

Doença de Chagas: sucessos e desafios

Em junho de 2006, o Brasil recebeu uma certificação relativa à eliminação da transmissão da doença de Chagas pelo principal vetor (*Triatoma infestans*) e pela via transfusional, concedida pela OPS/OMS. O que fora o sonho maior de Carlos Chagas transformou-se em grande feito, um produto da tenacidade de cientistas e de milhares de anônimos guardas sanitários, saga iniciada por Emmanuel Dias há mais de 60 anos. Nos anos 70 havia no Brasil mais de 5 milhões de brasileiros infectados pelo *Trypanosoma cruzi*, estimando-se por ano 100 mil casos novos e uma mortalidade superior a 10 mil casos. Apenas 5% dos bancos de sangue faziam o controle dos doadores e mais de 700 municípios tinham suas casas infestadas pelo *T. infestans*. A morte era precoce entre adultos jovens, não havia tratamento efetivo. Um problema social enorme, multidões de órfãos e viúvas, de incapacitados pela cardiopatia grave. Os únicos elos vulneráveis da doença eram o inseto vetor, alojado em paupérrimas choupanas rurais, e os bancos de sangue, onde entre 5 e 7% dos doadores estavam infectados. Na década de 80, uma grande pressão dos cientistas brasileiros levou à priorização de um programa nacional contra a doença, cobrindo-se a área endêmica com inseticida e instalando-se a seleção sorológica nos bancos de sangue. Em 1991, os países do Cone Sul se associaram na luta comum, logrando-se resultados excepcionais no Uruguai, no Chile e em partes da Argentina e do Paraguai. Para ser certificado, o Brasil teve milhões de casas expurgadas e inspecionadas, caindo as capturas de *T. infestans* de mais de 80 mil no ano de 1979 para pouco mais de 40 exemplares em 2005. Desapareceram os jovens e crianças infectados, chegou-se a 100% de controle nos bancos de sangue, a prevalência da infecção baixou a 0,65% dos candidatos à doação. Morrem hoje muito menos “chagásicos” e os remanescentes infectados estão sobrevivendo mais, fruto de avanços na Medicina e maior cobertura da atenção médica. Justos motivos para comemorar.

Não obstante, é dever alertar que o assunto não está terminado, muito há que fazer. O maior perigo das boas notícias reside no ufanismo inconseqüente e no afrouxar das ações. Dificilmente voltará o *T. infestans*, mas persistem na natureza triatomíneos secundários, que poderão ocupar o nicho da espécie eliminada. A própria eliminação do *T. infestans* requer consolidação para detectar e destruir focos residuais. *Vigilância epidemiológica* é a palavra-chave. A partir de 2000, a Reforma Sanitária descentralizou as ações de controle, transferindo-as aos Estados e Municípios. A sistemática da vigilância é a mesma, mas a continuidade das ações não pode ser desfeita. Secretarias municipais e estaduais têm de se aparelhar tecnicamente, alocar recursos e realizar supervisões. Devem capacitar-se para enfrentar situações raras como os surtos de transmissão oral da doença na Amazônia, em Santa Catarina e no Ceará, assim como para monitorar possível resistência de triatomíneos aos inseticidas. Devem cuidar de eventuais casos agudos e congênitos e atender adequadamente às pessoas infectadas no passado. Bancos de sangue precisam seguir controlados. Pesquisas devem prosseguir visando a medicamentos mais eficazes e melhor controle do vetor no peridomicílio. Pergunta-se até quando e quem fará tudo isto. Seguramente umas duas ou três décadas de vigilância se fazem necessárias e o SUS será o grande responsável pela continuidade das ações. O Brasil teve papel fundamental na descoberta da doença e nas pesquisas e serviços que redundaram em sua eliminação. Pode e deve seguir como referência. O embate final passará por uma nova lógica, envolvendo agora outros protagonistas além dos valorosos “guardas” da extinta SUCAM. Gestores, educadores, políticos e pesquisadores são requeridos para o sucesso da nova fase.

João Carlos Pinto Dias

*Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, Brasil.
Membro do Comitê de Doenças Parasitárias da Organização Mundial da Saúde.
jcpdias@cpqrr.fiocruz.br*