

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DE GESTÃO EM SERVIÇOS  
DE SAÚDE**

O NEGLIGENCIAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS E SUA RELAÇÃO COM OS  
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

MARIANA ARAUJO NEVES LIMA

Rio de Janeiro

2012

Mariana Araujo Neves Lima

O NEGLIGENCIAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS E SUA RELAÇÃO COM  
OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola Politécnica de Saúde  
Joaquim Venâncio como requisito parcial para  
aprovação do Grau Técnico de Nível Médio de  
Gerência em Saúde.

Orientadora: [Gladys Miyashiro](#) Miyashiro

Rio de Janeiro

2012

*Dedico este Trabalho a Deus que nunca me desamparou.*

*Porque Deus amou o mundo de tal maneira que deu o seu Filho unigênito, para que todo  
aquele que nele crê não pereça, mas tenha a vida eterna.*

*João 3:16*

## AGRADECIMENTOS

Eu agradeço, primeiramente, a Deus que em todo momento sempre esteve ao meu lado, demonstrando o seu amor incondicional. E mesmo nas horas mais difíceis me deu forças para superar e continuar lutando.

Agradeço a toda a minha família por ter me compreendido e encararam junto comigo esta aventura que é a Escola Politécnica. Agradeço também a própria Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio que me possibilitou expandir o olhar frente à realidade.

A todas as minhas amigas e amigos que sempre estiveram comigo em todas as situações. Não importa onde cada um esteja o importante é que sempre estarão no meu coração.

A todas as pessoas que contribuíram para este sonho se tornar real, incluindo os que me auxiliaram nesta monografia: Grasielle Nespoli e Adelyne Mendes que me ajudaram desde o Pré-Projeto; a Gladys Miyashiro, minha orientadora que atenciosa me ajudou em tudo, e Ieda Barbosa e Marileide Silva que acrescentaram conhecimentos e risos.

## RESUMO

O presente estudo busca analisar a relação entre a Doença de Chagas e os determinantes sociais de saúde (DSS), sendo estes elementos fundamentais para compreender o contexto de negligenciamento da doença. A Doença de Chagas é uma das patologias de maior distribuição no continente americano. Embora os dados demonstrem como as medidas de controle adotadas até o momento vêm apresentando bom impacto, a Doença de Chagas, juntamente com outras doenças, são chamadas de Doenças Negligenciadas. Esse termo refere-se a doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, representando um forte entrave ao desenvolvimento dos países. A ênfase que se coloca ao abordar as doenças negligenciadas está relacionada fundamentalmente ao escasso financiamento para pesquisa e a não reversão do conhecimento produzido em avanços terapêuticos. Pouco é analisado o outro lado do negligenciamento, isto é, a precariedade das políticas públicas não só para o setor saúde, mas considerando as intervenções sobre os determinantes sociais que interferem nas condições de vida e saúde da população. Através de uma revisão bibliográfica, a pesquisa se propõe analisar a dimensão biológica e patológica da Doença de Chagas, o contexto histórico de descoberta de uma nova tripanossomíase americana por Carlos Chagas em 1909, os aspectos epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde que influenciam no negligenciamento da Doença de Chagas.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Doença de Chagas. Doenças Negligenciadas.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Diferença entre os gêneros.....	19
Figura 2 Exemplo da casa de pau-a-pique .....	20
Figura 3 Influência de diferentes fatores de risco de morte.....	29
Figura 4 Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	33
Figura 5 Distribuição das Doenças Negligenciadas no mundo.....	36
Figura 6 Abrangência do Mercado Farmacêutico Mundial.....	38
Figura 7 Produção de artigos científicos sobre Doença de Chagas por país.....	40
Figura 8 Evolução das publicações de autores brasileiros nas sete doenças negligenciadas cobertas pelo Programa de Doenças Negligenciadas.....	41
Figura 9 Dos 1556 medicamentos desenvolvidos entre 1975 e 2004 apenas 21 para doenças negligenciadas.....	42
Figura 10 Os movimentos migratórios ajudaram a disseminar o <i>T. cruzi</i> para outras regiões.....	44

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Casos de Doença de Chagas Aguda. Brasil, Grandes Regiões e Unidades Federadas, 2007 a 2011.....	45
Tabela 2- Internações hospitalares por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado por 100 000 habitantes, total e por categorias de doenças, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação- 2010.....	46
Tabela 3- Domicílios particulares permanentes, por Grandes Regiões, segundo algumas características- 2009/2011.....	47
Tabela 4- Oferta de serviços básicos de saúde, por tipo de serviço, segundo as Grandes Regiões e as Unidades de Federação- 2009.....	48
Tabela 5- Estabelecimentos de saúde, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 1976/2009.....	48
Tabela 6- Esperança de vida ao nascer, por sexo segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação – 2009.....	49

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO I: CONHECENDO A DOENÇA DE CHAGAS.....</b>	<b>12</b>
O processo histórico de descoberta da Doença de Chagas.....	12
Aspectos Biológicos.....	16
Aspectos Clínicos.....	22
<b>CAPÍTULO II: DEFININDO O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.....</b>	<b>24</b>
O conceito de Saúde-Doença.....	24
A construção do conceito de Determinantes Sociais da Saúde.....	26
<b>CAPÍTULO III: O NEGLIGENCIAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS.....</b>	<b>34</b>
Iniquidade em Saúde.....	34
Doenças Negligenciadas.....	35
A influência dos determinantes sociais da saúde no negligenciamento da Doença de Chagas.....	42
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>52</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo visa abordar os determinantes sociais da doença de Chagas, bem como os possíveis fatores que contribuem para o atual contexto de marginalização da doença. Assim, a pesquisa pretende compreender a influência dos determinantes sociais da saúde para o aparecimento de doenças consideradas como negligenciadas. Para tanto, a pesquisa será calcada no conceito amplo de saúde e o debate que permeia a interface do conceito de universalização da saúde.

O tema proposto pelo estudo está sendo desenvolvido em virtude de sua grande importância social. A Doença de Chagas precisa ser observada como questão de saúde pública com enfoque aos determinantes sociais, que se constituem como elemento fundamental para a análise da incidência desta doença em determinadas populações. Sendo assim, observa-se a relação entre marginalização da Doença de Chagas e o fato do grupo mais afetado ser a classe menos privilegiada. Decorrente desta relação nota-se a paralisação de pesquisas científicas e a produção de medicamentos, pois não estimula o interesse da indústria farmacêutica, já que não gera lucro substancialmente. Em virtude disso, a Doença de Chagas é considerada uma doença negligenciada, segundo a Organização Mundial da Saúde.

João Carlos Pinto Dias já assinalava décadas atrás (1986) que para controlar a Doença de Chagas era necessário compreender a natureza sócio-econômica e cultural da mesma. Nesta pesquisa, para análise da Doença de Chagas, serão considerados os determinantes sociais da saúde, isto é, os elementos sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que interferem na condição de vida dos indivíduos (BUSS e PELEGRINI, 2007). Além da análise epidemiológica que estuda os determinantes da ocorrência e distribuição das doenças, como aponta Luiz Jacinto da Silva (1985), será feita uma revisão dos aspectos biológicos da doença e o processo histórico de sua perpetuação.

**Justificativa:**

O intuito deste estudo surgiu como inquietação própria devido à marginalização da doença nas classes menos favorecidas. Tal indagação compreende ao negligenciamento social desta mesma população, assim como a paralisação de produção científica e medicamentos para a Doença de Chagas em relação aos cem anos de sua descoberta. O tema de pesquisa faz-se importante para analisar a evolução e o atual contexto da doença de Chagas, assim como os motivos pelos quais a doença de Chagas ainda não foi eliminada.

Além disso, pouco é analisado o outro lado do negligenciamento, isto é, a precariedade das políticas públicas não só do setor saúde, mas considerando as intervenções sobre os determinantes sociais que interferem nas condições de vida e saúde da população. Desse modo, serão considerados os Determinantes Sociais da Saúde nas suas dimensões sociais, econômicas e políticas, com o enfoque o negligenciamento da doença de Chagas.

**OBJETIVOS:****Objetivo Geral:**

Analisar os determinantes sociais que influenciam para o aparecimento da Doença de Chagas em situações de marginalização.

**Objetivos Específicos:**

1. Conhecer a evolução histórica e os aspectos biológicos da doença de chagas.
2. Identificar a distribuição epidemiológica da Doença de Chagas.
3. Identificar e analisar os determinantes sociais da saúde que contribuem para o negligenciamento da Doença de Chagas.

**Metodologia:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que realizará uma revisão bibliográfica sobre os aspectos biológicos e patológicos da Doença de Chagas, assim como a conjuntura histórica de sua descoberta e análise dos determinantes sociais da saúde para a compreensão da marginalização e negligenciamento da doença de Chagas.

Para isso, será feita a revisão bibliográfica através de artigos científicos, livros, revistas, jornais e internet. Com o objetivo de abordar as iniquidades em saúde produzidas pelos determinantes sociais da saúde, os autores Paulo Buss e Pelegrini Filho serão os autores de referência, bem como o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, cujo título é “As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”. Em relação os aspectos epidemiológicos da Doença de Chagas, os autores fundamentais a serem analisados serão João Carlos Pinto Dias e Emmanuel Dias e Simone Petraglia Kropf para análise histórica.

Os sites da OPAS/OMS, Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais foram a base de pesquisa para conhecer as políticas públicas dirigidas a esta doença, sobretudo no que tange as medidas de controle, prevenção e promoção da saúde.

## **CAPÍTULO I: CONHECENDO A DOENÇA DE CHAGAS**

Será feita uma análise histórica e dos elementos biológicos da doença. Desta forma, será abordado o processo histórico de descoberta da Doença de Chagas, assim como os aspectos biológicos, sendo considerados a constituição do inseto transmissor, o ciclo evolutivo, os mecanismos de transmissão, e a história natural da doença.

A primeira divisão que compreende a abordagem histórica busca contextualizar a descoberta da Doença de Chagas no processo histórico sanitário. Sendo assim, será exposto os fatos científicos que contribuíram para a descoberta da mesma, como por exemplo, os pesquisadores Louis Pasteur e Robert Koch, como percussores do contexto científico de enfoque em doenças transmitidas por insetos. Além disso, será descrita a descoberta da doença até o reconhecimento e inovação científica que Carlos Chagas representa. No segundo momento, busco apresentar a formação biológica do vetor da doença reconhecida como triatomíneo, ou popularmente, por barbeiro. Também será analisado o agente etiológico da doença, *Trypanosoma cruzi* e os aspectos clínicos da doença.

### **O PROCESSO HISTÓRICO DE DESCOBERTA DA DOENÇA DE CHAGAS**

Segundo Ktropsf (2009:53) “para tratar criticamente a descoberta implica compreender como e por que um dado acontecimento ou realização científica foi reconhecido/sancionado como tal”. Sob esta ótica, será relatado o processo histórico de descoberta da Doença de Chagas através da revisão bibliográfica de obras como: Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência e nação, 1909 – 1962 e Carlos Chagas e a descoberta de uma nova tripanossomíase humana de Simone Petraglia Kropf, e artigo da mesma autora em conjunto com Luisa Massarani, como “Carlos Chagas, a ciência para combater doenças tropicais” e “o a doença de chagas e o movimento sanitarista da década de 1910, com Nísia Trindade Lima e textos de Carlos Fidelis Ponte, como: O sanitarismo e os projetos de nação.

A descoberta da Doença de Chagas está inserida em um contexto de rupturas no campo de saúde e ciência. Isso se deve em razão da difusão de teorias como de Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910), pois contribuíram para descobrir a ação dos microrganismos como causadores de doenças, bem como as formas de intervenção, a partir de soros e vacinas.

Nesta conjuntura, tinha-se o enfoque a Medicina Tropical, com pesquisas de Patrick Manson, entre 1881 e 1900. Esta teoria resultou na integração dos transmissores de algumas moléstias exclusivas ou especialmente ocorridas nos trópicos. O trabalho de Manson deu subsídio para outras descobertas como, por exemplo, a febre amarela, a partir de Carlos Finlay, e malária, descoberta por Sir. Ronald Ross. Assim, nesta época observa-se a relevância dos insetos como transmissores de doença.

Em 1907, Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas, sob o comando de Oswaldo Cruz, liderou um grupo de pesquisadores, com o objetivo de combater uma epidemia de malária que no momento paralisava as obras da Estrada de Ferro Central do Brasil em Minas Gerais. Nesta campanha, construiu um simples laboratório dentro de um vagão de trem, no qual utilizava como dormitório.

Motivado pelo seu apreço de investigar sobre protozoologia<sup>1</sup> e entomologia<sup>2</sup>, Carlos Chagas coletava espécies da fauna brasileira típicas daquela região, assim, analisou o sangue de um sagüi *Callithrix penicilata* e identificou um protozoário do gênero *Trypanosoma*<sup>3</sup>, o qual nomeou de *Trypanosoma minasens*. Este evento foi alarmante, pois naquela época os tripanossomas já apresentavam uma ameaça para a população e animais, embora para os macacos não causasse dano. Além disso, Carlos Chagas continuou pesquisando sobre esta tripanossomíase, em vista dos artrópodes que poderiam servir como vetores para uma possível doença.

Carlos Chagas teve conhecimento da existência de um inseto hematófago comum na região, através do engenheiro – chefe da ferrovia, Cornélio Homem Cantarino Mota. Este engenheiro o apresentou um inseto que tem por característica principal sugar o sangue das pessoas no rosto durante a noite, sendo assim, reconhecido popularmente por chupão ou barbeiro. Unido com Belisário Penna, numa viagem a Pirapora, Carlos Chagas capturou alguns desses insetos.

Chagas estava ciente do nível de perigosidade do barbeiro, em virtude de sua característica hematofíca, relacionada à transmissão de doenças parasitárias. Ao examinar alguns destes insetos, Carlos Chagas encontrou em seu intestino flagelos de um protozoário com particularidade que o remitiu a um parasito natural do inseto ou o *Trypanosoma minasense* que descobriu no sangüi.

---

<sup>1</sup> Protozoologia é o estudo dos protozoários, que são seres eucariontes unicelulares.

<sup>2</sup> Entomologia é Parte da Zoologia que estuda os insetos.

<sup>3</sup> O gênero *Trypanosoma* consiste em protozoários flagelados que parasitam o sangue e os tecidos de animais invertebrados, vertebrados e certos vegetais.

Carlos Chagas enviou alguns insetos para o Instituto Oswaldo Cruz, em Manguinhos, por não ter bons instrumentos laboratoriais onde estava alojadas na Campanha contra malária, em Lassance, Minas Gerais. Oswaldo Cruz colocou estes insetos em contato com sagüis criados em laboratório, portanto, sem contato com a infecção. Ao passar um mês, Cruz constatou que alguns animais adoeceram e havia neles formas de tripanossoma no sangue. Logo que soube desta notícia, Chagas voltou imediatamente ao Instituto de Manguinhos, onde comprovou que esses protozoários não eram da espécie *Trypanosoma minasense*, mas uma nova espécie de Tripanosoma, o qual nomeou *Trypanosoma cruzi*, em homenagem ao seu mestre Oswaldo Cruz.

Carlos Chagas decidiu retornar ao Instituto Oswaldo Cruz suspeitando que o tripanossoma fosse causador de uma patologia, como tinha visto com seus estudos sobre malária. Assim, Chagas e Arthur Neiva, também pesquisadores do Instituto, elaboram pesquisas biológicas a cerca do ciclo evolutivo do parasito. Com a suspeita da doença e buscando novos hospedeiros da doença, Chagas retorna a Lassance. Neste município mineiro, Carlos Chagas examinou o sangue de animais domésticos e de moradores. Ali encontrou o parasito em um gato contaminado, mas também em uma criança febril, de apenas dois anos, chamada de Berenice.

Assim, Carlos Chagas realizou um feito único na história da medicina, pois descobriu o agente causador, infecção humana, e o inseto vetor, o qual tem como meio propício de proliferação casas de pau-a-pique, sendo assim, determinante de zonas rurais e ambiente de pobreza. A “tripla descoberta” de Chagas representou um marco na história da ciência e saúde brasileira e trouxe reconhecimento para a ciência brasileira como também prestígio internacional a Carlos Chagas. Além disso, foi admitido como membro titular da Academia Nacional de Medicina, destacado na Exposição Internacional de Higiene e Demografia em Dresden, Alemanha, conquistou o prêmio Schaudinn de protozoologia, pelo Instituto de Doença Marítimas e Tropicais de Hamburgo e foi indicado duas vezes ao Prêmio Nobel de Medicina e ocupou a presidência no Instituto Oswaldo Cruz.

### **A Doença de Chagas: Contribuição para a ciência, institucionalização do Instituto Oswaldo Cruz e sentimento de nação**

A descoberta de Chagas contribuiu para a formação sanitária brasileira e mundial. No campo parasitológico, possibilitou a melhor compreensão da relação parasito-hospedeiro como causador de doenças por tripanossomas. Como afirma Simone Petraglia Kropf (2009:64) “a descoberta da doença de chagas, elemento chave na legitimação dos novos significados atribuídos à ciência médica experimental praticada em Manguinhos, foi, como sugeriu Stepan, um importante elemento deste processo de institucionalização.” Sendo assim, tal descoberta proporcionou maior atenção a protozoologia, como campo científico de suma importância dentro do Instituto como também no exterior, ao se referir à influência das doenças tropicais.

Desta forma, houve a implantação de hospitais especializados para doenças desta peculiaridade, pode-se citar a instauração do hospital em Lassance, onde centralizaria os estudos clínicos da doença, e dentro do campus do Instituto Oswaldo Cruz um hospital de pesquisa e atendimento conhecimento atualmente por Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC).

A descoberta da Doença de Chagas foi também um fator decisivo para o debate político sobre a importância do saneamento rural do Brasil e a necessidade de reorganização dos serviços federais de saúde, que culminaria na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, do qual Chagas foi o primeiro diretor (1920-1926).

O estudo sobre a Doença de Chagas contribuiu também para a construção da idéia de que o atraso do Brasil em face das nações consideradas civilizadas não era resultado do clima tropical ou da composição racial de sua população, mas dos prejuízos causadas pelas endemias rurais à produtividade do trabalho e do descaso do Estado com as populações do interior (KROPF & LIMA, 2009). A respeito disso, Carlos Chagas buscou mobilizar a sociedade sobre a importância da doença por ele descoberta, em razão de afetar o estado físico e mental, principalmente em indivíduos em sua faixa etária mais produtiva, dos 30 aos 60 anos, sendo assim, prejudicaria o projeto de nação e sentimento nacionalista presente durante a Primeira Guerra Mundial. Este lema seria em 1916-1920 precursor do Movimento Sanitarista.

Segundo Ponte (2009 apud LIMA & HOCHMAN,1996) esse momento da saúde no Brasil é considerado uma Era de redescoberta do país. O Brasil tinha deixado a visão romântica e ufanista para redescobrir os problemas sociais e de saúde, no qual a Doença de Chagas apresenta grande relevância, visto no discurso de Miguel Pereira que enfatizou essa idéia ao declarar “Brasil imenso hospital”. Deste modo, a descoberta da doença de Chagas proporcionou a efervescência de idéias que priorizam o saneamento básico e os problemas sociais.

Apesar da descoberta da Doença de Chagas simbolizar um marco na saúde do Brasil, em virtude de sua contribuição para a identidade do país e formulação do movimento sanitário, a erradicação da doença de Chagas enfrenta muitos desafios e para que esses sejam solucionados é necessário entender as dimensões sócio-culturais e político-econômicos que permeiam a questão de iniquidade e globalização, a qual será a temática principal deste trabalho (MALAFAIA & LIMA, 2010).

## ASPECTOS BIOLÓGICOS

### Agente Etiológico

Em relação aos aspectos biológicos da Doença de Chagas serão analisados a partir da revisão bibliográfica de documentos como a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), Guia Digital de Doenças Infecciosas e Parasitárias 2006 e autores como Ana Maria Argolo e João Carlos Pinto Dias.

O agente etiológico é reconhecido como o agente causador da doença. Sendo assim, o agente etiológico da Doença de Chagas chama-se *Trypanosoma cruzi*, segundo o Guia Digital de Doenças Infecciosas e Parasitárias 2006. Este é um protozoário flagelado da ordem Kinetoplastida, a qual se caracteriza por apresentar uma mitocôndria única, denominada cinetoplasto, rica em DNA mitocondrial e flagelos que emergem de uma bolsa flagelar. E sua família é nomeada de Trypanosomatidae, esta é composta, obrigatoriamente por parasitas de outros protozoários, de plantas, e de animais. Esta família possui dois gêneros: *Leishmania* e *Trypanosoma*.

Neste estudo, há a relevância para o gênero *Trypanosoma*, este possui formas diversas, as quais são: amastigota, epimastigota e tripomastigota. A forma amastigota se encontra na fase intracelular do ciclo evolutivo, isto é, dentro dos tecidos dos vertebrados. Tal forma não possui organelas de locomoção. O cinetoplasto localiza-se ao lado do núcleo, e se constitui

menor que este. Esta forma está presente na fase crônica da doença. A forma epimastigota é encontrada no tubo digestivo do vetor e não representa uma ameaça para ele, pois não é infectante para os vertebrados. Nesta forma, o cinetoplasto se encontra junto do núcleo e possui flagelo e membrana ondulante. Por fim, a forma tripomastigota está presente na fase extracelular, que circula no sangue. Apresenta flagelo e membrana ondulante em toda a extensão lateral do parasito. O cinetoplasto se localiza na extremidade posterior do parasito. Esta forma é presente na fase aguda e constitui como forma infectante para os vertebrados.

## **O Vetor**

Para melhor compreensão a cerca da Doença de Chagas é necessário conhecer seus aspectos biológicos. Desta forma serão analisados fatores que dizem respeito à sistemática clássica, morfologia, biologia fisiológica, comportamento dos vetores, ecologia e controle.

## **Taxonomia**

O botânico Lineu, em 1735 propôs a classificação dos seres vivos em grupos, atualmente, chamados táxons, que divide os seres em classes de acordo com a estrutura, a anatomia de cada ser vivo. A partir de Lamarck (1809) e Darwin (1859), houve o aperfeiçoamento nesta teoria, baseado no modelo de Evolução. Assim, passou a ser observado para compor um grupo diversos critérios, como fisiológicos, embriológicos, bioquímicos, genéticos e ecológicos (CÉSAR & SEZAR, 2003).

A partir da taxonomia, os seres vivos são classificados mediante um Reino, com subdivisão, o filo, este se divide em classe, conseqüentemente, se divide em ordem, por sua vez, é dividida em família, que se divide em gênero e por fim, em espécie. Da mesma maneira, o vetor estudado também é classificado, o barbeiro compreende ao Reino *Anamalia*, correspondente aos animais. O filo no qual se encontra chama-se Arthropoda, nele se encontra animais com extremidades ou apêndices corporais articulados (artro = articulação + podo = pé) (CÉSAR & SEZAR, 2003).

Somado a isso, nesses animais é presente o exoesqueleto, que consiste num esqueleto externo, servindo de proteção para seus órgãos internos. Está classificado na classe Insecta, a qual é composta por animais com corpo dividido em cabeça, tórax e abdômen, observa-se também três pares de pernas articuladas e um par de antenas. Encontra-se na subclasse Pterygota que representam insetos com asas. Sua ordem é Hemíptera, esta é composta por

percevejos; Família Reduviidae, a qual é composta por percevejos com cabeça fina e alongada e pescoço bem marcado. A denominação do vetor da doença tem como base, sua subfamília, que chama-se *Triatominae*. De acordo com Argolo *et al.* (2008) esta subfamília é composta por 137 espécies e a maioria se encontra na América Latina. Desses sete são considerados mais importantes, *Triatoma infestans*, *T. dimidiata*, *T. sordida*, *T. brasiliensis*, *T. pseudomaculata*, *Panstrongylus megistus* e *Rhodnius prolixus*. Dentre os principais vetores da doença de chagas estão as espécies: *Rhodnius*, *Triatoma* e o *Panstrongylus*.

### Identificação

Assim como todos os insetos, o causador da Doença de Chagas, também conhecido como barbeiro possui exoesqueleto, ou seja, possui um esqueleto externo, o qual sofre o processo de muda ou ecdise para ser trocado. Esse processo permite seu crescimento e corpo dividido em três partes: cabeça, tórax e abdômen. Vale ressaltar que as diversas espécies apresentam suas partes de maneira distinta. Em relação à cabeça, os barbeiros são reconhecidos por terem essa estrutura longa, olhos bem desenvolvidos, antenas com capacidade sensorial, ou seja, desenvolve funções do olfato e audição.

O rostro inicia-se na parte anterior da cabeça, é reto e curto ao ponto que não ultrapassa o primeiro par de pernas. E ainda, existe uma estrutura fundamental para a análise médica, tal estrutura chama-se: tubérculo antenífero, é uma estrutura de suma importância para a diferenciação das três espécies que são intrinsecamente associadas a domicílios. Conforme a posição dos tubérculos anteníferos, pode-se distinguir. Nos *Panstrongylus*, o tubérculo antenífero localiza-se próximo aos olhos e sua cabeça é curta, já a espécie *Rhodnius*, seu tubérculo antenífero está situado próximo à extremidade anterior da cabeça, esta é longa e estreita. Por sua vez, *Triatoma* possui tubérculo antenífero no meio da região antecular.

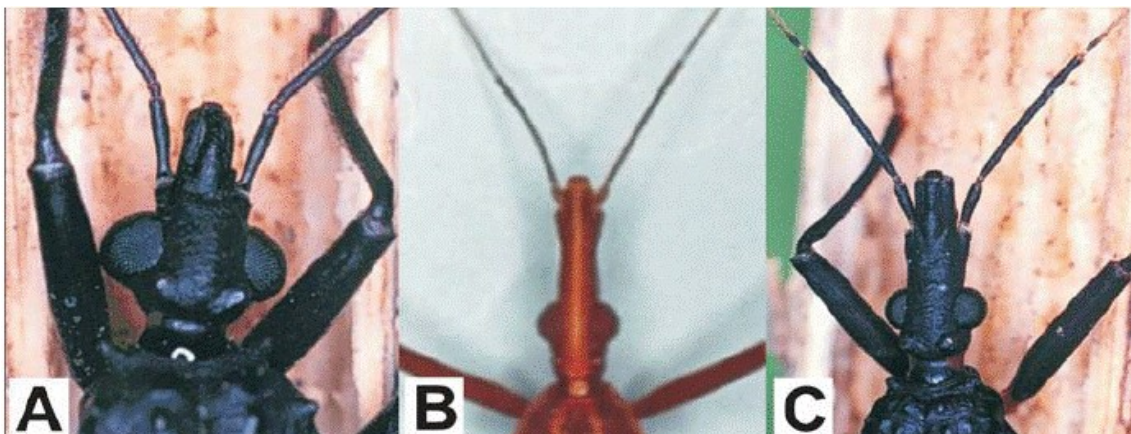


Fig.1 Diferença entre os gêneros: A: *Panstrongylus*- Antenas inseridas junto à margem anterior dos olhos; B: *Rhodnius*- Antenas no ápice da cabeça; C: *Triatoma*- Antenas inserem-se na metade da distância entre o ápice da cabeça e a margem anterior dos olhos. Fotos: Marcelo Pereira, ICB/USP. Fonte: Doenças de Chagas e seus Principais Vetores no Brasil

O tórax dos barbeiros é dividido em três segmentos: protórax, mesotórax e metatórax. Cada segmento existe um apêndice locomotor, ou seja, encontra-se estruturas cuja função fundamental é a locomoção, sendo elas: os três pares de patas e dois pares de asas. Os respectivos segmentos são classificados a partir do acréscimo de sufixo que determina a sua localização. A região dorsal de todos os segmentos é chamada de noto, as laterais de pleura, e a ventral de esterno, assim, no primeiro segmentos têm-se pronoto, as propleuras e o proesterno. Já no segundo e terceiro segmentos, os nomes das regiões recebem os prefixos meso e meta, respectivamente.

O abdômen é composto por onze segmentos e apresenta em sua lateral o conexivo, que é uma placa dorsal e ventral que possibilita a distensão do abdômen no momento da alimentação. Esses conexivos apresentam várias manchas, sendo assim outro artifício para diferenciar as espécies. Para distinguir os sexos é necessário observar a parte posterior do abdômen que, em vista dorsal, é contínua nos machos e chanfrada nas fêmeas (ARGOLO et al, 2008).

## Hábitat

A infecção chagásica em sua origem era considerada uma zoonose, porém ao passar do tempo, a ação humana de interferência no meio ambiente resultou na transferência dos ecótopos de insetos como o atual barbeiro. De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde (2005), “A doença de Chagas, primitivamente uma zoonose, passou a constituir problema de patologia humana, ou seja, uma antropozoonose, a partir da domiciliação dos vetores, deslocados de seus ecótopos silvestres originais pela ação do homem sobre o ambiente”.

Desta forma, o vetor passou a infectar seres humanos. Porém, em áreas específicas. “Segundo documentos de erradicação da doença, esta passou a ocorrer endemicamente em consequência da adaptação do inseto transmissor à casa rural de má qualidade, construída de pau-a-pique, de barro e não rebocada, ou seja, a casa cujas paredes não receberam revestimento final (reboco), o que permite o aparecimento de frestas nestas paredes” (SILVA, 2000:52).

Conforme a indicação do Guia de Vigilância Epidemiológica (2005) a distribuição da Doença de Chagas é decorrente da distribuição da pobreza e das condições por ela geradas, que determinam o convívio do homem com o vetor, no ambiente domiciliar. Desta forma, para analisar os determinantes da Doença de Chagas é necessário não apenas considerar os fatores biológicos da doença, mas, essencialmente os fatores econômicos e sociais que influenciam o aparecimento desta doença.



Fig.2 Exemplo da casa de pau-a-pique.  
FONTE: IOC

### **Transmissão da doença de chagas**

Segundo a OMS a Doença de Chagas é uma doença potencialmente fatal causada pelo protozoário parasita, *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*). Tal doença pode ser observada em duas fases: uma aguda, que quando não é identificada pode evoluir para uma fase crônica. De acordo com João Carlos Pinto Dias (2000) no Brasil há o predomínio dos casos crônicos resultados de infecção por via vetorial, com aproximadamente três milhões de indivíduos infectados. No entanto, nos últimos anos, a ocorrência de Doença de Chagas Aguda (DCA) tem sido observada em diferentes estados, em especial na região da Amazônia Legal. Para abordagem esta questão, será analisado principalmente, fontes do CID-10 e o autor João Carlos Pinto Dias.

De acordo com Eliane Dias Gontijo e Silvana Eloi Santos (2009) a transmissão do protozoário flagelado, *T. cruzi* pode ocorrer de distintas maneiras. As formas mais comuns e reconhecidas cientificamente estão ligadas diretamente com o vetor, são elas: transfusão de

sangue, via congênita, e mais recentemente, as que ocorrem via oral, pela ingestão de alimentos contaminados.

Mecanismos menos comuns envolvem acidentes de laboratório, manejo de animais infectados, transplante de órgãos e pelo leite materno. Ibidem Desta forma, de modo geral, a transmissão do *T. Cruzi* para o homem ocorre através de um vetor, os triatomíneos.

### **Transmissão vetorial**

Para se questionar acerca da transmissão vetorial é necessário levar em consideração alguns aspectos fundamentais que condiciona esta forma, tais como: domiciliação, infecção e colonização. O vetor deve estar presente na habitação, infectado, e conviver com o homem suscetível (DIAS,2000).

Nesta situação, a transmissão é dada através do barbeiro infectado pelo protozoário parasita *T.cruzi* que ao picar o homem defeca, eliminando formas o parasita, o qual penetra a corrente sanguíneo do homem após coçar o local ou por orifício da picada.

### **Transmissão transfusional**

De acordo com CID-10 da Doença de Chaga, a transmissão transfusional é a segunda via de transmissão mais importante, atualmente. Estima-se que é a causa principal para a incidência de casos da doença em centros urbanos, em países não endêmicos como Canadá, Espanha, Estados Unidos, dentre outros, e em países latino-americanos que estejam em processo de erradicação do vetor.

### **Transmissão vertical**

A transmissão vertical da Doença de Chagas é observada principalmente através da placenta. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da doença, aguda, intermediária ou crônica e também tem a possibilidade da transmissão em qualquer época da gestação.

### **Transmissão por via oral**

A transmissão oral é comum entre animais no ciclo primitivo do parasita, através da ingestão do vetor ou reservatório infectado. No caso de seres humanos, não ocorre de forma usual, é necessário ocorrer a ingestão de alimentos contendo triatomíneos ou suas dejeções. Esse tipo de transmissão ocorre em locais propícios e em um determinado tempo, e pode ser causado por diferentes tipos de alimentos. Um exemplo recente desta forma de transmissão

foi registrada em 2006 pela Revista online Exame: 430 casos da Doença no estado do Pará, tendo em comum a ingestão de açaí em diversos pontos de venda.

### **Transmissão por leite materno**

De acordo com Eliane Dias Gontijo e Silvana Eloi Santos (2009) apesar da transmissão por leite materno e fissura mamilar ser reconhecida como uma das formas de transmissão da Doença de Chagas, esta forma foi mencionada poucas vezes na literatura e não apresenta grande relevância no contexto de endemia.

### **Transmissão por acidentes laboratoriais**

A transmissão da Doença de Chagas em razão de acidentes laboratoriais pode ocorrer devido ao contato com culturas de *T. cruzi*, exposição às fezes infectadas de triatomíneos ou a sangue, de paciente ou animal, contendo o triatomíneo, conforme afirma Eliane Dias Gontijo e Silvana Eloi Santos (2009).

### **Transmissão por transplante de órgãos**

Mediante a CID-10, a transmissão da doença de Chagas através de transplante de órgãos tem tido mais importância atualmente, por causa do aumento do número de transplantes. A forma aguda da doença é apresentada de maneira mais grave, por conta da condição frágil na qual o paciente se encontra, podendo apresentar: febre, nódulos cutâneos eritematosos, hepatoesplenomegalia, linfadenomegalia, mialgias, cefaleia.

## **ASPECTOS CLÍNICOS DA DOENÇA DE CHAGAS**

Após a entrada do protozoário, *T. cruzi*, existe duas fases fundamentais na infecção: fase aguda e fase crônica.

### **Fase aguda**

É reconhecida por ser a fase inicial da Doença de Chagas. Nesta fase o parasito se encontra na corrente sanguínea e a evolução desta fase é considerada rápida (DIAS,2000). Neste momento os sinais e sintomas podem desaparecer espontaneamente evoluindo para a fase crônica ou progredir para formas agudas graves que podem levar ao óbito.

### **Fase crônica**

Segundo Dias (2000) esta fase é reconhecida por três características principais: tardia, lenta evolução e com baixa parasitemia, ou seja, há poucos parasitas na corrente sanguínea. Conforme relata a CID-10, no início desta fase, não apresenta sintomas, nem modos de comprometimento do sistema digestivo e/ou cardiovascular. Esta fase pode ser apresentada de diversas formas, tais como:

### **Forma indeterminada**

A forma crônica indeterminada é composta por paciente assintomático e sem sinais de comprometimento do aparelho circulatório (clínica, eletrocardiograma e radiografia de tórax normais) e do aparelho digestivo (avaliação clínica e radiológica normais de esôfago e cólon) Esta forma da fase crônica pode perdurar durante toda a vida do paciente ou evoluir para forma cardíaca, digestiva ou associada (cardiodigestiva).

### **Forma cardíaca**

Segundo João Carlos Pinto Dias (2000) é a principal manifestação mórbida da Doença, incidindo em chagásicos de praticamente todas as zonas endêmicas, em proporções que variam de 10 a 40% dos chagásicos crônicos. Essa forma afeta o coração de tal maneira que frequentemente, evolui para quadros de miocardiopatia dilatada<sup>4</sup> e insuficiência cardíaca congestiva (ICC)<sup>5</sup> (CID-10).

### **Forma digestiva**

Esta forma é encontrada com mais frequência nas regiões abaixo da linha equatorial. Afeta principalmente o aparelho digestivo que, frequentemente, evolui para megacólon ou megaesôfago<sup>6</sup>. Ocorre em cerca de 10% dos casos.

### **Forma associada (cardiodigestiva)**

Esta forma é caracterizada por afetar tanto o aparelho digestivo como o cardiovascular, concomitantemente (CID-10).

---

<sup>4</sup> Cardiomiopatia dilatada (CMD) é uma doença miocárdica primária progressiva, de causa desconhecida e que se caracteriza por diminuição da contratilidade do ventrículo esquerdo ou de ambos os ventrículos.

<sup>5</sup> A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) acontece quando o coração é incapaz de bombear o sangue em uma taxa proporcional às necessidades dos tecidos metabolizantes ou é capaz disso, apenas com uma pressão de enchimento elevada.

<sup>6</sup> O megaesôfago é um distúrbio motor esofágico caracterizado basicamente por: dilatação e aumento do órgão, ausência de peristaltismo, presença de contrações terciárias e ausência relaxamento total ou parcial do esfíncter inferior. Essas alterações podem levar a diversos sintomas, com ênfase na disfagia, que pode comprometer o estado nutricional do paciente e seus hábitos alimentares normais.

## **CAPÍTULO II: DEFININDO O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

### **O CONCEITO DE SAÚDE-DOENÇA**

É necessário, sobretudo explicitar a visão tomada por saúde que está inserida neste trabalho. Com o objetivo de analisar a Doença de Chagas a partir da análise social crítica e abrangente é preciso compreender a saúde segundo a chamada concepção ampliada. Para isso, serão expostas as diversas modificações que a definição de saúde sofreu ao longo do tempo.

As mais variadas concepções sobre saúde/doença devem-se ao contexto no qual estava a inserida. Como afirma Moacyr Scliar (2007:30):

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas.

Decorrente da realidade de cada época, o conceito de saúde admitiu características religiosas, as quais consideravam a doença resultado da ação sobrenatural de deuses ou de demônios e espíritos malignos mobilizados por um inimigo (BATISTELLA, 2007). Ao passar do tempo, esta concepção foi mudando e atribuindo idéias racionais como ficou conhecida a teorias dos miasmas. Esta teoria, concebida por Hipócrates propunha que a doença seria ocasionada pelo desequilíbrio de fluídos.

A Idade Média, por sua vez, também estava relacionada à visão religiosa, nesta visão, a doença consistia no castigo de deuses. Com a transição da Idade Média para a Modernidade, o poeta e médico Girolamo Fracastoro propôs a existência de agentes específicos para cada doença. Com a expansão comercial e a intensificação das fábricas, a saúde obteve o enfoque aos aspectos econômicos, sociais e culturais, surgindo assim, a medicina social. A partir do século XIX foram feitas diversas pesquisas a respeito de doenças infecciosas e sobre microbiologia, fato este contribui para o surgimento do microscópio e o início da Era Bacteriológica.

Com a Era Bacteriológica, a saúde passou a ser questionada a respeito das causas de enfermidade. Surgindo assim, a idéia de unicausalidade, a qual pressupõe uma única causa específica para ocasionar a doença. Após isso, predominou a explicação multicausal. Essa visão emergiu em um contexto de Pós- Segunda Guerra, neste período o perfil epidemiológico da população estava sofrendo alteração: diminuição da taxa de doenças infecto-parasitárias e elevado índice da taxa de doenças crônica-degenerativas. Este modelo aborda três fatores

importantes para compreender a doença: o ambiente, o agente e o hospedeiro, sendo chamado assim de tríade ecológica, incluída no conceito de História natural das doenças. Além disso, considera os aspectos sociais como elementos inferiores em relação aos aspectos biológicos.

Esta teoria sofreu diversas críticas em 1960, até que se postulou a idéia de Produção Social da Saúde e da Doença. O modelo de determinação social da saúde/doença considera todas as dimensões da vida, tais como os aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos. Esta visão objetiva, além de determinar os fatores que influenciam na realidade sanitária, incluir a necessidade de promoção da saúde.

A definição de saúde assume no mundo contemporâneo, múltiplas visões. Dentre elas, a mais conhecida pelo senso comum, e até mesmo afirmada por muitos profissionais de saúde, é conceituada como ausência de doença. Com base nesta teoria foi nomeado o modelo biomédico, no qual o médico ocupa a posição de destaque, como sendo o agente que irá retirar a doença do “paciente”. Esta perspectiva tem-se o foco na patologia em si.

Ao passar do tempo, demais profissionais foram obtendo prestígio. Segundo Carlos Batistella (2007), esta perspectiva sofreu grandes influências à medida que foram surgindo idéias empiristas e racionalistas. Outra influência foi à consolidação do modelo capitalista, provocando inúmeras transformações sociais e econômicas. Além disso, pode-se notar na mudança de perspectiva em que a doença era vista.

Durante o século XVIII a doença era considerada como entidade que subsistia no ambiente como qualquer outro elemento da natureza, mas esta visão foi transformada a partir da “medicina das espécies”, a qual organiza os seres em grupos – taxonomia. Essa mudança foi concretizada no ambiente hospitalar, ou seja, o hospital deixou de ser um local de exclusão social e se tornou um âmbito de cura. E com ele, o papel do médico como agente principal no processo saúde/doença. O médico irá ser responsável por descobrir a causa da patologia inserida no paciente, e não fora dele, como era vista antigamente. Assim, o modelo biomédico se estrutura até os dias de hoje como aparato da definição de saúde como ausência de patologia clínica.

O conceito de saúde como ausência de doença também sofreu mudanças. A primeira contribuição foi realizada por Christopher Boorse que entendia saúde como “não doença”, porém, ele acrescentou nesta afirmativa a necessidade do bom funcionamento de todas as partes do corpo, para ser saudável. No entanto, Boorse não considerava necessário exercer um juízo de valor e tornava insignificante avaliar outras dimensões que fazem parte do processo, como por exemplo: econômica, social, cultural e psicológica.

Outra contribuição se deu a partir de antropólogos, estes propuseram uma diferenciação entre patologia e enfermidade. A distinção fundamental consiste em conceituar patologia como resultante biológico e psicológico, já a enfermidade se refere à experiência individual. Criticam também, a dificuldade de mensurar a saúde, já que esta ultrapassa as dimensões biológicas. Assim, podem existir pessoas que estão fisicamente doentes, mas não se sentem como tal, e o contrário também, tornando esta teoria inviável.

O conceito de saúde sofreu uma profunda alteração com o surgimento da Organização Mundial de Saúde (OMS). Este órgão surgiu a partir da Segunda Guerra Mundial e almejou definir o conceito de saúde como um consenso entre as nações, inferindo saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. Esta definição recebeu diversas críticas já que a considerava irreal e inatingível (BATISTELLA, 2007).

O conceito de saúde abordado atualmente no Brasil foi construído durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Tal conceito foi decorrente de lutas sociais contra os regimes autoritários e a crise dos sistemas públicos de saúde durante 1970 e 1980. Assim, a saúde foi postulada como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Porém, muitas críticas são feitas sobre este conceito, uma delas consiste em questionar a ampliação do conceito que dificulta a concretização de medidas efetivas.

Desta forma, pode-se notar que mesmo a saúde sendo direito de todos, nem todos contemplam a saúde de maneira ampla. Assim, pode-se indagar se dentro deste conjunto de indivíduos que não têm acesso a saúde com qualidade existe algumas particularidades que os diferenciam dos demais da sociedade? Fatores de ordem sócio-econômica influenciam no descaso de suas doenças? As respostas para estes questionamentos serão desenvolvimentos neste trabalho tendo como ponto de vista a Doença de Chagas. Para isso, será estudado os Determinantes Sociais na Saúde que influenciam na perpetuação do estado de negligenciamento desta doença.

## **A CONSTRUÇÃO DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE**

Atualmente, nota-se a perspectiva de determinantes sociais como elementos fundamentais para compreender o processo saúde/doença. Porém se analisarmos historicamente, o conceito de saúde foi compreendido de diversas formas, ora com enfoque

biológico, ora com ênfase político-social. Assim, a atual consolidação da abordagem dos Determinantes Sociais na Saúde foi fruto de um processo de construção histórica.

Para compreender esta realidade, será estudado, como propõe Tambellini e Schutz (2009:372) “as concepções de Determinantes Sociais na Saúde ao longo das últimas décadas, atravessando contextos históricos diferentes e envolvendo atores sociais diferentes, e, portanto, sujeitaram-se a interesses diferentes.” Visto que esse conceito não apresenta uma origem bem demarcada, mas um desdobramento de concepções e interesses de saúde distintos. O panorama abordado, para isso, será desde o Relatório Lalonde, 1974 até o Relatório da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2005:9).

O enfoque sobre a questão social foi intensificada a partir da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, a qual contribuía com a construção do conceito de saúde, já mencionado neste capítulo. Sendo assim, ao determinar saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, a OMS propôs não apenas fornecer melhoria da assistência em saúde, mas enfatizar a questão social como elemento fundamental para a saúde da população.

Este cenário sofreu profundas transformações decorrentes do Pós-Guerra, Guerra Fria e a descolonização dos países, bem como a ideologia do militarismo. Decorrente disso houve diversas lutas ideológicas, cuja principal arma foi a tecnologia. Embora o conflito não fosse armado, utilizava-se a tecnologia como demonstração de poder. Com essas mudanças estruturais, a saúde deslocou o seu enfoque para a tecnologia e as campanhas existentes eram apenas de controle de doenças específicas. Deste modo, houve grandes investimentos em medicamentos, possibilitando a descoberta de antibióticos e vacinas. Como se pode observar na afirmação “os profissionais da área de saúde e o público geral passaram a crer que estava na tecnologia a resposta para os problemas de saúde no mundo.” (CNDSS, 2005:9)

Neste contexto também teve início a “indústria farmacêutica moderna”, cujo foco até os dias de hoje não se direcionam a população em geral, o que levaria a investimentos em fármacos para todos os tipos de doenças que afligem a população, ao contrário disso, a lógica farmacêutica perpetuada à base de sua origem, investe em tecnologia para doenças que dão lucro.

Outro evento importante nesta questão foi a saída temporária da União Soviética da OMS, e de outro lado os EUA direcionaram as decisões para o seu favorecimento, que não contemplava a questão social. Outro fator que enfatizou o modelo tecnológico na saúde foi a colonização da África e Ásia por parte da Europa. Neste âmbito, a elite europeia recebia assistência médica tecnológica, mas a grande massa da população era negligenciada. Mesmo

após a independência desses países na década de 50 e 60, o modelo sanitário permaneceu inalterado, pois foi baseada nos sistemas anteriores a descolonização, perpetuando assim, o favorecimento biomédico e tecnológico, frente ao social (OMS, 2005).

A década de 50 também foi marcada por programas verticais. Essas campanhas visavam atingir uma doença específica em pequeno período de tempo. Embora este modelo tenha se mostrado eficaz, têm-se muitas críticas. De acordo com a OMS tais críticas eram “devido a sua natureza, eles tinham a tendência de colocar de lado o contexto social e o seu papel no bem-estar ou nas doenças” (2005:9). Então, o modelo proposto apresentava falhas, exemplo disso, foi à tentativa frustrada de erradicar a malária.

Mas, o enfoque da tecnologia e das doenças específicas começaram a ser transferido à ênfase social nas décadas de 60 e 70, quando surgiram as primeiras ações voltadas para a comunidade. Em 1960, o modelo anterior demonstrava nítidos problemas, pois não atendia as necessidades básicas das populações mais carentes, sendo estas a grande parte da população, o problema passou a ter uma dimensão ainda maior. Nesta perspectiva, surgiram idéias com caráter social, econômico e político.

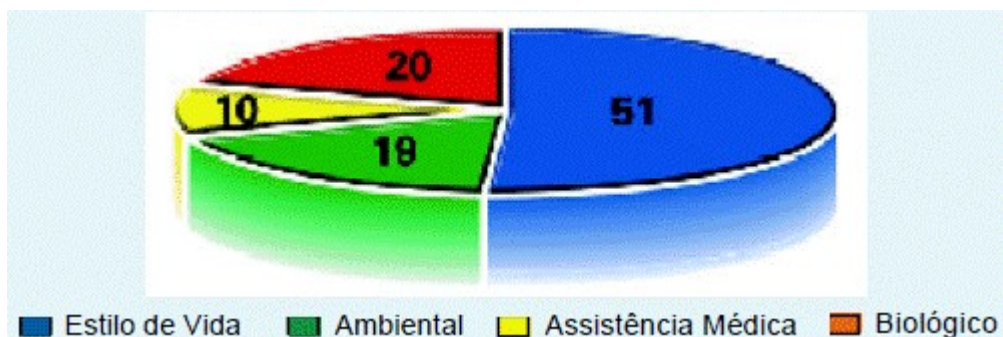
A mudança de área de abrangência na saúde foi construída por profissionais da saúde e líderes comunitários, estes formaram um movimento conhecido por “Programas de saúde com base na comunidade”. Nesta visão, a população podia ser mais presente, e também compunha o corpo decisório da saúde. Assim, a importância da tecnologia foi transpassada para programas sociais de saúde. Com essa perspectiva, profissionais locais com capacitação básica poderiam estar aptos para exercer sua função. Houve também, a valorização da educação em saúde e prevenção de doenças. Desta forma, existem atualmente, profissionais da própria comunidade, como os Agentes Comunitários de Saúde.

A saúde da comunidade foi consolidada na década de 70, com abrangência internacional. Pensadores desta tese enfatizavam “Temos estudos demonstrando que muitas das causas de problemas comuns relacionados à saúde vêm da própria sociedade e que uma abordagem estritamente setorial é ineficiente, sendo que outras ações fora do campo da saúde talvez tenham tido um efeito maior na saúde do que intervenções de saúde per se.” (CNDSS, 2005:11). Halfdan Mahler acrescenta sobre o programa “Saúde para todos”, este tem como premissa tanto a remoção de obstáculos para a saúde, ou seja, o fim da desnutrição, da ignorância, da contaminação de água doce e de habitações não higiênicas, quanto à solução de problemas puramente médicos.

O relatório de Lalonde em 1974 é considerado um marco para o processo histórico sobre Determinantes Sociais da Saúde. No contexto de crise do Petróleo em 1973, desenvolvimento da tecnologia médica, com seus custos e agregado a isso ainda o movimento social, o doutor Marc Lalonde pretendia discutir neste relatório medidas para obter reformas no sistema de saúde do Canadá. Nele é feita à primeira afirmação governamental sobre o falecimento do paradigma biomédico do seu Sistema Nacional de Saúde e afirmou que era preciso ir além da atenção aos doentes (LEMCO, 1994, apud TAMBELLINI e SCHUTZ, 2009:373).

Até aquele momento, os investimentos para a saúde se concentravam na prestação de assistência médica. Assim como observa, Daniel Becker (2001), contraditoriamente, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nos três outros componentes do conceito de campo: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida, os quais receberam destaque neste relatório. Porém, sem grandes destaques para a determinação social da saúde, e sua relação com iniquidade. Essa observação é demonstrada no gráfico a seguir:

**Figura 3- Influência de diferentes fatores de risco de morte**



Fonte: Ministério da Saúde Programa - Nacional de Promoção da Atividade Física, 2002.

O grande marco para o início da visão de saúde social foi a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em 1978 na cidade Alma-Ata no Cazaquistão. Nesta perspectiva, considerava como meio para alcançar o cuidado abrangente de saúde a ênfase na Atenção Primária. Deste modo, o conceito de Determinantes Sociais da Saúde foi sendo colocado em pauta, onde se via “a necessidade de uma estratégia de saúde abrangente, que não só cuidasse da prestação de serviços de saúde como também abordasse as causas sociais, econômicas e políticas dos problemas de saúde” (CNDSS, 2005:12).

Nesta relação, Cueto (2004) elabora três princípios fundamentais para compreender a construção da visão de Determinantes Sociais da Saúde no que tange o surgimento da Atenção Primária à Saúde. Esses princípios consistem em proporcionar “tecnologia

adequada”, isto é, oferecer a tecnologia para o alcance de todos; “crítica ao elitismo médico”, se trata de valorizar o profissional da comunidade, e não apenas os qualificados médicos e enfermeiros; e por fim, o terceiro princípio se encontra baseado na relação explícita entre desenvolvimento da saúde e o social.

A década de 80 foi fundamental para compreender a saúde com a dimensão de determinantes sociais da saúde. Neste período, ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá. Com esta Conferência consolidou a idéia de que para fornecer saúde é preciso não apenas curar as doenças, mas atuar sobre os determinantes sociais (SANTOS, 2010).

Na Conferência de Ottawa, os Determinantes Sociais da Saúde assumiram oito requisitos básicos, os quais são: paz, abrigo, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos adequados, justiça social e equidade. Sendo assim, pode-se notar o maior desafio de implantar políticas públicas eficazes que levam em consideração os Determinantes Sociais da Saúde, pois estes se encontram entre uma linha tênue, que ultrapassa as atribuições do âmbito sanitário, isto é, necessitam da vontade política, o setor privado, a mídia e organizações não-governamentais e voluntárias (CNDSS, 2005). Além disso, Santos (2010) acrescenta a necessidade do envolvimento de políticas públicas integradas e intersetoriais, sob a participação da comunidade.

Outras Conferências internacionais contribuíram para a abordagem sobre Determinantes Sociais da Saúde. Houve a Declaração de Adelaide, em 1988, Austrália, nesta o tema principal foram às políticas públicas saudáveis. Ocorreu também, a Declaração de Sundsväl, Suécia, 1991, na qual se acrescenta o enfoque a saúde ambiental. E Declaração de Jakarta em 1997, nesta é enfatizado a ação comunitária e o surgimento de novos atores sociais e determinantes de saúde, como por exemplo, a globalização.

Segundo Santos (2010), o final da década de 90 e início do ano 2000 foram destacados pela formulação de políticas que combatessem as desigualdades e que atacassem os determinantes sociais. Em 2000 ocorreu a definição das Metas de Desenvolvimento do Milênio – MDMs que surgiram decorrente da Declaração do Milênio das Nações Unidas, adotada por 198 países. “As MDMs superam a idéia de que os problemas sociais e de desenvolvimento urgentes que os países em desenvolvimento enfrentam podem ser combatidos isoladamente, com cada setor trabalhando separadamente, sem trabalho em grupo” (CNDSS, 2005:37). Ao invés disso, os MDMs enfatizam a idéia de intersetorialidade, e que os fatores sociais estão na raiz da maioria das disparidades de saúde. Assim, para

alcançar a eficácia de muitos programas de saúde é necessário o combate aos problemas sociais.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2005:37) destaca que:

“Sem progressos no combate à fome, no fortalecimento da segurança alimentar, na ampliação do acesso à educação, no aumento da influência das mulheres e na melhoria das condições de vida nas favelas, por exemplo, os objetivos específicos da área de saúde nas MDMs não poderão ser alcançados em muitos países de renda baixa ou média.”

Neste sentido, foi criado em março de 2006 no Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que combate as desigualdades em saúde. Suas principais linhas de atuação da Comissão são:

1. Produzir conhecimentos e informações sobre as relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde, particularmente as iniquidades de saúde;
2. Promover e avaliar políticas, programas e intervenções governamentais e não-governamentais realizadas em nível local, regional e nacional relacionadas aos DSS;
3. Atuar junto a diversos setores da sociedade civil para promover uma tomada de consciência sobre a importância das relações entre saúde e condições de vida e sobre as possibilidades de atuação para diminuição das iniquidades de saúde.  
([www.determinantes.fiocruz.br](http://www.determinantes.fiocruz.br))

Desta forma, o estudo sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) faz-se imprescindível para o presente trabalho, pois é impossível compreender de maneira completa a Doença de Chagas sem considerar que suas causas admitem fatores de ordem sócio-econômica, como também a sua perpetuação ao longo dos anos depende da existência de uma ideologia hegemônica que nega os aspectos sociais.

É notório que existem variações de doenças entre sexos e faixa etária, como nota-se até mesmo, empiricamente que idosos são mais propensos a doenças ósseas, como osteoporose. Porém existem variações de ordem social, as quais, doenças específicas atingem em maior número um grupo próprio. Este fato, segundo Jairnilson Silva Paim (2006), chama-se desigualdades em saúde, que resumidamente compreende as diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais. Tal conceito será importante para compreendermos o conceito geral de DSS, como afirma o sítio sobre Determinantes Sociais da Saúde:

Os Determinantes Sociais da Saúde incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida<sup>7</sup> e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias.<sup>8</sup>

A abordagem de Determinantes Sociais da Saúde, segundo Pelligrini Filho e Buss (2007) enfrenta grandes desafios. Em sua concepção, não se pode considerar estes fatores como uma relação direta de causa-efeito. Se os fosse apenas essa correlação entre elementos, como exemplifica os autores, não há uma correlação constante entre os macroindicadores de riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Isso quer dizer que embora o PIB expresse o volume de riqueza de um país, não se pode garantir que com o PIB elevado, existirá indicadores de saúde satisfatórios, pois dependerá da distribuição da renda para a população.

Para demonstrar a abordagem dos Determinantes Sociais na Saúde foram esquematizados vários modelos, dentre eles os mais reconhecidos são as formulações de Dahlgren e Whitehead e outro realizado por Didericksen. De acordo com a CNDSS o modelo de Dahlgren e Whitehead “explica como as desigualdades sociais na saúde são resultado das interações entre os diferentes níveis de condições, desde o nível individual até o de comunidades afetadas por políticas de saúde nacionais” (2005:11). Já, o modelo construído por Didericksen enfatiza a estratificação social fruto do contexto social, que distingue indivíduos por posições distintas.

O modelo de Dahlgren e Whitehead dispõe os DSS em camadas diferentes e conforme as camadas se distanciam, os determinantes adquirem características coletivas que sofrem influências de aspectos sociais, econômicos, políticos e ambientais, conhecidos por macrodeterminantes. Em seu interior encontram-se os determinantes individuais (idade, sexo e fatores hereditários) que influenciam diretamente para o aparecimento de doenças específicas, estas ocorrem muitas das vezes em apenas um grupo, como é o caso das doenças ósseas. Após essa camada, é apresentada como “limiar entre os fatores individuais e os DSS”, contudo, o estilo de vida dos indivíduos também sofre influência das oportunidades que os são oferecido. Assim, Pelligrini Filho e Buss (2007) afirmam que esta esfera também pode ser

---

<sup>7</sup> Condições de vida: Condições materiais necessárias à subsistência, relacionadas à nutrição, à habitação, ao saneamento básico e às condições do meio ambiente. (PAIM, 2006)

<sup>8</sup> Determinantes Sociais da Saúde ou Por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros. Disponível em [http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada\\_home.htm](http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm). Acesso em 13 de dez. de 2012

considerada parte dos DSS, pois as opções estão intrinsecamente relacionadas aos determinantes sociais, como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc.

Na camada seguinte apresenta as condições de vida e de trabalho, a qual demonstra ser fundamental para a saúde da população, já que sua ausência ou deficiência destes ocasiona graves problemas sociais e substancialmente, problemas na saúde. Tal importância é vista em todos os seus elementos: acesso a alimentação adequada, neste aspecto a sua ausência em regiões mais carentes e/ou pessoas sem instruções nutricionais pode acarretar desnutrição, diabetes, anemia, obesidade, hipertensão, entre outras.

Outro aspecto de suma importância compreende o fornecimento de funções básicas como saúde e educação, isto significa que toda a população carece de cuidados fundamentais para a manutenção da vida, e este é o seu direito: saúde e educação de qualidade e para todos.

Além disso, a garantia de emprego, e que este ofereça cuidados ao trabalhador; serviços sociais de saúde a população; habitações de qualidade que eliminam qualquer risco de doença, assim como saneamento básico. Por fim, encontram-se na última camada os macrodeterminantes que estão relacionados às condições socioeconômicas, culturais e ambientais da população, estes exercem influencia sobre os demais.

**Figura 4- Determinantes sociais: Modelo de Dahlgren e Whitehead**



**Fonte:** Pellegrini Filho A. Intervenções individuais vs. intervenções populacionais [Internet]. Rio de Janeiro: DSS Brasil; 2012 Dez 14 [acesso em]. Disponível em: <http://cmdss2011.org>

### CAPÍTULO III: O NEGLIGENCIAMENTO DA DOENÇA DE CHAGAS

#### INIQUIDADE EM SAÚDE

A cerca dos Determinantes Sociais da Saúde, pode-se observar que os fatores como habitação, acesso aos serviços sociais de saúde, água e esgoto, emprego, ambiente de trabalho, educação, posse de terra precário ou ausente, dão origem a populações excluídas que não dispõem destes direitos. Nesse sentido, o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) expõe a drástica diferença entre a expectativa de vida entre os países, no qual uma menina nascida hoje em um país pode esperar viver mais de 80 anos, porém menos de 45 anos se estiver em outros. Estas desigualdades na saúde, por certo evitáveis, segundo o mesmo relatório surge por causa das circunstâncias em que as populações crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como dos sistemas implementados para lidar com a doença.

Siqueira (2008) acrescenta a discussão sobre desigualdades na saúde no que diz respeito ao acesso e recursos investidos em prol da população que deve-se fundamentalmente a desigualdade social, em virtude da má distribuição de renda. Pelligrini Filho e Buss (2007) exemplificam esta afirmação com o caso do Japão, cujo país encontra maior expectativa de vida ao nascer, não porque os japoneses fumam menos ou fazem mais exercícios, mas porque o Japão é um dos países mais igualitário do mundo.

Em razão das desigualdades sociais não se pode compreender a sociedade como um conjunto de pessoas iguais, mas ao invés disso, toma-se como fundamental entender que todos têm direitos iguais, mas devem-se ser tratados conforme suas diferenças. Desta forma, embora haja o princípio da universalidade<sup>9</sup>, devido às desigualdades sociais presente na sociedade faz-se importante considerar essencialmente, o princípio da equidade<sup>10</sup> como princípio norteador. Tal princípio é compreendido como superação/eliminação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, significando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (WHITEHEAD, 1992 apud BACKX, 2005:5).

<sup>9</sup> ? Universalidade: Princípio norteador do SUS que promulga a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

<sup>10</sup> ? Equidade: É um dos princípios do SUS que prevê a igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Assim, pode-se compreender que sua contraposição reconhecida por iniquidade em saúde tem influenciado o tratamento da Doença de Chagas. Dias (2007) ressalta tal influência quanto às relações de produção e às questões educacional e habitacional, problemas de acesso à atenção médica e à seguridade social e ainda destaca a ausência deste estudo na faculdade de Medicina. Neste sentido o modelo de produção baseado na lógica de mercado tem gerado intensa migração, o que ocasionaria, teoricamente, melhor assistência médica ao paciente na zona urbana, porém a doença também acarreta improdutividade para este trabalhador, dificultando seu desempenho e suas chances no mercado de trabalho.

O contexto de iniquidade propicia à presença de habitações precárias que são consideradas determinantes fundamentais para a ocorrência da Doença de Chagas. Segundo Vianna-Martins (1968 apud DIAS, 2007:16) considera-se que “moradia primitiva conseqüente à miserável situação econômica do homem do campo” e “problema que só será resolvido em caráter definitivo através de uma reformulação adequada da estrutura rural obsoleta, ainda prevalente no Brasil e em outras regiões da América Latina”.

Nota-se assim, que a partir da estrutura social que é excludente e desigual, há populações vítimas desta desigualdade e conseqüentemente, vítimas de iniquidade em saúde. O autor também enfatiza a importância da reconstrução do sistema de educação que por ser elitista e pouco voltado para questões de exclusão social, acentua o desinteresse pela doença, por seu controle e pelas pessoas infectadas (DIAS, 2007).

A conjuntura desigual ocasiona também, a marginalização da doença, logo, não é vista como prioridade em ações de controle. Além disso, a iniquidade fomenta “o descaso no plano científico e tecnológico, e baixa a prioridade da doença de chagas humana, tanto em financiamento de investigação como no desenvolvimento de fármacos e insumos de controle vetorial, com tendência ao decréscimo” (DIAS, 2007:16).

## **DOENÇAS NEGLIGENCIADAS**

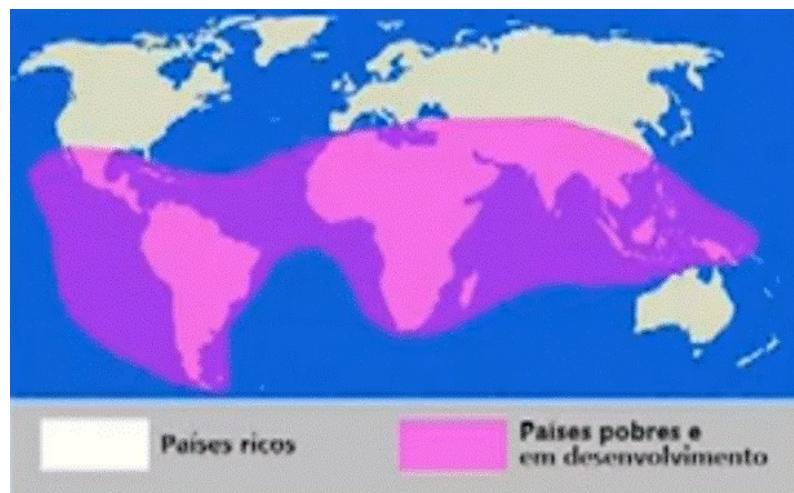
Se analisarmos o caráter lingüístico da palavra “negligenciada”, esta decorre de “negligenciar” que se desmembrando tem-se “nec” do latim, e “lego” de origem grega. Neste caso, “nec” está transformado em “neg” e significa “não”; é um prefixo negativo; já grega “lego” é “reunir para si”, “escolher” e também “ler”; portanto, neg-lego é “não reúno para mim”, “não escolho”, “não leio”; e assim “negligenciada” representa “não escolhida”, “não

eleita” Wanderley de Souza (2010). Além dessa interpretação, atualmente, a palavra negligenciada recebeu a entonação de “menosprezo” e “descaso”.

Sua origem lingüística revela o estado da população que sofre com situações consideradas negligenciadas. Segundo Flávio Pontes (2009), essas doenças causam mais de 1 milhão de mortes por ano, sendo esse alto índice de óbitos consequência principalmente da má qualidade para o diagnóstico e tratamento. Além disso, a produção de fármacos para tais doenças são consideradas ultrapassadas e ineficientes. Como é o caso da Doença de Chagas, cujos medicamentos utilizando são: nifurtimox e benzonidazol, formulado na década de 70 e causa muitos efeitos colaterais adversos. Esta relação característica das doenças negligenciadas é determinada por questões de ordem socioeconômicas, já que a população mais afetada pelas doenças negligenciadas são as populações mais carentes, nos países periféricos. Deste modo, não representam um mercado lucrativo para as indústrias farmacêuticas.

As doenças negligenciadas tiveram sua origem do termo “doenças tropicais” no século XIX, porém esse conceito recebe diversas críticas, posto que essa conceituação seja marcada por preconceito europeu em relação os povos pobres que habitavam nos trópicos. Além disso, doenças consideradas tropicais já afetaram outros países, como por exemplo, a epidemia de malária na Inglaterra nos anos 1887 e 1922. Assim, Susana Dias (2005), afirma que o clima e a distribuição geográfica das doenças ainda são relevantes, mas em geral aparecem associados à pobreza. Desta forma, acrescentou ao grupo doenças como tuberculose e AIDS.

**Figura 5- Distribuição das Doenças Negligenciadas no mundo**



FONTE: SANTOS, Eloan Pinheiro dos 2012.

LEGENDA: As doenças negligenciadas predominam em situações de pobreza.

Conforme afirma Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inovação em Doenças Negligenciadas- INCT-IDN, o termo “doenças negligenciadas” tem sido utilizado para denominar um conjunto de doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que são endêmicas em populações de baixa renda, mas sua origem e desdobramentos sociais adquirem dimensões de suma importância para o tema em questão.

Segundo Morel (2011), o conceito de doença negligenciada tem sofrido mudanças com o passar dos anos. Esse termo foi estudado primeiramente entre as décadas de 70 e 80 pelo programa “The Great Neglected Diseases of Mankind” (As Grandes Doenças Negligenciadas da Humanidade) lançado pela Fundação Rockefeller. Ken Warren, diretor da fundação compreendeu, nessa época que o conceito de doenças negligenciadas consistia em um grupo de doenças como a esquistossomose, a doença de Chagas e a malária, que não recebiam subsídios financeiros para a realização de pesquisas biomédicas, e sem conhecimento e informações necessárias não havia desenvolvimento para a criação de vacinas, medicamentos e tecnologias para a realização de diagnóstico.

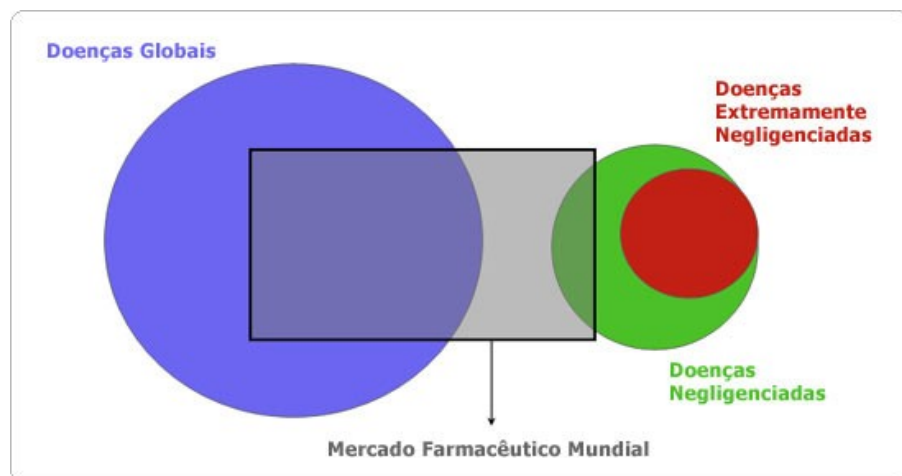
Em virtude disso, o setor público criou em 1975 programas com o objetivo de financiar e incentivar pesquisas para essas doenças, conhecidas também por doenças tropicais ou doenças tropicais negligenciadas. Exemplo disso foi à implantação do Programa Integrado de Doenças Endêmicas (PIDE), do CNPq, ativo de 1973 a 1986 e, na esfera internacional, o Programa de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais (denominado TDR, de “Tropical Diseases Research”), da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Outra conquista importante para a história da doença negligenciada foi à criação da Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi, Iniciativa Medicamentos para Doenças Negligenciadas), entidade formulada pela organização Médicos Sem Fronteira a partir dos investimentos gerados pela premiação do Nobel da Paz em 1999. A DNDi consiste em uma parceria sem fins lucrativos que visa atender as necessidades dos pacientes. Essa iniciativa tem enfoque à Pesquisa e Desenvolvimento de medicamentos para doenças como a malária, leishmaniose visceral (LV), doença do sono (tripanosomíase humana africana, THA) e Doença de Chagas. Esta iniciativa está fundamentada em outra visão de doenças negligenciadas, a qual afirma Morel (2011): o de que estas doenças tropicais são negligenciadas pelas grandes multinacionais farmacêuticas, mais atentas aos mercados dos países ricos e, portanto mais preocupadas com câncer, diabetes, hipertensão, disfunção erétil.

No mesmo ano o Relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde CNDSS (2001) acrescentou uma classificação similar, dividindo as doenças em Tipo I, correspondente às doenças globais dos Médicos Sem Fronteiras (MSF), confere maior importância ao mercado farmacêutica mundial, tais como: câncer, doenças cardiovasculares, doenças mentais e distúrbios neurológicos. Já as doenças do Tipo II, equivalente às Negligenciadas/MSF, como a tuberculose e malária que podem afetar indivíduos de países desenvolvidos contraídos em alguma viagem, por exemplo. E por fim, Tipo III, Mais Negligenciadas/MSF que são doenças extremamente negligenciadas que prevalecem apenas nos países subdesenvolvidos, como é o caso da doença do sono, a de Chagas e a leishmaniose, os pacientes são completamente negligenciados.

Como demonstra a figura a seguir, o mercado farmacêutico mundial atende as doenças consideradas globais e designa investimento para menor parte das doenças negligenciadas, mas exclui totalmente as doenças extremamente negligenciadas, a qual a Doença de Chagas faz parte.

**Figura 6- Abrangência do Mercado Farmacêutico Mundial**



Fonte: Doenças Negligenciadas.

Disponível em: <http://www.brasilmedicina.com.br>

A revista "Neglected Tropical Diseases" (NTD), integrante da coleção "Public Library of Sciences" (PLoS) acrescentou para a construção do conceito de doenças negligenciadas:

“As doenças negligenciadas são, na realidade, doenças promotoras da pobreza, pois aprisionam os pacientes, populações e países em um círculo infernal: adultos enfermos faltam ao trabalho ou não conseguem emprego, levando famílias a enfrentarem imensos problemas financeiros; as crianças, se sobreviventes a estas

enfermidades ceifadoras de vidas, terminam por apresentar baixo rendimento escolar e atrasos no crescimento.” (MOREL, 2011:2)

Assim, as doenças negligenciadas são doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representa forte entrave ao desenvolvimento dos países. Segundo a OMS, as doenças negligenciadas compõem um conjunto de doenças associadas à situação de pobreza, as precárias condições de vida e as iniquidades em saúde. Apesar de serem responsáveis por quase metade da carga de doença nos países em desenvolvimento, os investimentos em Pesquisa e Desenvolvimento, tradicionalmente, não priorizaram essa área.

O termo “Doenças Negligenciadas” admite assim, fatores que derivam do contexto de desenvolvimento político, econômico e social. Segundo (Silva, 2009:6) a OMS (2004) e o Drugs Neglected Diseases initiative (2007), realça os elementos que propiciam e perpetuam a presença das doenças negligenciadas até os dias de hoje, são eles: Opções de tratamento inadequadas, ou mesmo inexistentes; Insuficiência do mercado potencial de drogas, para provocar uma pronta resposta do setor privado; e Desinteresse do governo em combater estas doenças.

Outras características são consideradas pela OMS (2004):

- São típicas de populações negligenciadas, como comunidades pobres, marginalizadas, com poucas capacidades de demandar serviços de saúde. Geralmente incluem mulheres, crianças, minorias étnicas, e aquelas que vivem em áreas remotas sem acesso a serviços. Ou seja, doenças negligenciadas são sinônimos de pobreza.
- Para melhorias significativas do estado destas doenças são necessárias medidas básicas de saúde como educação, tratamento de águas e saneamento básico.
- Onde são realizadas intervenções de cunho curativo, geralmente falham em incluir populações a tempo na prevenção de danos.
- São doenças estigmatizadas em alguns casos. Por conta disso, pode haver uma demora na busca por tratamento, e discriminação contra a pessoa afetada.
- A erradicação e eliminação de algumas doenças são de baixo custo quando se trata de apenas um paciente, entretanto o custo a nível nacional se torna elevado em relação ao número de pessoas afetadas.

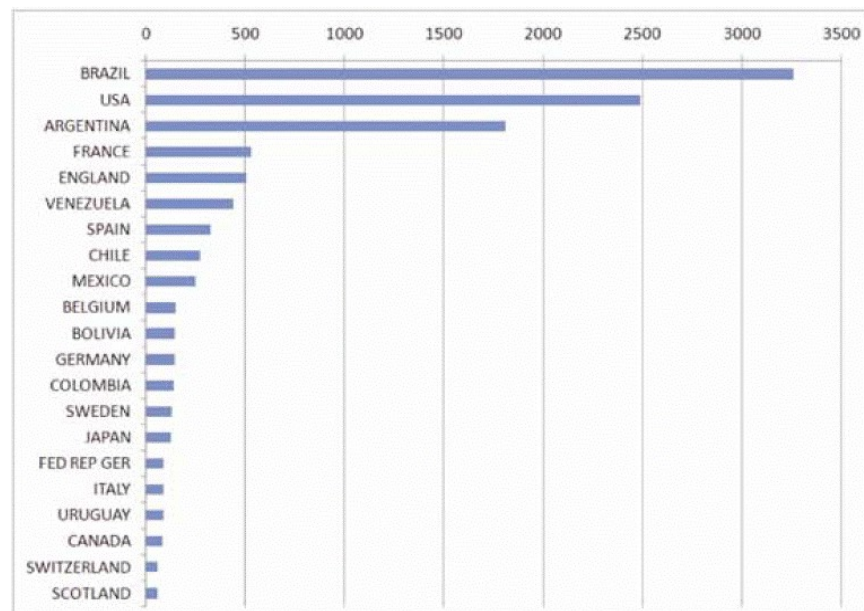
- O desenvolvimento de novos instrumentos como diagnósticos e vacinas são negligenciados e sofrem de falta de financiamento, por conta do pouco, ou mesmo, nenhum incentivo do mercado e políticas públicas.

Neste aspecto, pode-se indagar: Quem negligencia essas doenças? Qual o contexto que propicia essa exclusão? Por que as doenças negligenciadas persistem até hoje? Qual é o grupo atingido?

Na figura abaixo se pode observar que de 21 países avaliados pela pesquisa sobre Doenças negligenciadas, Souza (2010) conclui que o Brasil é o país que mais produz literatura científica sobre doenças negligenciadas. Desta forma, contraditoriamente, nesse campo a pesquisa em saúde não é necessariamente negligenciada. Existem financiamentos e centros de pesquisa interessados no assunto, sejam públicos ou privados. Entretanto, verifica-se que a produção científica na área pouco se reverte em melhoria no arsenal terapêutico utilizado no combate dessas doenças.

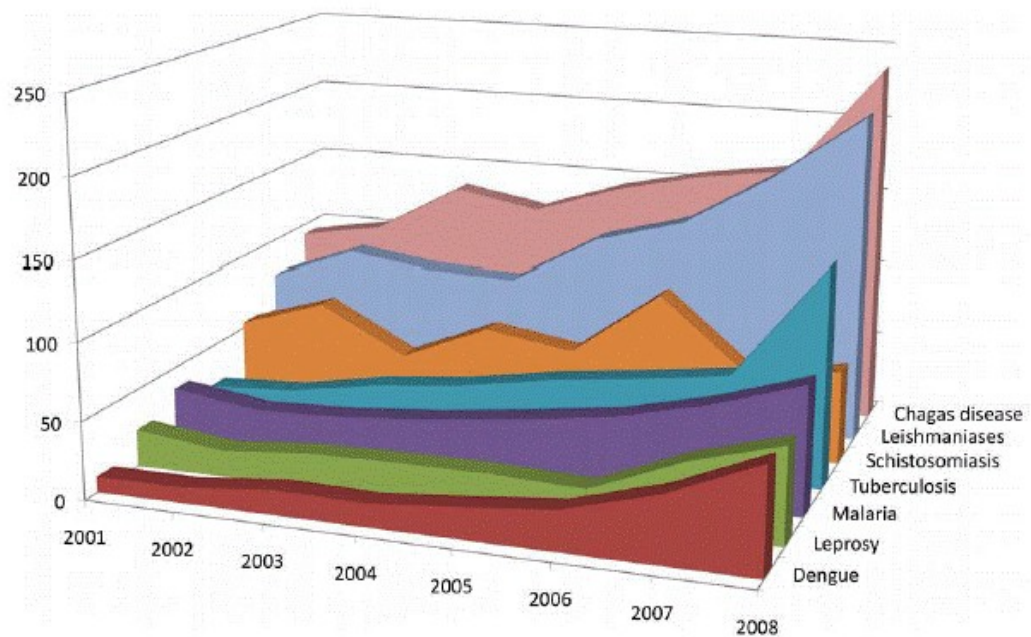
Uma das razões apontadas para tal fracasso de resultado final seria o pouco interesse da indústria farmacêutica nesse campo, uma vez que, atingindo maciçamente populações desprivilegiadas economicamente, o potencial de retorno seria mínimo.

**Figura 7- Produção de artigos científicos sobre doença de Chagas por país**



Fonte: Doenças negligenciadas. Wanderley de Souza (coordenador)

**Figura 8- Evolução das publicações de autores brasileiros nas sete doenças negligenciadas cobertas pelo Programa de Doenças Negligenciadas**

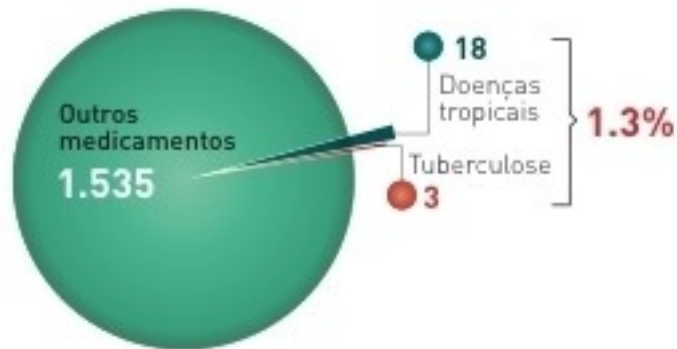


Fonte: Morel et al., 2009 apud Guimarães, 2010, p.7.

Como demonstra a figura 8, as pesquisas científicas para doenças negligenciadas se eleva a cada ano, de modo geral. Dentre elas, a Doença de Chagas é observada como a doença que mais é pesquisada, porém estas iniciativas não produzem medicamentos para suprir as necessidades desta população excluída. Assim, pode-se notar na figura 9 que a indústria farmacêutica tem enfoque nas doenças globais as quais os medicamentos produzem lucro significativos. Já as doenças negligenciadas não obtiveram muitos medicamentos, visto que os indivíduos que sofrerem por estas não têm poder aquisitivo, nem influência política, e conseqüentemente não geram retorno lucrativo para as empresas farmacêuticas.

Sob a lógica da mercadorização da vida, a doença é tratada como forma de obter lucro. Mas, quando se trata de doenças negligenciadas, esta visão não pode ser vista como principal. Pode-se notar ainda, que esta relação que origina e perpetua as doenças negligenciadas são decorrentes de um contexto social, no qual a população mais carente não é contemplada com cuidados essenciais como saneamento básico, boa alimentação, moradia. Assim, a população é marginalizada, e sua doença, igualmente.

**Figura 9- Dos 1556 medicamentos desenvolvidos entre 1975 e 2004 apenas 21 para doenças negligenciadas**



Fonte: Chirac P., Torreale E., Lancet, 2006 apud Guimarães, 2010, p.20

Em suma, como afirma o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) do Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas no Brasil (2011:51), o estigma social, o preconceito, a marginalização, a pobreza extrema das populações atingidas e a baixa mortalidade são fatores que contribuem para a negligência a estas doenças.

### **A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NO NEGLIGENCIAMENTO DOENÇA DE CHAGAS**

Segundo o Ministério da Saúde (2009) os fatores que determinam a presença da Doença de Chagas refletem a maneira em que a população lida com o ambiente. Assim, com o aumento de ocupação e intensa e desordenada exploração, a Doença de Chagas tem sido encontrada nas regiões:

- 1.—A região originalmente de risco para a transmissão vetorial, que inclui os estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Goiás, Maranhão, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Paraná, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Sergipe, São Paulo e Tocantins;
- 2.—A região da Amazônia Legal, incluindo os estados do Acre, Amazonas, Amapá, Rondônia, Roraima, Pará, parte do Maranhão, do Mato Grosso e do Tocantins;

Desta forma, nota-se que os fatores como migrações humanas não controladas, degradação ambiental e precariedade de condições socioeconômicas (habitação, educação, entre outras) estão diretamente relacionados à incidência da Doença de Chagas em certas regiões. Mas, pode-se questionar ainda: Em quais regiões estes fatores encontram-se

debilitados? Há relação entre essas localidades e a incidência da Doença de Chagas? Para observar estas questões, serão expostas tabelas extraídas do IBGE e DATASUS.

Considerando saúde como um direito de todos, o processo de saúde/doença pode ser visto a partir da contextualização da população afetada pelo negligenciamento. Embora a transmissão pelo *Triatoma infestans* em 2006 foi controlada, ainda existe outras espécies do vetor, como o *triatoma sordida* que é encontrado em casas pertencentes à zona rural. Há também o *triatoma pseudomaculata*, localizado no *semiárido nordestino*; *triatoma brasiliensis* habita o Nordeste e por fim, o *Panstrongylus megistus*, visto como o substituto do *triatoma infestans* afeta principalmente regiões mais úmidas do Nordeste.

No Brasil, o número de municípios com presença do *Triatoma infestans* caiu de 711 para 102, no período de 1983 a 1998. Da mesma forma, o coeficiente de mortalidade para a doença de Chagas caiu de 5,2/100.000 habitantes, em 1980, para 3,5/100.000 habitantes em 1997 (VINHAES & DIAS, 2000). Embora os dados demonstrem que as medidas de controle adotadas até o momento vêm apresentando bom impacto, a Doença de Chagas, não deixa de ser considerada como parte das Doenças Negligenciadas.

Um estudo sorológico realizado entre 1975 e 1980, nas regiões do Centro-Oeste, Nordeste, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul mostrou a presença da Doença de Chagas em 4,2% da população, em Minas Gerais e Rio Grande do Sul este índice era de 8,8% (DIAS, 2000). Em 1970 começou o processo de substituição de casas de pau pique para imóveis de alvenaria, no entanto, a doença continua vitimando a população mais carente.

A Doença de Chagas ocupa papel importante na saúde pública, já que é a quarta causa de morte no Brasil entre as doenças infecto-parasitárias e nos 21 países da América Latina há oito milhões de infectados, onde a Doença de Chagas é considerada uma endemia. Dentre eles, dois milhões já se encontram na fase crônica da doença e correm risco de vida e apenas dos 0,5% recebam tratamento. De modo geral, 100 milhões de pessoas vivem em áreas de incidência da doença, segundo a Academia Brasileira de Ciências (2010).

Conforme demonstra a Figura 10, ocorre atualmente incidência da doença na América do Norte, Europa, Ásia e Oceania. A causa para isso se encontra nos movimentos migratórios que propicia a transmissão por transfusão de sangue, sendo esta considerada a segunda via de transmissão mais comum na atualidade.

**Figura 10- Os movimentos migratórios ajudaram a disseminar o *T. cruzi* para outras regiões**



FONTE: IOC

Conhecer o hábitat do vetor e a sua domiciliação é fundamental para compreender a importância e o papel que a vivenda rural da população carente tem na persistência desta doença. Situação que está determinada pela precariedade das políticas públicas socioeconômicas, de habitação, de saúde, entre outras, para a população do campo.

Como demonstra a tabela 1, a região Norte apresenta o maior índice de Doença de Chagas, após este, encontra-se as regiões Nordeste e Centro-Oeste. Conseqüentemente, estas regiões também são consideradas as localidades com maior índice de doenças transmitidas pelo inseto vetor. Sobre esta relação, pode-se observar que estas regiões encontram-se negligenciadas de serviços fundamentais, como é o saneamento básico.

Região/ UF	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
<b>Norte</b>	<b>157</b>	<b>124</b>	<b>248</b>	<b>91</b>	<b>148</b>	<b>768</b>
RO	0	0	0	1	1	2
AC	0	0	2	5	0	7
AM	28	0	3	23	12	66
RR	0	0	0	0	0	0
PA	109	99	233	59	113	611
AP	19	20	10	3	7	64
TO	1	5	0	0	15	21
<b>Nordeste</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>42</b>
MA	2	5	1	0	9	17
PI	1	1	0	8	1	11
CE	0	1	0	0	0	1
RN	0	0	0	0	0	0
PB	0	0	0	2	0	2
PE	0	0	0	9	0	9
AL	0	0	0	0	0	0
SE	0	0	0	2	0	2
BA	0	0	0	0	0	0
<b>Sudeste</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
MG	0	0	0	0	0	0
ES	0	0	0	0	0	0
RJ	0	0	0	0	1	1
SP	0	0	0	0	0	0
<b>Sul</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>7</b>
PR	0	0	4	2	0	6
SC	0	0	0	0	0	0
RS	0	0	0	1	0	1
<b>Centro-Oeste</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>31</b>
MS	0	0	5	3	0	8
MT	1	0	0	0	1	2
GO	0	0	0	15	6	21
DF	0	0	0	0	0	0
<b>Brasil</b>	<b>161</b>	<b>131</b>	<b>258</b>	<b>133</b>	<b>166</b>	<b>849</b>

FONTE: SVS/MS. Dados sujeitos à modificação.

Atualizado até 31/05/2012

É fundamental compreender a importância da presença de vetores que transferem um agente infeccioso de um hospedeiro a outro. Segundo Ribeiro & Rooke (2010), o controle de vetores tem fundamental importância sanitária, na medida em que propicia: redução da mortalidade e aumento da vida média do homem; prevenção de doenças cuja transmissão esteja relacionada aos vetores; preservação das condições de conforto à vida humana.

**Tabela 2-** Internações hospitalares por doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado por 100 000 habitantes, total e por categorias de doenças, segundo as Grandes Regiões e Unidades da Federação- 2010

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total	Doenças de transmissão feco-oral	Doenças transmitidas por inseto vetor	Doenças transmitidas através do contato com a água	Doenças relacionadas com a higiene	Geo-helmintos e teníases
<b>Brasil</b>	<b>320,6</b>	<b>264,3</b>	<b>54,0</b>	<b>1,5</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>
<b>Norte</b>	<b>690,6</b>	<b>555,9</b>	<b>131,8</b>	<b>1,3</b>	<b>0,6</b>	<b>1,0</b>
Rondônia	764,8	420,82	341,5	0,4	0,0	2,1
Acre	646,5	427,19	212,4	2,8	0,8	3,2
Amazonas	216,9	177,88	35,0	0,7	2,6	0,8
Roraima	599,0	222,98	375,6	0,0	0,0	0,4
Pará	985,0	866,06	116,9	1,4	0,0	0,5
Amapá	196,1	128,59	58,7	6,6	0,6	1,7
Tocantins	497,7	377,38	118,9	0,0	0,0	1,4
<b>Nordeste</b>	<b>525,3</b>	<b>453,30</b>	<b>69,7</b>	<b>1,2</b>	<b>0,6</b>	<b>0,5</b>
Maranhão	876,4	812,08	62,6	0,2	1,0	0,5
Piauí	969,9	859,02	110,8	0,0	0,0	0,1
Ceará	363,0	293,73	66,2	0,7	1,6	0,8
Rio Grande do Norte	442,0	400,14	40,1	0,7	0,0	1,0
Paraíba	572,9	506,56	65,9	0,4	0,0	0,1
Pernambuco	292,9	226,31	63,4	2,6	0,0	0,6
Alagoas	484,2	390,18	91,9	1,7	0,2	0,2
Sergipe	123,4	105,88	14,7	2,7	0,0	0,1
Bahia	584,8	501,34	80,7	1,5	0,8	0,4
<b>Sudeste</b>	<b>120,5</b>	<b>92,68</b>	<b>25,9</b>	<b>1,4</b>	<b>0,0</b>	<b>0,5</b>
Minas Gerais	174,0	133,87	38,9	0,7	0,1	0,4
Espírito Santo	222,5	168,76	52,4	1,3	0,1	0,0
Rio de Janeiro	115,8	84,19	29,7	1,4	0,0	0,5
São Paulo	88,4	70,05	16,2	1,6	0,0	0,5
<b>Sul</b>	<b>208,8</b>	<b>196,67</b>	<b>8,7</b>	<b>3,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,4</b>
Paraná	282,2	260,21	20,0	1,6	0,0	0,3
Santa Catarina	155,5	149,94	1,0	4,0	0,0	0,5
Rio Grande do Sul	168,5	162,01	2,1	3,9	0,0	0,5
<b>Centro-Oeste</b>	<b>443,5</b>	<b>294,52</b>	<b>148,0</b>	<b>0,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,3</b>
Mato Grosso do Sul	478,9	290,33	188,1	0,1	0,1	0,2
Mato Grosso	509,7	335,18	174,2	0,1	0,1	0,2
Goias	533,4	364,29	168,5	0,1	0,2	0,2
Distrito Federal	117,1	83,58	30,2	0,7	1,7	0,9

Fontes: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS - DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SIHSUS; e Estimativas das populações residentes, segundo os municípios. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\_Projecoes\_Populacao/>. Acesso em: jan. 2012.

Nota: Estimativas para as Unidades da Federação obtidas pela metodologia AiBi, controlada pela Projeção da População do Brasil, revisão 2008 (Método das Componentes Demográficas).

Pode-se constatar, a partir da tabela 2 que a presença de doenças devido à falta de saneamento básico nestas regiões, tem uma razão: fatores fundamentais para manter a vida, como abastecimento de água, esgoto sanitário e coleta de lixo, não são oferecidos do melhor modo. Assim, forma-se o contexto da Doença de Chagas, isto é, regiões negligenciadas socialmente e em péssimas condições de vida. Logo, indivíduos habitam em casas que propiciam a presença de vetores de doenças e sem as condições mínimas de moradia, como é o saneamento básico.

**Tabela 3- Domicílios particulares permanentes, por Grandes Regiões, segundo algumas características- 2009/2011**

Algumas características	Domicílios particulares permanentes					
	Brasil	Grandes Regiões				
		Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
<b>2009</b>						
<b>Números relativos (%)</b>						
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Condição de ocupação</b>						
Próprio	73,6	78,7	76,2	71,8	76,1	65,4
Já quitado	69,4	77,2	74,1	66,6	69,6	61,3
Em aquisição	4,3	1,5	2,0	5,2	6,6	4,2
Alugado	17,0	12,2	14,3	19,1	15,4	21,4
Cedido	8,9	8,6	9,0	8,6	7,9	12,2
Outra	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	1,0
<b>Abastecimento de água</b>						
Rede geral	94,2	56,7	77,9	92,3	95,2	83,0
Outra forma	15,8	43,3	22,1	7,7	14,8	17,0
<b>Esgotamento sanitário</b>						
Rede coletora	52,5	7,9	30,5	81,7	33,9	36,9
Fossa séptica ligada à rede coletora	6,6	5,0	2,9	3,9	23,3	2,3
Fossa séptica não ligada à rede coletora	13,1	40,2	18,7	2,8	23,6	7,1
Fossa rudimentar	20,7	34,4	33,8	7,0	16,1	52,3
Outro	3,6	4,7	4,2	4,0	2,2	0,6
Não tinham	3,6	7,7	9,8	0,6	1,0	0,8
<b>Destino do lixo</b>						
Coletado	88,4	79,0	76,0	95,9	91,4	89,9
Outro	11,6	21,0	24,0	4,1	8,6	10,1

FONTE: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009/2011.

**Tabela 4- Oferta de serviços básicos de saúde, por tipo de serviço, segundo as Grandes Regiões e as Unidades de Federação- 2009**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Oferta de serviços básicos de saúde, por tipo					
	Estabelecimentos de saúde		Postos de trabalho médico		Leitos para internação	
	Total	Por 1 000 hab.	Total	Por 1 000 hab.	Total	Por 1 000 hab.
<b>Brasil</b>	<b>94 070</b>	<b>0,5</b>	<b>636 017</b>	<b>3,3</b>	<b>431 996</b>	<b>2,3</b>
<b>Norte</b>	<b>6 305</b>	<b>0,4</b>	<b>29 442</b>	<b>1,9</b>	<b>28 295</b>	<b>1,8</b>
<b>Nordeste</b>	<b>28 234</b>	<b>0,5</b>	<b>123 502</b>	<b>2,3</b>	<b>108 147</b>	<b>2,0</b>
<b>Sudeste</b>	<b>35 351</b>	<b>0,4</b>	<b>344 978</b>	<b>4,3</b>	<b>189 874</b>	<b>2,3</b>
<b>Sul</b>	<b>15 954</b>	<b>0,6</b>	<b>95 552</b>	<b>3,4</b>	<b>73 405</b>	<b>2,6</b>
<b>Centro-Oeste</b>	<b>8 226</b>	<b>0,6</b>	<b>42 543</b>	<b>3,1</b>	<b>32 275</b>	<b>2,3</b>

Fonte: Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/ams2009.pdf>>. Acesso em: mar. 2012; e Estimativas de população residente em 1o de julho de 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>>. Acesso em: mar. 2012.

Nota: Estimativas para as Unidades da Federação obtidas pela metodologia AiBi, controlada pela Projeção da População do Brasil, revisão 2008 (Método das Componentes Demográficas).

**Tabela 5- Estabelecimentos de saúde, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação – 1976/2009**

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Estabelecimentos de saúde									
	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985
<b>Brasil</b>	<b>13 133</b>	<b>14 288</b>	<b>15 345</b>	<b>17 079</b>	<b>18 489</b>	<b>21 762</b>	<b>23 314</b>	<b>25 651</b>	<b>27 552</b>	<b>28 972</b>
<b>Norte</b>	<b>565</b>	<b>588</b>	<b>619</b>	<b>717</b>	<b>784</b>	<b>871</b>	<b>943</b>	<b>1 349</b>	<b>1 593</b>	<b>1 722</b>
<b>Nordeste</b>	<b>3 484</b>	<b>3 703</b>	<b>4 115</b>	<b>4 931</b>	<b>5 425</b>	<b>6 093</b>	<b>6 559</b>	<b>7 486</b>	<b>8 384</b>	<b>9 174</b>
<b>Sudeste</b>	<b>5 662</b>	<b>6 269</b>	<b>6 365</b>	<b>6 785</b>	<b>7 532</b>	<b>9 702</b>	<b>10 186</b>	<b>10 731</b>	<b>10 982</b>	<b>10 977</b>
<b>Sul</b>	<b>2 669</b>	<b>2 880</b>	<b>3 237</b>	<b>3 515</b>	<b>3 563</b>	<b>3 794</b>	<b>4 247</b>	<b>4 596</b>	<b>4 860</b>	<b>5 221</b>
<b>Centro-Oeste</b>	<b>753</b>	<b>848</b>	<b>1 009</b>	<b>1 131</b>	<b>1 185</b>	<b>1 302</b>	<b>1 379</b>	<b>1 489</b>	<b>1 733</b>	<b>1 878</b>

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1976/2009.

Notas: 1. A partir de 1992 foram incorporados na pesquisa os estabelecimentos que realizam exclusivamente Serviços de Apoio à Diagnóstico e Terapia. 2. Em 1999 não foram investigados os estabelecimentos que realizavam exclusivamente análises clínicas. (1) Estado criado em 1989. (2) Inclusive Fernando de Noronha. (3) Incluído em Pernambuco. (4) Divulgados separadamente a partir de 1980, embora o Estado do Mato Grosso do Sul houvesse sido criado em 1977

Nestas regiões onde predominam a Doença de Chagas, o serviço de saúde também é precário. Pode-se notar, pelas tabelas 3,4,5, que estas regiões apresentam índice inferior de estabelecimentos de saúde, que seriam fundamentais para promover ações locais de promoção e prevenção da Doença de Chagas, até mesmo informando a população sobre a Doença. Devido ao negligenciamento da doença demonstrado pela quantidade mínima de estabelecimentos de saúde, a população não tem o seu direito de saúde exercido, uma vez que se tem a falta de ações básicas de saúde, como por exemplo, equipamentos para exames específicos de cardiologia, digestivos, etc, assim como, medicamentos tanto próprios da

doença que são: benzonidazol e o nifurtimox e também, medicamentos para o coração, uma vez que o parasita se aloja no miocárdio, trazendo complicações para este.

**Tabela 6-** Esperança de vida ao nascer, por sexo segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação – 2009

Grandes Regiões e Unidades da Federação	Total	Homens	Mulheres
<b>Brasil</b>	<b>73,1</b>	<b>69,4</b>	<b>77,0</b>
<b>Norte</b>	<b>72,2</b>	<b>69,3</b>	<b>75,1</b>
<b>Nordeste</b>	<b>70,4</b>	<b>66,9</b>	<b>74,1</b>
<b>Sudeste</b>	<b>74,6</b>	<b>70,7</b>	<b>78,7</b>
<b>Sul</b>	<b>75,2</b>	<b>71,9</b>	<b>78,7</b>
<b>Centro-Oeste</b>	<b>74,3</b>	<b>70,9</b>	<b>77,8</b>

Fonte: Indicadores sociodemográficos: prospectivos para o Brasil 1991-2030. Rio de Janeiro: IBGE; Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, 2006. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/publicacao\\_UNFPA.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/publicacao_UNFPA.pdf)>. Acesso em: maio 2010.

A esperança de vida ao nascer enfatiza a relação entre determinantes sociais em saúde e a questão do negligenciamento. Regiões distintas estão inseridas em contextos diferentes, o qual pode provocar melhorias ou déficit na saúde, mediante a existência de políticas públicas efetivas para tais populações. Neste sentido, a equidade precisa-se ser exercida, pois indivíduos em contextos diferentes terão necessidades diferentes.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 30 de março de 2006, é entendida como “estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas” (BRASIL, 2011).

No entanto, por ser tão abrangente não focaliza grupos que realmente precisam de cuidados em saúde diferenciados, como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, a qual tem em sua base o compromisso por garantir o direito e o acesso à saúde, além de contribuir para a concretização dos seus princípios de equidade, universalidade e integralidade, visando incluir as peculiaridades e especificidades das demandas e necessidades em saúde dos trabalhadores rurais, dos povos da floresta e comunidades tradicionais (BRASIL, 2011).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que a Doença de Chagas não pode ser observada apenas sob a lógica biológica, mas fundamentalmente pela presença dos Determinantes Sociais em Saúde que influencia para o surgimento da Doença em áreas mais carentes. Como afirma Prata “Não sendo um acontecer estritamente biológico também apresenta relação com fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e subjetivos. Além disso, indivíduos e grupos populacionais estão desigualmente submetidos a fatores protetores e de risco” (1994:387).

O contexto no qual a Doença de Chagas está inserida não apenas é condicionada pela pobreza, mas também gera condições para a sua perpetuação, contribuindo para a desigualdade social, sendo, portanto, um desafio para o desenvolvimento. Ou seja, a incidência da Doença de Chagas é determinada pela relação de iniquidade presente na sociedade, que marginaliza os indivíduos com baixo poder aquisitivo.

Assim, também devemos levar em consideração o contexto que gera a desigualdade social e de saúde, ou seja, a tentativa de desenvolvimento econômico que potencializa a iniquidade da distribuição de renda, fragmentando a sociedade em grupos mediante o poder aquisitivo, e caso contrário, afirma a marginalização.

Deste modo, embora o direito a saúde e ao tratamento e medicalização das doenças sejam afirmados pela lei 8080/90 artigo 6º, as doenças negligenciadas ainda persistem como questão de saúde pública. Mas, dentro desta perspectiva faz-se fundamental entender sua origem e desdobramento no âmbito sócio-econômico, já que tais doenças são ocasionadas pela má distribuição de renda e pelo contexto de desenvolvimento gerando segregação e desigualdades sociais.

Neste sentido, o trabalho teve como ênfase a questão do negligenciamento da Doença de Chagas, considerando doenças negligenciadas um grupo de patologias caracterizadas por tratamentos precários ou inexistentes; insuficiência do mercado potencial de drogas, para provocar uma pronta resposta do setor privado; e a falta de políticas públicas que garanta o direito de saúde e acesso a medicamentos. Assim, a questão do negligenciamento foi tratada com abordagem de dois fatores: escassa produção de fármacos, vacinas e métodos profiláticos, como também, de políticas públicas eficazes.

Como exemplo de política pública pode-se citar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, que juntamente com movimentos sociais objetiva melhorar o nível de saúde das populações do campo e da floresta, reconhecendo suas especificidades de gênero, geração, raça e etnia, por meio do acesso aos serviços de saúde, da

redução de riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho; e da melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Esta política visa englobar camponeses, os agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados e temporários, que residam ou não no campo; comunidades remanescentes de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta tem como ideologia expandir a cobertura de serviços de saúde para a população mais marginalizada, almejando, assim garantir a equidade em saúde. Historicamente, as políticas públicas previam formular ações de saúde de maneira homogênea, mas sem considerar que a sociedade brasileira apresenta extrema desigualdade social, sendo as necessidades básicas distintas.

Esta política é baseada no conceito de saúde estipulado pela lei nº 8.080/1990:

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Para reduzir as desigualdades regionais, promover cidadania, fortalecer a democracia, gerar emprego e renda, esta política tem como características a transversalidade e intersetorialidade, sendo assim, visa garantir em toda esfera que cabe ao Ministério da Saúde, como também outros atores como Ministério do Desenvolvimento Agrário (MDA), do Trabalho e Emprego (TEM), do Meio Ambiente (MMA), da Educação (MEC), entre outros. (BRASIL, 2011)

Desta forma, pode-se notar que é necessário considerar os Determinantes Sociais da Saúde como elementos que condicionam a presença de doenças, bem como para a perpetuação do negligenciamento da população e sua saúde. Portanto, é imprescindível levar em consideração a equidade em saúde, já que os grupos sociais necessitam de cuidados diferenciados, e para tanto, deve-se realizar uma ação articulada com outros ministérios públicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARGOLO, Ana Maria, *et al.* Doença de Chagas e seus principais vetores no Brasil. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, p. 10- 52, 2008.

BACKX, Sheila de Souza. Equidade, desigualdade e iniquidade em saúde: mote contra o projeto de universalidade. Maranhão, 2005.

BECKER, Daniel. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no programa de saúde da família. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2001. 117p.

BUSS , Paulo Marchiori e FILHO *PELEGRINI, Alberto, A Saúde e seus Determinantes Sociais*, 2007.

[BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde- CNDSS. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em 17 de dez. de 2012](#)

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.-6.ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p.288.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 63, Brasília:, 2002, 8p

[BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde- CNDSS. Determinantes Sociais da Saúde ou Por que alguns grupos da população são mais saudáveis que outros? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>](#)

[BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde- CNDSS. Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em 17 de dez. de 2012.](#)

[BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm> Acesso em 17 de dez. de 2012.](#)

[BRASIL. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde- CNDSS. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com experiências anteriores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em 17 de dez. de 2012](#)

BRASIL. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Informe Técnico. Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública. São Paulo: v.44, n.1:200-2, 2010.

BRASIL. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos, Brasília, 2011, 51p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica. Vigilância em saúde: Zoonoses. Brasília – DF, 2009, 7p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 63, Brasília:, 2002, 8p

CÉSAR, Silva Júnior; SEZAR, Sasson. Biologia: volume único. 3.ed. ref. São Paulo: Saraiva, 2003.

DIAS, João Carlos Pinto. Epidemiologia. In: Brener, Zigman; Andrade, Zilton A.; Barral-Neto, Manoel. Trypanosoma cruzi e Doença de Chagas. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

DIAS, João Carlos Pinto, *Perspectivas de controle da doença de Chagas no Brasil*, 1986.

DIAS, João Carlos Pinto. Globalização, iniquidade e doença de Chagas. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2007, p.13-22

Doenças negligenciadas / Wanderley de Souza, coordenador. – Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. 56 p

[ESTUDO DOS TRIATOMÍNEOS.](http://www.paho.org/cdmedia/manualchagas2012/pdf/modulo3.pdf) Disponível em:  [<www.paho.org/cdmedia/manualchagas2012/pdf/modulo3.pdf>](http://www.paho.org/cdmedia/manualchagas2012/pdf/modulo3.pdf), Acesso em 01 de jul. De 2012.

FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D’Andrea (Org.). O território e o processo saúde- doença. Carlos Batistella. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. 29 – 70p.

[GONTIJO, Eliane Dias; SANTOS, Silvana Eloi. Mecanismos principais e atípicos de transmissão da doença de Chagas.](http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=173) Disponível em:  [<http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=173>](http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=173), Acesso em 01 de jul. de 2012.

[JUNG ,Luiz Alfredo. Conduta em pacientes com cardiomiopatia dilatada.](http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Cardiomiopatia%20Dilatada.pdf) Disponível em:  [http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Cardiomiopatia%20Dilatada.pdf>](http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Cardiomiopatia%20Dilatada.pdf), Acesso em 01 de jul. de 2012.

KROPF, Simone Petraglia, LIMA, Nísia Trindade, *A doença de chagas e o movimento sanitaria da década de 1910*. In: Ponte, Carlos Fidelis; Falleiros, Ialê (org.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010, p. 81-82.

[KROPF, Simone Petraglia. Carlos Chagas e a descoberta de uma nova tripanossomíase humana.](http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=34) Disponível em:  [<http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=34>](http://www.fiocruz.br/chagas/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=34), Acesso em 28 de jun. de 2012.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência e nação, 1909 – 1962*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 53p.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência e nação, 1909 – 1962*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 64p.

KTROPF, Simone Petraglia Ktroph; MASSARANI, Luisa. Carlos Chagas, a ciência para combater doenças tropicais. Fiocruz, Rio de Janeiro, p.3-15, 28 de jun. de 2012.

LOMEZ, Eliane de Sá Lopes, 2008.

MALAFAIA, Guilherme; RODRIGUES, Aline. Centenário do descobrimento da doença de Chagas: desafios e perspectivas. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2010. 484.

[MEDEIROS, Sérgio Campos. Tratamento Cirúrgico do Megaesôfago. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/megaesofagosergio.pdf>, Acesso em 01 de jul. de 2012.](http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/megaesofagosergio.pdf)

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Classificação Internacional de Doenças. Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Digital de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Ministério da Saúde, 2006.

[MORFOLOGIA. Disponível em: <http://www.dbbm.fiocruz.br/tropical/leishman/leishext/html/morfologia.htm >, Acesso em 01 de jul. de 2012.](http://www.dbbm.fiocruz.br/tropical/leishman/leishext/html/morfologia.htm)

MOREL, Carlos Medicis. Promotoras da Pobreza. Valor Econômico, 2011, p.2

[ORDEM KINETOPLASTIDA. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/para-site/siteantigo/Chaves/Kinetoplastida.htm >, Acesso em 01 de jul. de 2012.](http://www.ufrgs.br/para-site/siteantigo/Chaves/Kinetoplastida.htm)

[PONTES, F. Doenças negligenciadas ainda matam um milhão por ano. FINEP Inovação em pauta. Rio de Janeiro: n. 6, p. 69-73, 2009. Disponível em: http://www.finep.gov.br/imprensa/revista/edicao6/inovacao\\_em\\_pauta\\_6\\_doencas\\_negl.pdf](http://www.finep.gov.br/imprensa/revista/edicao6/inovacao_em_pauta_6_doencas_negl.pdf)  
Acesso em 17 de dez. de 2012

SANTOS, Tatiely Camille dos. A ação profissional do assistente social e suas contribuições para a construção da integralidade na estratégia saúde da família no município de Ponta Grossa – Paraná. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010. 190p.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis* [online]. 2007, vol.17, n.1, pp. 29-41, 30p

SIQUEIRA, Natália. Desigualdade Social em Saúde no Brasil. Minas Gerais, 2011.

SILVA, Cláudia Gonçalves Thaumaturgo, Conceitos e Preconceitos relativos às Construções em Terra Crua, Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2000.

SILVA, Luiz Jacintho da. Considerações acerca dos fundamentos teóricos da explicação em epidemiologia, 1985.

SOUZA, Wanderley (Coord.). Doenças Negligenciadas. 2010, p.1

TAMBELLINI, Anamaria Testa; SCHÜTZ, Gabriel Eduardo. Contribuição para o debate do Cebes sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, 2009.

[TRYPANOSOMA CRUZI. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/para-site/siteantigo/Imagensatlas/Protozoa/Trypanosomacruz.htm>, Acesso em 01 de jul. de 2012.](http://www.ufrgs.br/para-site/siteantigo/Imagensatlas/Protozoa/Trypanosomacruz.htm)

[VIRMOND, Marcos. Em torno do conceito de doenças negligenciadas. 2011 p.73-76 Disponível em: http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v30\\_n2\\_2011\\_editorial.pdf Acesso em 17 de dez. de 2012](http://www.usc.br/biblioteca/salusvita/salusvita_v30_n2_2011_editorial.pdf)

VINHAES, Marcio Costa; DIAS, João Carlos Pinto. Doença de Chagas no Brasil. Caderno de Saúde Pública, p. 7-12, 2000.

[YANO, Célio. Açaí pode transmitir doença de Chagas. Disponível em: <http://exame.abril.com.br/tecnologia/noticias/acai-pode-transmitir-doenca-chagas-558972>, Acesso em 01 de jul. de 2012.](http://exame.abril.com.br/tecnologia/noticias/acai-pode-transmitir-doenca-chagas-558972)

[World Health Organization. 1986. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://www.who.dk/policy/ottawa.htm. Acesso em 17 de dez. de 2012.](http://www.who.dk/policy/ottawa.htm)