municípios como os desse estudo, pequenos, com população predominantemente rural, distantes dos centros de referência e muitas vezes desprovidos de atenção secundária e terciária. Além disso, tais municípios se encontram em localidades com precárias condições econômicas, onde normalmente o acesso a médicos especialistas é um desafio<sup>19</sup>, e isso pode ser atribuído a falta de contratação de especialistas para o trabalho no SUS<sup>20</sup>.

Ao observar os resultados das Práticas Relativas à DC observou-se fragilidade do serviço de saúde relativo à DC. A maioria dos médicos (69,9%) afirmou não conhecer o número de pessoas com DC presentes na ESF e não ofertar consultas destinadas a pacientes com DC crônica (46,3%), mesmo relatando atender com frequência pacientes nessa fase da doença, sendo mais de 10 casos nos últimos 12 meses (76,5%). O Ministério da Saúde ressalta a importância da territorialização e do conhecimento da população adscrita, para que possam atender as necessidades da população e as particularidades de cada grupo<sup>5</sup>, também se mostra importante instituir uma demanda programada para DC, haja visto que essa ação já é implementada para outras doenças crônicas como hipertensão e diabetes, que serve para vincular o paciente a Unidade Básica de Saúde<sup>21</sup>.

A maioria dos médicos entrevistados relatou não prescrever o BZN para tratamento da DC crônica (89,0%), percentual ligeiramente menor que o encontrado por estudo prévio realizado em 2016, antes da publicação do PCDT da DC 2018 (94%)<sup>22</sup>. No estudo mencionado, dos entrevistados que não prescreviam o BZN, 34% não o faziam por não conhecer o medicamento<sup>22</sup>. O desconhecimento de médicos quanto ao tratamento antiparasitário da DC crônica também foi uma razão apontada noutro estudo para a não prescrição do BZN para pacientes que poderiam se beneficiar com esse tratamento<sup>23</sup>. É fundamental que profissionais médicos que atendem pacientes com DC conheçam as recomendações e sejam capazes de gerenciar os efeitos adversos do tratamento antiparasitário da DC crônica<sup>24</sup>. O tratamento de forma adequada reduziria a transmissão, traria melhores resultados de saúde e resultaria em economia de custos<sup>25</sup>.

Segundo o PCDT, é preconizada a prescrição do BZN no tratamento de indivíduos na fase crônica indeterminada ou digestiva em pacientes com até 50 anos; mas não é preconizado seu uso na fase crônica cardíaca avançada, uma vez que não há evidências de benefícios clínicos na evolução desses pacientes<sup>4</sup>. Na literatura científica, a utilidade de se prescrever o BZN em

pacientes com CCC é controversa, embora tenham sido apontadas vantagens de seu uso nessa fase<sup>26</sup>. Por um lado, apesar de não eliminar totalmente o parasita, foi constatada redução da carga parasitária após o tratamento, o que beneficiaria o paciente pela atenuação concomitante da cardiomiopatia e das alterações eletrocardiográficas<sup>27,28,29</sup>. Por outro lado, ensaio clínico multicêntrico, conduzido entre 2854 pacientes com CCC, evidenciou maior taxa de conversão negativa da expressão plasmática da proteína C-reativa (PCR) no grupo tratado com o BZN do que no grupo tratado com placebo, tanto imediatamente, dois e cinco anos após o término do tratamento. Entretanto, a taxa de conversão negativa da PCR não mostrou significativa redução da deterioração clínica cardíaca<sup>27</sup>.

Quanto ao Conhecimento Relativo a DC, observou-se que a maioria dos médicos considerou o conhecimento adquirido na graduação sobre a DC insuficiente (64,0%), não conhecem os benefícios do BZN (36,0%), tem insegurança no manejo a pacientes com DC crônica (55,9%), mas relatam ter conhecimento sobre o PCDT da DC (65,4%). Estudo prévio com médicos realizado em 2016 antes da publicação do PCDT, observou que 91,1% dos participantes sentiam-se inseguros na condução do tratamento aos pacientes com DC<sup>22</sup>. Nota-se que o número de médicos inseguros diminuiu após a publicação do PCDT, embora o percentual que manifestou insegurança ainda permaneça em níveis inaceitáveis, principalmente em se tratando de municípios endêmicos ainda é necessário perseguir políticas de capacitações, maior divulgação e implementação desse protocolo.

Observou-se que apenas o conhecimento sobre a DC adquirido na graduação foi associado ao tempo de graduação. Como a maioria dos médicos formaram-se em Minas Gerais (80,9%), seria esperado que o conhecimento sobre a DC, que é endêmica na região fosse maior. No entanto, apesar das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina enfatizarem a necessidade de se formar um profissional condizente com as demandas do sistema público de saúde nacional, percebe-se ainda uma formação que negligencia as doenças endêmicas da região, como a DC<sup>30</sup>

Por outro lado, dentre os que relatam conhecimento insuficiente, a maioria se graduou há mais de 6 anos. Neste caso, há que se considerar a possibilidade de viés de memória, pois médicos formados há mais tempo podem não se lembrar da grade curricular ou dos temas abordados durante a graduação<sup>31</sup>. Além disso, há que se considerar que não havia a publicação do PCDT quando os profissionais graduados a mais de seis anos estavam na graduação. Conforme comentado, havia controvérsias na literatura científica a respeito do tratamento antiparasitário entre portadores de CCC<sup>27,28,29</sup>. A publicação do PCDT, em 2018, teve como finalidade minimizar este problema ao sistematizar as condutas de diagnóstico, tratamento farmacológico e rastreamento da DC<sup>4</sup>. Foi observado que entre médicos graduados mais recentemente houve maior proporção de relato de conhecimento do PCDT (70,0%), quando

comparados aos graduados há mais tempo (56,5%). Embora essa diferença não tenha sido estatisticamente significativa ( $p$  valor= 0,118) possivelmente, a época da publicação do PCDT estudantes de graduação tiveram maior oportunidade de acesso a esse material. Esta ideia fortalece a importância do PCDT da DC para APS.

Assim, observou-se que o tempo de graduação influenciou pouco no manejo clínico da DC e a publicação do PCDT não foi suficientemente impactante para reverter o cenário de predomínio da insegurança profissional frente ao manejo clínico da DC na APS. É urgente a implantação de políticas de treinamento e educação continuada sobre a DC, além de maior divulgação do PCDT e nivelamento do saber entre os médicos da APS quanto ao manejo da DC, de forma que a assistência seja única e efetiva. Também é importante a implantação de centro de referência e acompanhamento aos pacientes com DC em todas as fases. E cada profissional assumir a responsabilidade pela busca de conhecimento para tratar e acompanhar os pacientes com DC. Além de se adaptarem a utilização da rede de teleassistência que servem como suporte aos cuidados primários em saúde, com teleconsulta e telediagnóstico<sup>29</sup>.

Algumas limitações devem ser consideradas. As pesquisas do tipo websurvey podem apresentar viés de seleção, uma vez que dependem do acesso à internet. Além disso, as respostas são fundamentadas no autorrelato<sup>32</sup>, havendo possibilidade de viés de memória e/ou de desejo. Entretanto, as pesquisas desse tipo também possuem vantagens. Por exemplo, permitem a coleta de dados remotamente, o que é importante durante períodos de pandemia, quando a manutenção do distanciamento social é crucial. Além disso, essas pesquisas podem abranger um contingente populacional maior, alcançando uma ampla abrangência geográfica<sup>32</sup>. Outra vantagem é a agilidade no planejamento e publicação dos resultados.

## CONCLUSÃO

Esse estudo revelou obstáculos no manejo da DC na APS de municípios endêmicos. Observou-se falta de conhecimento dos médicos, quanto ao número de pacientes com DC na ESF, dificuldade no acesso de pacientes aos serviços especializados, desconhecimento sobre os benefícios do BZN e insegurança para prescrevê-lo. Foi relatado maior conhecimento sobre DC obtido na graduação entre os profissionais médicos que se graduaram mais recentemente. Entretanto, o tempo de formação não influenciou no manejo clínico da DC entre tais médicos da APS. Os resultados obtidos neste estudo apontaram a necessidade de qualificar o manejo clínico da DC na APS por meio de investimentos na formação, treinamento dos médicos e maior divulgação do PCDT.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Chagas disease. Geneva: WHO[Internet]. 2021. [acesso em 2022 Fev. 27]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/topics/chagas-disease>
2. Dias JCP, Ramos AN Jr, Gontijo ED, Luquetti A, Shikanai-Yasuda MA, Coura JR et al. 2<sup>nd</sup> Brazilian Consensus on Chagas Disease, 2015. *RevSocBrasMedTrop* [internet] 2016 [acesso em 2022 jan. 17]; 49(1): 3-60. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27982292/>
3. Martins-Melo FR, Ramos Júnior AN, Alencar CH, Lange W, Heukelbach J. Mortality of Chagas' disease in Brazil: spatial patterns and definition of high-risk areas. *TropMedInt Health* [internet]. 2012 [acesso em 2022 jan. 17];17(9):1066-75. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22809055/>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica de Chagas [internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2021 jun. 13]. Disponível em: [http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio\\_PCDT\\_Doenca\\_de\\_Chagas.pdf](http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Relatorio_PCDT_Doenca_de_Chagas.pdf)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; 2017. [acesso em 2021 jun. 13] Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html)
6. 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*[internet]. 2020 [acesso em 2022 jan. 17];14(11):e0008782. DOI:<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008782>
7. Cardoso CS, Sabino EC, Oliveira CDL, Oliveira LCO, Ferreira AM, Neto EC *et al.* Longitudinal study of patients with chronic Chagas cardiomyopathy in Brazil (SaMi-Trop Project): a cohort profile. *BMJ Open* [internet]. 2016; [acesso em 2022 jan. 16] 6:e011181. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011181>
8. Souza AB de, Lacerda AM, Ferreira AM, Damasceno RF, Sabino Éster C, Ribeiro ALP *et al.* Estudo longitudinal de indivíduos com doença de chagas de região endêmica brasileira: a coorte samitrop. *RUC* [Internet]. 2021 [acesso em 2022 jan. 15];23(2):01-22. Disponível em:<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/4426>
9. Aquino, E.M.L, Silveira, I.H, Pescarini, J, Aquino, R., Souza-Filho, J.A. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: Potenciais impactos e desafios no Brasil. *CienSaudeColet* [internet] (2020/Abr). [Acesso em 2023 mar. 10]. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medidas-de-distanciamento-social-no-controle-da-pandemia-de-covid19-potenciais-impactos-e-desafios-no-brasil/17550?id=17550&id=17550>
10. Scheffer M. Cassenote A. *Demografia Médica no Brasil 2020*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM [internet]. 2020 [Acesso em 2022 fev. 12] p. 312. ISBN: 978-65-00-12370-8. Disponível em:[https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020\\_9DEZ.pdf](https://www.fm.usp.br/fmusp/conteudo/DemografiaMedica2020_9DEZ.pdf)
11. Barbosa SB, Coelho KA, Carvalho LM, Sarria B, Santos RC, Cavalcante RB. Aspectos que Compõem o Perfil dos Profissionais Médicos da Estratégia Saúde da Família: o Caso de um Município Polo de Minas Gerais. *Rev. bras. educ. méd.* [internet]. 2020 [acesso em 2022 jan. 15]; 43(1):395-403. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180177>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu

- fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018 [acesso em 2022 jan. 15]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)
13. Conselho Federal De Medicina. Código de Ética Médica Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019. Brasília. CFM. 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf>
14. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, de Souza Noronha KVM *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet* [internet]. 2019 [Acesso em 2022 fev. 12]; 27;394(10195):345-356. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)
15. Nunes MCP, Beaton A, Acquatella H, Bern C, Bolger AF, Echeverría LE *et al.* Chagas cardiomyopathy: an update of current clinical knowledge and management: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* [internet]. 2018 [Acesso em 2022 fev. 12]; 138(12):169-209. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000599>
16. Padovani CSS, Schor N e Laranja SMR. Avaliação do perfil epidemiológico e das dificuldades encontradas pelos pacientes para o atendimento de primeira consulta no ambulatório de triagem da nefrologia da UNIFESP. *J. bras. nefrol.* [internet]. 2012 [Acesso em 2022 fev. 13]; 34(4):317-322. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20120019>
17. Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza-Júnior PRB, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2005 [Acesso em 2022 fev. 13]; 21:109-18. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ry85tt9dZDmTRX7k7q7YyQC/?lang=en#>
18. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR *et al.* Saúde da Família: Limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2009 [Acesso em 2022 fev. 13]; 14(3):783-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLjsqcLYxFDf8Y6ktM4Gs3G/?lang=pt>
19. Vieira EWR, Lima TMN, Gazzinelli A. Tempo De Espera Por Consulta Médica Especializada Em Um Município De Pequeno Porte De Minas Gerais, Brasil. *Rev Min Enferm.* [internet]. 2015 [Acesso em 2022 fev. 13]; 19(1): 65-71. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/986#:~:text=O%20tempo%20m%C3%A9dio%20de%20espera,de%20seis%20a%20559%20dias.>
20. Scheffer MC, Dal Poz MR. The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *HumResour Health* [internet]. 2015 [Acesso em 2022 fev. 13]; 13(1):96. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0095-2>
21. Feitosa IO, Pimentel A. Hiperdia: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. *Rev. NUFEN.* [internet]. 2016 [Acesso em 2022 mar. 20]; 8(1): 13-30. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S2175-25912016000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2175-25912016000100003)
22. Ferreira AM, Sabino EC, Moreira HF, Cardoso CS, Oliveira CDL, Ribeiro ALP, *et al.* Avaliação do conhecimento acerca do manejo clínico de portadores da doença de chagas em região endêmica no Brasil. *Rev de APS* [internet]. 2018 [Acesso em 2021 jun. 20]; 21(3): 345-354. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16230>

23. Colosio RC, Falavigna AL, Gomes M L, Marques DSO, Lala ERP, Araújo SM. Conhecimentos e atitudes sobre a doença de Chagas entre profissionais de saúde – Paraná, Brasil. *Ciênc. cuid. saúde*. [internet]. 2008 [Acesso em 2021 jun. 20]; 6: 355-363. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5328>
24. Echeverría LE, Marcus R, Novick G, Sosa-Estani S, Ralston K, Zaidel EJ *et al*. Roadmap on Chagas Disease. *Glob. heart (Online)* [internet] 2020; 15(1): 26. DOI: <https://doi.org/10.5334/gh.484>
25. Bartsch SM, Avelis CM, Asti L, Hertenstein DL, Ndeffo-Mbah M, Galvani A, Lee BY. The economic value of identifying and treating Chagas disease patients earlier and the impact on *Trypanosomacruzi* transmission. *PLoS Negl Trop Dis* [internet]. 2018 [Acesso em 2021 jun. 20]; 12(11):e0006809. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006809>
26. Mendes LL, Silva MS, Martins ALO. Tratamento da fase crônica da Doença de Chagas: revisão sistemática. *Rev. bras. anal. clin* [internet] 2017 [Acesso em 2021 jun. 20], 49.(4): e333-8. Disponível em: <file:///C:/Users/Thor/Downloads/revisaosistemicaBZN.pdf>
27. Morillo CA, Marin-Neto JA, Avezum A, Sosa-Estani S, Rassi A, Rosas F, *et al*. Randomized Trial of Benznidazole for Chronic Chagas' Cardiomyopathy. *N Engl J Med* [internet] 2015 [Acesso em 2021 jun. 20]; 373(14):1295–306. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1507574>
28. Marin-Neto JA, Rassi A Jr, Maciel BC. Pathology and pathogenesis of Chagas disease. *Annu Rev Pathol* [internet] 2019 [Acesso em 2021 jun. 20]; 24(14):421-447. DOI:10.1146/annurev-pathol-020117-043711
29. 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* [internet] 2006. [Acesso em 2021 jun. 20]; 144: 724-734. Disponível em: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-10-200605160-00006>
30. Brasil. Ministério da Educação. 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), [internet] 2001. [acesso em 2022 abr. 07]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>
31. Leite FPA, Rodrigues MW. Esquecimento E Memória Na Sociedade Da Informação. *Revista Thesis Juris* [internet]. 2016 [Acesso em 2022 abr. 02]; 5(1). Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/thesisjuris/article/view/9068>
32. Boni RBD. Websurveys nos tempos de COVID-19. *Cad Saude Publica* 2020; 36(7):e00155820.

Artigo recebido em junho de 2022

Versão final aprovada em março de 2023