

VIII. Os programas nacionais de controle na fase avançada de controle e os novos desafios estratégicos, políticos e epidemiológicos

Márcio Costa Vinhaes

1. Introdução

Somente com a demonstração da factibilidade do controle da interrupção da transmissão da doença de Chagas e com o alto impacto, e conseqüente benefício financeiro de um controle vetorial efetivo, o combate a essa enfermidade passou a receber um certo grau de prioridade de alguns países da América Latina.

Em 1991 os ministros da saúde da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai, reunidos em Brasília, reconhecendo a magnitude e transcendência do mal de Chagas emitiram uma resolução que se chamou “Iniciativa dos Países do Cone Sul”, tendo em vista a “eliminação do *Triatoma infestans* e o controle da transmissão transfusional de *T. cruzi*” na sub-região.

Mais de 303 milhões de dólares já foram alocados pelos países da sub-região para os Programas de controle desde o início da “Iniciativa para a eliminação do *Triatoma infestans* e Controle da Transmissão Transfusional de Tripanossomíase Americana”. Com esse investimento, a previsão é que nos próximos dez anos a perda econômica devido a doença de Chagas seja reduzida em 12 milhões de dólares por ano o que equivale a um ganho de mais de 45 dólares por cada dólar gasto com a eliminação da transmissão (Moncayo, 1999).

Após dez anos de sua criação, os resultados obtidos pela a “Iniciativa” são altamente positivos, tanto em relação ao desempenho como ao impacto de suas ações. Entretanto, têm sido muitas as dificuldades enfrentadas para sustentar essas ações, especialmente em virtude das prioridades e da necessidade de responder a outros problemas de saúde, além das questões econômicas e políticas administrativas que vêm limitando em muito os recursos disponíveis pelos países.

Por isso, e extremamente necessário viabilizar alternativas que possam consolidar os atuais níveis de controle e manter o momento político para estender a cobertura dos Programas de controle já existentes.

2. O controle da doença de Chagas em cada país na fase avançada de controle

2.1. Argentina

Em 1979, com base numa estratégia vertical e centralizada, o Programa Nacional de Controle de Chagas (PNCCh) da Argentina dava cobertura a 19 províncias. A partir de 1992, o PNCCh no país assumiu uma nova estratégia de controle, baseada na horizontalização das ações com participação comunitária e tecnologia apropriada visando uma vigilância ativa e contínua. Com essa nova estratégia, o PNCCh conseguiu, num período de seis anos, cobrir 100% das unidades domiciliares de alto e médio risco de transmissão e instalar a vigilância epidemiológica em 96,5% da área de risco. Com essa cobertura e continuidade das ações, a Argentina obteve um forte impacto na diminuição da transmissão vetorial do *T. cruzi*.

Este impacto pode ser facilmente observado através dos dados de infestação domiciliar e inquéritos sorológicos em grupos etários jovens. A infestação domiciliar baixou de 6,1% em 1992 para 1,2% em 1999. Nesse mesmo período, a soroprevalência em crianças menores de 15 anos de área rural diminuiu de 6,3% para 2,0%.

Desde de 1997, o país vem implementando e ampliando o controle sobre os bancos de sangue. Em 2000, em 470.846 doadores de sangue da rede pública e privada, foi registrada uma soroprevalência para *T. cruzi* de 3,84%.

Na última avaliação internacional ao PNCCh, promovida pela OPS em agosto de 2000, e com base nas informações disponíveis pela Coordenação Nacional de Controle de Vetores, sobre as ações de controle vetorial (cobertura das ações de vigilância e índices de infestação domiciliar), de estudos sorológicos realizados no período de 1992- 1999 e nos números de casos agudo de Chagas registrados no mesmo período, quatro províncias (Jujuy, La Pampa, Río Negro, e Neuquén) apresentaram dados suficientes para comprovar a interrupção da transmissão da doença de Chagas pelo *T. infestans*.

Porem, ainda existe áreas na Argentina com transmissão vetorial ativa devido a descontinuidade das ações de vigilância que permitiu a reinstalação da transmissão em algumas províncias do país. Em 2000, foram registrados, em seis províncias, 29 casos agudos de doença de Chagas. Essa situação preocupa uma vez que as dificuldades operacionais vividas por essas províncias repercutem diretamente sobre o impacto das ações do PNCCh.

2.2. Brasil

As ações de controle, centradas no tratamento químico domiciliar das habitações infestadas, foram sistematizadas em 1975 e alcançaram a toda área

endêmica a partir de 1983. O impacto havido sobre a transmissão foi evidente, com base no acompanhamento feito sobre os indicadores entomológicos de uso corrente, especialmente sobre ***T. infestans***, desde que espécie introduzida e, como tal, sem a possibilidade de reinfestar a casa desde ecótopos silvestres.

O número de municípios com ***Triatoma infestans*** caiu de 711, em 1983, para apenas 53 em 2000. A participação relativa de ***T. infestans*** no total de capturas, consideradas todas as espécies, em 1983 era da ordem de 13,54% (84.334/622.822) e, em 2000 foi de 0,44% (295/66.680). As taxas de infecção natural de ***T. infestans*** foram reduzidas de 8,4% (1983) a 4,5% em 2000.

Com base nessas informações e nos dados apresentados pelo Brasil no documento *Proposta de certificação para a interrupção da transmissão vetorial da doença de Chagas por ***T. infestans****, a Comissão Intergovernamental dos países do Cone Sul considera livre da transmissão por essa espécie os Estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo.

No caso das outras espécies, como ***Triatoma brasiliensis***, ***Triatoma pseudomaculata*** e ***Triatoma sordida***, ainda que as respostas sejam mais lentas, tem sido possível manter níveis de infestação e de colonização intradomiciliar incompatíveis com a transmissão, apesar de que nesse caso seja necessário um trabalho de vigilância de caráter contínuo, com pronta intervenção, uma vez haja evidência de constituição de colônias na habitação.

De modo geral, os dados demonstram como as medidas de controle adotadas até o momento vêm apresentando um bom impacto no controle da doença, na prevalência da infecção, no adoecimento e mesmo mortalidade por doença de Chagas no país. Inquéritos sorológicos feitos em crianças nascidas após o início do Programa revelaram uma soroprevalência de 0,14%, com 325 soro-reagentes, entre 226.138 amostras examinadas. Já a prevalência de soro-reagentes entre doadores na hemo-rede pública, em 1996 foi de 0,69%, frente a uma mediana superior aos 2% nos anos 70 (Dias & Schofield, 1998).

É certo que a transmissão natural da doença de Chagas no país foi grandemente reduzida e que há tecnologia e conhecimento técnico suficiente para sustentar os níveis de controle alcançados. Entretanto, é fundamental priorizar uma atenta vigilância epidemiológica, com o envolvimento da população e dos serviços locais de saúde, e dispor de recursos suficientes para isso.

2.3. Chile

As atividades regulares de combate a enfermidade de Chagas no país iniciaram em 1982, entretanto, somente a partir de 1995 e com base ao que fora estabelecido em 1991 em Brasília, o Programa Nacional de Controle passou a

cobrir toda área endêmica tendo como objetivo a eliminação do ***Triatoma infestans***.

A área de risco de transmissão compreende toda a região Centro-Norte do país (I a VI Região), totalizando 54 municípios, 361 localidades e 43.956 unidades domiciliares. Em 1980, 35% das unidades domiciliares da região endêmica estavam infestadas por ***T. infestans***. Atualmente, não mais de 1% das casas pertencentes à área endêmica são positivas para esse vetor.

A taxa de infestação domiciliar no Chile foi reduzida de 3,2% em 1994 para 0,9% em 1998, uma redução de 71,8%. Em 1998, apenas 113 casas foram positivas e somente 55 exemplares de ***T. infestans*** foram capturados em todo o país. Nesse mesmo ano, a taxa de infecção em crianças de 0 a 10 anos foi de 0,38%, uma redução de 94% se comparado com a soroprevalência de 5,9% encontrada em 1982 (TDR News, n°. 59).

Com base nessas informações, em 1999, durante a V Avaliação Internacional da Iniciativa do Cone Sul, o Chile obteve a certificação da interrupção da transmissão vetorial do ***T. cruzi***, numa ação de avaliação coordenada pelo Programa Nacional de Controle da Enfermidade de Chagas, a Universidade do Chile, Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências Biomédicas.

Sobre o controle da transmissão transfusional de ***T. cruzi***, o mesmo é feito com exclusividade nos centros de atenção médica da área endêmica. Em 2000, em 176.821 sorologias para ***T. cruzi***, 0,97% (1.710) foram positivas.

2.4 Uruguai

Em 1985, o Uruguai chegou a eliminação do ***Triatoma infestans*** do departamento de Artigas, área de maior endemicidade para a doença de Chagas. A partir de então e após o delineamento técnico e estratégico da Iniciativa do Cone Sul, o Uruguai eliminou o vetor nos departamentos de Soriano (1991) e Cerro Largo (1993).

Apesar das serias limitações de recursos financeiro e pessoal, o Programa de Chagas do Uruguai não demorou a produzir resultados significativos. No final de 1992, investigações sorológicas realizadas em várias regiões do país mostravam taxas de infecção bastante baixas, chegando a zero em algumas áreas.

Em 1996, a incidência de casos de Chagas no Uruguai em crianças de 6 a 12 anos foi de 0,1%, uma redução de 96% se comparada com a soroprevalência de 2,4% registrada em 1985. A taxa de infestação domiciliar foi reduzida em 95%, caindo de 6,0% em 1983 para 0,3% em 1996.

Durante a II Avaliação do Programa de Controle da Doença de Chagas do Uruguai em 1997, a Comissão Avaliadora concluiu que a transmissão vetorial da enfermidade de Chagas fora interrompida no país. Atualmente, o nível de infestação domiciliar é muito baixo e a taxa de infecção natural dos triatomíneos capturados está próxima de zero.

3. Novos desafios

Os desafios ainda existentes no controle da enfermidade de Chagas são aqueles mesmos que estão relacionados com a origem do processo de domiciliação dos vetores, ou seja, no estabelecimento da transmissão domiciliar da doença ao homem. Esse processo dependeu basicamente da ação do homem sobre o meio ambiente, com a exploração predatória dos espaços naturais, e conseqüente deslocamento dos triatomíneos de seus ecótopos naturais pela redução ou eliminação de fontes alimentares.

Em muitas áreas esse processo segue ocorrendo, e pode implicar na introdução ou manutenção da doença humana por transmissão vetorial. Em áreas ainda preservadas e com a enzootia presente, como grande parte da região amazônica, a veiculação domiciliar da doença pode depender apenas de que se alcance um nível crítico de degradação do ambiente. Esse é um duplo desafio: controlar a ocupação e uso da terra, e manter uma vigilância pró-ativa na ausência da enfermidade e mesmo do vetor domiciliado. Isso se aplica também às áreas em que, com o tratamento químico domiciliar, pode-se alcançar um alto nível de controle, notadamente de *Triatoma infestans* que, pelo fato de ser uma espécie estritamente domiciliada, pôde ser completamente eliminada de grande parte dos países membros da Iniciativa do Cone Sul. Hoje, a Argentina, o Brasil, o Chile e o Uruguai estão comemorando a eliminação do *Triatoma infestans* em vastas regiões, o que representou enorme avanço nos índices de incidência e de impacto da doença humana. Aliás, a redução da transmissão vetorial sempre resulta também na diminuição – a médio prazos – de doadores de sangue e gestantes infectados, o que reduz os riscos de transmissão transfusional e congênita (Dias & Coura, 1997; Dias & Schofield, 1998).

No entanto, o mesmo tipo de resposta ao controle químico não se obteve com espécies autóctones, que podem, na ausência do *T. infestans* ou de a partir de focos silvestres preservados, reinfestar ecótopos artificiais e ter uma relação fisicamente próxima com a habitação humana, como é o caso típico de *Triatoma brasiliensis* no nordeste do Brasil. Evidentemente, o mesmo se aplica para quaisquer outras espécies autóctones, de qualquer região, que colonizem o domicílio. Essa é a grande limitação do controle químico e certamente um grande desafio, uma vez que a ação estritamente sanitária hoje disponível é apenas temporariamente eficaz. A melhoria das condições de habitação seria a alternativa a ser considerada nesse caso, mas o seu alto custo restringe o seu alcance.

Na atual situação, em que foi grandemente reduzida sua magnitude, sobretudo pelo controle de ***T. infestans*** e pela ocorrência de outras enfermidades de caráter agudo e com transmissão epidêmica no meio urbano, a doença de Chagas tende a receber um baixo nível de prioridade, em função da sua pouca expressão clínica na fase aguda, da sua evolução crônica e da pouca ou nenhuma capacidade de reivindicação dos grupos populacionais afetados ou sob risco. Com isso, os resultados alcançados e todo investimento feito podem ser comprometidos. Manter uma ação de vigilância sustentável, de caráter permanente e integrada aos serviços é o maior desafio para o controle da doença de Chagas no momento. Este desafio se torna ainda maior, quando observamos nos países do Cone Sul uma progressiva descentralização dos Programas Nacionais de Controle, devendo suas atividades serem absorvidas por estados/províncias e municípios.

4. Bibliografia

- Dias, J.C.P., 2000. Vigilância epidemiológica em doença de Chagas. *Cad. Saúde Pública*, 16 (Supl. 2): 43-59.
- Dias, J.C.P. & Coura, J.R., 1997. Epidemiologia. In *Clinica e Terapêutica da doença de Chagas. Uma abordagem prática para o clínico geral.* (J.C.P.Dias & J.R.Coura, orgs.), pp. 33-66, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Dias, J.C.P. & Schofield, C.J., 1998. Controle da transmissão transfusional da doença de Chagas na *Iniciativa do Cone Sul*. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 31: 373-383.
- Informe DO INCOSUR sobre a IX Reunião da Comissão Intergovernamental do Cone Sul para a Eliminação do *Triatoma Infestans* e a Interrupção Transfusional Da Tripanosomiase Americana, 2001. *Revista de Patologia Tropical* 30 (Supl.): Jan.—Jun.
- Moncayo, A. 1997. Progress towards the elimination of transmission of Chagas disease in Latin America. *World Health Statistics Quarterly* 50: 195-198.
- Moncayo, A., 1999. Progress towards interruption of transmission of Chagas disease, *Mem Inst Oswaldo Cruz*, Vol. 94, Suppl. I: 401-404
- PAHO 1998. Pan American Health Organization, *Report of the VII Meeting of the Southern Cone Initiative*, Buenos Aires
- Schmunis, G., Zicker, F., Moncayo, A. 1997. Interruption of Chagas' disease transmission through vector elimination, *The Lancet* 348: 1171.
- Salvatella R., Calegari L., Casserone S., Civita E., Carbajal S., Perez G., Somma R., Sampaio I., Lanes M.E., Conti I.A., Somma Moreira R., Pérez Moreira L., 1989. Seroprevalencia de anticuerpos contra *Trypanosoma cruzi* em 13 departamentos Del Uruguay. *Bol Of Sanit Panam* 107: 108-117.
- Silveira, A.C., 1997. Profilaxia da doença de Chagas. In *Trypanosoma cruzi e doença de Chagas* (Z. Brener, Z.A. Andrade & M. Barral-Netto, org.), 2^a. Edição, pp. 75-87. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Ed.
- Silveira, A C.; Rezende, D.F., 1994. Epidemiologia e controle da transmissão vetorial da doença de Chagas no Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 27 (supl. III): 11-22.
- Silveira, A. C. & Vinhaes, M.C., 1998. Doença de Chagas: aspectos epidemiológicos e de controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 31(supl. II): 15-60.
- UNPD - World Bank - WHO (World Health Organization), Special Programme for Research and Training in Tropical Disease. *TDR Newsletter Nº. 59*. Geneva: WHO.
- Vinhes, M.C. & DIAS, J.C.P., 2000. Doença de Chagas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 16 (Supl. 2): 7-12.
- WHO (World Health Organization), 1991. Control of Chagas disease. *WHO Technical Report Series 811*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1997. Chagas disease. Interruption of transmission. *Weekly Epidemiological Record* 72: 1-5.