



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ANA CLÁUDIA REZENDE BEZERRIL

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE DOENÇA DE CHAGAS DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PESSOAS ACOMETIDAS EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DO ESTADO DA BAHIA**

FORTALEZA

2024

ANA CLÁUDIA REZENDE BEZERRIL

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE DOENÇA DE CHAGAS DE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PESSOAS ACOMETIDAS EM UM MUNICÍPIO DO
INTERIOR DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Política, Gestão e Avaliação em saúde.

Orientadora: Profa. Jaqueline Caracas Barbosa.
Coorientadora: Prof.^a Eliana Amorim de Souza.

FORTALEZA

2024

B c Bezerril, Ana Claudia Rezende

Conhecimentos, atitudes e práticas sobre doença de chagas de profissionais de saúde e pessoas acometidas em um município do interior do estado da Bahia. / Ana Claudia Rezende Bezerril. – Fortaleza, 2024
161p. il.:

Orientadora: Profa. Dr.^a Jaqueline Caracas Barbosa

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Eliana Amorim de Souza
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, 2024.

1. Doença de Chagas. 2. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. 3. Educação em saúde. I. Barbosa, Jaqueline Caracas. II. Souza, Eliana Amorim de. III. Universidade Federal do Ceará. IV. T.

CDD

ANA CLÁUDIA REZENDE BEZERRIL

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE DOENÇA DE CHAGAS EM
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E PESSOAS ACOMETIDAS EM UM MUNICÍPIO NO
INTERIOR DO ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: política, Gestão e Avaliação em Saúde

Aprovada em: 28/10//2024.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Jaqueline Caracas Barbosa (orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Eliana Amorim de Souza (Coorientadora)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dr.^a Maria de Jesus Freitas de Alencar
Pesquisadora e Consultora independente em Saúde Pública

Dr.^a Adjoane Maurício Silva Maciel
Pesquisadora e Consultora independente em Saúde Pública

A Deus, a fé me trouxe até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Joselys Fróes Rezende, por me conceder a honra de ser sua filha, seu apoio incondicional e incentivo me orientam e me levam para o alto.

Aos meus avós, (*in memoriam*) Austerberto Froes Rezende e Carmem Dolores de Almeida Castro Rezende, por onde meus pés tocarem, lembrarei de vocês! Obrigada por serem uma fonte de amor na minha vida!

A todos da minha família, que perto ou longe me inspiram, transformam-me e me fazem querer sempre mais, em especial a minha madrinha, meu tio Beto, minhas primas, minha irmã, meus sobrinhos Lys e Lucas e ao meu padrasto Adolfo Cavalcante.

Ao meu filho Bernardo e ao meu neto Ravi, vocês são bálsamos que perfumam a minha alma.

Ao meu marido Roberto Cerrada, seu amor e seu cuidado me apoiam e me fortalecem.

A minha Orientadora Profa. Dra. Jaqueline Caracas Barbosa, por toda a dedicação e cuidado que teve comigo em todo o processo, seu profissionalismo, disposição e empatia seguirão comigo e em mim. Gratidão e admiração eternas.

A minha coorientadora Profa. Dra. Eliana Amorim de Souza, pelo incentivo e apoio incondicional durante o percurso. Gratidão e admiração eternas.

Ao Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior, sua contribuição foi fundamental.

A Anderson Fuentes e Gabriela Mádero, muito obrigada pela disponibilidade e apoio.

À Profa. Dra. Carmem E. Leitão de Araújo, Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública (PPGSP) da UFC, meus sinceros agradecimentos por estar presente e atenta durante todo o processo. Seu acolhimento e capacidade de resolutividade me inspiram. Obrigada por tanto.

A todos os professores do PPGSP, por todo conhecimento compartilhado.

Quero ainda expressar o meu reconhecimento aos professores participantes da banca examinadora, Profa. Dra. Adjoane Maurício Maciel e Dra. Maria de Jesus Freitas de Alencar, pelo tempo e pelas valiosas colaborações e sugestões.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

Endereço também o meu agradecimento ao Projeto INTEGRA-DTNs e seus componentes, por possibilitarem a realização deste trabalho. Em especial, a Jamile Silva Brito, Rogger Arthur Góes Fraga e Esther Alves Santos, que tanto colaboraram com esta pesquisa.

À Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista, pela parceria estabelecida neste trabalho.

Às pessoas acometidas com Doença de Chagas (DC), participantes da pesquisa, sem vocês não seria possível a realização deste trabalho.

Aos profissionais participantes da pesquisa, pelo tempo concedido nas entrevistas.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

A minha companheira nessa jornada, Klécia Mendes, serei eternamente grata por compartilhar com você essa experiência única e inesquecível.

A minha amiga Adjoane Maurício e a sua filha Manuela Maurício, gratidão por todo acolhimento, apoio e impulso, sobretudo nos momentos mais desafiadores.

Ao Kaic Pereira, que ao longo dessa jornada se tornou um amigo estimado e querido, obrigada pela força que sempre me impulsionou.

Nesse momento de gratidão, desejo compartilhar meus verdadeiros agradecimentos a todas as pessoas que seguraram a minha mão durante esse percurso.

Muito obrigada a todos!

A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria (Paulo Freire, *Pedagogia da Autonomia*, 1996).

RESUMO

A doença de Chagas (DC) na sua expressão crônica apresenta-se como um grave problema de saúde em diferentes territórios no Brasil, inclusive no estado da Bahia. No entanto, embora seja responsável pelo adoecimento e morte de muitos, segue de modo silencioso como Doença Tropical Negligenciada (DTN). Reconhecer pessoas acometidas ou em risco deve ser algo prioritário em espaços endêmicos, assim como instituir processos consistentes para o tratamento e cuidado integral. No entanto, são inúmeros os desafios, incluindo fragilidades em processos formativos e de educação em saúde, capazes de interferir em atitudes e práticas de profissionais, gestores e pessoas acometidas. Este trabalho tem como objetivo analisar conhecimentos, atitudes e práticas relativos à DC de pessoas acometidas e profissionais de saúde de territórios endêmicos no interior da Bahia. Trata-se de um estudo transversal, realizado no município de Vitória da Conquista – sudoeste da Bahia, entre 2023 e 2024. A população foi composta por 501 profissionais da saúde da Atenção Primária a Saúde (APS) e vigilância entomológica do município, sendo 39 enfermeiros(as) e 31 médicos(as); 337 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 94 Agentes de Combate a Endemias (ACE); além de 36 pessoas acometidas pela DC. Foram realizadas frequências simples e relativas com uso do *software* Stata 11.0. Verificou-se que uma minoria dos médicos e enfermeiros (n=3;4,2%) reconhece como condição de risco, ter familiares com diagnóstico da DC e para a maioria (n=31;43,7%). Destaca-se o baixo percentual de atendimentos às pessoas acometidas ou suspeitas de DC na APS (n=7;9,9%), com pouca prática na prescrição de tratamento etiológico (n=15;21,1%). Entre ACS e ACE, apenas uma minoria (n=59;13,8%) conhece alguém com DC; a maioria desconhece como é feito o diagnóstico (n=234;54,9%) e muitos (n=233; 54,7%) afirmam não saber orientar uma pessoa com DC. Um percentual importante (n=245;57,5%) acreditam que não são capazes de suspeitar de um caso de DC a partir das queixas de usuários. A não utilização do material informativo/educativo sobre DC nas ações programáticas na unidade de saúde (n=337;79,1%) e no território (n=375;88,0%) é bastante comum. Sob o ponto de vista de pessoas acometidas pela DC, percentual expressivo (n=25;69,4%), afirma não saber como é feito o diagnóstico da DC, assim como desconhece o local onde se realiza os exames (n=27;75%). Houve maior proporção de pessoas acometidas por DC que não fazem nenhum acompanhamento (n=13;36,1%). A maioria não tem cuidados relacionados a sua saúde, vinculado à DC (n=17; 47,2%). Quando questionados diretamente sobre a consulta médica anual de acompanhamento, 61,1% (n=22) relataram não realizar. O estudo revela conhecimentos limitados sobre aspectos relacionados às ações de vigilância, diagnóstico e tratamento da DC. Condição que influencia na adoção de atitudes e práticas equivocadas de vigilância e cuidado em DC. Portanto, reforça a necessidade de que a DC impõe a APS, adoção de medidas de educação permanente e educação popular em saúde, capazes de promover mudanças nas práticas profissionais e comunitárias. A inclusão de estratégias adaptadas ao contexto sociocultural e ao perfil específico dos profissionais e usuários, podem ser decisivas para o controle eficaz da doença em áreas endêmicas. Condição essencial para superação de contextos de negligência reconhecido.

Palavras-chave: doença de Chagas; conhecimentos, atitudes e práticas em saúde; educação em saúde.

ABSTRACT

Chagas disease (CD), in its chronic form, is a serious health problem in several areas of Brazil, including the state of Bahia. Despite being responsible for the illness and death of many people, it remains a neglected tropical disease (NTD). Identifying those affected or at risk should be a priority in endemic areas, as should establishing consistent processes for comprehensive treatment and care. However, there are numerous challenges, including weaknesses in training and health education processes, which can affect the attitudes and practices of professionals, managers and affected individuals. The aim of this study was to analyse the knowledge, attitudes and practices of people affected by CD and health professionals from endemic areas in the interior of Bahia. This was a cross-sectional study carried out in the municipality of Vitória da Conquista - south-west Bahia, between 2023 and 2024. The sample consisted of 501 health professionals from primary health care (PHC) and entomological surveillance in the municipality, 39 nurses and 31 doctors; 337 community health workers (CHWs) and 94 endemic disease control workers (EDCWs); and 36 people affected by CD. Simple and relative frequencies were analysed using Stata 11.0 software. It was found that a minority of doctors and nurses (n=3;4.2%) recognised having a family member diagnosed with CD as a risk condition, and for the majority (n=31;43.7%). It is worth noting the low percentage of people with or suspected of having CD in PHC (n=7;9.9%), with little practice in prescribing aetiological treatment (n=15;21.1%). Among CHWs and EDCWs only a minority (n=59;13.8%) know someone with CD; the majority do not know how to make a diagnosis (n=234;54.9%) and many (n=233;54.7%) say they do not know how to advise a person with CD. A significant percentage (n=245; 57.5%) believe that they are unable to suspect a case of CD based on the user's complaints. The non-use of information/educational material on CD in programme actions at the health unit (n=337; 79.1%) and in the area (n=375; 88.0%) is quite common. From the point of view of people with CD, a significant percentage (n=25;69.4%) say they don't know how CD is diagnosed and where the tests are carried out (n=27;75%). There was a higher proportion of people with CD who did not receive any follow-up care (n=13;36.1%). The majority do not take care of their health in relation to CD (n=17; 47.2%). When asked directly about annual follow-up appointments, 61.1% (n=22) reported not having any. The study reveals limited knowledge of aspects related to monitoring, diagnosis and treatment of CD. This condition influences the adoption of incorrect attitudes and practices regarding CD surveillance and care. It therefore reinforces the need for PHC to adopt permanent educational and community health education measures capable of promoting changes in professional and community practices. The incorporation of strategies adapted to the socio-cultural context and the specific profile of professionals and users can be crucial for effective control of the disease in endemic areas. This is an essential condition for overcoming contexts of acknowledged neglect.

Keywords: Chagas disease; Knowledge, attitudes, and practices in health; Health education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos subíndices e índice de vulnerabilidade para DCC, por Unidade Federal e Distrito Federal	35
Figura 2 - Distribuição dos casos de Doença de Chagas Crônica por macrorregião de saúde e município de residência, Bahia, 2023.....	37
Figura 3 - Processos relacionados aos estudos de Conhecimento, Atitude e Prática associados à doença de Chagas.....	39
Figura 4 - Processo sequencial do protocolo de Conhecimento, Atitude e Prática	41
Figura 5 - Linha do tempo: Educação em saúde no Brasil	44
Figura 6 - Localização do estudo: Estado da Bahia (A); Região de saúde de Vitória da Conquista (B); Município de Vitória da Conquista (C)	62
Figura 7 - Rede de saúde de Vitória da Conquista, BA	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Número de casos notificados de Doença de Chagas Crônica, por Macrorregião de Saúde, Bahia - 2023	36
Gráfico 2 - Atitudes de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde relacionadas a uma pessoa acometida pela Doença de Chagas. Vitória da Conquista- Ba, 2024	82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Indicadores demográficos e econômicos do município de Vitória da Conquista	63
Tabela 2 - Profissionais da APS e Vigilância em Saúde participantes da pesquisa no município de Vitória da Conquista – BA	67
Tabela 3 - Sistematização da população de estudo	70
Tabela 4 - Perfil demográfico e de formação de médicos(as) e enfermeiros(as) atuantes na Atenção Primária a Saúde do município de Vitória da Conquista Bahia, 2024	74
Tabela 5 - Conhecimento entre médicos(as) e enfermeiros(as) da Atenção Primária a Saúde sobre caracterização de Doenças Tropicais Negligenciadas, modos de transmissão e prevenção da doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024	75
Tabela 6 - Conhecimento entre médicos(as) e enfermeiros(as) da Atenção Primária a Saúde sobre o acompanhamento de pessoas com doença de Chagas, Vitória da Conquista, 2024	78
Tabela 7 - Atitudes referentes à suspeição da doença de Chagas descritas por profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Vitória da Conquista, Bahia, 2024	81
Tabela 8 - Atitudes de profissionais médicos e enfermeiros referentes à reação adversa leve mediante o tratamento etiológico da doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024	83
Tabela 9 - Atitudes de profissionais médicos(a) e enfermeiros(a) referentes à redução do risco de infecção pelo <i>T. Cruzi</i> . Vitória da Conquista Bahia, 2024	83
Tabela 10 - Práticas de profissionais médicos(a) e enfermeiros(a) para vigilância e ações educativas relacionadas à doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024	84
Tabela 11 - Práticas de profissionais médicos(a) e enfermeiros(a) instituídas na APS para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas acometidas pela doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024	86
Tabela 12 - Perfil demográfico e de formação de Agentes Comunitários de	

Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE). Vitória da Conquista Bahia, 2024	87
Tabela 13 - Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACD) sobre Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024	90
Tabela 14 - Atitudes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACD) sobre a Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024	94
Tabela 15 - Práticas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACD) sobre a Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024	97
Tabela 16 - Perfil clínico de pessoas acometidas pela Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024	100
Tabela 17 - Conhecimento de pessoas acometidas pela Doença de Chagas. Sobre a doença, cuidado e vigilância. Vitória da Conquista, Bahia, 2024	101
Tabela 18 - Atitudes de pessoas acometidas pela Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024	104
Tabela 19 - Práticas relacionadas à Doença de Chagas por pessoas acometidas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024	106

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACE	Agentes de Combate a Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADS	Academias da Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAV	Centro de Apoio e Atenção à Vida
CAP	Conhecimento, Atitudes e Prática
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEMAE	Centro Municipal de Atendimento Especializado
CEMERF	Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIEDDS	Comitê Interministerial para Eliminação da Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DC	Doença de Chagas
DCA	Doença de Chagas Aguda
DCC	Doença de Chagas Crônica
DCC	Doença de Chagas Compulsória
DSS	Doenças Determinadas Socialmente
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DTNs	Doenças Tropicais Negligenciadas
ELISA	<i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FSBEIN	Fórum Social Brasileiro de Enfrentamento das Doenças Infecciosas e

	Negligenciadas
FNDCT	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
HAI	hemaglutinação Indireta
GAL	Sistema de Gerenciamento de Amostras Laboratoriais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HLI	<i>Healthy Living Initiative</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Município
IFI	Imunofluorescência Indireta
LACEM	Laboratório Central Municipal
MCTI	Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações
MEDTROP	Medicina Tropical
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico Diagnóstico Terapêutico
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAMDIL	Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PITs	Ponto de Informações sobre Triatomíneos
PSE	Programa de Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SRMNI	Saúde Reprodutiva materna, Neonatal e Infantil
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
<i>T. cruzi</i>	<i>Trypanosoma cruzi</i>

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	22
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	25
2.1 Aspectos gerais da doença de Chagas e ações de Educação em Saúde no âmbito da Atenção Primária a saúde.....	25
2.2 Barreiras de acesso para pessoas acometidas e em risco para doença de Chagas	31
2.3 Epidemiologia da doença de Chagas	34
2.4 Conhecimentos, atitudes e práticas associadas à doença de Chagas	37
2.5 Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais.....	42
2.6 Educação em saúde como processo político de fortalecimento social e protagonismo.....	54
3 JUSTIFICATIVA	58
4 OBJETIVOS	60
4.1 Objetivo geral	60
4.2 Objetivos específicos	60
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	61
5.1 Desenho do estudo	61
5.2 Local e período do estudo.....	61
5.3 População do estudo	66
5.4 Processo de coleta de dados	70
5.5 Análises dos dados.....	72
5.6 Aspectos éticos	72
6 RESULTADOS	73
6.1 Perfil de profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto aos processos formativos	73
6.1.1 Atitudes.....	80
6.1.2 Práticas	83
6.2 Perfil de profissionais da APS, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate à Endemias (ACE) quanto aos processos formativos	86
6.2.1 Atitudes de ACS e ACE referentes à Doença de Chagas.....	93

6.2.2	<i>Práticas de Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Controle de Endemias relacionadas à Doença de Chagas</i>	96
6.3	Perfil de pessoas acometidas pela doença de Chagas	99
6.3.1	<i>Conhecimento das pessoas acometidas pela doença de Chagas sobre a doença</i>	101
6.3.2	<i>Atitudes das pessoas acometidas pela doença de Chagas sobre a doença</i>	103
7	DISCUSSÃO	109
7.1	Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da APS sobre a doença de Chagas	109
7.3	Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoas acometidas pela doença de Chagas	120
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	138
	APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	140

APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), na área de concentração em 'Política, Gestão e Avaliação em Saúde', linha de pesquisa: 'Abordagens Psicossociais em Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN)'. Está integrado a um projeto de pesquisa maior denominado "*Vigilância e cuidado integrados para DTNs: desafios para o Sistema Único de Saúde no Brasil*", financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Este projeto tem a Coordenação da Professora Dra. Eliana Amorim de Souza, professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia, como referência o Edital Universal – CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021.

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) são atualmente definidas como doenças atreladas à pobreza e que impõem uma grande carga econômica, social e humana sobre mais de um bilhão de pessoas no mundo, em especial em áreas tropicais e subtropicais e em condições de marginalização (Guimarães *et al.*, 2024). A doença de Chagas está incluída nesse contexto, e representa um grave problema de saúde em áreas endêmicas, sendo, por vezes, conhecida como a doença mais negligenciada dentre as negligenciadas (Sousa *et al.*, 2024).

As DTNs são pouco visíveis sob a perspectiva da governança e, por essa razão, há pouco investimento em pesquisas, diagnóstico, prevenção, tratamento e acompanhamento da pessoa acometidas por doença de Chagas, o que impacta consequentemente na ocorrência de novos casos, diagnóstico tardio, não tratamento etiológico e dificuldades para o cuidado integral à saúde. Todo este cenário repercutiu em danos a milhares de pessoas e famílias no Brasil, incluindo a região nordeste do país (Brasil, 2023a).

A doença de Chagas (*Tripanossomíase americana*) é uma condição infecciosa aguda e crônica causada pelo *Trypanosoma cruzi*, fazendo parte da relação das DTNs, objeto deste estudo. No Brasil, a doença de Chagas tem maior relevância dentre as demais por sua eminente representatividade epidemiológica, com elevadas taxas de morbidade e mortalidade (WHO, 2021).

A pouca oferta de testes diagnósticos; a baixa oferta de tratamento etiológico; as falhas no acompanhamento para o cuidado; a falta de conhecimento e compreensão entre profissionais de saúde e pessoas sobre os diferentes contextos

de risco; a vulnerabilidades socioeconômicas de áreas endêmicas; e a baixa mobilização social impactam de maneira contundente na superação deste problema de saúde.

É relevante destacar ainda que as transformações sociais, como a urbanização, o intenso processo de globalização e a crise ambiental que vivemos, mostram a importância da transmissão oral e vertical da doença de Chagas, considerada por alguns estudiosos como emergente para alguns espaços geográficos, com novos casos ocorrendo em todo o mundo.

Nesse contexto, é possível pensar que mudanças significativas no comportamento humano poderão impactar no controle e cuidado de pessoas acometidas ou em risco. A partir desse pensamento, cabe a reflexão sobre a validação de novas ferramentas de diagnóstico, bem como de novas possibilidades para o tratamento. Sob essa perspectiva, devem também surgir novas estratégias de mitigação dos principais determinantes sociais da saúde, por exemplo, o Programa Brasil Saudável. Todas estas medidas são fundamentais para melhorar o acesso aos cuidados de saúde abrangentes em um cenário globalizado (Sousa *et al.*, 2024).

Do mesmo modo, é preciso destacar os necessários investimentos em processos de formação em serviço, iniciando em áreas com maior risco de ocorrência de casos agudos e crônicos. Por fim, a educação em saúde, estruturada a partir de uma lógica de autonomia e empoderamento, também merece destaque.

Neste sentido, faz-se necessária uma abordagem para além da formação do médico, tendo como característica o cuidado integral, o que inclui aspectos de autocuidado e autonomia. Portanto, são essenciais processos formativos e de educação em saúde que envolvam todos os profissionais de saúde, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), assim como a comunidade.

Ao reconhecer a capilaridade da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, assim como suas diretrizes, fica claro que todo este processo de revisar e ressignificar as práticas e atitudes de pessoas acometidas e dos profissionais de nível superior e nível médio no que se refere à doença de Chagas necessita iniciar neste nível de atenção.

Um importante ponto de partida, em especial ao considerarmos o caráter negligenciado da doença de Chagas, é reconhecer as diferentes realidades locais. Por esta razão, acredita-se ser essencial responder perguntas como: qual o

conhecimento dos profissionais de saúde e da própria pessoa acometida sobre a doença de Chagas? Quais são as atitudes e práticas relacionadas ao diagnóstico, tratamento, cuidado e vigilância?

Desse modo, o presente estudo mostra-se importante no cenário brasileiro, sobretudo para a região sudoeste da Bahia, onde, por meio de estratégias locais, busca-se entender conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde e pessoas acometidas pela doença de Chagas em Vitória da Conquista-BA. Diante do exposto, esta dissertação foi estruturada contendo: I - Aspectos gerais sobre a doença de Chagas; II - Processos de formação e educação em saúde sobre doença direcionados para uma DTN; III - Apresentação do protocolo CAP; IV – Definição, métodos e técnicas; V - Principais resultados e as considerações finais.

A presente dissertação visa contribuir para um melhor conhecimento da realidade de um território importante para o cenário baiano. Desse modo, é essencial para organização de práticas capazes de ampliar o acesso às ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado de pessoas acometidas ou em risco da doença de Chagas.

Sem embargo, ao compartilhar uma análise mais ampla sobre os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da saúde e das pessoas acometidas pela doença de Chagas, aclaramos o impacto que a educação permanente e a educação em saúde têm sobre a saúde, desde a prevenção até o acompanhamento de doenças, sobretudo as crônicas que afetam populações em situação de vulnerabilidade social. Diante disso, podem ser propostas capacitações, educação em saúde, na perspectiva de prática social, assumindo um novo papel como estratégia para o cuidado, promovendo e melhorando a qualidade de vida das pessoas acometidas.

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTNs) representam um grupo amplo e diverso, composto por mais de vinte doenças e agravos resultantes de processos de desigualdades e vulnerabilização de territórios, comunidades e pessoas em contextos econômicos, sociais e ambientais desfavoráveis. A consolidação das desigualdades sociais no mundo abre espaços significativos para sua ocorrência, fato que infelizmente as coloca como um potencial marcador de progresso para o desenvolvimento humano e social (Brasil, 2024).

Nessa composição, entendemos que as desigualdades sociais se tornam mais estabelecidas e profundas na sociedade em decorrência de disparidades econômicas, educacionais e de saúde. Contexto que gera condições que favorecem a perpetuação de um ciclo de adoecimento e pobreza, contexto que propicia a ocorrência das DTNs, como a doença de Chagas (Brasil, 2024).

As DTNs estão presentes em 149 países e afetam mais de um bilhão de pessoas, gerando impactos nas dimensões individual e coletiva (WHO, 2020). Além disso, sua multicausalidade, dinamicidade e singularidade trazem à tona reflexões sobre as práticas sociais, incluindo as que são realizadas por gestores/as e profissionais de saúde nas redes de atenção, inclusive aquelas relacionadas à Educação em Saúde (OMS, 2021).

O Brasil, com suas dimensões continentais, está passando por grandes e rápidas transformações demográficas, sociais e ambientais, mas há ainda a persistência de graves desigualdades socioeconômicas e regionais. Aqui, doenças associadas a contextos de vulnerabilidade social e negligência ainda afligem parte considerável da população (Victora *et al.*, 2011).

Fazendo parte da relação dessas doenças a doença de Chagas é reconhecida formalmente há mais de um século e traz consigo o caráter de acometer populações negligenciadas, sendo considerada uma das enfermidades de maior impacto global, afetando milhões de pessoas, especialmente nos países subdesenvolvidos. Importante ressaltar que essa doença é uma das condições parasitárias com maior carga de doença no país, tornando a magnitude da enfermidade inquestionável, mesmo com o exitoso controle vetorial que reduziu drasticamente a ocorrência de novos casos.

De acordo com o desenvolvimento de novas tecnologias e a rápida produção de saberes agenciados nas últimas décadas, o atual contexto convida à adoção de processos sistematizados e ordenados que levem a criação de uma saúde baseada em evidências. Diante disso, profissionais, pesquisadores e gestores da área de saúde necessitam adaptar-se a métodos e técnicas que possibilitem e que, ao mesmo tempo, respondam às perguntas e aos objetivos que se almeja conhecer ou investigar. No entanto, na saúde, não se pode distanciar-se das tecnologias leves e relacionais, essenciais para o êxito de todo o processo do cuidado.

O modelo de pesquisa de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) parte do pressuposto de que um comportamento em saúde se prende a um processo sequencial. Este processo tem origem na aquisição de um conhecimento, que pode explicar a formação de uma atitude favorável ou não a adoção de uma prática de saúde. Duas correntes teóricas poderiam explicar a adoção de um comportamento por duas naturezas distintas: uma defende que as pessoas atuam pelas circunstâncias, pela situação; outra corrente diz que as pessoas atuam por seus valores e suas crenças. Este modelo CAP baseia-se na segunda teoria, estando dentre os métodos teóricos e práticos de pesquisa mais utilizados na área da saúde (Oliveira *et al.*, 2020).

Vale destacar que a metodologia CAP aqui apresentada buscou reconhecer o nível de conhecimento sobre a doença de Chagas, tratamento, práticas de prevenção, dentre outros aspectos. O entendimento das atitudes, do mesmo modo incluídas neste estudo, facilitarão a compreensão de resistências e aderências, ou seja, identificarão possíveis barreiras que poderiam mudar o curso sobre a adoção de medidas preventivas e do cuidado. Por fim, possibilitarão o reconhecimento de práticas reais, como hábitos, alimentação, uso dos serviços de saúde e se essas práticas estão alinhadas com as recomendações de saúde pública, identificando comportamentos de risco (Oliveira *et al.*, 2020).

Outro conceito apropriado à pesquisa de conhecimento refere-se à possibilidade de os indivíduos se posicionarem diante dos obstáculos e adversidades. Ademais, para eles, buscar soluções ou conhecimento não é acumular informações, mas uma condição inerente à todos os seres vivos, e significa entender que a não elaboração do próprio conhecimento afasta o indivíduo de sua essência (Mendes; Brandão de Souza; Nóbrega, 2004).

Por todos esses aspectos, o estudo CAP, desenvolvido para doença de

Chagas, acomoda-se bem na área da saúde como uma ferramenta facilitadora capaz de planejar e implementar ações de intervenção, monitoramento, avaliação e formulação de políticas de saúde, em especial para eventos até então negligenciados (Oliveira *et al.*, 2020).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos gerais da doença de Chagas e ações de Educação em Saúde no âmbito da Atenção Primária a saúde

A doença de Chagas é uma antroponose de elevada prevalência e expressiva morbimortalidade. Apresenta curso clínico bifásico, composto por uma fase aguda (cl clinicamente aparente ou não) e uma fase crônica, que pode se manifestar nas formas: indeterminada, cardíaca, digestiva ou cardiodigestiva. Seu Agente etiológico é o Protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*), que tem como reservatórios centenas de espécies de mamíferos (silvestres e domésticos) presentes em todos os biomas do Brasil (Brasil, 2023d).

Entre os reservatórios, destacam-se quatis, gambás e tatus, que se aproximam de casas no meio rural (galinheiros, currais, depósitos) e na periferia das cidades (Brasil, 2018a). Os vetores transmissores da doença para o homem são diferentes tipos de triatomíneos, reconhecidos em muitos lugares como barbeiro, bicudo ou chupão. O triatomíneo, ao se alimentar do sangue de mamíferos infectados com elevadas taxas de *T. cruzi* circulante, pode se infectar e, ao se alimentar novamente, infecta outro mamífero, inclusive o homem (Jansen-Franken 2024).

A forma habitual de transmissão de *T. cruzi* para o homem é a vetorial. Esta se dá pelo contato do homem suscetível com as excretas contaminadas dos triatomíneos, os quais, ao picarem os vertebrados, costumam defecar após o repasto, eliminando formas infectantes do parasito, que penetram pelo orifício da picada, mucosas ou por solução de continuidade deixada pelo ato de coçar (Brasil, 2018a).

A transmissão vertical ocorre, principalmente, pela via transplacentária e pode acontecer em qualquer fase da doença (aguda ou crônica). A transmissão se dá durante a gestação ou no momento do parto. Há também possibilidade de transmissão pelo leite, durante a fase aguda da doença. Já em nutrízes na fase crônica, a transmissão durante a amamentação pode ocorrer em casos de sangramento por “fissura mamária”, não sendo propriamente pelo leite (Brasil, 2018a).

A transmissão por via oral acontece quando há ingestão de alimentos contaminados acidentalmente com o parasito, seja o triatomíneo ou suas fezes. Pode ocorrer ainda por meio da ingestão de carne crua ou malcozida de caça ou alimentos contaminados pela secreção das glândulas anais de marsupiais infectados. Esta

forma de transmissão está associada aos surtos de doença de Chagas aguda (DCA). Em grande parte dos casos, tem como possível fundamentação o consumo de alimentos contaminados pela não adoção de boas práticas de higiene na manipulação destes e pela invasão humana de habitat silvestres, o que aumenta os riscos associados à proximidade de vetores e reservatórios silvestres (Brasil, 2023d).

A transmissão transfusional também representa importante via de propagação da doença nos centros urbanos, sendo considerada a principal forma de transmissão em países não endêmicos (Canadá, Espanha, Estados Unidos e outros) e em países latino-americanos que estejam em processo de controle da transmissão vetorial (Brasil, 2018a).

No Brasil, devido à efetividade do controle dos serviços de hemoterapia e, conseqüentemente, maior qualidade do sangue para transfusão, tem-se alcançado significativo impacto no controle da transmissão transfusional do *T. cruzi*. A transmissão por transplante de órgãos, estando a doença em sua fase aguda, apresenta-se mais grave, uma vez que os receptores são submetidos à terapia imunossupressora. A confirmação do diagnóstico da infecção é baseada no isolamento do agente, no sangue ou em biópsias de pele e/ou soroconversão. Por fim, a transmissão por acidentes laboratoriais também pode ocorrer em virtude do contato com culturas de *T. cruzi*, exposição às fezes de triatomíneos contaminadas ou sangue (de casos humanos ou de animais) contendo formas infectantes do parasito (Brasil, 2018a).

O período de incubação muda conforme a via de transmissão. A transmissão vetorial varia de 4 a 15 dias, a transmissão oral varia de 3 a 22 dias, a transmissão transfusional varia de 30 a 40 dias ou mais e a transmissão por acidentes laboratoriais varia de até 20 dias após a exposição (Brasil, 2018a).

O diagnóstico da fase crônica da doença é realizado pela combinação de dois testes sorológicos com métodos diferentes, visto que a parasitemia é muito baixa nessa fase da doença. Sobre a perspectiva do teste rápido para a doença de Chagas, os mais utilizados são: *Enzyme Linked Immunosorbent Assay* (ELISA), Imunofluorescência Indireta (IFI) e Hemaglutinação indireta (HAI). Em geral, eles apresentam altos níveis de sensibilidade e especificidade. Entretanto, pode haver discordância entre o resultado de diferentes testes, principalmente devido às diferenças na acurácia e execução do teste (Brasil, 2018a).

Na fase aguda, a suspeição se baseia em sinais e sintomas sugestivos da

doença e/ou na presença de fatores determinantes e condicionantes epidemiológicos compatíveis (mesmo na ausência de sinais e sintomas clínicos), como a ocorrência de surtos (identificação entre familiares/contatos). Vale destacar também que nesta fase a doença de Chagas cursa com sintomatologia usualmente não específica, como febre, mal-estar e astenia, ou é simplesmente assintomática.

As principais manifestações clínicas na fase aguda são: febre constante e elevada, inicialmente; prostração; diarreia; inapetência; cefaleia; mialgias; aumento de linfonodos; exantema cutâneo de localização variável, com ou sem prurido e de aparecimento fugaz; e irritação em crianças menores, que apresentam frequentemente choro fácil e copioso. Também podem ocorrer sinais e sintomas de miocardite difusa com vários graus de gravidade; sinais de pericardite; derrame pericárdico; tamponamento cardíaco; manifestações sindrômicas de insuficiência cardíaca; derrame pleural; edema de face, de membros inferiores ou generalizado; tosse; dispneia; dor torácica; palpitações; arritmias; e hepatomegalia e/ou esplenomegalia de leve a moderada intensidade (Brasil, 2023d).

A maioria dos casos agudos não tratados evolui para a chamada forma crônica indeterminada, designação que remonta ao próprio Dr. Carlos Chagas. Esta forma consiste na presença da infecção (revelada por sorologia e/ou métodos parasitológicos indiretos) associada à ausência de sintomatologia e à presença de exames clínico, eletrocardiográfico e radiológicos (área cardíaca, esôfago e cólon), normais.

Forma indeterminada é a mais frequente forma clínica da DCH detectada em populações das áreas endêmicas e entre doadores de sangue infectados. Ela possui excelente prognóstico a médio/longo prazo, podendo persistir por toda a vida em 40 ou 50% dos casos (Laranja *et al.*, 1956; Dias, 1990).

As manifestações clínicas na fase crônica são divididas do seguinte modo:

Forma indeterminada: assintomático e sem sinais de comprometimento do aparelho circulatório;

Forma cardíaca: evidências de acometimento cardíaco, que, frequentemente, evolui para quadros de miocardiopatia dilatada e insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Essa forma ocorre em cerca de 30% dos casos crônicos e é considerada responsável pela maior frequência de óbitos na doença de Chagas crônica (DCC);

Forma digestiva: Evidências de acometimento do aparelho digestivo que

pode evoluir para mega cólon e/ou megaesôfago. Ocorre em cerca de 10% dos casos;

Forma associada ou mista (cardiodigestiva): Ocorrência concomitante de lesões compatíveis com as formas cardíacas e digestivas. Do ponto de vista epidemiológico, são aquelas que causam os maiores impactos médico-sociais da esquizotripanose, particularmente a cardiopatia crônica, ceifadora de vidas e responsável por grandes problemas individuais e sociais, como perda de produtividade, absenteísmo, impedimento de trabalhar, custos médico-previdenciários elevados etc. (Laranja *et al.*, 1956; Schmunis, 1994).

O tratamento específico da doença de Chagas utiliza o fármaco de escolha disponível, o benznidazol. Como alternativa, o nifurtimox pode ser usado em casos de intolerância (na fase aguda) ou que não respondam ao tratamento com benznidazol. O tratamento específico ocorre com cura da infecção na maioria dos casos agudos (>60%) e congênitos (>95%), e em 50 a 60% dos casos crônicos recentes. No entanto, evidências revelam que o tratamento etiológico reduz as chances de complicação, o que justifica continuar com o tratamento, seguindo normativas do Protocolo Clínico Diagnóstico Terapêutico (PCDT) de doença de Chagas (Fragata Filho *et al.*, 2005).

O tratamento etiológico tem como objetivos: curar a infecção, prevenir lesões orgânicas ou sua evolução e diminuir a possibilidade de transmissão de *T. cruzi*. É indicado também para pacientes na fase crônica, na forma indeterminada, especialmente em crianças e adultos jovens (Bahia, 2024).

A prevenção está intimamente relacionada a cada uma das suas formas de transmissão (Brenner; Andrade; Arcoverde, 2006). Assim, entre as ações de prevenção, destacam-se: instituir práticas de manejo sustentável do ambiente; medidas sanitárias e corretivas em locais com infestação e melhoria nas condições de moradia e de vida; adoção de prática segura em todas as etapas da cadeia de produção de alimentos suscetíveis à contaminação, com especial atenção ao local de manipulação de alimentos; aconselhamento de pessoas acometidas pela doença de Chagas para a não doação de sangue, tecidos e órgãos (em relação a receptores) e ações contundentes relacionadas à hemovigilância; por fim, ações direcionadas para melhor definição/estruturação de fluxos para a confirmação do diagnóstico, esclarecimento sobre o diagnóstico e o tratamento etiológico em mulheres em idade fértil a fim de diminuir as chances de transmissão vertical quando infectadas são tratadas previamente à gestação (Arouca, 2003).

Não há vacina para a doença de Chagas. O controle de vetores é

considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como o método mais eficaz de prevenção na América Latina. O grande número de espécies de triatomíneos não pode ser erradicado, mas o controle da doença pode ter como alvo a eliminação da transmissão e o fornecimento de acesso precoce aos cuidados de saúde para pessoas infectadas e populações em risco. As abordagens da OMS para a Prevenção e Controle da doença de Chagas são: pulverizar casas e áreas adjacentes com inseticidas residuais; melhorar as casas e a limpeza das casas para evitar a infestação de vetores; adotar medidas pessoais de prevenção, como o uso de mosquiteiros; triar doadores de sangue, testar doadores e receptores de órgãos, tecidos ou células; triar recém-nascidos e outras crianças de mães infectadas para fornecer diagnóstico e tratamento precoces; eliminar a transmissão de parasitas; e facilitar o acesso precoce ao tratamento e aos cuidados de saúde para pessoas infectadas e populações em risco (Brasil, 2023b).

Evidências científicas mostram que o tratamento de mulheres com doença de Chagas antes da gravidez interrompe a transmissão de *T. cruzi* para seus/suas filhos/as. Todavia, esta medida é muito difícil de aplicar no contexto atual, uma vez que o acesso ao diagnóstico, bem como ao tratamento em todas as regiões do país continua a ser um grande desafio. Diante disto, a implantação do exame diagnóstico para doença de Chagas no pré natal não é uma realidade em todo território, bem como a sua implementação. Levando em consideração essa limitação, o que se recomenda é aproveitar o momento da gravidez para realizar atividades de prevenção, já que praticamente todas as mulheres entram em contato com o sistema de saúde nesse período para o pré-natal (Brasil, 2023e).

Um desafio importante quando se fala em intervenções na APS, que objetiva prevenir a transmissão do *T. cruzi* a indivíduos suscetíveis, continua sendo a implementação de ações de educação em saúde sobre a doenças e seus modos de prevenção, diagnóstico e tratamento. Aspectos precisam ser trabalhados, a exemplo da importância de testar familiares de pessoas acometidas e de superar a exposição de comunidades vulneráveis “em risco”.

Em virtude dos diferentes contextos de risco mencionados, é notória a importância de definir e fortalecer: os protocolos de educação em saúde e formação em saúde dos profissionais para procedimentos dentro do sistema de saúde de confirmação do diagnóstico e tratamento; o aconselhamento de mulheres não tratadas com potencial para engravidar sobre os riscos de transmissão para a criança durante

a gravidez; a vigilância entomológica ativa e passiva; o seguimento de normativas na preparação adequada de alimentos em risco; entre outras ações necessárias (Brasil, 2023e).

Levando-se em conta que o profissional de saúde da APS é essencial para a prevenção e o controle da doença de Chagas em áreas rurais ou urbanas, este deve ser o foco de processos formativos contundentes. Tendo em vista que as equipes da APS são os principais sensores de transmissão e morbimortalidade da doença em nível local, logo, constituem-se como agentes efetivos do aconselhamento e promoção da saúde, podendo desempenhar um papel importante na discussão de questões da doença de Chagas dentro da comunidade local. A mobilização de pessoas é fundamental para avançar em iniciativas lideradas pela comunidade em vigilância, educação ambiental e controle de vetores.

A liderança e a presença dos profissionais da APS nas comunidades locais ajudam nas atividades de vigilância para fornecer educação ambiental objetivando identificar a presença de triatomíneos e suspeitar de situações de transmissão oral de fontes de alimentos contaminados. Ademais, a atitude (crenças e percepções) dos profissionais de saúde é uma determinante importante no processo da comunicação, a qual envolve o conhecimento da doença de Chagas e, em segundo plano, suas atitudes e práticas.

Neste sentido, é importante destacar que a vigilância entomológica para doença de Chagas é estratégica e deve ser fortalecida em diferentes regiões do país, respaldada em dois pilares: vigilância passiva, com ampla participação da população na notificação de triatomíneos; e a vigilância ativa, realizada por equipes de entomologia do município ou do estado, sem necessariamente estar baseada na prévia notificação pelo morador (Moraes-Souza; Ferreira-Silva, 2011). Do mesmo modo, o fortalecimento dos Pontos de Informação sobre Triatomíneos (PITs) é essencial e depende de ações contundentes de informação em saúde.

Diante do exposto, sugere-se como estratégia de fortalecimento para o controle e prevenção da doença de Chagas o estreitamento entre APS, a vigilância epidemiológica, a vigilância entomológica, a gestão e a comunidade.

2.2 Barreiras de acesso para pessoas acometidas e em risco para doença de Chagas

Apesar da importância da doença de Chagas, dada sua elevada magnitude na morbimortalidade nos diversos contextos geográficos, socioeconômicos e culturais do Brasil, várias barreiras comuns impedem o diagnóstico, tratamento e cuidados eficazes e eficientes de pessoas acometidas por ela. Algumas dessas barreiras podem estar relacionadas à:

- Falta de informações sobre a real carga da doença de Chagas e o seu perfil epidemiológico;
- Falta de ações integradas de vigilância e cuidado;
- Falta de controle e atenção no nível da APS;
- Distância geográfica dos pacientes em relação aos serviços laboratoriais e de cuidado;
- Processo de diagnóstico muitas vezes complexo e centrado nos grandes centros;
- Falta de integração nas políticas e práticas de saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil (SRMNI);
- Impacto desproporcional da doença nas populações vulneráveis;
- Conhecimento limitado sobre a doença de Chagas, tanto por parte da população em geral quanto dos profissionais de saúde;
- Atenção limitada da mídia;
- Iniciativas limitadas de educação popular em saúde;
- Disponibilidade limitada de ações de média e alta complexidade, em especial em municípios de pequeno porte;
- Relação de medo vinculado a morte e estigma relacionado à doença de Chagas;
- Baixa mobilização social;
- Voz política limitada de pessoas em risco para doença de Chagas (Oliveira; Pereira, 2024).

Assim, pode-se refletir que existem inúmeras falhas dos serviços de saúde, as quais impactam na morbimortalidade de milhares de pessoas. É necessário discutir a ampliação e qualificação do papel da APS como ordenadora do cuidado e porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas acometidas por doença de

Chagas e outras DTNs. Além disso, o fato de ser uma doença com elevada prevalência e expressiva carga de morbimortalidade, verifica-se a perpetuação de um ciclo crítico de pobreza, fato que exige uma resposta social para redução dos contextos e desigualdades sociais (Brasil, 2021a).

A recomendação é que os acometidos sejam acompanhados longitudinalmente na APS por intermédio de consultas periódicas e, quando necessário, sejam referenciados para serviços de maior complexidade. Nesse sentido, salientamos que a expansão dos serviços ofertados pela APS para regiões mais vulneráveis, realizada principalmente pelos esforços da Estratégia Saúde da Família (ESF), contribuiu muito para que pacientes com a doença de Chagas tivessem acompanhamento (Modesto *et al.*, 2023). No entanto, evidências revelam baixa apropriação dos profissionais deste nível de atenção sobre a doença de Chagas (Ferreira *et al.*, 2018). Sem embargo essa é uma questão central, determinante para o cuidado, envolvendo suspeição, diagnóstico, rastreamento de demais membros da família, tratamento, acompanhamento e vigilância de novos casos.

Uma questão central para superação das barreiras para diagnóstico e tratamento está no reconhecimento de pessoas, famílias e comunidades em risco, fato que depende de educação permanente e processos de educação em saúde. Na Doença de Chagas Aguda (DCA), o diagnóstico se baseia na presença de sinais e sintomas sugestivos da doença e na presença de fatores epidemiológicos compatíveis, como a ocorrência de surtos. Já na Doença de Chagas Crônica, a suspeita diagnóstica também é baseada nos achados clínicos e na história epidemiológica, porém, como parte dos casos não apresenta sintomas, deve-se considerar os seguintes contextos de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2023e):

- Ter residido ou residir em área com relato de presença de vetor transmissor (barbeiro) da doença de Chagas ou ainda com reservatórios animais (silvestres ou domésticos) com registro de infecção por *T. cruzi*;
- Ter residido ou residir em habitação onde possa ter ocorrido o convívio com vetor transmissor (principalmente casas de estuque, taipa, sapê, pau-a-pique, madeira, entre outros modos de construção que permitam a colonização por triatomíneos);
- Residir ou ser procedente de área com registro de transmissão ativa de *T. cruzi* ou com histórico epidemiológico sugestivo da ocorrência da transmissão da doença no passado;

- Ter realizado transfusão de sangue ou hemocomponentes antes de 1992;
- Ter familiares ou pessoas do convívio habitual ou rede social que tenham diagnóstico, em especial, de mãe e irmão(s).

Atenção especial deve ser dada a gestantes com os fatores de risco acima, devendo ser realizado o exame durante o pré-natal. Além disso, considerando ser um evento de natureza crônica, demanda a existência de uma forte rede de apoio, bem como o seguimento cuidadoso para promoção da adesão ao cuidado e ao tratamento parasitológico das pessoas acometidas. Sob essa perspectiva, estabelecer um plano de cuidado longitudinal para evitar complicações e promover reabilitação é essencial (Diotaiuti; Pereira; Espínola, 2005). Assim, processos consistentes de promoção de educação em saúde devem ser desenvolvidos para início da superação de inúmeras barreiras ao direito à saúde.

Além de falhas nos processos de educação permanente e educação em saúde, muito se tem discutido acerca da necessidade de mudança do modelo assistencial com vistas à ampliação das ações de vigilância em saúde. Mudança que deve promover práticas de educação em saúde com base nos conhecimentos, experiências e vivências de uma determinada comunidade que coabita com triatomíneos, sobretudo, se tiver pessoas com a doença e com necessidades relacionadas a um cuidado integral.

Desse modo, é preciso modificar o modelo assistencial atual para melhorar a vigilância em saúde, especialmente em comunidades acometidas por *T. cruzi*, e incluir práticas de educação em saúde baseadas no conhecimento, nas experiências e nas vivências dessas comunidades. Além disso, devemos enfatizar a necessidade de um cuidado integral, considerando tanto a prevenção quanto o tratamento das pessoas já acometidas, sendo este, talvez, um caminho para superação de várias barreiras impostas.

Levando-se em consideração esses aspectos, está posto o desafio: como promover um posicionamento de autocuidado, protagonizando movimentos de luta pelo acesso e adesão às ações de aconselhamento, diagnóstico, tratamento, reabilitação psicossocial e cuidado longitudinal? Como promover ações contundentes para que se fortaleça um movimento que possa combater as inúmeras barreiras existentes?

A epidemia global de doenças crônicas não transmissíveis (DNTs) e as

chamadas "doenças de estilo de vida" observadas hoje são um resultado direto da nossa incapacidade de promover cidadania, empoderamento e autocuidado. Consequentemente, formuladores de políticas e comissários de serviços de saúde na Inglaterra e em outros lugares estão cada vez mais olhando para iniciativas de autocuidado como um meio potencial de promover saúde e bem-estar em indivíduos e comunidades, ao mesmo tempo em que reduzem custos e demanda por escassos recursos nacionais de saúde. No Brasil, a proposta de promoção de processos de educação a partir de referenciais libertadores, como exemplo a pedagogia da autonomia de Paulo Freire, precisa ser de fato implementada em movimentos de educação popular em saúde. (Freire, 2014).

2.3 Epidemiologia da doença de Chagas

Considera-se que de 6 a 7 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria na América Latina, estejam infectadas com o *T. cruzi*, parasita causador da doença de Chagas. Estima-se que 30 a 40% das pessoas infectadas, mas não tratadas, desenvolvem condições médicas graves e, às vezes, fatais, incluindo alterações cardíacas, digestivas e neurológicas ou associadas que podem exigir tratamento específico. Se não for tratada, a infecção é vitalícia. Se tratada, a chance de progressão pode ser reduzida, porém, a eficácia é variável e não bem definida (Sousa *et al.*, 2024).

A implementação de iniciativas reais e contundentes de cuidado e vigilância são essenciais. Torna-se ainda mais evidente considerando que aproximadamente 90% dos indivíduos afetados pela doença de Chagas não têm um diagnóstico estabelecido e que apenas 1% das pessoas que foram diagnosticadas com a doença de Chagas são submetidas ao tratamento etiológico 2-4.

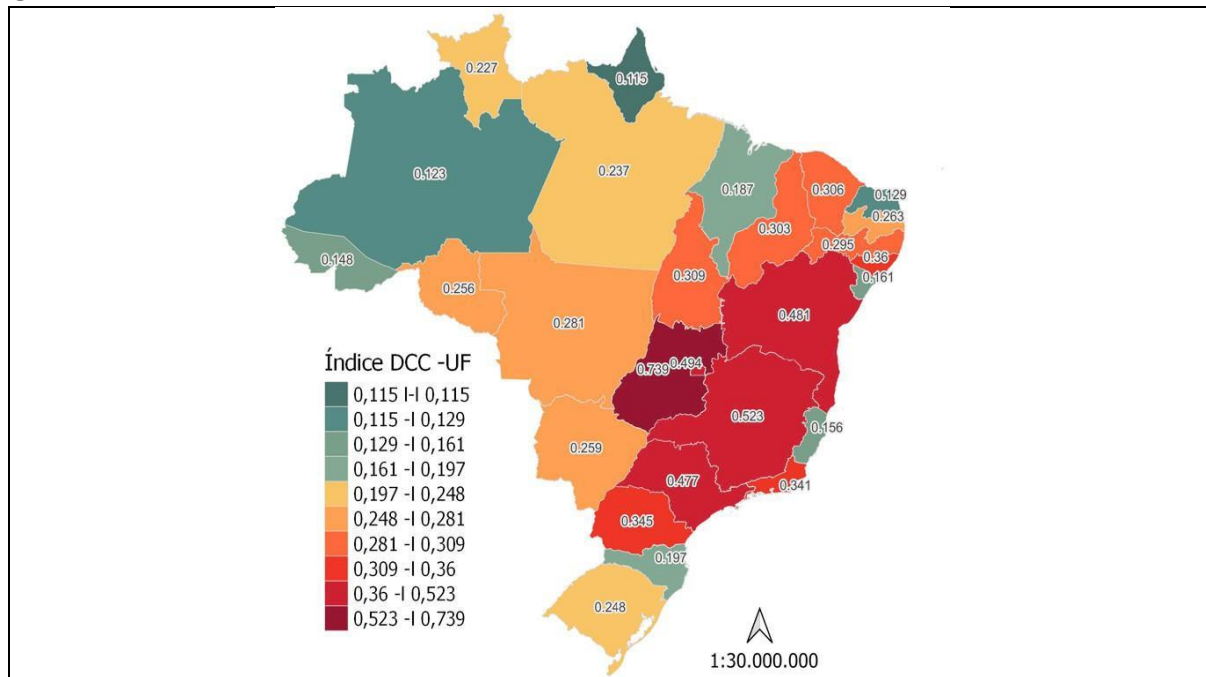
O Brasil é um dos principais países endêmicos (Brasil, 2023d). No entanto, são poucas as informações sobre a magnitude dessa doença. Apenas em 2020 houve um grande avanço neste segmento, que foi a inserção da doença de Chagas compulsória (DCC) como notificação compulsória nacionalmente, via Portaria nº 1.061, de 18 de maio de 2020. Até então, somente a fase aguda estava incluída na Lista Nacional de Doenças de Notificação Compulsória e Imediata, limitação que contribuiu para o silenciamento desta doença (Brasil, 2020).

A figura 1 traduz regiões com diferentes riscos relacionados à ocorrência

de casos de DCC no Brasil, com diferentes Unidades Federadas, por exemplo, o estado da Bahia, com alto risco para o reconhecimento de pessoas acometidas, muitas sem diagnóstico e tratamento etiológico.

No que se refere à transmissão vertical, atualmente, a infecção congênita da doença de Chagas pode ser vista como um dos maiores desafios no país. Estimativas de prevalência indicaram 34.629 gestantes com a infecção por *T. cruzi* na América Latina (prevalência de 1,1%) e uma média de 589 crianças nascendo com infecção congênita (taxa de transmissão 1,7%), em 2010 (Brasil, 2023c). Essa estimativa assemelha-se à realizada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)/OMS: de 571 casos ao ano de infecção congênita no Brasil para o período (Brasil, 2023c). Ainda para o mesmo autor, existem muitas intervenções que podem ser realizadas para prevenir a transmissão da doença de Chagas de mães para filhos/as. Possivelmente, a estratégia mais eficaz é diagnosticar e tratar mulheres em idade fértil antes de engravidar (Brasil, 2023c).

Figura 1 - Distribuição dos subíndices e índice de vulnerabilidade para DCC, por Unidade Federal e Distrito Federal



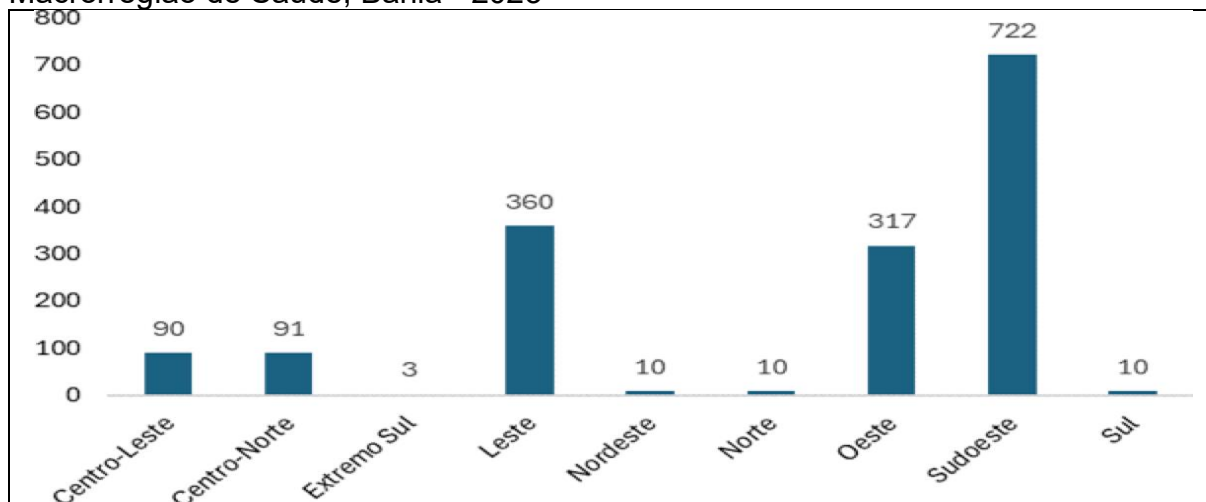
Fonte: Brasil, 2022.

A Bahia é um estado de reconhecida vulnerabilidade para a doença de Chagas, dado o exposto na figura 1. Assim, é importante ressaltar que este Estado possui uma ampla distribuição de espécies de triatomíneos, sendo que 26 das 63

espécies encontradas no Brasil estão presentes no estado. Os casos confirmados de DCC na Bahia, com o início da notificação em 06 de janeiro de 2023, totalizam 1.687. Após a qualificação do banco de dados e a exclusão de registros duplicados, obteve-se o registro de 1.613 casos, dos quais, 349 casos foram diagnosticados no ano de 2023 (Bahia, 2024).

Com base nos dados de distribuição por macrorregião de saúde de residência, em 2023, foram registrados os seguintes números de casos: Centro Leste (90; 5,6%), Centro Norte (91; 5,6%), Extremo Sul (3; 0,2%), Leste (360; 22,3%), Nordeste (10; 0,6%), Norte (10; 0,6%), Oeste (317; 19,7%), Sudoeste (722; 44,8%) e Sul (10; 0,6%). É evidente, diante disto, que as regiões Leste, Oeste e Sudoeste apresentaram o maior número de casos relatados da doença (Gráfico 1). Este estudo foi realizado em Vitória da Conquista, que está inserida na região sudoeste do estado da Bahia, fazendo parte da macro região de maior expressão para casos notificados de doença de Chagas Crônica.

Gráfico 1 - Número de casos notificados de Doença de Chagas Crônica, por Macrorregião de Saúde, Bahia - 2023



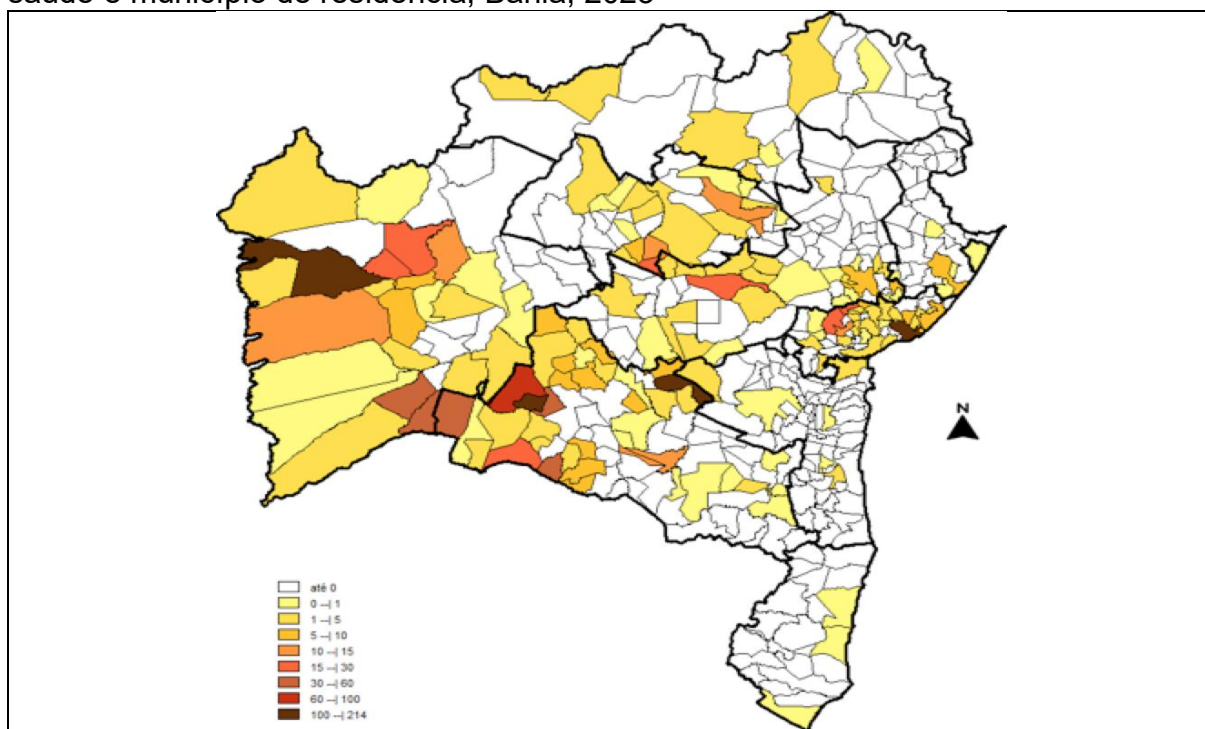
Fonte: Bahia, 2024.

No que se refere aos aspectos sociodemográficos dos óbitos notificados, quanto à proporção, segundo raça/cor, 88,2% (30/34) ocorreram na população preta e parda. Quanto ao número de óbitos por sexo, houve uma discreta predileção para o sexo masculino, 52,9% (18/34). A faixa etária dos óbitos mais afetada foi de pessoas entre 65 e 79 anos, independente do sexo.

No que diz respeito à distribuição dos casos de DCC, de acordo com o

município de residência, os que realizaram o maior número de notificações em 2023 foram: Salvador, 13,3% (214/1613) (Macrorregião Leste); Matina, 11,3% (182/1613); Barra da Estiva, 7,7% (124/1613); Riacho de Santana, 6,0% (97/1613) (todos, municípios da Macrorregião Sudoeste); Barreiras, 6,3% (102/1613) (Macrorregião Oeste). Ressaltamos que, dos 417 municípios baianos, 260 ainda não realizaram nenhuma notificação de caso de DCC em 2023 (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição dos casos de Doença de Chagas Crônica por macrorregião de saúde e município de residência, Bahia, 2023



Fonte: Bahia, 2024.

2.4 Conhecimentos, atitudes e práticas associadas à doença de Chagas

Uma pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) é conduzida para investigar o comportamento humano relacionado a um determinado tópico. Ela identifica o que as pessoas sabem (conhecimento), como elas se sentem (atitude) e o que elas fazem (prática) (Vandamme, 2009). Logo, uma pesquisa CAP é um estudo que representa uma população específica a fim de obter dados a respeito de um determinado tema, sobre o que é conhecido, acreditado e executado. Nesse estudo, direciona-se à doença de Chagas.

A busca proposta é que os resultados reflitam de forma precisa as

características e comportamentos da população alvo do estudo, levando-se em consideração diferentes aspectos. Embora o estudo CAP seja uma metodologia valiosa para a pesquisa, sobretudo na área na saúde, ainda assim, há um número pouco expressivo de publicações utilizando esta metodologia (Chariglione, 2020). Destacamos que para doenças negligenciadas a lacuna é ainda maior.

O fato de demandar o uso de materiais e métodos específicos, incluindo o uso de questões mais alinhadas à avaliação das percepções das pessoas, vontade e capacidade de investir e participar, torna-se uma prática complexa, árida e ao mesmo tempo instigante. Os estudos CAP oferecem amplas possibilidades de pesquisa e intervenção em saúde, com interfaces com programas de prevenção, promoção e educação em saúde.

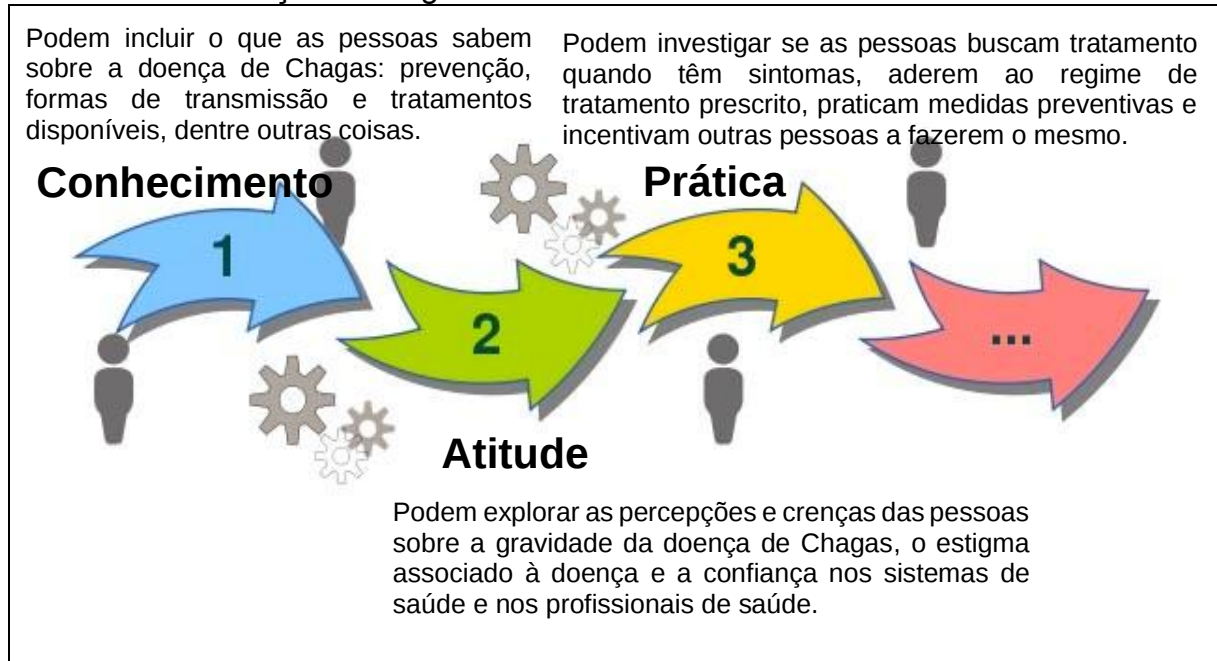
Dessa forma, o estudo CAP busca, na maioria das vezes, coletar dados sobre o que diferentes pessoas sabem sobre a doença, o que as pessoas acreditam ou como se sentem em relação à doença e como agem ou se comportam no que se refere à doença. Trazendo mais elementos a essa discussão, Marinho *et al.* (2003) e Kaliyaperumal (2004) corroboram com o que está acima descrito quando dizem que:

- Conhecimento – Significa recordar fatos específicos (dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte) ou a habilidade para aplicar fatos específicos para a resolução de problemas ou, ainda, emitir conceitos com a compreensão adquirida sobre determinado evento;
- Atitude – É essencialmente ter opiniões. É, também, ter sentimentos, predisposições e crenças relativamente constantes, dirigidos a um objetivo, pessoa ou situação. Bem como preconceitos que podem permear o tema;
- Prática – É a tomada de decisão para executar a ação. Relaciona-se aos domínios psicomotor, afetivo e cognitivo – dimensão social.

Portanto, parte-se do princípio de que o nível da compreensão da população sobre as questões de saúde é muito heterogêneo e de que os aspectos culturais, socioeconômicos, demográficos, entre outros possivelmente são determinantes nestes conhecimentos, nas atitudes, nas práticas e percepções sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e busca pelo cuidado e por melhores condições de vida (Oliveira *et al.*, 2020). Traçando um paralelo entre a teoria e a prática, o protocolo CAP, relacionando-se a doença de Chagas, poderia assim ser representado

na figura 3. Contextualizando conhecimentos, atitudes e práticas com relação à doença de Chagas, teríamos esse resultado:

Figura 3 - Processos relacionados aos estudos de Conhecimento, Atitude e Prática associados à doença de Chagas



Fonte: Oliveira *et al.*, 2020.

Os dados da pesquisa CAP são essenciais para nortear o trabalho que está sendo realizado sobre um determinado agravo em um dado local, tendo em vista a importância de uma pesquisa desta natureza para identificar as lacunas de conhecimento, ou seja, possibilita a identificação do que a população / profissionais / gestores ainda não sabe sobre a doença de Chagas, permitindo a criação de campanhas educativas direcionadas, além de processos formativos. A compreensão das atitudes e crenças pode revelar barreiras sociais e culturais ao diagnóstico e tratamento eficazes. E, por fim, é possível analisar as práticas de saúde, confrontar com as recomendações de saúde pública e avaliar se estão adequadas (Andrade *et al.*, 2020).

A partir da pesquisa CAP, pode-se refletir acerca de algumas questões que possivelmente influenciam o comportamento e que não são conhecidas pela maioria das pessoas, razão que gera uma atitude e, por consequência, determina um comportamento. Uma pesquisa CAP sobre doença de Chagas é uma ferramenta essencial para entender melhor como a população e os profissionais veem e lidam com a doença. Além disso, permite levantar informações que são cruciais para a

elaboração de programas de saúde pública mais eficazes e para a implementação de políticas de saúde baseadas em evidências.

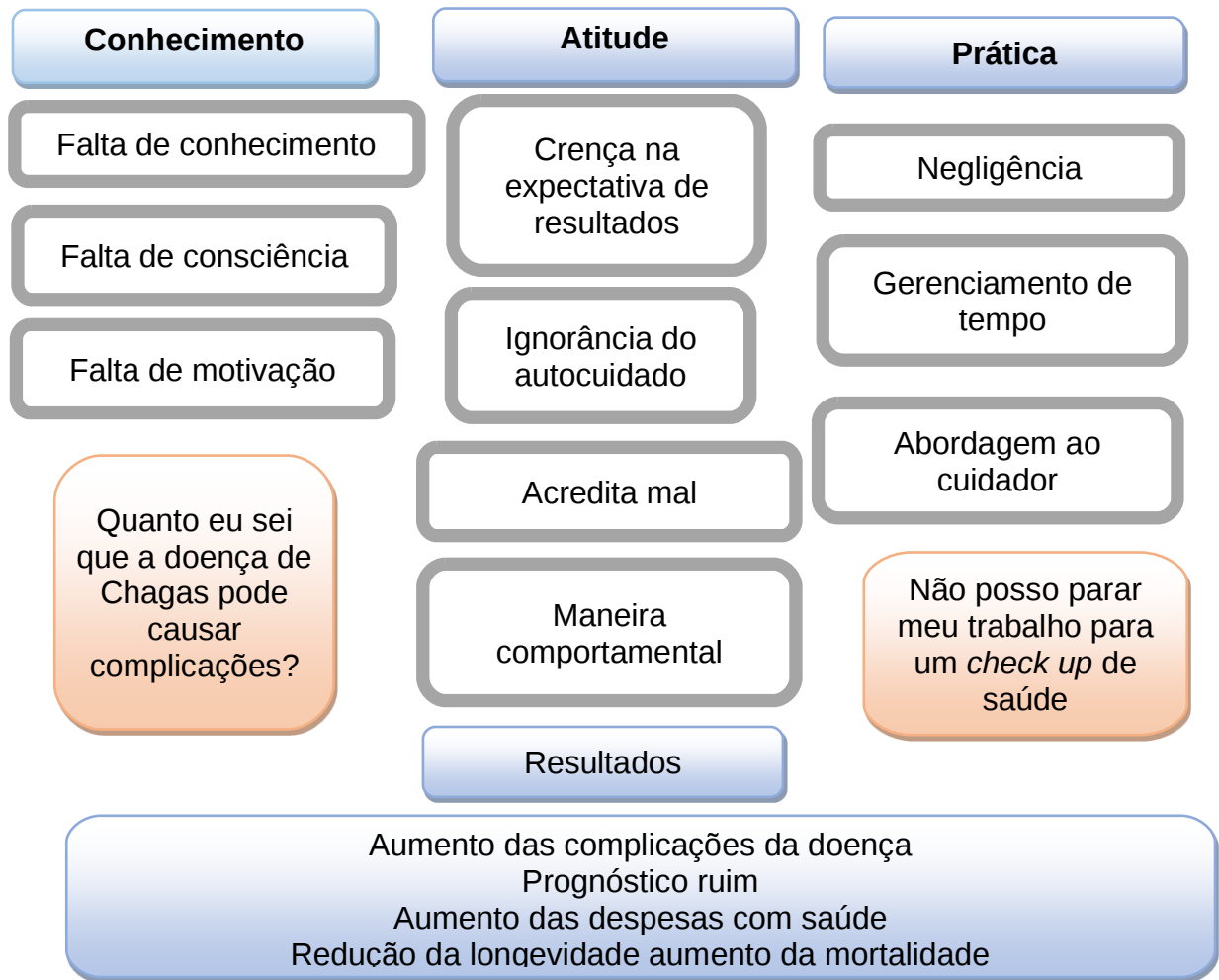
Ademais, a referida metodologia também pode ser utilizada para o diagnóstico da comunidade após ações educativas, verificando-se as mudanças incorporadas nos níveis de conhecimento, atitude e prática, a fim de levar a um processo mais eficiente de conscientização do tema abordado, uma vez que irá permitir um programa de vigilância adaptado mais adequadamente às necessidades da comunidade (Santos; Cabral; Augusto; 2012).

Pesquisadores dizem que há três objetivos diferentes nas pesquisas CAP. Embora cada um desses objetivos tenha um foco específico, eles se sobrepõem parcialmente porque todos dependem da coleta e análise de dados sobre CAP, segue descrição.

- Diagnóstico e Planejamento de Intervenções: os dados coletados para descrever a situação atual também fornecem *insights* que são essenciais para planejar intervenções eficazes. A descrição detalhada do estado atual ajuda a identificar áreas problemáticas que precisam ser abordadas;
- Planejamento de Intervenções e Avaliação de Eficácia: as mesmas intervenções projetadas com base nos *insights* das pesquisas CAP podem ser avaliadas posteriormente para verificar sua eficácia. Os dados iniciais servem como uma linha de base contra a qual as mudanças são medidas;
- Diagnóstico e Avaliação de Eficácia: é imprescindível avaliar as mudanças que ocorrem após a implementação de uma intervenção. Sem um diagnóstico inicial, seria difícil medir a eficácia de qualquer programa ou intervenção (Santos; Cabral; Augusto, 2012).

Em vista aos argumentos apresentados, é fundamental avaliar os níveis de conhecimento, atitude e prática de uma determinada população, almejando contribuir no processo de criação de sua consciência crítica e na autonomia da gestão do seu processo de saúde-doença (Figura 4), haja vista que possibilita o reconhecimento das reais necessidades ou problemas da comunidade, o que permite uma adaptação das possíveis intervenções.

Figura 4 - Processo sequencial do protocolo CAP



Fonte: Podder, Srivastava e Kumar, 2020.

O modelo de pesquisa de CAP parte do pressuposto de que um comportamento em saúde se prende a um processo sequencial: tem origem na aquisição de um conhecimento cientificamente correto, que pode explicar a formação de uma atitude favorável e a adoção de uma prática de saúde (Paiva; Motta; Griep, 2010).

Na pesquisa nacional intitulada Pesquisa de CAP na população brasileira, realizada em 2008, observamos, em uma amostra de 8.000 indivíduos entre 15 a 64 anos, que a metodologia CAP possibilita nortear estratégias intervencionistas, sendo de grande relevância para o monitoramento da epidemia e para o controle das DST/AIDS/HV, visto que subsidiou as principais campanhas da grande mídia e ações de prevenção nos últimos anos no país. Além disso, permitiu o cálculo de estimativas confiáveis quanto ao tamanho de algumas populações que correm maior risco de contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), fundamentais para o adequado

monitoramento da epidemia de AIDS no Brasil, tais como: homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e mulheres profissionais do sexo (Brasil, 2011).

É notório, portanto, que as pesquisas CAP são ferramentas versáteis e fundamentais para a saúde pública e outros campos, pois oferecem uma base sólida para diagnóstico, planejamento de intervenções específicas e avaliação da eficácia dessas intervenções. Os três objetivos principais – diagnóstico, aumento de *insights* para planejamento de intervenções e avaliação de eficácia – são interligados, cada um contribuindo para uma compreensão mais completa e para a melhoria contínua das estratégias de saúde pública.

Assim, o estudo CAP facilitará para que possamos compreender a despeito do que as pessoas acometidas pela doença de Chagas sabem/conhecem, como se sentem e como se comportam no seu processo saúde/doença.

2.5 Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais

A educação em saúde surgiu nos Estados Unidos da América, em 1909, como uma ferramenta promotora de saúde e prevenção de doenças. No entanto, os pressupostos que inicialmente nortearam essa prática foram os seguintes: os problemas de saúde devem ser prevenidos pelo esforço individual e pela adesão a hábitos corretos de vida; os problemas de saúde da população decorrem da falta de informação; e a educação deve ser concebida como a transmissão de conteúdos neutros e descontextualizados, com instrumentos puramente médicos (Alves; Aerts, 2011). Dado o exposto, as estratégias utilizadas até aqui pressupõem uma transmissão verticalizada do conhecimento, desconsiderando aspectos relevantes sobre pessoas e suas histórias, territórios, modos de vida, crenças, aspectos socioeconômicos e subjetividades.

No Brasil, a educação em saúde recebe o nome de educação sanitária e seu surgimento se dá em função da necessidade iminente do Estado em conter as epidemias de doenças infectocontagiosas que assolavam a população. Estas epidemias eram fruto da condição precária social/econômica e, conseqüentemente, de saúde a qual o povo estava submetido.

A ideia de uma pedagogia higiênica surgiu no Brasil na segunda metade do século XIX, sendo a população-alvo dessa prática as famílias da elite. Seu objetivo

era de europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira, transformando, desse modo, o perfil sanitário da antiga família colonial, composta de agregados, escravos, domésticos e serviçais, em uma instituição conjugal e nuclear marcada pelo sentimento de privacidade. Tal fato alimentou, indiretamente, ideologias racistas e preconceituosas, servindo para a manutenção da exploração das classes subalternas, em nome da superioridade racial e social das elites brancas. Para a outra parcela da população, restava apenas o instrumento de coerção da polícia, do recrutamento militar ou dos espaços de segregação higiênica das prisões. Nesta época, ainda não interessava ao Estado mudar o padrão sanitário das camadas chamadas “desclassificadas” (Polignano, 2007).

Este modelo de intervenção ficou conhecido como “campanhista” e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificavam os meios. Nele, o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (Polignano, 2007).

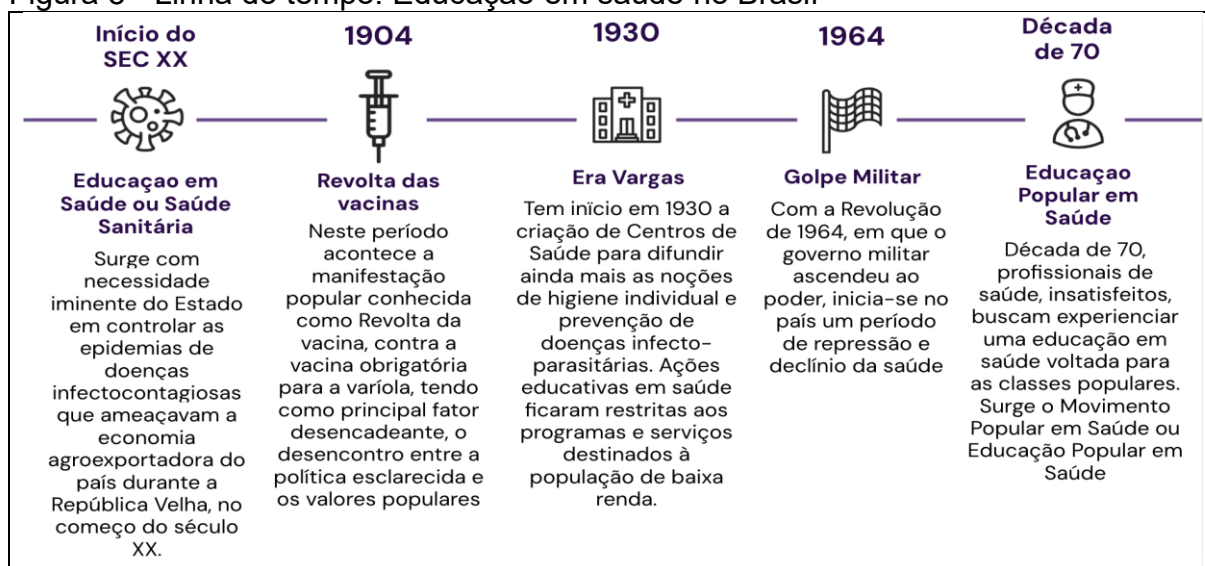
Corroborando com o que está posto, Paulo Freire diz que o método de educação empregado neste momento da história era a mera transmissão de conhecimentos sem reflexão crítica, conhecido como “educação bancária”. Este método ficou assim denominado porque na visão dos professores a mente do educando era como um banco no qual o educador deposita conhecimentos para serem arquivados (decorados) sem serem questionados a respeito do seu teor. Assim, o conteúdo desse tipo de educação é dissociado da realidade do educando, servindo apenas para manter a dominação sobre a massa (Freire, 2004).

O Estado identificava até então a ignorância e a falta de informação da população como causa para a existência das doenças. Desta forma, a população era concebida como a única causadora dos males de saúde que assolavam as grandes cidades. A educação, em relação à saúde, tinha papel marginal. Eram distribuídos folhetos avulsos, denominados *Conselhos ao Povo*, sobre os meios para se evitar doenças.

Ainda conforme Carvalho (2004), convém lembrar que nesse período da história, conhecido por muitos autores como “despotismo sanitário”, a população não era persuadida ou sensibilizada sobre os benefícios da vacina ou sobre higiene, ela tinha que acatar as ordens. Os lares e os corpos eram violados para se fazer a vacina obrigatória, sem respeito aos valores de ordem moral da população, já que as mulheres e os filhos ficavam sozinhos em casa enquanto o marido estava no trabalho,

sendo o lar invadido por estranhos (Carvalho, 2004). A figura 5 apresenta uma breve linha do tempo relacionada à educação em saúde no Brasil.

Figura 5 - Linha do tempo: Educação em saúde no Brasil



Fonte: Gomes e Merhy, 2011.

O lento processo de abertura política do país se deu a partir da segunda metade da década de 1970. Nesta mesma época, apareciam novos movimentos, dentre os quais, os profissionais da área da saúde se sentiam pertencidos. Muitos desses movimentos buscavam estabelecer uma relação menos vertical entre os profissionais e a sociedade, motivados pelos ideais da educação popular, os quais foram sistematizados, inicialmente, por Paulo Freire.

O processo de reforma sanitária se deu por meio de várias lutas políticas e institucionais que se intensificaram durante toda a década de 1980. Em segundo plano, diversos profissionais da saúde que ali estavam assumiram posição de liderança na gestão, o que potencializou ainda mais o processo de reforma que resultou na VIII Conferência Nacional de Saúde, grande marco político, em 1986.

Nesse ínterim, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal. Esta declara, no seu art. 196, que a saúde é um direito universal. Além disso, responsabiliza o Estado pela realização de políticas públicas intersetoriais que a garantam (Brasil, 1988) Sob essa influência, surgem, em 1991, movimentos sociais liderados por profissionais de saúde, pesquisadores e lideranças que se alicerçaram nos princípios da educação popular. Vale destacar que este movimento representa, no campo da saúde, o aporte do pensamento freiriano.

É de fundamental importância destacar a concordância que havia entre as ideias de Paulo Freire e os participantes dos movimentos. No atual governo, por meio do Ministério da Saúde, a educação popular em saúde tem ganhado destaque na construção de políticas, bem como com a criação de um grupo de trabalho específico junto à Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), órgão que congrega as entidades acadêmicas brasileiras que produzem no campo da saúde coletiva (Gomes; Merhy, 2011).

Educação popular em saúde compreende uma rede coletiva e dinâmica e articulada em suas capilaridades. Nesses movimentos foram sendo formuladas novas maneiras de se compreender e de realizar processos educativos no setor saúde.

A educação em saúde é, muitas vezes, entendida como um modo de fazer as pessoas do povo mudarem seus hábitos para assimilarem práticas higiênicas e recomendações médicas que evitariam o desenvolvimento de um conjunto de doenças. Entretanto, para os autores que se baseiam na educação popular, educar para a saúde é justamente ajudar a população a compreender as causas dessas doenças e a se organizar para superá-las. A educação popular toma como ponto de partida os saberes prévios dos educandos. Esses saberes vão sendo construídos pelas pessoas à medida que elas vão seguindo seus caminhos de vida, sendo fundamentais para que consigam superar, em diversas ocasiões, situações de muita adversidade. A educação popular faz uma aposta pedagógica na ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos à proporção que eles sejam, por meio do exercício da participação popular, produtores de sua própria história.

A educação popular, além de permitir a inclusão de novos atores no campo da saúde, fortalecendo a organização popular, permite também que as equipes de saúde ampliem suas práticas, dialogando com o saber popular. Processo essencial para as comunidades acometidas por doenças negligenciadas.

A educação popular em saúde, assim, busca empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos têm a enriquecer reciprocamente.

Protagonizado por múltiplos atores da sociedade civil (movimentos sociais, profissionais que atuam nos serviços de saúde, professores e pesquisadores de universidades, educadores populares e agentes populares de saúde), o processo de construção tem como base a reflexão sobre o estado da arte das práticas de educação

em saúde nos serviços e a formulação de proposições com possibilidades de transformar tais práticas (Brasil, 2007). Desse modo, as trocas são permeadas pelo saber popular, o qual encontra o saber científico. Ademais, considera-se a educação em saúde como prática em que existe a participação ativa da comunidade, proporcionando informação, educação sanitária e aperfeiçoamento das atitudes indispensáveis para a vida (Brasil, 2007).

A educação popular em saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a intensificação da participação popular, radicalizando a perspectiva democratizante das políticas públicas (Gomes; Merhy, 2011).

A educação popular em saúde e a pedagogia da libertação de Paulo Freire têm uma relação profunda e significativa, ao passo que as abordagens compartilham princípios fundamentais que visam empoderar indivíduos e comunidades por meio de processos educativos críticos e participativos, como: a conscientização e o empoderamento; o diálogo e a participação ativa; a contextualização do ensino e a relevância cultural; a transformação social; a educação como prática e a liberdade. Na prática, a Educação popular em Saúde, inspirada pela Pedagogia da Libertação, poderá incluir atividades como: *Workshops* e grupos de discussão; a formação de lideranças comunitárias; e campanhas de conscientização que abordem determinantes sociais da saúde e empoderem a comunidade a reconhecer como direito melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde (Gomes; Merhy, 2011).

É de fundamental importância que as demandas que emergem no território tenham uma relação direta, de livre acesso, com os serviços de saúde, através de práticas que promovam a participação ativa, a capacitação comunitária, a conscientização crítica e a colaboração estreita entre a comunidade e os profissionais de saúde. Ao empoderar a comunidade e garantir que suas vozes sejam ouvidas, é possível criar um sistema de saúde mais inclusivo, equitativo e responsivo às necessidades de todos, um território vivo. Indivíduos empoderados serão mais capazes de acessar recursos, defender seus direitos e influenciar políticas públicas que afetem suas vidas, reduzindo, assim, sua vulnerabilidade e, por conseguinte, as condições de pobreza. Elementos essenciais para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa. Corroborando com o que está posto, Carlos Rodrigues Brandão afirma que a Educação Popular não almeja criar sujeitos subalternos

educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa participar do esforço que já faz hoje as categorias de sujeitos subalternos - do índio ao operário do ABC Paulista - para que a organização do trabalho político, passo-a-passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos (Brandão, 1982).

No Brasil, a partir da Constituição Federal em 1988, surge uma nova perspectiva nas relações entre os setores da sociedade, passa a existir uma inserção popular, bem como o início do provimento da cidadania. Nesse momento, a educação em saúde assume um importante papel para a transformação social, aninhada às lutas sociais em conformidade com as equipes de saúde (Alves; Aerts, 2011).

Buscando modificar essa realidade, a ESF tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada a pessoas e grupos populacionais. A ESF visa trabalhar com o modelo de vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular e a criação de parcerias intersetoriais, assim como responsabilizando a equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais. Procura ainda reorientar as ações de saúde, com ênfase às práticas de educação e promoção da saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada.

Dentre tantas ações implementadas pela Atenção Básica está a educação em saúde, na perspectiva de prática social, assumindo um novo papel como estratégia para o cuidado. Remete-se a um processo mobilizador para gerar reflexões, questionamentos, empatia e consciência crítica sobre o seu processo de cuidado. Destarte, na perspectiva de Alves e Aerts (2011), a educação em saúde parte da maneira como as pessoas vivem e entendem a vida e com negociações cotidianas, nas quais cada um torna a vida social possível. A formação profissional, portanto, deveria valorizar as ações coletivas promotoras da saúde e desencadear um processo de reflexão crítica nos sujeitos envolvidos nas relações de ensino-aprendizagem.

É importante notar que não existe dicotomia entre educação e saúde e que ambas estão em uma relação dialética, contribuindo para a integralidade do ser humano. O SUS apresenta como um de seus compromissos e desafios a necessidade permanente de fomento às políticas de desenvolvimento para trabalhadores/as que integram seu cenário, propondo, para tal, um processo permanente de aprendizado pelo trabalho. Este fato projeta possibilidades de desconstrução/construção de novos

valores, ideais e lutas para produzir mudanças de práticas, de gestão e de participação social.

Isso posto, pode-se então concluir que para implementar uma educação em saúde que possa fazer sentido, pensando, por exemplo, na vigilância entomológica, faz-se necessário o envolvimento minimamente dos profissionais de saúde, incluindo médicos/as, enfermeiros/as, técnicos/as de enfermagem, cirurgiões/ãs-dentistas, psicólogos, assistentes sociais e outros/as profissionais que atuam na área da saúde (Falkenberg *et al.*, 2014). Este coletivo é responsável por facilitar o processo de comunicação/educação em saúde a partir da demanda da população.

Do mesmo modo, é essencial o envolvimento da comunidade, constituinte das práticas da educação/comunicação em saúde. As pessoas da comunidade devem ser orientadas sobre a doença, os sintomas, as formas de transmissão e as medidas preventivas que podem ser adotadas, a partir do seu conhecimento prévio sobre o assunto. Além disso, devem ser incentivadas a participar ativamente das ações de prevenção, promovendo a eliminação de criadouros do vetor e adotando hábitos saudáveis. Por fim, é essencial envolver agentes multiplicadores, que são pessoas que atuam como intermediárias entre os profissionais de saúde e a comunidade (Falkenberg *et al.*, 2014).

Temos como base o estudo de Mora-Criollo *et al.* (2023) com adolescentes no Equador. Esta pesquisa buscou avaliar o conhecimento e as atitudes dos jovens em relação à doença de Chagas com programas de intervenção anteriores da *Healthy Living Initiative* (HLI). Como resultado, constatou-se que os jovens estavam interessados em ser agentes de mudança, tanto aprendendo mais sobre a doença de Chagas quanto adotando práticas para limitar a infestação. Eles disseram que se lembraram de estratégias por meio de brincadeiras, sendo significativas pois fizeram com que desejassem a mudança. O primeiro tema indica uma disposição dos jovens em se envolver; e o segundo sugere uma melhor maneira de encorajar esse envolvimento. Ou seja, os participantes estavam dispostos a aprender sobre a doença de Chagas. Ademais, também expressaram seu interesse em compartilhar informações com outros membros da comunidade.

Apesar de o Ministério da Saúde do Brasil apontar para o fato de que a educação em saúde deve partir de, no mínimo, uma intenção entre gestores/as, profissionais e usuários/as, as estratégias utilizadas ainda são marcadas por

distanciamentos cristalizados nestas relações. Este fato é danoso, uma vez que educar para a saúde deve envolver a compreensão de projetos de pessoas/sociedades e das diferentes visões. Visões que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas educativas e na sua incorporação ao seu modo de vida (Moya; Moretti, 1997).

Assim, pode-se refletir acerca de algumas questões que sugerem um enfrentamento a esses modelos que não priorizam a educação/comunicação em saúde, prioritariamente na APS. Destarte, na perspectiva de Machado e Ximenes Neto (2018), após quase 30 anos de SUS, ainda perduram dificuldades para o desenvolvimento de práticas integrais de prevenção de riscos, agravos e doenças e de promoção da saúde, seja no cuidado, na assistência e na atenção à saúde às famílias e comunidades nos diferentes espaços do território brasileiro.

Portanto, faz-se mister uma competente educação na saúde, como diretriz para a qualidade do cuidado, devendo esta ser pautada com base nos determinantes sociais da saúde; nas necessidades da população e de grupos vulneráveis; e no perfil epidemiológico loco regional, com vivências teórico-práticas voltadas para a realidade local e um currículo que permita a inserção do estudante de graduação em cenários de práticas, desde o primeiro semestre da universidade (Machado; Ximenes Neto, 2018).

Em consonância a essa ideia, investimentos na formação dos profissionais de saúde devem ser instituídos, assim como ações concretas de educação permanente para mudanças nas práticas de saúde, como questão essencial a ser discutida como política de formação para o fortalecimento do SUS. A educação permanente é o encontro entre o mundo da formação e do trabalho, no qual o aprender e o ensinar incorporam-se ao cotidiano das organizações. A educação permanente se organiza baseada nas pautas emergentes no fazer diário no ambiente da saúde. Desse modo, procura dar conta das demandas que emergem a partir das mudanças que vão surgindo. Posto isso, compreende-se que a educação permanente atua como dispositivo de aproximação entre o cotidiano do profissional do SUS e as necessidades da população. Além disso, convoca a participação de todos os atores sociais envolvidos neste processo com o intuito de aumentar a qualidade dos serviços prestados (Brasil, 2018b).

Assim, para que a educação permanente seja efetiva e faça sentido nas organizações de saúde, a comunicação deve partir de uma rede comunicante com

diversos interlocutores e protagonistas que caminham no sentido da construção do conhecimento pautado nas demandas reais e significativas em saúde.

Em vista dos argumentos apresentados, este estudo adotou o conceito de educação popular em saúde, dada a característica crítica, reflexiva e construtivista, com perspectivas de trabalho com a comunidade buscando engajamento e participação social. A carta aberta escrita pelo coletivo que compunha o Fórum Social Brasileiro de Enfrentamento das Doenças Infecciosas e Negligenciadas (FSBEIN), realizado em 2023, em Salvador-BA, no 58º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (MEDTROP), que tinha como tema: *Desafios para medicina Tropical no Século XXI, como enfrentá-los?*, reiterou, à luz dos pilares de justiça social, igualdade, equidade e participação de diferentes agentes sociais, o papel do FSBEIN na busca pela efetivação da saúde enquanto um direito de todas as pessoas e um dever do Estado. Segue um trecho da carta, em seu eixo 3, referente à Educação em Saúde:

- Reafirmar a necessidade de garantia e ampliação do financiamento público adequado e sustentável voltado para as políticas de educação em saúde no país como um direito;
- Ressaltar a importância de garantia da maior participação social, engajamento e protagonismo das pessoas acometidas por DTNs e de outros atores envolvidos com o tema, no processo de tomada de decisão sobre o desenvolvimento de ações de educação em saúde com vistas à participação ativa, reflexiva e transformadora das práticas nas diferentes realidades sociais do país;
- Reiterar a relevância estratégica das universidades públicas dentro do plano de desenvolvimento do país enquanto espaços democráticos e com autonomia de ensino, pesquisa e extensão particularmente em sua aproximação com territórios e comunidades vulnerabilizados a partir de iniciativas de ensino, pesquisa e extensão;
- Fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do país como estratégia para fortalecimento do SUS, nos diversos contextos territoriais e operacionais, articulando atenção, cuidado e vigilância nos processos de trabalho em territórios vivos;

- Promover a educação em saúde na temática de Doenças Tropicais Negligenciadas como ação estratégica fundamental nos ensinamentos fundamental, médio, técnico e superior. Neste caso, no âmbito das diretrizes curriculares para a formação em cursos de graduação, como também no processo formativo na pós-graduação (*lato e stricto sensu*) e profissional, de modo integrado com práticas emancipatórias de promoção da saúde;
- Promover a inserção de temáticas inter e transdisciplinares afeitas à determinação social do processo saúde-doença de Doenças Tropicais Negligenciadas no âmbito das matrizes curriculares dos cursos universitários, sobretudo aqueles relacionados ao campo da saúde. Assim como manter claras perspectivas intersetoriais e de equidade, incluindo aspectos relativos a gênero, raça/cor, religião, orientação sexual, etnicidade, entre outros elementos interseccionais;
- Reafirmar o papel estratégico do Comitê Interministerial para Eliminação da Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS) almejando o fortalecimento das políticas públicas de educação em bases transformadoras e o desenvolvimento humano e social no país;
- Promover ações de educação, comunicação e informação em saúde que possibilitem acesso e compreensão ampliados da sociedade em geral sobre temáticas que transversalizam dimensões amplas acerca de Doenças Tropicais Negligenciadas;
- Reiterar a relevância do “olhar” ampliado para a Saúde Única (*One Health*) nas ações de educação voltadas para Doenças Tropicais Negligenciadas, em todas as suas dimensões e escopos formativos, incluindo a educação popular em saúde, a formação técnica e universitária, a educação permanente em saúde e os processos formativos em pós-graduação;
- Estimular o desenvolvimento de ações de educação em saúde contextualizadas às realidades de cada território vivo no SUS, reconhecendo, valorizando e qualificando o processo de trabalho em equipe, particularmente no âmbito da atenção primária à saúde, tanto como porta de entrada do sistema quanto coordenadora do cuidado;

- Ampliar a inserção de lideranças e movimentos sociais em Doenças Tropicais Negligenciadas nos processos de educação em saúde e de pessoas em diferentes modalidades, incluindo a educação popular em saúde, a formação técnica e universitária, a educação permanente em saúde e os processos formativos em pós-graduação;
- Fortalecer o processo de formação de conselheiros/as em saúde nas temáticas relativas a Doenças Tropicais e Negligenciadas, assim como de lideranças de movimentos sociais na perspectiva de termos maior participação social, empoderamento, protagonismo e formação de agentes sociais e outras pessoas multiplicadoras no país, com foco também na superação do estigma;
- Fortalecer o papel de centros de referência em Doenças Tropicais e Negligenciadas no desenvolvimento de ações de educação no SUS dentro das rotinas instituídas nesses serviços, inclusive no processo de matriciamento junto à atenção primária à saúde e de formação de grupos de autocuidado;
- Estimular o desenvolvimento de materiais educativos que contextualizem as diferentes realidades locais e com a superação do modelo biomédico restritivo ao alcance da complexidade do reconhecimento do processo saúde-doença como fenômeno social;
- Fortalecer o desenvolvimento de ações e materiais referenciais de comunicação e informação com vistas a fortalecer processos de educação no SUS, incluindo educação população, formação universitária e técnica e educação permanente em saúde;
- Reiterar a necessidade de maior alcance de estratégias pedagógicas de ensino-aprendizagem inovadoras que, para além da ampliação da implementação de ações educacionais em si, representam a garantia de qualidade para superar barreiras críticas de acesso e cuidado para pessoas acometidas com Doenças Tropicais Negligenciadas, de modo participativo e reflexivo em base ética e socialmente comprometida com a superação das desigualdades vigentes e com a transformação de práticas no SUS;

- Promover ações de educação permanente de profissionais da saúde que incluam necessariamente aspectos relativos à estigma e preconceito, riscos e vulnerabilidades, saúde mental e desinformação na sociedade, estando, por exemplo, associados às Doenças Tropicais Negligenciadas;
- Fortalecer o Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para Saúde no país, com a criação de processo específico para Doenças Determinadas Socialmente (DSS), com ênfase às Doenças Tropicais Negligenciadas;
- Propor a ampliação das atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) com foco para DSS, com ênfase às Doenças Tropicais Negligenciadas;
- Estimular a criação, o fortalecimento estrutural e a composição em redes de LIGAS acadêmicas em universidades que atuem com temáticas relativas às Doenças Tropicais Negligenciadas como ação estratégica potente de protagonismo e empoderamento no SUS, por meio de iniciativas de ensino, pesquisa e extensão;
- Reconhecer a importância de pesquisas estratégicas em DTN no SUS, particularmente as de referencial operacional e de implementação, como elemento propulsor para a educação alinhada ao desenvolvimento social e econômico do país;
- Fortalecer a tradução do conhecimento epidemiológico em DTN junto à sociedade em geral com vistas à superação da invisibilidade pela maior compreensão da situação atual dessas doenças quanto ao seu impacto no SUS, qualificando o engajamento, a participação social e, por fim, a maior qualificação da tomada de decisão em saúde, com programas e políticas públicas mais consistentes, custo-efetivas e eticamente aceitáveis.

Um passo na direção dessa reflexão é dado pelos autores Paiva e Ayres (2023), quando afirmam que a experiência da saúde pública já nos ensinou que não basta termos insumos seguros, eficazes e adequados para o que quer que seja, sejam vacinas, tratamentos e quimioprofilaxias. Quando os direitos humanos são desrespeitados e a sabedoria prática dos usuários é desconsiderada, criam-se vulnerabilidades em saúde. Por outro lado, se identificamos vulnerabilidades em

saúde, nelas estarão apontados desafios e oportunidades para a construção de uma sociedade mais justa, solidária e feliz.

2.6 Educação em saúde como processo político de fortalecimento social e protagonismo

Neste estudo, compreendemos educação em saúde como um processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, o que permite desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem a pessoa à prática da sua autonomia e emancipação como sujeitos históricos e sociais, sendo capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. Assim, cabe aqui introduzirmos a noção da potência que a educação em saúde representa como estratégia de promoção da saúde, como parte do processo de fortalecimento social, protagonismo individual e coletivo e consciência dos direitos à saúde (Machado *et al.*, 2007).

Um importante ponto de partida para tornar este processo transformador é a problematização (Osório; Schraiber, 2015). Afirma que não se trata apenas de compreender as similaridades e discordâncias, uma vez que a problematização consiste em identificar um problema ou uma questão relevante na realidade em que o sujeito está inserido, a partir de uma visão crítica e reflexiva. Em se tratando de doença de Chagas, a problematização pode ser feita a partir de questionamentos como: quais são as principais causas da doença de Chagas na região? Por que a população não adota medidas preventivas? Como o sistema de saúde pode melhorar o diagnóstico e o tratamento da doença? Como promover uma participação mais ativa da comunidade nas ações de prevenção, empoderamento, autocuidado, participação social e acesso ao diagnóstico e tratamento? A partir dessas questões, é possível desenvolver um processo de educação em saúde crítico e reflexivo que busca desvelar as reais necessidades da população e propor soluções que levem à transformação da realidade. Esse processo de problematização permite que as pessoas se tornem sujeitos ativos na construção de sua saúde e de sua comunidade, exercendo sua autonomia e sua capacidade de influenciar nas decisões de saúde.

De acordo com *World Health Organization*, a carta da 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, mais conhecida como Carta de Ottawa, promoção da saúde “é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para

atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO 1986 *apud* Brasil, 2021b, p. 8). Logo, a promoção da saúde é o ato de capacitar a comunidade para melhorar sua qualidade de vida e bem-estar, incentivando uma participação mais ativa no controle e nas decisões desse percurso. Para tanto, é necessário haver: garantia de direitos; liberdade para exercício pleno da cidadania; institucionalização de espaços para que as pessoas possam participar e decidir sobre as políticas públicas; acesso às condições necessárias à vida digna; proteção contra interesses predatórios internacionais; garantia da proteção para o trabalho; a não adoção de políticas austeras; entre outras medidas que devem ser capitaneadas pelos governos locais (Brasil, 2021b).

Neste sentido, incorpora na sua práxis valores como: solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria. Estes valores se constituem em uma combinação de estratégias, envolvendo vários atores: estado, comunidade, família e indivíduo (Machado; Ximenes Neto, 2018).

Diante disso, é relevante criar um espaço de diálogo em que os participantes possam expressar suas opiniões livremente, tornando o encontro uma oportunidade poderosa para reflexão crítica, reconhecimento dos riscos e vulnerabilidades, além de destacar a capacidade de resiliência e autonomia dos indivíduos envolvidos. Para Paulo Freire, “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados” (Freire, 1980, p. 69).

A incorporação da educação em saúde a partir desta lógica é necessária, principalmente quando se está diante de doenças negligenciadas, para as quais é essencial estabelecer mais do que um ensino, um ato de criar e transformar. Um ato capaz de romper com contextos de desigualdades sociais. A tendência tem sido de deslocamento de uma visão do ser humano entendido como máquina, em um modelo cartesiano, com visão do todo como soma das partes, passando a encará-lo como uma entidade multidimensional (Falkenberg *et al.*, 2014). Nessa acepção, a saúde não mais pode ser vista como uma situação estática, mas antes como um processo em permanente mudança ao longo da vida do próprio indivíduo. Desse modo, reafirmamos a importante contribuição do governo na instituição de políticas públicas que impliquem a participação da comunidade com papel de protagonismo e autonomia (Feio; Oliveira, 2015).

Educação e saúde são, portanto, duas faces do mesmo processo,

interdependentes e co-construtivas. Esses conceitos estão de tal forma imbricados que se pode, à semelhança de Oliveira *et al.* (2020), falar em redundância da expressão “educação em saúde”, já que, de fato, ambos os conceitos pressupõem um desenvolvimento da pessoa em todas as suas dimensões, a fisiológica, a emotiva, a afetiva, a volitiva, a racional, a ética, a espiritual, a social e a ecológica ou a comunitária (Feio; Oliveira, 2010).

No Brasil, Paulo Freire é o representante mais significativo da abordagem sociocultural. Nessa perspectiva (Freire, 1987), diz que o ser humano não pode ser compreendido fora de seu contexto; ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da contínua reflexão sobre seu lugar no mundo, sobre sua realidade. Em segundo plano, a metodologia construída por Paulo Freire sobre os signos e significados enfatiza a importância de uma educação que vai além da transmissão de conhecimento. Ela visa capacitar os alunos a interpretar, questionarem e transformarem os signos que encontram em sua vida diária, desenvolvendo uma consciência crítica que lhes permita entender e mudar sua realidade social.

Ainda segundo Freire (2011), o que se pretende investigar, realmente, não são os homens, como se fossem peças anatômicas, mas o seu pensamento-linguagem referido à realidade, os níveis de sua percepção desta realidade e a sua visão do mundo, em que se encontram envolvidos seus “temas geradores”.

Portanto, pensar em educação em saúde, em uma comunidade, implica em pensar em sua relevância, ou seja, o que é relevante conhecer, descobrir, construir, estimar, submeter-se, admirar e testar, a partir do que é relevante sobre uma determinada patologia. Na perspectiva de que todo esse processo se cumpra, é preciso que surja o desejo, o impulso, a fome que instiga e o afeto (Deleuze, 1993).

Evidenciamos que, atualmente, as estratégias utilizadas em educação em saúde se sobrepõem às relevâncias, que são e sempre serão distintas em diferentes comunidades. Ações que promovam uma construção a partir do que é relevante convidam os usuários e trabalhadores da saúde a apresentarem uma nova postura diante do processo saúde-doença, a fim de compreenderem e repensarem em novas estratégias de enfrentamento à doença de Chagas. Essa mudança, influenciada por elementos tanto nacionais quanto internacionais, fez com que o conceito de autonomia ascendesse a um lugar de evidência e relevância (Werner *et al.*, 2008). A delimitação deste referencial se justifica por ser a doença de Chagas grave e crônica,

podendo levar ao adoecimento e morte dos pacientes infectados, além de ser fator determinante na qualidade de vida.

Portanto, cabe ressaltar que medidas de promoção da saúde, devido ao caráter crônico da doença de Chagas, ao envelhecimento da população brasileira e à associação de morbididades degenerativas, demandam múltiplas intervenções, bem como a prevenção de iatrogenias, estando aliadas ao maior empoderamento dessas pessoas e fortalecimento da participação social (Brasil, 2021b). Tendo em vista a educação em saúde, inicialmente sob forma de entrevista dialógica, a partir do que é significativo para a comunidade em questão, emergem, com base em um roteiro prévio, questões provocativas e contextualizadas que possibilitam criar uma identificação com os sujeitos envolvidos e alvos de interesse (Feio; Oliveira, 2015). A citação a seguir reafirma o quanto o processo de educação faz parte do cotidiano de todos nós.

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos, todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação. Com uma ou com várias: Educação? Educações! E já que pelo menos por isso sempre achamos que temos algumas coisas a dizer sobre a educação que nos invade a vida, por que não começar a pensar sobre ela com o que alguns índios, certa vez escreveram? (Brandão, 2002, p. 5).

Consideramos que o propósito da ação educativa é o gerar um potencial capaz de possibilitar no indivíduo a análise crítica da realidade em que vive e a capacidade de resolver problemas, buscar soluções, mensurá-las e traçar estratégias e metas que promovam uma mudança significativa e uma transformação social, sobretudo em cenários que prevalecem as doenças tropicais negligenciadas.

3 JUSTIFICATIVA

A doença de Chagas, como uma DTN, demanda um modelo de atenção à saúde em que a equidade e integralidade do cuidado sejam estruturantes das práticas, em especial a que além do seu caráter crônico, requer um cuidado longitudinal. Além disso, os diferentes modos de transmissão apontam para uma integração da vigilância epidemiológica, vigilância entomológica, vigilância sanitária e da hemovigilância. No entanto, o atual cenário de vulnerabilidade individual, social e operacional (programática) dos serviços de saúde acaba por contribuir para as elevadas taxas de morbimortalidade (Osório; Schraiber, 2015).

São muitas as barreiras que dificultam às pessoas acometidas ou sob risco a acessarem ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Neste sentido, torna-se necessário um maior protagonismo das pessoas usuárias do SUS, em especial em áreas endêmicas, para superação deste cenário. Neste sentido, práticas de educação em saúde tornam-se ainda mais necessárias, dado o seu potencial de protagonizar pessoas acometidas no seu autocuidado, exercendo também um protagonismo na vida da comunidade para redução dos diferentes aspectos de vulnerabilidade que demarcam a doença de Chagas. O estudo CAP como diagnóstico inicial tem o potencial de favorecer o desenvolvimento de processos de educação popular em saúde e educação permanente de forma potente.

Para Ayres (2005), a vulnerabilidade não é apenas uma característica do indivíduo, mas um conceito que integra aspectos pessoais, sociais e estruturais. Essa visão permite uma análise mais completa e crítica dos fatores que determinam a saúde e as desigualdades em saúde, destacando a necessidade de intervenções que abordem as diversas dimensões da vulnerabilidade. Isso implica na promoção de políticas públicas mais inclusivas e equitativas que considerem as realidades sociais e estruturais das populações.

Neste contexto, apesar da importância, os processos de educação em saúde consistentes e libertadores são ações frágeis, principalmente aquelas pautadas na reflexão e na implicação dos envolvidos para mudanças de suas realidades. Do mesmo modo, são poucos os estudos direcionados para ações de educação em saúde para DTNs com foco na doença de Chagas. Iniciativas desta natureza são essenciais para compor respostas baseadas em evidências, contribuindo para a interrupção da transmissão e para o enfrentamento da pobreza e exclusão social das

peças, famílias e comunidades acometidas pelas DTN. O Brasil tem grande responsabilidade junto à comunidade científica internacional para compor respostas efetivas neste tema, tendo impacto potencial também para outras condições negligenciadas.

As ciências sociais e humanas, um dos pilares da Saúde Coletiva, ancoram estudos direcionados à educação em saúde, dada a importância de que sejam pautadas em abordagens de natureza psicossocial. Neste caso, aspectos subjetivos e culturais ocupam espaço importante para compreensão das realidades locais. O estudo CAP desenvolvido tem potencial importante para a saúde pública no sudoeste do estado da Bahia no que se relaciona à doença de Chagas. Seus achados podem influenciar novas práticas para avanços consistentes no controle de risco e cuidado a pessoas, famílias e comunidades acometidas.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Caracterizar conhecimentos, atitudes e práticas relativas à doença de Chagas de pessoas acometidas e profissionais de saúde de um município do sudoeste da Bahia, em 2024.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil de formação dos profissionais de saúde que atuam no município em estudo, sudoeste da Bahia;
- Reconhecer atitudes e práticas relacionadas à doença de Chagas entre pessoas acometidas e profissionais de saúde.
- Caracterizar conhecimentos relativos à doença de Chagas entre pessoas acometidas e profissionais de saúde;

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal descritivo que investigou o conhecimento, a atitude e a prática de pessoas acometidas pela doença de Chagas e dos profissionais da saúde. Essa modalidade de estudo é de grande valia para reconhecimento situacional de um local de saúde (Almeida Filho; Rouquayrol, 2013).

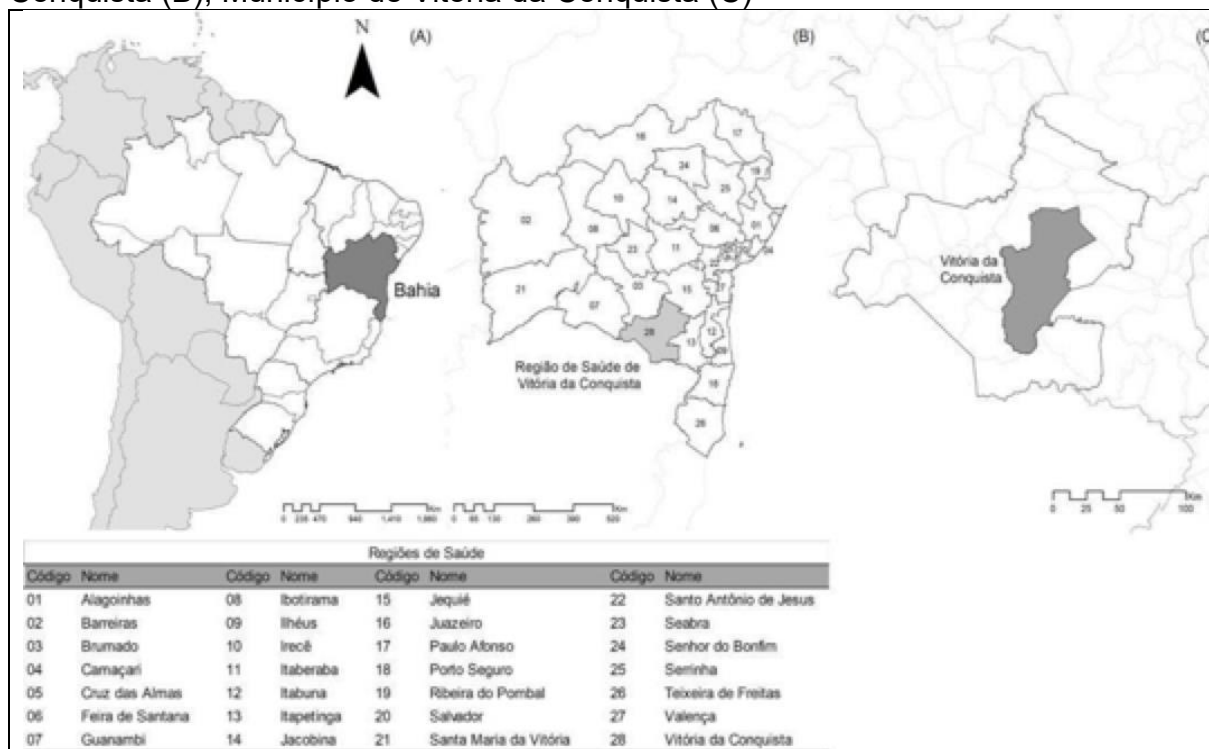
Porta-se como recorte de um projeto maior, denominado “Vigilância e cuidado integrados para DTNs: desafios para o Sistema Único de Saúde no Brasil” - INTEGRADTNs Bahia II. Financiado pelo CNPq, Edital Universal - CNPq/MCTI/FNDCT Nº 18/2021. Sob Coordenação da Prof.^a Dra. Eliana Amorim de Souza.

5.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de outubro de 2023 a março de 2024, no município de Vitória da Conquista, localizado na região Sudoeste do Estado da Bahia (Figura 6), a 509 km de Salvador, com uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022a) de 370.879 habitantes. A seleção do local se deu por ser uma cidade polo de toda a região sudoeste do estado, referência para o setor da saúde e com diversidade de contextos sociais, culturais e epidemiológicos do Estado. Ademais, é o terceiro maior município do estado da Bahia e está localizada em uma área de risco/vulnerabilidade para doença de Chagas. (Brasil, 2022).

O município integra o Núcleo Regional de Saúde Sudoeste (NRS), servindo como Base Operacional em uma das 29 regiões em que o estado é dividido (Figura 6). Por esta razão, como cidade polo da macrorregião, acaba por atrair grande número de pessoas, em especial para uso do seu intenso comércio, rede de ensino e serviços de saúde. Atualmente, Vitória da Conquista tem destaque no cenário nacional como uma cidade polo educacional.

Figura 6 - Localização do estudo: Estado da Bahia (A); Região de saúde de Vitória da Conquista (B); Município de Vitória da Conquista (C)



Fonte: IBGE, 2022b.

Historicamente, Vitória da Conquista revela-se com uma rica história que remonta ao final do século XIX, abrangendo 183 anos. A sua extensa área rural demanda organizações descentralizadas de desenvolvimento de inúmeras comunidades rurais, muitas das quais encontram-se dispersas e bastante distantes da sede do município (IBGE, 2022a).

O território onde hoje está localizado o município de Vitória da Conquista foi habitado pelos povos indígenas Mongoyó, Ymboré e Pataxó. Os aldeamentos se espalhavam por uma extensa faixa, conhecida como Sertão da Ressaca, que vai das margens do Rio Pardo até o Rio das Contas.

A vinda de colonizadores portugueses e mestiços à região de Vitória da Conquista está ligada à exploração de metais preciosos, principalmente ouro, e à política de ocupação do território. Um dos responsáveis pelo desbravamento do Sertão da Ressaca foi o bandeirante João Gonçalves da Costa. Ele ficou conhecido como um conquistador violento e dizimador de aldeias indígenas.

Após o encerramento das atividades mineradoras por esgotamento das minas de ouro na região, João Gonçalves da Costa chegou ao território onde hoje está Vitória da Conquista e ainda que não tenha encontrado ouro nesta região, decidiu ficar

e apoderar-se do local, fundando o Arraial da Conquista (IBGE, 2022a).

É importante constatar que os indicadores demográficos e econômicos do município de Vitória da Conquista são componentes que favorecem a projeção de um futuro impacto no padrão epidemiológico de diversas doenças relacionadas à pobreza. Destacamos ainda a importância do contexto social para doenças de caráter negligenciado, a exemplo da doença de Chagas (Tabela 1).

Tabela 1 - Indicadores demográficos e econômicos do município de Vitória da Conquista

Caracterização	Vitória da Conquista
Território (km ²) (2021)	3.254,186 km ²
População (estimada 2022)	370.879
Proporção da população residente em área rural (Censo 2010)	10,68%
Densidade demográfica (hab/km ²) (2010)	113,97 hab/km ²
Cobertura de ESF (2022)	58,08%
Cobertura de ACS (2020)	90,22%
Índice de Gini (2010)	0,4865
IDHM (2010) e posição no país (5.570 municípios)	0,678 (2737º)
População com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário-mínimo (2010)	39,7%

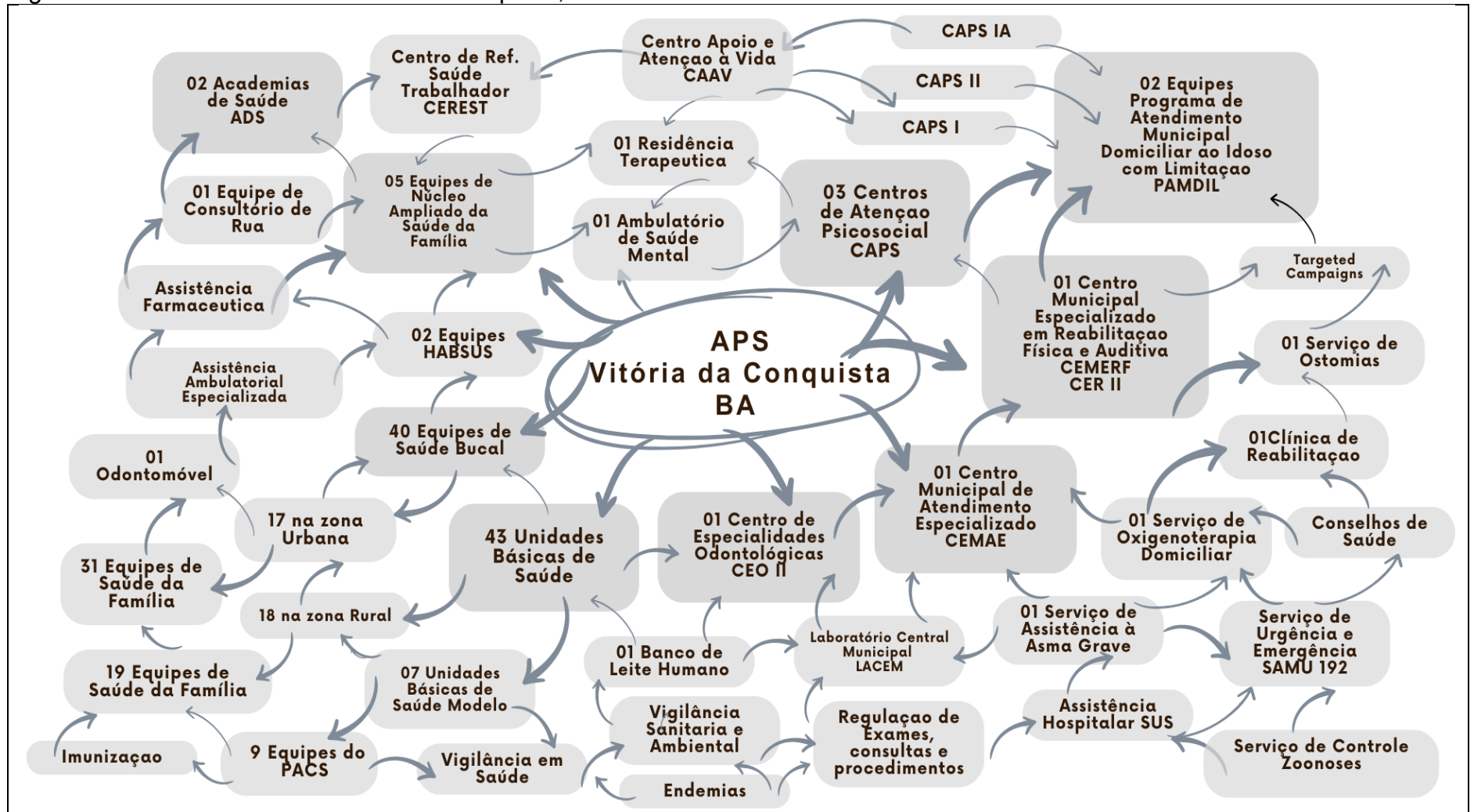
Fonte: IBGE, 2023a, 2023b, 2023c, 2023d e Brasil, 2024.

Em Vitória da Conquista, a rede de atenção à saúde (RAS) está estruturada da seguinte maneira: compõe 43 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 17 na zona urbana (31 Equipes de Saúde da Família), 18 na zona rural (19 Equipes de Saúde da Família), 07 Unidades Básicas de Saúde Modelo Tradicional (09 equipes de Programa de Agente Comunitário de Saúde - PACS), 40 Equipes de Saúde Bucal, 05 equipes multiprofissionais (eMulti), 02 equipes de Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação (PAMDIL), 02 Academias da Saúde (ADS), 01 Equipe de Centro de Especialidades (CEO), 01 Odontomóvel e 01 equipe de Consultório na Rua. Em junho de 2022, foram implantadas 02 Unidades de Saúde nos Residenciais Ipê e Acácias no Bairro Miro Cairo, onde a equipe do HABSUS realizará seus atendimentos voltados para as comunidades de áreas descobertas. Assistência Farmacêutica; Assistência Ambulatorial Especializada; 01 Centro Municipal de Atendimento Especializado (CEMAE); 01 Centro Municipal Especializado em Reabilitação Física e Auditiva (CEMERF- CER II - Física e Auditiva); 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO II); 01 Clínica de Reabilitação que é referência em Fisioterapia, em serviço de Angiologias, Ortopedia e em Curativos Especiais; 01 Serviço de Ostomias; 01 Serviço de Assistência à Asma Grave; 01 Serviço de

Oxigenoterapia Domiciliar: 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): dentre eles 01 CAPS II – que atende usuários de 18 anos, 01 Ambulatório de Saúde Mental, 01 Residência Terapêutica e Banco de Leite Humano. Além disso, Vitória da Conquista possui o Laboratório Central Municipal (LACEM), Assistência Hospitalar, Assistência de Urgência e Emergência, Regulação de exames, consultas e procedimentos especializados. Vigilância em Saúde, Vigilância Sanitária e Ambiental, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Alimentar e Nutricional, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Endemias, Imunização, Serviço de Controle de Zoonoses, Centro de Apoio e Atenção à Vida (CAAV), Controle Social, Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde (Figura 7).

De acordo com os dados do Sistema da Atenção Primária à Saúde no e-Gestor, no município de Vitória da Conquista, em 2022, a cobertura estimada da APS é de 58,08%. Em relação ao número de ACS, existem 536 profissionais, com cobertura populacional estimada de 90,22% (Brasil, 2020).

Figura 7 - Rede de saúde de Vitória da Conquista, BA



Fonte: Coordenação da Atenção Primária do município de Vitória da Conquista - BA

5.3 População do estudo

Fizeram parte desse estudo 36 pessoas com doença de Chagas, residentes no município de Vitória da Conquista – BA, diagnosticadas em qualquer momento da vida, acima de 18 anos de idade. O reconhecimento destas pessoas ocorreu a partir da verificação de diferentes Sistemas de Informação em Saúde, incluindo: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Sistema de Informação de Mortalidade (SIM); Sistema de gerenciamento de amostras laboratoriais (GAL); Sistema de informação da coordenação da assistência farmacêutica, mediante dados de dispensação de medicação específica para doença de Chagas.

A partir do registro de dados de identificação e residência, e por meio da localização foi identificado a que área adscrita pertence cada pessoa acometida por doença de Chagas. Assim, foi possível identificar a unidade de referência seguido da busca ativa das pessoas pelos ACS de cada territórios.

Foram excluídas do estudo pessoas com idade abaixo de 18 anos, pessoas com distúrbios cognitivos, que possam interferir na compreensão dos instrumentos; pessoas com incapacidade de fornecer consentimento informado; pessoas em privação de liberdade e pessoas internadas em instituições.

Com o intuito de responder todos os objetivos, foram envolvidos, neste estudo, profissionais médicos e enfermeiros que atuam na APS, assim como os ACS e ACE, envolvendo todas as Unidades de Saúde da APS e a Vigilância Entomológica. Setores e serviços responsáveis pelo desenvolvimento de ações de vigilância, controle, diagnóstico, tratamento e cuidado mediante pessoas acometidas ou em risco para doença de Chagas. (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 - Profissionais da APS e Vigilância em Saúde participantes da pesquisa no município de Vitória da Conquista – BA

UBS/IDUS	CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL	ENTREVISTADOS	%
MORADA DOS PÁSSAROS IDUS 01	ACS	6	6	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
CAPINAL IDUS 02	ACS	10	9	90,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
RECANTO DAS ÁGUAS IDUS 03	ACS	5	5	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	0	0,0%
LIMEIRA IDUS 04	ACS	9	7	77,8%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
VILA AMÉRICA IDUS 05	ACS	10	8	80,0%
	ENFERMEIROS (AS)	2	2	100,0%
	MÉDICOS (AS)	3	1	33,3%
NESTOR GUIMARÃES IDUS 06	ACS	17	15	88,2%
	ENFERMEIROS (AS)	2	1	50,0%
	MÉDICOS (AS)	2	1	50,0%
JOÃO MELO IDUS 07	ACS	14	10	71,4%
	ENFERMEIROS (AS)	2	2	100,0%
	MÉDICOS (AS)	2	1	50,0%
HUGO DE CASTRO IDUS 08	ACS	17	13	76,5%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	2	1	50,0%
CAE II IDUS 09	ACS	19	12	63,2%
	ENFERMEIROS (AS)	2	2	100,0%
	MÉDICOS (AS)	2	0	
MIRO CAIRO IDUS 10	ACS	14	11	78,6%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	2	1	50,0%
IPÊ IDUS 11	ACS	0	0	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
JOSÉ GONÇALVES IDUS 12	ACS	9	4	44,4%
	ENFERMEIROS (AS)	1	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	1	0	0,0%
LAGOA DAS FLORES I IDUS 13	ACS	5	5	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
LAGOA DAS FLORES II IDUS 14	ACS	8	7	87,5%

UBS/IDUS	CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL	ENTREVISTADOS	%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
ROSEIRA IDUS 15	ACS	9	5	55,6%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
SÃO SEBASTIÃO IDUS 16	ACS	6	6	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
SIMÃO IDUS 17	ACS	7	5	71,4%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
URBIS VI IDUS 18	ACS	20	15	75,0%
	ENFERMEIROS (AS)	2	1	50,0%
	MÉDICOS (AS)	2	1	50,0%
NOVA CIDADE IDUS 19	ACS	6	2	33,3%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	2	200,0%
SOLANGE HORTÉLIO IDUS 20	ACS	16	16	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	2	2	100,0%
	MÉDICOS (AS)	2	1	50,0%
PATAGÔNIA IDUS 21	ACS	22	8	36,4%
	ENFERMEIROS (AS)	2	1	50,0%
	MÉDICOS (AS)	2	0	0,0%
N. SENHORA APARECIDA IDUS 22	ACS	8	5	62,5%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
PEDRINHAS IDUS 23	ACS	10	8	80,0%
	ENFERMEIROS (AS)	2	1	50,0%
	MÉDICOS (AS)	2	0	0,0%
CERCADINHO IDUS 24	ACS	9	9	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
VILA SERRANA I E II IDUS 25	ACS	19	17	89,5%
	ENFERMEIROS (AS)	2	1	50,0%
	MÉDICOS (AS)	2	1	50,0%
INHOBIM IDUS 26	ACS	8	5	62,5%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
VEREDINHA IDUS 27	ACS	10	10	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
BRUNO BACELAR IDUS 28	ACS	7	6	85,7%

UBS/IDUS	CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL	ENTREVISTADOS	%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
LAGOA FORMOSA IDUS 29	ACS	6	3	50,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
IGUÁ IDUS 30	ACS	8	6	75,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
BATE PÉ IDUS 31	ACS	10	6	60,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	1	0	0,0%
SÃO JOAQUIM IDUS 32	ACS	7	6	85,7%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	0	0,0%
PRADOSO IDUS 33	ACS	12	11	91,7%
	ENFERMEIROS (AS)	2	1	50,0%
	MÉDICOS (AS)	2	2	100,0%
HENRIQUE FERRAZ IDUS 34	ACS	5	5	100,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	1	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	0	0,0%
URBIS V IDUS 35	ACS	17	9	52,9%
	ENFERMEIROS (AS)	2	1	50,0%
	MÉDICOS (AS)	2	0	0,0%
CAMPINHOS IDUS 36	ACS	0	0	#DIV/0!
	ENFERMEIROS (AS)	2	2	100,0%
	MÉDICOS (AS)	1	1	100,0%
CONVEIMA I IDUS 37	ACS	20	10	50,0%
	ENFERMEIROS (AS)	2	2	100,0%
	MÉDICOS (AS)	2	2	100,0%
JARDIM VALÉRIA I E II IDUS 38	ACS	10	7	70,0%
	ENFERMEIROS (AS)	2	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	2	0	0,0%
JARDIM VALÉRIA III IDUS 39	ACS	5	3	60,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	1	0	0,0%
NELSON BARROS IDUS 40	ACS	14	8	57,1%
	ENFERMEIROS (AS)	3	3	100,0%
	MÉDICOS (AS)	3	1	33,3%
ADEMÁRIO SANTOS IDUS 41	ACS	20	16	80,0%
	ENFERMEIROS (AS)	2	1	50,0%
	MÉDICOS (AS)	2	1	50,0%
DANTILÂNDIA IDUS 42	ACS	6	4	66,7%

UBS/IDUS	CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL	ENTREVISTADOS	%
	ENFERMEIROS (AS)	1	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	1	0	0,0%
AGENTES DE ENDEMIAS 43	ACE	136	94	69,1%
REGIS PACHECO IDUS 44	ACS	20	12	60,0%
	ENFERMEIROS (AS)	7	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	0	0	0,0%
PANORAMA 45	ACS	16	8	50,0%
	ENFERMEIROS (AS)	1	0	0,0%
	MÉDICOS (AS)	4	0	0,0%
TOTAL ALCANÇADO POR CATEGORIAS DAS UBS VITÓRIA DA CONQUISTA				
TOTAL DE UBS	CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL	ALCANÇADO	%
45	ACS	469	337	71,9%
	ACE	136	94	69,1%
	ENFERMEIROS	63	39	61,9%
	MÉDICOS	62	31	50,0%
SUB-TOTAL		730	501	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Tabela 3 - Sistematização da população de estudo

Categoria Profissional	Total em atividade	Alcançados	%
Pessoas acometidas por doença de Chagas	75	36	100%
Profissionais de saúde de nível superior (médicos)	62	31	50,0%
Profissionais de saúde de nível superior (enfermeiros)	63	39	61,9%
Profissionais de saúde de nível médio (ACE)	136	94	69,1%
Profissionais de saúde de nível médio (ACS)	469	337	71,9 %

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

5.4 Processo de coleta de dados

O processo de coleta ocorreu com uso de tablet, a partir da criação de máscaras para cada um dos instrumentos, utilizando o *software* 13,0. Segue a descrição de cada uma das etapas:

Etapas 1 – Após a construção dos instrumentos para o protocolo CAP para pessoas acometidas e profissionais de saúde, seguimos com a pré-testagem dos instrumentos, que foram realizadas inicialmente para pessoas acometidas por doença de Chagas no ambulatório do Hospital Universitário Walter Cantídio do Complexo Hospitalar da UFC, em Fortaleza–CE. Em seguida, foram testados os instrumentos

CAP para profissionais de nível médio, incluindo ACS e ACE; e nível superior, incluindo médicos(as) e enfermeiros(as) que atuam nas Unidades de Saúde no município de Vitória da Conquista.

Inicialmente, foi feito contato com a gestão municipal da Vigilância em Saúde e da APS, quando foi oportunizada a apresentação do Projeto INTEGRADTNs Bahia II e, a partir disto, pactuadas as estratégias que incluíram diálogo com os apoiadores da APS como estratégia para o alcance dos profissionais de saúde.

Logo após, foram realizadas visitas a todas as unidade de saúde a fim de pactuar a melhor estratégia para aplicação dos instrumentos de pesquisa de modo que não prejudicassem o fluxo de atendimento realizado pelos profissionais. Posteriormente, foram efetivados os agendamentos com os ACS e ACE das unidades da sede e também da zona rural do município de Vitória da Conquista. Toda abordagem à população-alvo do estudo iniciou-se com a aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

Etapas 2 – Nesta segunda etapa, foram abordados os profissionais de nível superior, incluindo médicos(as) e enfermeiros(as), novamente a abordagem demandou leitura e aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), seguido da aplicação dos instrumentos. Importante destacar que neste mesmo período ocorreu um surto de dengue no município (maior número de casos e óbitos de todo o estado da Bahia), o que, consequentemente, gerou um aumento expressivo de demanda para atendimento na APS, ocasionando dificuldade em aplicar os instrumentos a todos os médicos(as) e enfermeiros(as).

Etapas 3 – Para abordagem de pessoas acometidas pela doença de Chagas, foi necessário sistematizar uma lista com todas as pessoas com diagnóstico prévio da doença reconhecidas através dos sistemas de informações do município. Após localização da unidade e do ACS de referência de cada caso, foi feito um agendamento na UBS ou visita domiciliar para busca ativa de cada uma dessas pessoas. Algumas buscas ativas foram executadas pelo ACS, outras por meio de ligações telefônicas realizadas pela equipe do projeto Integra DTNs Bahia II, (composta estudantes de medicina e mestrandos em saúde coletiva). Durante a abordagem, as pessoas acometidas pela doença de Chagas que aceitaram participar do estudo foram convidadas a responder o instrumento CAP relacionadas à doença de Chagas. Neste instrumento, estão contidas questões capazes de reconhecer o perfil demográfico, econômico, social, clínico e epidemiológico da população

envolvida.

5.5 Análises dos dados

Os resultados foram exportados para *Excel*, versão 2010, permitindo a limpeza e qualificação dos bancos. Na sequência, com uso do *Stata* (versão 13.0), foi realizado frequência simples e a relação entre variáveis.

As variáveis categóricas foram apresentadas por meio de análises descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas. As variáveis numéricas foram apresentadas com: frequências absolutas e relativas; valor mínimo e valor máximo encontrado; e média de desvio padrão.

As análises de associações foram feitas a partir dos domínios de conhecimentos, atitudes e práticas considerando as categorias: médicos e enfermeiros; ACS e ACE.

5.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa é um recorte do projeto, denominado “Vigilância e cuidado integrados para DTNs: desafios para o Sistema Único de Saúde no Brasil”, financiado pelo CNPq. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal da Bahia campus Anísio Teixeira nº de parecer 6.174.030.

6 RESULTADOS

6.1 Perfil de profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto aos processos formativos

A população desta seção constitui-se de 70 profissionais de saúde, dentre os quais, (n=39; 61,9%) são enfermeiros(as) e (n=31; 50,0%) médicos(as). Prevaecem profissionais do sexo feminino (n=80; 57%) e na faixa etária de 30 a 39 anos (n=40; 56,3%). A maioria dos médicos (n=14; 43,8%) tem tempo de formação de menos de 5 anos e é maior a frequência de enfermeiros formados entre 5 a 10 anos (n=23; 59,0%).

Quanto à formação complementar na APS, descrito na tabela 4, a maioria dos profissionais médicos(as), (n=15; 46,9%), não possui pós-graduação/aperfeiçoamento, enquanto, na categoria enfermeiros(as), a maior parte (n=30; 79,7%) são especialistas. Em se tratando de residência médica, limitado número (n=7; 21,9%) dos profissionais a possuem. O Mestrado é uma realidade apenas para enfermeiros (n=8; 20,5%) e a sua quase a totalidade (n=67; 94,4%) nunca participou de treinamento sobre a doença de Chagas.

No que se refere à carga horária na ESF, descrito na tabela 4, houve uma concordância entre as categorias de 94,4%, sendo que 87,5% dos médicos referem que a carga horária é de 40 horas semanais, enquanto 100% da categoria de enfermeiros menciona ser de 40 horas semanais. Quanto ao tempo de trabalho na Unidade de Saúde, 50% dos médicos (n=16) têm menos de um ano e 17,9% dos enfermeiros(as) têm um ano (n=7). A maioria das equipes dispõe de matriciamento (n=60; 84,5%).

Quanto ao conhecimento acerca das DTN, 69% dos participantes, entre médicos(as) e enfermeiros(as), afirmam ser uma característica com pouco investimento da saúde pública, descrito por percentual mais expressivo entre os médicos (n=24; 75,0%) do que entre os enfermeiros (n=25; 64,1%). O acometimento de populações em contexto de vulnerabilidade social foi referido por parte (n=33; 45%) dos profissionais. Poucos relataram falhas da indústria farmacêutica e de novos medicamentos (n=2; 4,2% e n=1; 2,8%) e um pequeno percentual de (n=4; 12,5%) destacou que o erro do profissional é o que caracteriza uma DTN. Prevaleram profissionais (n= 68; 95,8%) que fizeram referência à doença de Chagas como uma DTN (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil demográfico e de formação de médicos(as) e enfermeiros(as) atuantes na Atenção Primária à Saúde do município de Vitória da Conquista Bahia, 2024

Variável	Médico(a)		Enfermeiro(a)		Total		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Total	31	50,0	39	61,9	70	100,0	-
Sexo							
Masculino	7	21,9	7	17,9	14	19,7	0,679
Feminino	25	78,1	32	82,1	57	80,3	
Faixa etária (anos)							
15-29	6	18,8	1	2,6	7	9,9	0,053*
30-39	18	56,3	22	56,4	40	56,3	
40-49	4	12,5	13	33,3	17	23,9	
50-59	2	6,3	2	5,1	4	5,6	
60-69	2	6,3	1	2,6	3	4,2	
Tempo de formação (anos)							
<=5	14	43,8	4	10,3	18	25,4	<0,001*
6-10	5	15,6	3	7,7	8	11,3	
11-20	4	12,5	23	59,0	27	38,0	
>20	9	28,1	9	23,1	18	25,4	
Pós-graduação							
Não possui	15	46,9	4	10,3	19	26,8	0,001*
Residência médica	7	21,9	0	0,0	7	9,9	0,003*
Residência enfermagem	0	0,0	1	2,6	1	1,4	0,549*
Especialização	10	31,3	30	76,9	40	56,3	<0,001
Mestrado	0	0,0	8	20,5	8	11,3	0,006
Doutorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Realizou capacitação sobre DC nos últimos anos							
Não	30	93,8	37	94,9	67	94,4	0,614*
Sim	2	6,3	2	5,1	4	5,6	
Carga horária (hora- aula)							
<i>Não realizou capacitação</i>	30	93,8	37	94,9	67	94,4	0,774*
4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
12	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
20	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
Outro	1	3,1	2	5,1	3	4,2	
Carga horária na equipe ESF (horas semanais)							
32	3	9,4	0	0,0	3	4,2	0,037*
40	28	87,5	39	100,0	67	94,4	
44	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
Zona da unidade de saúde							
Rural	14	43,8	11	28,2	25	35,2	0,172
Urbana	18	56,3	28	71,8	46	64,8	
Turno de trabalho							
Manhã	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,451*
Tarde	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
Manhã/Tarde	31	96,9	39	100,0	70	98,6	
Tempo de trabalho na unidade de saúde							
Não especificado	1	3,1	4	10,3	5	7,0	0,006*
<1	16	50,0	3	7,7	19	26,8	
1	7	21,9	7	17,9	14	19,7	
2	2	6,3	4	10,3	6	8,5	
3	1	3,1	1	2,6	2	2,8	
4	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
5	1	3,1	5	12,8	6	8,5	
6	0	0,0	2	5,1	2	2,8	
7	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
8	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
9 mais	4	12,5	10	25,6	14	19,7	
Equipe de matriciamento							
Não	4	12,5	3	7,7	7	9,9	0,370*
Sim	25	78,1	35	89,7	60	84,5	
Não sei/não quero responder	3	9,4	1	2,6	4	5,6	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024, DC doença de Chagas, ESF Estratégia de Saúde da família.

O fator mais citado como condição de risco para ter a doença de Chagas foi ter convívio com o barbeiro (n=39; 54,9%) Ainda sobre esta questão, apenas uma minoria (n=3; 4,2%) dos profissionais apontaram como condição de risco ter familiares ou pessoas de convívio habitual que tenham diagnóstico da doença de Chagas e (n=11; 15,5%). No entanto, alguns classifica ser filho de mulher com doença de Chagas um fator de risco, havendo um percentual menor entre os médicos (n=4; 12,5%) do que entre os enfermeiros (n=7; 17,9%). Por fim, chama a atenção que ambas as categorias desconhecem como uma condição para a doença de Chagas a realização de transfusão de sangue antes de 1992. A vulnerabilidade socioeconômica também foi citada como condição de risco, sendo referenciada (n=5; 15,6%) e (n=7; 17,9%), respectivamente, por médicos e enfermeiros (Tabela 5).

Tabela 5 - Conhecimento entre médicos(as) e enfermeiros(as) da Atenção Primária a Saúde sobre caracterização de Doenças Tropicais Negligenciadas, modos de transmissão e prevenção da doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024

Variável	Médico(a)		Enfermeiro(a)		Total		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Características de uma DTN							
Acomete populações em contexto de vulnerabilidade social	16	50,0	17	43,6	33	46,5	0,590
Indústria farmacêutica não apresenta interesse na formulação de novos medicamento	2	6,3	1	2,6	3	4,2	0,425*
Indústria farmacêutica não apresenta interesse na formulação de novos fármacos	1	3,1	1	2,6	2	2,8	0,702*
Pouco investimento da saúde pública	24	75,0	25	64,1	49	69,0	0,323
Não sei / não quero responder	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Outros	7	21,9	10	25,6	17	23,9	0,711
Outras características de uma DTN							
Pessoas não lembram	1	3,1	2	5,1	3	4,2	0,018*
Clima tropical	0	0,0	5	12,8	5	7,0	
Erro profissional	4	12,5	0	0,0	4	5,6	
Doença parasitária	1	3,1	1	2,6	2	2,8	
Subnotificação	0	0,0	2	5,1	2	2,8	
DC faz parte da relação das DTN							
Não	0	0,0	2	5,1	2	2,8	0,498*
Sim	32	100,0	36	92,3	68	95,8	
Não sei / não quero responder	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
Grupos de maior risco para contrair a DC							
Crianças, filhos de mulheres com DC	4	12,5	7	17,9	11	15,5	0,385*
Pessoas que morou ou mora em casas onde possa ter convívio com o barbeiro	18	56,3	21	53,8	39	54,9	0,839
Pessoas que morou ou mora em áreas com relato da presença do barbeiro	12	37,5	9	23,1	21	29,6	0,185
Ter realizado transfusão de sangue antes de 1992	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Ter familiares ou pessoas com convívio habitual que tenha diagnóstico da DC	1	3,1	2	5,1	3	4,2	0,575*
Outros	18	56,3	25	64,1	43	60,6	0,501
Outros grupos de maior risco para contrair a DC							
Não sabe	0	0,0	1	2,6	1	1,4	0,828
Pessoas que residem em zona rural	2	6,3	1	2,6	3	4,2	
Pessoas em situação de Vulnerabilidade social	5	15,6	7	17,9	12	16,9	

Idosos	4	12,5	3	7,7	7	9,9	
Qualquer pessoa	0	0,0	2	5,1	2	2,8	
Pessoas com comorbidade	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Crianças e gestantes	4	12,5	5	12,8	9	12,7	
Outros grupos	2	6,3	2	5,1	4	5,6	
Como a DC é transmitida							
Transmissão congênita	8	25,0	13	33,3	21	29,6	0,444
Transmissão transfusional	10	31,3	4	10,3	14	19,7	0,028*
Transmissão oral	16	50,0	16	41,0	32	45,1	0,45
Transmissão acidental	5	15,6	7	17,9	12	16,9	0,526*
Transmissão vetorial	25	78,1	31	79,5	56	78,9	0,889
Transmissão sexual	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Não sabe	1	3,1	0	0,0	1	1,4	0,451*
Outros	1	3,1	4	10,3	5	7,0	0,246*
Outras formas de transmissão da DC							
Através do <i>T. Cruzi</i>	1	3,1	1	2,6	2	2,8	
Ferimentos	0	0,0	1	2,6	1	1,4	1,000*
Através das fezes do barbeiro	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
É possível que aconteça a transmissão vertical da DC							
Não	3	9,4	6	15,4	9	12,7	
Sim	24	75,0	29	74,4	53	74,6	0,676*
Não sei / não quero responder	5	15,6	4	10,3	9	12,7	
Modos de prevenção da DC							
Controle de vetores	14	43,8	18	46,2	32	45,1	0,839
Preparação adequada dos alimentos com risco de contaminação	10	31,3	10	25,6	20	28,2	0,601
Medidas de higiene da casa e no quintal	13	40,6	23	59,0	36	50,7	0,124
Tratamento de mulheres em idade fértil com DC	1	3,1	1	2,6	2	2,8	0,702*
Triagem de doação de sangue e órgãos	2	6,3	1	2,6	3	4,2	0,425*
Usar mosquiteiros ou telas nas janelas das casas	3	9,4	8	20,5	11	15,5	0,169*
Evitar criações de animais próximo a residência	7	21,9	6	15,4	13	18,3	0,482
Educação em saúde	6	18,8	8	20,5	14	19,7	0,853
Outros	13	40,6	8	20,5	21	29,6	0,065
Outros modos de prevenção da DC							
Não sabe/ não lembra	3	9,4	0	0,0	3	4,2	
Moradia adequada	6	18,8	2	5,1	8	11,3	
Repelentes	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
Rastreamento para gestantes	1	3,1	1	2,6	2	2,8	0,081*
Saneamento básico	0	0,0	2	5,1	2	2,8	
Rastreamento	2	6,3	1	2,6	3	4,2	
Outros motivos	1	3,1	1	2,6	2	2,8	
Já viu o inseto “barbeiro”							
Não	17	53,1	19	48,7	36	50,7	
Sim	15	46,9	20	51,3	35	49,3	0,712
Reconhece o inseto “barbeiro”							
Não	8	25,0	16	41,0	24	33,8	
Sim	24	75,0	20	51,3	44	62,0	0,060*
Não sei / não quero responder	0	0,0	3	7,7	3	4,2	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024. DTN Doença Tropical negligenciada, DC doença de Chagas.

Sobre a possibilidade de transmissão vertical da doença de Chagas, 75% (n=24) de médicos e 74,4% (n=29) de enfermeiro relataram que “sim”, ou seja, que há essa chance. Um percentual importante afirmou desconhecimento (médico=15,6%; enfermeiro=10,3%) a respeito deste fato e 12,7% dizem não ser possível (médico=9,4%; enfermeiro=15,4%).

Os modos de prevenção da doença de Chagas mais citados foram: controle

de vetorial, entre os médicos (n=14; 43,8%); e medidas de higiene da casa e quintal (n=23; 59,0%), entre os enfermeiros. Outras medidas, também foram mencionadas: preparar adequadamente os alimentos com risco de contaminação (n=20; 28,2%); e evitar criações de animais próximos à residência (n=13; 18,3%). Ressaltamos que o percentual de profissionais que relataram a importância do tratamento das mulheres em idade fértil com doença de Chagas foi mínimo (n=2; 2,8%).

Em relação ao conhecimento sobre o inseto barbeiro, na Tabela 5 foi possível avaliar que parte significativa dos médicos (n=17; 53,1%) e dos enfermeiros (n=19; 48,7%) nunca viram.

Para as manifestações da doença de Chagas crônica, constatamos que a minoria (n=15; 46,9%) dos médicos citaram a forma cardíaca e percentual importante (n=12; 37,5%) afirmaram desconhecer-las. Entre os enfermeiros, a maioria (n=29; 74,4%) afirmam não saber e a minoria (n=11; 28,2%) apontaram manifestações cardíacas. As manifestações digestivas foram citadas pela minoria dos médicos (n=9; 28,1%) e dos enfermeiros (n=3; 7,7%).

O conhecimentos sobre as áreas do corpo afetadas foram referidas pela maioria (n=69; 97,2%) dos profissionais. Prevaleram profissionais, (n=67; 94,4%) médicos (n=31; 96,9%) e enfermeiros (n=36; 92,3%) que relataram ser o coração. Percentual importante dos médicos (n=23; 71,9%), e dos enfermeiros (n=11; 28,2%) relatou ser o intestino e outros médicos (n=13; 40,6%) e enfermeiros (n=11; 28,2%) relatou ser o estômago. As complicações relacionadas à doença de Chagas mais citada entre médicos (n=29; 90,6%) e entre enfermeiros (n=28; 71,8%) foi a cardiomiopatia chagásica, seguido de megacólon (n=19; 59,4% dos médicos e n=8; 20,5% dos enfermeiros) e megaesôfago (n=16; 50,0% dos médicos e n=8; 20,5% dos enfermeiros)

Quanto ao conhecimento sobre os principais sinais e sintomas da doença de Chagas, a maior parte dos médicos (n=27; 84,4%) e dos enfermeiros (n=25; 64,1%) afirmam ter conhecimento sobre a sintomatologia da doença. Os achados mais comuns para a fase aguda citados por médicos (n=24; 75,0%) e enfermeiros (n=17; 43,6%) foram: febre, fadiga ou mal-estar. O inchaço no local da picada do parasita foi citado por parte dos médicos (n=9; 28,1%). Entre os enfermeiros, um percentual relevante (n=9; 23,1%) apontou sobre problemas cardíacos e palpitações (Tabela 6).

Variável	Médico(a)		Enfermeiro(a)		Total		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Cardiomiopatia chagásica	29	90,6	28	71,8	57	80,3	0,044*
Megacolón	19	59,4	8	20,5	27	38,0	0,001
Megaesófago	16	50,0	8	20,5	24	33,8	0,009
Comprometimento do sistema nervosos	3	9,4	0	0,0	3	4,2	0,087*
Paralisação facial	0	0,0	1	2,6	1	1,4	0,549*
Complicações cardíacas e digestivas na fase aguda	7	21,9	7	17,9	14	19,7	0,679
Outros	4	12,5	6	15,4	10	14,1	0,501*
Diagnósticos da DC aguda							
Imunofluorescência direta	1	3,1	3	7,7	4	5,6	0,386*
Teste ELISA	16	50,0	15	38,5	31	43,7	0,329
Microscopia direta	6	18,8	5	12,8	11	15,5	0,359*
Hemocultura	5	15,6	6	15,4	11	15,5	0,615*
Teste rápido	4	12,5	6	15,4	10	14,1	0,501*
Não sei / não quero responder	8	25,0	7	17,9	15	21,1	0,469
Outros	6	18,8	7	17,9	13	18,3	0,931
Diagnósticos da DC crônica							
Imunofluorescência direta	7	21,9	2	5,1	9	12,7	0,039*
Teste ELISA	17	53,1	15	38,5	32	45,1	0,217
Microscopia direta	3	9,4	3	7,7	6	8,5	0,564*
Hemocultura	6	18,8	6	15,4	12	16,9	0,707*
Teste rápido	6	18,8	4	10,3	10	14,1	0,247*
Não sei / não quero responder	5	15,6	11	28,2	16	22,5	0,165*
Outros	3	9,4	7	17,9	10	14,1	0,247*
Outros testes diagnósticos							
Não sabe	0	0,0	1	2,6	1	1,4	1,000*
Machado Guerreiro / sorologia DC	2	6,3	3	7,7	5	7,0	
Laboratoriais	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
Atende atualmente pessoas com DC							
Não	25	78,1	37	94,9	62	87,3	0,039*
Sim	7	21,9	2	5,1	9	12,7	
Necessário de tratamento etiológico							
Não	2	6,3	0	0,0	2	2,8	0,017*
Sim	25	78,1	23	59,0	48	67,6	
Não sei / não quero responder	5	15,6	16	41,0	21	29,6	
Caso sim, quais as razões							
Reduzir a carga parasitária	22	68,8	20	51,3	42	59,2	0,170
Controle de sintomas	13	40,6	9	23,1	22	31,0	0,128
Possibilidade de cura sorológica	1	3,1	3	7,7	4	5,6	0,375*
Não existe tratamento para a DC apenas prevenção	0	0,0	1	2,6	1	1,4	0,543*
Não sei / não quero responder	6	18,8	14	35,9	20	28,2	0,095
Outros	1	3,1	3	7,7	4	5,6	0,375*
Há um protocolo clínico diagnóstico terapêutico para DC na unidade de saúde							
Não	21	65,6	29	74,4	50	70,4	0,119*
Sim	4	12,5	8	20,5	12	16,9	
Não sei / não quero responder	7	21,9	2	5,1	9	12,7	
É possível tratar a pessoa com DC na APS							
Não	1	3,1	0	0,0	1	1,4	0,460*
Sim	30	93,8	36	92,3	66	93,0	
Não sei / não quero responder	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Sabe como é feito o cuidado para a pessoa afetada por DC							
Não	6	18,8	13	33,3	19	26,8	0,264
Sim	15	46,9	18	46,2	33	46,5	
Não sei / não quero responder	11	34,4	8	20,5	19	26,8	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

No que diz respeito aos testes diagnósticos utilizados para detectar a doença de Chagas aguda, a maioria concorda ser o teste ELISA (n=31; 43,7%), percentual maior entre os médicos (n=16; 50,0%) do que entre os enfermeiros (n=15;

38,5%). Poucos médicos (n=6; 18,8%) e enfermeiros (n=5; 12,8%) afirmaram ser a microscopia direta. Para o diagnóstico da doença de Chagas crônica, percentual importante (n=32; 45,1%) afirmam ser o teste ELISA, citação mais comum entre os médicos (n=17; 53,1%) do que entre os enfermeiros (n=15; 38,5%). Os testes de imunofluorescência direta e hemocultura foram mencionados por médicos (n=7; 21,9%) e enfermeiros (n=6; 18,8%). O teste de Machado Guerreiro foi lembrado por alguns médicos (n=2; 6,3%) e enfermeiros (n=3; 7,7%).

Em referência aos atendimentos de pessoas acometidas ou que já tiveram doença de Chagas em sua área de abrangência, a maioria (n=62; 87,3%) afirmam que “não” realizaram, deste 78,1% são médicos e 94,9% enfermeiros.

A necessidade do tratamento etiológico com benznidazol foi reconhecida pela maioria dos profissionais (n=48; 67,6%), destes os maiores percentuais foram entre os médicos (n=25; 78,1%) quando comparado aos enfermeiros (n=23; 59,9%). Um percentual importante dos médicos (n=5; 15,6%) e dos enfermeiros (n=16; 41,0%) afirmou não saber. As razões mais mencionadas para o uso do benznidazol foram: redução da carga parasitária (n=48; 67,6%), controle dos sintomas (n=22; 31,0%) e cura sorológica (n=4; 5,6%). Muitos relataram desconhecer sobre a importância do tratamento, incluindo médicos (n=6; 18,8%) e enfermeiros (n=14; 35,9%).

Sobre a existência do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para doença de Chagas (PCDT), a maioria (n=50; 70,4%) afirmaram não haver na unidade de saúde, incluindo médicos (n=21; 65,6%) e enfermeiros (n=29; 74,4%). Um número relevante (n=30; 93,0%) informou ser possível acompanhar a pessoa com doença de Chagas na APS. No entanto, 34,4% (n=11) dos médicos e 20,5% (n=8) dos enfermeiros não souberam ou não quiseram responder como deve ser feito este cuidado.

6.1.1 Atitudes

Sobre as atitudes, observamos que prevalecem profissionais que reconhecem a doença de Chagas como sendo um problema grave (n=68; 95,8%). Além disso, verificamos que existe a crença de que há muitos casos em Vitória da Conquista (n=48; 67,6%), destes, 71,9% (n=23) são médicos(as) e 64,1% (n=25) enfermeiros(as). Como medidas de prevenção para a doença de Chagas, a maioria (76,1%; n=54;) afirma ser a educação em saúde, percentual menor entre médicos(as)

(68,8%; n=22) quando comparados aos enfermeiros(as) (n=32; 82,1%). A busca ativa foi pouco citada (n=6; 8,5%), assim como a capacitação de profissionais (n=6; 8,5%). Apenas 57,7% (n=41) dos profissionais acreditam ser capazes de suspeitar de doença de Chagas, entre estes, 68,8% (n=22) são médicos(as) e 48,7% (n=19) enfermeiros(as) (Tabela 7).

Tabela 7 - Atitudes referentes à suspeição da doença de Chagas descritas por profissionais médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. Vitória da Conquista, Bahia, 2024

Variável	Médico(a)		Enfermeiro(a)		Total		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Total	32	45,1	39	54,9	71	100,0	-
DC de Chagas é uma doença grave							
Sim	31	96,9	37	94,9	68	95,8	0,575*
Não	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Não sei / não quero responder	1	3,1	2	5,1	3	4,2	
Tem muitos casos de DC no seu município							
Não	8	25,0	10	25,6	18	25,4	0,580*
Sim	23	71,9	25	64,1	48	67,6	
Não sei / não quero responder	1	3,1	4	10,3	5	7,0	
O que pode ser feito em seu município como medidas de prevenção para DC							
Promover educação em saúde	22	68,8	32	82,1	54	76,1	0,191
Promover a educação sanitária	7	21,9	15	38,5	22	31,0	0,133
Implantar PITs	4	12,5	2	5,1	6	8,5	0,247*
Testar as mulheres em idade fértil	2	6,3	3	7,7	5	7,0	0,595*
Melhores condições sociais	3	9,4	1	2,6	4	5,6	0,201*
Busca ativa	4	12,5	2	5,1	6	8,5	
Capacitações dos profissionais	1	3,1	5	12,8	6	8,5	
Rastreamento	3	9,4	2	5,1	5	7,0	
Testagem	4	12,5	2	5,1	6	8,5	
Informação	1	3,1	0	0,0	1	1,4	0,386*
Não sei / não quero responder	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Acredita que pode suspeitar de um caso de DC a partir do usuário							
Não	10	31,3	16	41,0	26	36,6	0,111*
Sim	22	68,8	19	48,7	41	57,7	
Não sei / não quero responder	0	0,0	4	10,3	4	5,6	
Atitude mediante um paciente com suspeita de DC							
Solicitar exames laboratoriais	27	84,4	24	61,5	51	71,8	0,030*
Avaliar manifestações clínicas	7	21,9	10	25,6	17	23,9	0,711
Fazer visita domiciliar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Investigar casos de DC na família	0	0,0	2	5,1	2	2,8	0,298*
Investigar transfusão de sangue antes de 1992	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Investigar contato com barbeiro no passado	3	9,4	4	10,3	7	9,9	0,612*
Outros	9	28,1	15	38,5	24	33,8	0,360
Outras atitudes mediante um paciente com suspeita de DC							
Não sabe	1	3,1	3	7,7	4	5,6	0,020*
Encaminhar para médica	0	0,0	7	17,9	7	9,9	
Encaminhar para especialista	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
Notificação	5	15,6	2	5,1	7	9,9	
Comunicar a vigilância	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
Investigar	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
Orientar o paciente	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
Procurar o PCDT	0	0,0	1	2,6	1	1,4	

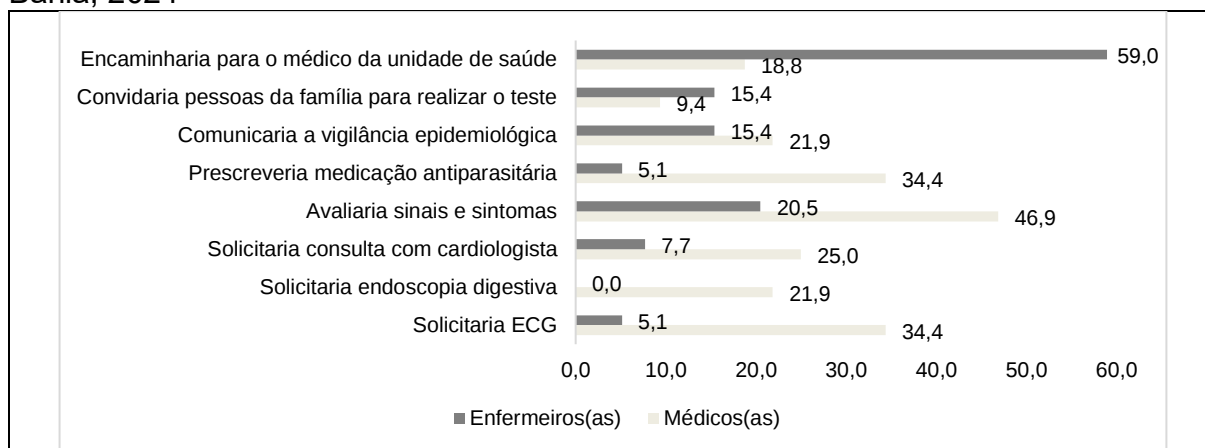
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

No que se refere à atitude considerada correta diante de uma pessoa com suspeita de doença de Chagas, foi citado entre ambas as categorias, (n=51; 71,8%)

dos profissionais da APS a solicitação de exames laboratoriais, destes, 84,4% (n=27) são médicos(as) e 61,5% (n=24) enfermeiros(as). A avaliação das manifestações clínicas foi citada por 23,9% (n=17) dos profissionais. Destacamos que apenas os enfermeiros(as) (n=2; 5,1%) acreditam que a investigação de casos de doença de Chagas na família é algo relevante, ainda que em proporção pequena. A notificação dos casos foi apontada por 9,9% (n=7) dos profissionais, incluindo 15,6% (n=5) dos médicos(as) e 5,1% (n=2) dos enfermeiros(as) (Gráfico 2).

Ainda em relação à atitude, mediante um diagnóstico de doença de Chagas, 46,9% (n=15) dos médicos(as) referem que avaliariam os sinais e sintomas, 34,4% (n=11) solicitariam ECG, 25% (n=8) encaminharia para o cardiologista e 21,9% (n=7) solicitaria endoscopia digestiva. Ressaltamos que apenas 9,4% (n=3) dos médicos(as) convidariam pessoas da família para realizar o teste. A maioria dos enfermeiros (as) encaminharia para o profissional da APS (58,0%; n=29) e/ou avaliaria os sinais e sintomas (32,4%; n=23).

Gráfico 2 - Atitudes de médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde relacionadas a uma pessoa acometida pela doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Constatamos a prevalência de médicos(as) (n=40; 56,3%) que manteriam o tratamento parasitológico a partir de uma reação adversa com orientação de retorno mediante piora; e um percentual importante (n=7; 21,9%) faria prescrição para o prurido. Já a interrupção do tratamento seria conduta de 6,3% (n=2) dos médicos. Entre os enfermeiros(as), a atitude mais comum seria a orientação para a manutenção do tratamento (n=40; 56,3%) e o encaminhamento para o médico da UBS (n=20; 28,2%).

Tabela 8 - Atitudes de profissionais médicos e enfermeiros referentes à reação adversa leve mediante o tratamento etiológico da doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024

Variável	Médico(a)		Enfermeiro(a)		Total		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Total	32	45,1	39	54,9	71	100,0	-
Atitude se paciente em tratamento parasitológico para DC apresentasse reação adversa leve							
Orientava a interromper o tratamento	2	6,3	1	2,6	3	4,2	0,425*
Orientava a manter o tratamento e voltar se houvesse piora	22	68,8	18	46,2	40	56,3	0,056
Encaminharia para o hospital	0	0,0	2	5,1	2	2,8	0,298*
Passaria uma medicação para o prurido	7	21,9	3	7,7	10	14,1	0,086*
Encaminharia para o médico da unidade de saúde	2	6,3	18	46,2	20	28,2	<0,001*
Outros	6	18,8	5	12,8	11	15,5	0,359*

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A respeito da atitude para reduzir o risco de infecção pela doença de Chagas em sua área de atuação, ambas as categorias (n=47;66,2%) acreditam ser a promoção da educação em saúde, destes 65,6% (n=21) são médicos(as) e 66,7% (n=26) são enfermeiros(as). Ainda sobre esta questão, 38,0% (n=27) dos profissionais afirmaram ser essencial melhores condições de moradia, evitando rachaduras nas paredes e telhados. O diagnóstico da gestante foi citado apenas por 16,9% dos profissionais (n=12).

Tabela 9 - Atitudes de profissionais médicos(a) e enfermeiros(a) referentes à redução do risco de infecção pelo *T. cruzi*. Vitória da Conquista Bahia, 2024

Variável	Médico(a)		Enfermeiro(a)		Total		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Total	32	45,1	39	54,9	71	100,0	-
Atitudes para reduzir o risco de infecção pelo <i>T. cruzi</i> na sua área de atuação							
Melhorar as condições de moradia evitando rachaduras nas paredes e telhados	14	43,8	13	33,3	27	38,0	0,368
Usar telas em portas e janelas	2	6,3	2	5,1	4	5,6	0,614*
Realizar a dedetização das residências com a presença de barbeiros positivos	7	21,9	4	10,3	11	15,5	0,155*
Evitar criadouros de animais próximo as habitações	2	6,3	1	2,6	3	4,2	0,425*
Manter os terreiros limpos	8	25,0	7	17,9	15	21,1	0,469
Realizar o diagnóstico precoce das gestantes	5	15,6	7	17,9	12	16,9	0,526*
Promover educação em saúde	21	65,6	26	66,7	47	66,2	0,926
Outros	4	12,5	3	7,7	7	9,9	0,388*
Outras atitudes para reduzir o risco de infecção pela DC na sua área de atuação							
Não sabe/ não se aplica	0	0,0	2	5,1	2	2,8	0,368*
Capacitação dos profissionais de saúde	2	6,3	1	2,6	3	4,2	
Repelente para gestantes	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
Busca ativa e testagem	1	3,1	0	0,0	1	1,4	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

6.1.2 Práticas

Dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as), 70,4% (n=50) afirmaram nunca terem acompanhado uma pessoa acometida pela doença de Chagas na APS, destes, 62,5% (n=20) são médicos(as) e 76,9% (n=30) enfermeiros(as). Apenas 21,9% (n=7) dos médicos fizeram este tipo de atendimento. Entre os médicos, 9,4% (n=3) atenderam há menos de um ano e um percentual igual atendeu há mais de um ano.

Houve a predominância de profissionais (n=66;93,0%) que disseram nunca ter realizado ações educativas sobre a doença de Chagas. Destes, 96,9% (n=31) são médicos(as) e 89,7% (n=35) enfermeiros(as). Do mesmo modo, a maioria (n=55; 77,5%) informou não utilizar material informativo/educativo sobre a doença de Chagas nas ações programáticas na UBS e também mencionou não ter desenvolvido ou participado de grupos envolvendo pessoas acometidas (n=52; 73,2%).

Do mesmo modo, as ações de vigilância e monitoramento da doença de Chagas por profissionais da APS não é uma prática comum, uma vez que 84,5% (n=60) relataram não fazer; 71,8% (n=51) não preenchem as fichas de notificação e investigação de casos novos da doença de Chagas; e 77,5% não atuam nas atividades de PITs.

Tabela 10 - Práticas de profissionais médicos(a) e enfermeiros(a) para vigilância e ações educativas relacionadas à doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024

Variável	Médico(a)		Enfermeiro(a)		Total		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Total	32	45,1	39	54,9	71	100,0	-
Existência de caso na UBS							
Não	20	62,5	30	76,9	50	70,4	0,005*
Sim	7	21,9	0	0,0	7	9,9	
Não sei / não quero responder	0	0,0	3	7,7	3	4,2	
A unidade não tem caso	5	15,6	6	15,4	11	15,5	
Tempo que ocorreu o atendimento							
Não tem outros	25	78,1	39	100,0	64	90,1	0,003*
Não sei / não quero responder	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
< 1 ano	3	9,4	0	0,0	3	4,2	
> =1 ano	3	9,4	0	0,0	3	4,2	
Realiza ações educativas em DC na UBS							
Não	30	93,8	33	84,6	63	88,7	0,627*
Sim	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Não sei / não quero responder	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Frequência de realização							
Não tem outros	31	96,9	36	92,3	67	94,4	0,748*
Para gestantes	0	0,0	2	5,1	2	2,8	
1 vez ao ano	1	3,1	1	2,6	2	2,8	
Desenvolve ações educativas em DC no território							
Não	31	96,9	35	89,7	66	93,0	0,622*
Sim	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
Não sei / não quero responder	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Utiliza material informativo/educativo sobre DC nas ações programáticas na UBS							
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,331*
Não	32	100,0	36	92,3	68	95,8	
Não sei / não quero responder	0	0,0	3	7,7	3	4,2	
Desenvolve/participa de grupos envolvendo pessoas afetadas pela DC							

Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,362*
Não	32	100,0	36	92,3	68	95,8	
Não sei / não quero responder	0	0,0	3	7,7	3	4,2	
Coordena ações de vigilância e monitoramento da equipe com relação a DC							
Não	27	84,4	33	84,6	60	84,5	0,198*
Sim	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
Não sei / não quero responder	1	3,1	4	10,3	5	7,0	
Não é minha função	4	12,5	1	2,6	5	7,0	
Preenche as fichas de notificação/ investigação de casos de DC							
Não	25	78,1	26	66,7	51	71,8	0,167*
Sim	4	12,5	9	23,1	13	18,3	
Não sei / não quero responder	0	0,0	3	7,7	3	4,2	
Não se aplica, município não notifica	3	9,4	1	2,6	4	5,6	
Apoia as atividades de Pontos de Informação de Triatomíneo (PIT) existente							
Não	7	21,9	5	12,8	12	16,9	0,713*
Sim	0	0,0	1	2,6	1	1,4	
Não se aplica, não tem PIT	24	75,0	31	79,5	55	77,5	
Não é minha função	1	3,1	2	5,1	3	4,2	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

A solicitação de sorologia para doença de Chagas em pessoas suspeitas foi citada por 53,5% (n=38) dos profissionais da APS. Destes, 59,4% (n=19) são médicos(as) e 48,7% (n=19) enfermeiros(as). No entanto, 37,5% (n=12) dos médicos relataram não ser uma prática. Encontramos um percentual ainda mais significativo entre os médicos (n=28; 39,4%), os quais disseram não prescrever tratamento parasitológico. Apenas 5,2% (n=2) profissionais de enfermagem já acompanharam gestantes com doença de Chagas e nenhum profissional fez busca de pessoas acometidas.

A realização da busca ativa não é uma prática relatada pela maioria dos profissionais (57,7%; n=41), sendo que 36,6% (n=26) mencionaram não ter caso na sua área de atuação. Em relação ao acolhimento para pessoas afetadas pela doença de Chagas, 54,9% (n=39) dos profissionais não realizam, e 32,4% (n=23) não têm pessoas com doença de Chagas na sua área de atuação.

Entre os cuidados adotados para uma pessoa afetada pela doença de Chagas, o acompanhamento regular com consultas e visitas domiciliares foi o mais citado entre os profissionais (n=16; 22,5%), entre estes, 40,6% (n=13) são médicos(as) e 7,7% (n=3) enfermeiros. A prescrição de tratamento foi citada por 15,5% (n=11) dos profissionais, o rastreamento de membros da família por 12,7% (n=9) e apenas 8,5% (n=6) relataram a solicitação de ECG. Quanto à prescrição e acompanhamento com tratamento parasitário à pessoa acometida pela doença de Chagas, 52,1% (n=37) informaram que nunca atenderam uma pessoa acometida, e 40,8% (n=29) comentaram que não prescreverem ou/e acompanham pessoas em tratamento parasitário.

Tabela 11 - Práticas de profissionais médicos(a) e enfermeiros(a) instituídas na APS para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pessoas acometidas pela doença de Chagas. Vitória da Conquista Bahia, 2024

Variável	Médico(a)		Enfermeiro(a)		Total		P Valor
	N	%	N	%	N	%	
Total	32	45,1	39	54,9	71	100,0	-
Solicita sorologia para DC em pessoas suspeita							
Não	12	37,5	9	23,1	21	29,6	0,713*
Sim	19	59,4	19	48,7	38	53,5	
Não sei / não quero responder	1	3,1	5	12,8	6	8,5	
Não se aplica, apenas o médico	0	0,0	6	15,4	6	8,5	
Prescreve tratamento etiológico/parasitológico para pessoas com DC							
Não	15	46,9	13	33,3	28	39,4	<0,001*
Sim	14	43,8	1	2,6	15	21,1	
Não sei / não quero responder	2	6,3	3	7,7	5	7,0	
Não se aplica, não é minha função	1	3,1	22	56,4	23	32,4	
Realiza consultas a gestantes com DC na unidade de saúde							
Não	7	21,9	7	17,9	14	19,7	0,661*
Sim	0	0,0	2	5,1	2	2,8	
Não sei / não quero responder	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Não se aplica, nunca teve gestante com DC acompanhado pela equipe	24	75,0	27	69,2	51	71,8	
Realiza visita domiciliar para busca ativa de contatos de DC							
Sim	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,628*
Não	20	62,5	21	53,8	41	57,7	
Não sei / não quero responder	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Não se aplica, a unidade não tem caso	11	34,4	15	38,5	26	36,6	
Realiza ou já realizou acolhimento para pessoas afetadas pela DC na UBS							
Não	18	56,3	21	53,8	39	54,9	0,804*
Sim	3	9,4	2	5,1	5	7,0	
Não sei / não quero responder	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Não se aplica, a unidade não tem caso	10	31,3	13	33,3	23	32,4	
Cuidados adotados para um paciente afetado por DC							
Rastreamento dos membros da família	7	21,9	2	5,1	9	12,7	0,039*
Exame Físico	5	15,6	2	5,1	7	9,9	0,141*
Solicitação de ECG	5	15,6	1	2,6	6	8,5	0,061*
Solicitação de RX de tórax	5	15,6	0	0,0	5	7,0	0,015*
Prescrição medicamentosa	7	21,9	4	10,3	11	15,5	0,155*
Acompanhamento regular com consultas e visitas domiciliares	13	40,6	3	7,7	16	22,5	0,001*
Não sabe	0	0,0	6	15,4	6	8,5	0,006*
Atendimento médico	1	3,1	2	5,1	3	4,2	
Acompanhar complicações	1	3,1	1	2,6	2	2,8	
Redução de danos	1	3,1	1	2,6	2	2,8	
Prescreve ou acompanha pacientes com tratamento parasitário para DC							
Não	16	50,0	13	33,3	29	40,8	0,265*
Sim	1	3,1	0	0,0	1	1,4	
Não sei/não quero responder	1	3,1	3	7,7	4	5,6	
Não se aplica, nunca atendeu paciente com DC	14	43,8	23	59,0	37	52,1	

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

6.2 Perfil de profissionais da APS, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e

Agentes de Combate à Endemias (ACS) quanto aos processos formativos

A população desta seção constitui-se de 426 profissionais de saúde, dos quais, a maioria são ACS (n= 333; 78,2%). Prevaleram profissionais do sexo feminino (n=353; 82,86%), com faixa etária entre 41 e 50 anos de idade (n=137; 41,1% de ACS e n=56; 60,2% de ACE). Quanto ao tempo de formação, 47,7% (n=159) dos ACS têm entre 21 e 30 anos e 45,2% (n=42) dos ACE têm entre 11 e 20 anos. Quanto ao grau de instrução, 64,6% (n=215) dos ACS têm o ensino médio completo e 37,6% (n=35) dos ACE têm o ensino superior completo. Houve o predomínio de formações com carga horária de 4 horas (n=57; 13,4%). Quase a totalidade dos profissionais tem carga horária de 40 horas (n=424; 99,5%). No que se refere à capacitação sobre doença de Chagas realizada no último ano, uma minoria (n=83; 19,4%) a realizou, sendo 84,95% (n=79) ACE e apenas 1,20% (n=4) ACS.

Tabela 12 - Perfil demográfico e de formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE). Vitória da Conquista Bahia, 2024

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Total	333	78,2	93	21,8	426	100,0
Sexo						
Masculino	40	12,0	33	35,5	73	17,1
Feminino	293	88,0	60	64,5	353	82,9
Faixa etária						
Menos de 30 anos	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Entre 30 e 40 anos	57	17,1	14	15,1	71	16,7
Entre 41 e 50 anos	137	41,1	56	60,2	193	45,3
Entre 51 e 60 anos	96	28,8	21	22,6	117	27,5
Entre 61 e 70 anos	38	11,4	1	1,1	39	9,2
Mais que 70 anos	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Tempo de atuação em sua categoria profissional						
Entre 1 e 10 anos	23	6,9	15	16,1	38	8,9
Entre 11 e 20 anos	148	44,4	42	45,2	190	44,6
Entre 21 e 30 anos	159	47,7	36	38,7	195	45,8
Acima de 30 anos	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Grau de instrução						
4ª a 7ª série do ensino fundamental	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Ensino fundamental completo	16	4,8	1	1,1	17	4,0
1º ou 2º ano do ensino médio	12	3,6	3	3,2	15	3,5
Ensino médio completo	215	64,6	30	32,3	245	57,5
Superior incompleto	25	7,5	11	11,8	36	8,5
Superior completo	59	17,7	35	37,6	94	22,1
Pós-graduação	4	1,2	13	14,0	17	4,0
Qual a sua carga horária na equipe de saúde da família (ESF) ou na Vigilância Entomológica						
Não sabe/ Não quer responder	0	0,0	0	0,0	0	0,0
30 horas	0	0,0	1	1,1	1	0,2
40 horas	332	99,7	92	98,9	424	99,5
80 horas	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Turno de trabalho						

Apenas manhã	0	0,0	2	2,2	2	0,5
Diurno (Manhã/Tarde)	333	100,0	91	97,8	424	99,5
Participou capacitação sobre DC nos últimos 12 meses						
Não	326	97,9	13	14,0	339	79,6
Sim	4	1,2	79	84,9	83	19,5
Não sabe/ Não lembra	3	0,9	1	1,1	4	0,9
Caso sim, qual a carga horária da capacitação mais recente						
Não participou (0 horas)	329	98,8	14	15,1	343	80,5
1 hora	0	0,0	1	1,1	1	0,2
2 horas	0	0,0	1	1,1	1	0,2
4 horas	1	0,3	56	60,2	57	13,4
5 horas	0	0,0	1	1,1	1	0,2
8 horas	0	0,0	6	6,5	6	1,4
12 horas	0	0,0	2	2,2	2	0,5
16 horas	0	0,0	1	1,1	1	0,2
20 horas	0	0,0	4	4,3	4	0,9
40 horas	0	0,0	3	3,2	3	0,7
80 horas	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Não sabe/ Não lembra	3	0,9	3	3,2	6	1,4

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Quanto ao conhecimento relacionado à transmissão da doença de Chagas, 53,6% (n=224) afirmaram que ocorre pela picada do barbeiro e 41,5% (n=177) pelo contato com fezes/urina do barbeiro durante a picada deste mosquito. Uma minoria citou a transmissão vertical, (n=9; 2,1%), entre estes, apenas um é ACS. Embora de modo pouco expressivo, algumas formas equivocadas de transmissão foram citadas, por exemplo, em um ônibus cheio através do espiro e picada de mosquito.

Quando perguntado diretamente sobre a possibilidade da transmissão vertical da doença de Chagas, 56,1% (n=239) confirmaram. Constatamos um percentual menor entre os ACS (n=168; 50,5%), quando comparados com os ACE (n=71; 76,3%). Já 18,3% (n=78) desconhecem esse tipo de transmissão.

Dentre as medidas de prevenção para a doença de Chagas, a mais citada foi a manutenção da casa limpa, livre do barbeiro (n=211; 49,5%); seguida pelo quintal limpo (n=111; 26,1%) e disposição de condições habitacionais adequadas (n=52%; 12,2%). Não houve nenhuma menção ao tratamento da doença em mulher em idade fértil como medida preventiva. No tocante ao conhecimento de qual(is) área(s) do corpo a doença de Chagas pode atingir, a maioria respondeu afirmativamente (n=390; 91,55%). A área do corpo mais mencionada foi o coração (n=361; 84,7%), posteriormente o fígado (n=24; 5,6%) e o pulmão (n=15; 3,5%). Apenas 59 profissionais (13,8%) conhecem alguém com doença de Chagas.

Prevalecem profissionais que nunca viram o barbeiro (n=259; 60,8%), havendo um percentual maior entre os ACS (n=174; 52,3%). Houve ainda os que

disseram não saber reconhecer o inseto (n= 219; 51,4%). Daqueles que sabiam reconhecer o inseto barbeiro, a identificação foi feita por meio de imagens com as seguintes proposições: Imagem 1 (não é barbeiro), 32 (7,51%) afirmaram se tratar de um barbeiro; a Imagem 2 (é um barbeiro), 54 (12,68%) mencionaram não se tratar de um barbeiro; a Imagem 3 (é um barbeiro), 84 pessoas (19,7%) disseram não se tratar de um barbeiro e (n=135; 31,69) afirmaram se tratar de um barbeiro; a Imagem 4 (é um barbeiro), 150 pessoas (35,21%) falaram não se tratar de um barbeiro; a imagem 5 (não é um barbeiro), 23 pessoas (5,4%) disseram se tratar de um barbeiro; e a imagem 6 (não é um barbeiro), 14 pessoas (3,29%) mencionaram se tratar de um barbeiro.

O barbeiro foi relacionado à doença de Chagas por 263 (61,74%) profissionais, percentual maior entre os ACE (n=263; 61,7%) do que entre os ACS (n=191; 57,4%). Uma quantidade relevante de participantes (n=108; 25%) desconhecem essa possível associação. Doenças como hepatite, hanseníase, Alzheimer, esquistossomose, febre amarela e malária foram também citadas como causadas pelo barbeiro, porém com baixa frequência.

Como grupos de maior risco para contrair a doença de Chagas, a maioria dos entrevistados disse ser (44; 10,3%) pessoas que moraram ou moram em casas onde possam ter convívio com o barbeiro. Outros (n=144; 37,50%) acreditam que crianças, idosos e gestantes possuem maior risco de contrair a doença de Chagas e 72 (18,75%) acreditam que todo mundo possui o mesmo risco.

A maioria desconhece como é feito o diagnóstico da doença de Chagas (n=234; 54,9%). Entre os que têm conhecimento, 169 (39,7%) afirmaram ser com exame de sangue e 18 (4,4%) citaram ser com ECG. Boa parte dos entrevistados não sabe onde o exame é realizado (n=329, 77,2%). Houve o predomínio de profissionais que afirmaram existir tratamento para a Doença de Chagas (n=400; 93,9%). Porém, apenas um pequeno percentual conhece o medicamento (n=4; 0,9%). Muitos profissionais (n=233; 54,7%) afirmam não saber orientar uma pessoa com doença de Chagas, a maioria dos ACS (n=214; 64,3%) e dos ACE (n=233; 54,7%). As principais orientações referem-se à necessidade de acompanhamento médico (n=98; 23%), já a testagem dos membros da família foi citada somente por 2 pessoas (n=2; 0,5%). O uso de medicação conforme prescrição médica (n=30; 7,04%) e a adoção de hábitos saudáveis (n=12; 2,82%) também foram mencionados. Sobre conhecer quais exames devem ser feitos por uma pessoa acometida pela Doença de Chagas, 71,8% (n=306)

afirmaram desconhecer.

Tabela 13 - Conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE) sobre Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Modos que uma pessoa pega a DC						
Passa de mãe para filho durante a gestação ou o parto	1	0,3	8	8,6	9	2,1
Passa pelo contato com fezes/urina do barbeiro durante sua picada	122	36,6	55	59,1	177	41,5
Consumo de alimento contaminado (transmissão oral)	34	10,2	37	39,8	70	16,4
Uso de sangue ou transplante contaminado	0	0,0	8	8,6	8	1,9
Contato com prato e copo de uma pessoa com a doença	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Transmissão sexual	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Picada do barbeiro	182	54,7	42	45,2	224	52,6
Condições habitacionais vulneráveis	5	1,5	0	0,0	5	1,2
Ônibus cheio, através dos espirros	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Picada de mosquito	5	1,5	0	0,0	5	1,2
Falta de higienização	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Pega pelo coração	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Não sabe	17	5,1	0	0,0	17	4,0
Possibilidade da transmissão vertical						
Não	95	28,5	14	15,1	109	25,6
Sim	168	50,5	71	76,3	239	56,1
Não Sabe/Não quer responder	70	21,0	8	8,6	78	18,3
O que pode ser feito para prevenir a DC						
Manter a casa limpa sem barbeiro	153	45,9	58	62,4	211	49,5
Manter o quintal limpo sem a presença do barbeiro	74	22,2	37	39,8	111	26,1
Consumir apenas alimentos seguros, sem risco de contaminação	24	7,2	11	11,8	35	8,2
Usar mosquiteiros ou telas nas janelas	6	1,8	0	0,0	6	1,4
Evitar criações de animais próximo a residência	6	1,8	25	26,9	31	7,3
Usar sangue testado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tratamento da doença em mulher em idade fértil	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros modos de prevenir a DC						
Condições habitacionais adequadas (Ex: tampar buraco em parede e rodapé de madeira, rebocar a casa, não morar em pau a pique)	29	8,7	23	24,7	52	12,2
Conhecimento sobre a DC	10	3,0	3	3,2	13	3,1
Controle vetorial	16	4,8	3	3,2	19	4,5
Evitar contato com barbeiro	12	3,6	2	2,2	14	3,3
Evitar contato com pessoas com a doença	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Realizar exames	6	1,8	1	1,1	7	1,6
Melhorar hábitos de higiene	34	10,2	7	7,5	41	9,6
Vacinação	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Cuidados com a alimentação	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Uso de preservativos	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Usar repelentes	5	1,5	0	0,0	5	1,2
Usar máscara/ luvas/ botas	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Se um inseto picar, não coçar para não se contaminar	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Observação do ambiente	9	2,7	3	3,2	12	2,8
Não tem o que fazer	5	1,5	1	1,1	6	1,4
Cuidados com animais de estimação	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Igual a prevenção para dengue	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Conhecimento de área (s) do corpo possivelmente comprometida com a DC						
Não	34	10,2	2	2,2	36	8,5
Sim	299	89,8	91	97,8	390	91,5
Órgãos possivelmente comprometidos						
Coração	278	83,5	83	89,2	361	84,7
Pulmão	10	3,0	5	5,4	15	3,5
Estômago	1	0,3	6	6,5	7	1,6

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Intestino	13	3,9	5	5,4	18	4,2
Pele	2	0,6	2	2,2	4	0,9
Olhos	5	1,5	1	1,1	6	1,4
Outros órgãos citados						
Fígado	14	4,2	10	10,8	24	5,6
Baço	5	1,5	2	2,2	7	1,6
Baço e fígado	4	1,2	6	6,5	10	2,3
Membros superiores/inferiores	10	3,0	4	4,3	14	3,3
Sistêmico	6	1,8	3	3,2	9	2,1
Pâncreas	1	0,3		0,0	1	0,2
Corrente sanguínea	2	0,6		0,0	2	0,5
Rins	8	2,4	1	1,1	9	2,1
Rins e fígado	3	0,9	3	3,2	6	1,4
Sistema nervoso	2	0,6		0,0	2	0,5
Face	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Conhece de pessoas da comunidade que tem a DC						
Não	287	86,2	79	84,9	366	85,9
Sim	45	13,5	14	15,1	59	13,8
Não Sabe/Não quer responder	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Você já viu o inseto “barbeiro”						
Sim	156	46,8	8	8,6	164	38,5
Não	174	52,3	85	91,4	259	60,8
Não Sabe/Não quer responder	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Reconhecer o inseto “barbeiro”						
Sim	176	52,9	15	16,1	191	44,8
Não	144	43,2	75	80,6	219	51,4
Não Sabe/Não quer responder	13	3,9	3	3,2	16	3,8
Identificação correta do barbeiro que habita aqui nessa região						
Imagem 1	27	8,1	5	5,4	32	7,5
Imagem 2	97	29,1	68	73,1	165	38,7
Imagem 3	77	23,1	58	62,4	135	31,7
Imagem 4	49	14,7	20	21,5	69	16,2
Imagem 5	19	5,7	4	4,3	23	5,4
Imagem 6	12	3,6	2	2,2	14	3,3
Doenças são causadas pelo barbeiro						
Hepatite	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Hanseníase	1	0,3	0	0,0	1	0,2
DC	191	57,4	72	77,4	263	61,7
Nenhuma	3	0,9	2	2,2	5	1,2
Não sabe/ Não lembra	97	29,1	11	11,8	108	25,4
Outras doenças citadas						
Alzheimer	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Anemia	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Cardiomegalia/ Doenças relacionadas ao coração	38	11,4	8	8,6	46	10,8
Esquistossomose (Barriga d'água)	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Febre amarela	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Mão em garra	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Malária	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Muitas doenças	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Doenças de pele	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Grupos de maior risco para contrair a DC						
Crianças, filhos de mulheres com DC	15	4,5	8	8,6	23	5,4
Pessoas que morou ou mora em casas onde possa ter convívio com o barbeiro	28	8,4	16	17,2	44	10,3
Pessoas que morou ou mora em áreas com relato da presença do barbeiro	9	2,7	10	10,8	19	4,5
Ter realizado transfusão de sangue antes de 1992	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Ter familiares ou pessoas com convívio habitual que tenha diagnóstico da DC	5	1,5	0	0,0	5	1,2
Não sei/ Não quero responder	27	8,1	5	5,4	32	7,5
Outras respostas						
Todo mundo possui o mesmo risco	60	18,0	12	12,9	72	16,9
Adolescentes	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Adultos	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Pessoas imunodeprimidas/ com comorbidades	46	13,8	8	8,6	54	12,7

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pessoas vulneráveis socioeconomicamente	15	4,5	7	7,5	22	5,2
Crianças, idosos, gestantes	114	34,2	30	32,3	144	33,8
Sexo masculino	3	0,9	1	1,1	4	0,9
Residentes da zona rural	21	6,3	14	15,1	35	8,2
Residentes de regiões endêmicas	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Pessoas que trabalham com cacau ou açaí	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Pessoas que foram picadas pelo barbeiro	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Doenças causadas pelo barbeiro						
Hepatite	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Hanseníase	1	0,3	0	0,0	1	0,2
DC	191	57,4	72	77,4	263	61,7
Nenhuma	3	0,9	2	2,2	5	1,2
Não sabe/ Não lembra	97	29,1	11	11,8	108	25,4
Outras doenças citadas						
Alzheimer	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Anemia	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Cardiomegalia/ Doenças relacionadas ao coração	38	11,4	8	8,6	46	10,8
Esquistossomose (Barriga d'água)	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Febre amarela	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Mão em garra	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Malária	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Muitas doenças	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Doenças de pele	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Conhecimento sobre o diagnóstico da DC						
Não	207	62,2	27	29,0	234	54,9
Sim	126	37,8	66	71,0	192	45,1
Como se faz o diagnóstico da DC						
Exame de sangue	106	31,8	63	67,7	169	39,7
Eletrocardiograma (ECG)	17	5,1	1	1,1	18	4,2
Consulta Médica (exame físico)	4	1,2	3	3,2	7	1,6
Conhecimento do local onde se faz diagnóstico de DC no seu município						
Não	288	86,5	63	67,7	329	77,2
Sim	45	13,5	30	32,3	87	20,4
Conhecimento sobre a possibilidade de tratar uma pessoa que tem a DC						
Não	22	6,6	7	7,5	29	6,8
Sim	301	90,4	84	90,3	385	90,4
Não Sabe/Não quer responder	10	3,0	2	2,2	12	2,8
Conhecimento sobre medicamento para tratar a DC						
Não	324	97,3	76	81,7	400	93,9
Sim	3	0,9	15	16,1	18	4,2
Não Sabe/Não quer responder	6	1,8	2	2,2	8	1,9
Nome do medicamento						
Benznidazol	0	0,0	4	4,3	4	0,9
Rochagan®	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Posaconazol	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Eflornitina	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não sei, não lembro	1	0,3	8	8,6	9	2,1
Outras medicações						
Nifurtimox	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Conhecimento de como orientar uma pessoa afetada pela DC para o seu cuidado						
Não	214	64,3	19	20,4	233	54,7
Sim	86	25,8	67	72,0	153	35,9
Não é minha função	33	9,9	7	7,5	40	9,4
Principais orientações						
Acompanhamento médico periódico	54	16,2	44	47,3	98	23,0
Uso das medicações conforma prescrição	20	6,0	10	10,8	30	7,0
Adoção de hábitos de vida saudáveis	4	1,2	8	8,6	12	2,8
Testagem dos membros da família	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Outros orientadas citadas						
Buscar atendimento médico especializado	6	1,8	4	4,3	10	2,3
Encaminhar o caso para a unidade de saúde	13	3,9	10	10,8	23	5,4
Cuidado para não passar para outras pessoas pelo sangue como por transfusões	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Cuidados de higiene em domicílio e peridomicílio	1	0,3	1	1,1	2	0,5

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Evitar transmitir para o parceiro pelo ato sexual	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Ir para o centro especializado	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Cuidado com os contatos	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Usar óleo de milho nas mãos	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Realizar atividade física	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Pacientes da fase crônica devem evitar esforço físico	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Conhecimento sobre os exames que devem ser feitos para uma pessoa afetada por DC						
Não	251	75,4	55	59,1	306	71,8
Sim	64	19,2	35	37,6	99	23,2
Não Sabe/Não quer responder	18	5,4	3	3,2	21	4,9

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

6.2.1 Atitudes de ACS e ACE referentes à Doença de Chagas

Quanto à atitude tomada caso uma pessoa informe que encontrou um barbeiro em sua casa ou peridomicílio, a maioria dos ACS e ACE (n=157; 36,8%) orienta a entregar do barbeiro no Centro de Endemias, um percentual expressivo (n=23; 5,4%) orienta matar o barbeiro e alguns (n=19; 4,4%) orientam fazer os exames para saber se houve a contaminação. Entre as outras orientações, encontra-se o encaminhamento para as unidades de saúde (n=83; 19,5%).

A maioria dos entrevistados (n= 259; 60,8%) acredita que há muitos casos de DC no município. As principais razões citadas foram: falta de conhecimento sobre a doença (n= 116; 27,2%); seguida pelas condições inadequadas de habitação (n=48; 11,3%). A atitude necessária mais mencionada para adoção de medidas de controle foi a promoção de ações de educação em saúde, alcançando 63,1% (n=269) dos profissionais. Quanto às outras atitudes necessárias, emergiram: a capacitação dos profissionais de saúde (n=42; 9,9%); e ações inadequadas, por exemplo, o uso do carro fumacê (n=5; 1,2%).

A maior parte dos profissionais afirma que a doença de Chagas é um problema de saúde pública no município, (n=348; 81,7%), entre estes, a maioria acredita que a doença de Chagas está parcialmente sob controle (n=122; 28,6%), alguns disseram que está totalmente sob controle (n=26; 7,4%) e outros (n=36; 10,34%) não sabem responder. Um percentual importante (n=245; 57,5%) acredita que não são capazes de suspeitar de um caso de doença de Chagas a partir das queixas dos usuários. Entre aqueles que responderam que são capazes (n=168; 39,6%), as principais queixas que levantariam suspeita seriam: febre (n=86; 20,2%), inchaço no local da picada do barbeiro (n=79; 18,5%) e fadiga (n=61; 14,6%).

Sobre a gravidade da doença de Chagas, prevalecem profissionais que

acreditam ser grave (n=421; 98,8%) e que ela pode levar a morte (n=416; 97,7%). Por estas razões, consideram que é importante buscar o cuidado para a pessoa acometida, (n=423; 99,3%) e acreditam que é possível que uma pessoa afetada pela doença de Chagas tenha qualidade de vida (n=351; 82,4%).

Tabela 14 - Atitudes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACE) sobre a Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Atitude relacionada ao encontro de barbeiro por uma pessoa da comunidade						
Orientaria para entregar o barbeiro no Centro de Endemias	112	33,6	45	48,4	157	36,9
Orientaria para matar o barbeiro	23	6,9	0	0,0	23	5,4
Orientaria para fazer os exames para saber se houve a contaminação	13	3,9	6	6,5	19	4,5
Orientaria para não se preocupar	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Não sabe/ Não lembra	29	8,7	1	1,1	30	7,0
Outras atitudes citadas						
Capturar o barbeiro e levá-lo para análise	34	10,2	15	16,1	49	11,5
Acionar órgãos de vigilância/ órgão responsável	36	10,8	20	21,5	56	13,1
Encaminhar para a unidade/para a equipe de saúde	76	22,8	7	7,5	83	19,5
Notificação	4	1,2	0	0,0	4	0,9
Investigação	4	1,2	1	1,1	5	1,2
Busca ativa no domicílio / testagem das pessoas	7	2,1	3	3,2	10	2,3
Limpeza e/ou dedetização da casa e/ou peridomicílio	5	1,5	2	2,2	7	1,6
Investigação do local	6	1,8	3	3,2	9	2,1
Tirar foto e enviá-la para análise	4	1,2	0	0,0	4	0,9
Obter informações sobre o barbeiro/Chagas	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Jogar fora/ Levar para longe	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Captura do barbeiro para análise + testagem das pessoas	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Acionar supervisor para medidas cabíveis	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Limpar a casa + capturar o barbeiro + testar pessoa	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Crença de ter muitos casos de DC no município de atuação						
Não	127	38,1	13	14,0	140	32,9
Sim	181	54,4	78	83,9	259	60,8
Não Sabe/Não quer responder	25	7,5	2	2,2	27	6,3
Se sim, você atribui a que razões						
Presença de reservatório do parasita	8	2,4	12	12,9	20	4,7
Falta de medidas de controle eficaz	8	2,4	17	18,3	25	5,9
Condições precárias de habitações	27	8,1	21	22,6	48	11,3
Falta de saneamento básico	12	3,6	6	6,5	18	4,2
Falta de informações sobre a doença	78	23,4	38	40,9	116	27,2
Dificuldades no acesso aos serviços de saúde	8	2,4	7	7,5	15	3,5
Outras atitudes						
Áreas endêmicas	3	0,9	1	1,1	4	0,9
Áreas rurais	14	4,2	2	2,2	16	3,8
Pessoas vulneráveis socioeconomicamente	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Trânsito de pessoas de fora da cidade	8	2,4	1	1,1	9	2,1
Subnotificação	3	0,9	1	1,1	4	0,9
Questões ambientais	5	1,5	2	2,2	7	1,6
Presença do barbeiro	7	2,1	0	0,0	7	1,6
Caráter assintomático da doença	2	0,6	2	2,2	4	0,9
Negligência pública	1	0,3	3	3,2	4	0,9
Acúmulo de madeiras, lixos / higiene	3	0,9	0	0,0	3	0,7

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Através dos dados passados na última capacitação	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Contato com pessoas com a DC	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Crescimento urbano	3	0,9	1	1,1	4	0,9
Desmatamento	4	1,2	0	0,0	4	0,9
Doença negligenciada	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Ausência da vigilância epidemiológica	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Sub diagnóstico	4	1,2	1	1,1	5	1,2
Falta de serviço especializado	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Queixas de problemas cardíacos	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Atitudes necessárias para o município instituir medidas de prevenção para DC						
Promover ações de educação em saúde	204	61,3	65	69,9	269	63,1
Promover campanhas de testagem	17	5,1	6	6,5	23	5,4
Promover palestras nas escolas	22	6,6	6	6,5	28	6,6
Não sabe / Não quer responder	23	6,9	2	2,2	25	5,9
Outras atitudes citadas						
Não Sabe/Não quer responder	24	7,2	2	2,2	26	6,1
Investimento público para a DC e grupos de pesquisa	3	0,9	4	4,3	7	1,6
Busca ativa de casos	13	3,9	2	2,2	15	3,5
Ações dos ACS e ACE	1	0,3	4	4,3	5	1,2
Aumento da equipe na atuação contra a DC	2	0,6	5	5,4	7	1,6
Campanhas nas mídias sociais	25	7,5	7	7,5	32	7,5
Atenção maior à doença	6	1,8	1	1,1	7	1,6
Identificação do barbeiro	3	0,9	1	1,1	4	0,9
Medidas de higiene/ limpeza	12	3,6	1	1,1	13	3,1
Medidas de dedetização e controle vetorial	10	3,0	0	0,0	10	2,3
Realização de campanhas com a população	8	2,4	7	7,5	15	3,5
Capacitação aos profissionais	40	12,0	2	2,2	42	9,9
Criação de secretaria específica/ centro específico	7	2,1	1	1,1	8	1,9
Melhorar condições habitacionais com órgãos da assistência social	0	0,0	2	2,2	2	0,5
Carro fumacê	4	1,2	1	1,1	5	1,2
Aumento da notificação	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Orientação para a população	9	2,7	2	2,2	11	2,6
Só tem no Pará	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Vacina	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Compreensão de que a DC é um problema de Saúde Pública em seu município						
Não	50	15,0	9	9,7	59	13,8
Sim	267	80,2	81	87,1	348	81,7
Não sabe / Não quer responder	16	4,8	3	3,2	19	4,5
Nível de controle da DC como problema de saúde pública						
Totalmente sob controle	36	10,8	0	0,0	36	8,5
Parcialmente sob controle	88	26,4	34	36,6	122	28,6
Pouco sob controle	67	20,1	30	32,3	97	22,8
Fora do controle	53	15,9	16	17,2	69	16,2
Não sabe / Não quer responder	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Atitude mediante suspeita de DC						
Não faria nada, são queixas comuns	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Levaria o caso para a ser discutido na reunião de equipe	29	8,7	11	11,8	40	9,4
Discutiria com a enfermeira sobre o caso	18	5,4	1	1,1	19	4,5
Discutiria com o médico sobre o caso	47	14,1	4	4,3	51	12,0
Não sei/ Não quero responder	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Não se aplica, não é minha função	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Encaminharia para a unidade	195	58,6	54	58,1	249	58,5
Encaminhar para médico especialista	2	0,6	2	2,2	4	0,9
Encaminhar para a secretaria de saúde para realizar busca ativa	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Encaminhar para a UPA / hospital	34	10,2	9	9,7	43	10,1
Encaminhar para o centro de hanseníase	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Encaminharia para o centro especializado	4	1,2	0	0,0	4	0,9
Encaminharia para testagem de arboviroses	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Fazer busca na casa da pessoa	0	0,0	1	1,1	1	0,2

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Testagem	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Procurar o setor de endemias	0	0,0	2	2,2	2	0,5
Procurar um médico	24	7,2	10	10,8	34	8,0
Notificação	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Você acredita que pode suspeitar de um caso de DC a partir das queixas dos usuários?						
Não	216	64,9	29	31,2	245	57,5
Sim	106	31,8	62	66,7	168	39,4
Não Sabe/Não quer responder	11	3,3	2	2,2	13	3,1
Caso sim, quais desses sintomas acredita se relacionar com a DC						
Febre	53	15,9	33	35,5	86	20,2
Fadiga	38	11,4	23	24,7	61	14,3
Dor de cabeça	25	7,5	5	5,4	30	7,0
Dores musculares e articulares	22	6,6	10	10,8	32	7,5
Inchaço no local da picada do inseto vetor	48	14,4	31	33,3	79	18,5
Falta de ar	35	10,5	19	20,4	54	12,7
Palpitações cardíacas	39	11,7	22	23,7	61	14,3
Dor no peito	16	4,8	3	3,2	19	4,5
Náuseas	10	3,0	4	4,3	14	3,3
Vômitos	9	2,7	3	3,2	12	2,8
Diarreia	11	3,3	3	3,2	14	3,3
Outros sintomas						
Sintomas Cardíacos	6	1,8	1	1,1	7	1,6
Sintomas Gastrointestinais	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Sintomas Relacionados ao Inchaço	6	1,8	4	4,3	10	2,3
Sintomas Gerais	4	1,2	5	5,4	9	2,1
Sintomas Dermatológicos	3	0,9	2	2,2	5	1,2
Sintomas Neuromusculares	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Sintomas Visuais	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Sintomas Multissistêmicos	0	0,0	3	3,2	3	0,7
Crença que a DC é uma doença grave						
Não	4	1,2	1	1,1	5	1,2
Sim	329	98,8	92	98,9	421	98,8
Não Sabe/Não quer responder	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Crença que a DC pode provocar morte						
Não	8	2,4	0	0,0	8	1,9
Sim	323	97,0	93	100,0	416	97,7
Não Sabe/Não quer responder	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Crença da importância de buscar o cuidado para a pessoa afetada por DC						
Não	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Sim	330	99,1	93	100,0	423	99,3
Não sei	1	0,3	0	0,0	1	0,2
A crença de ser possível o cuidado para que uma pessoa afetada pela DC tenha qualidade de vida						
Não	5	1,5	0	0,0	5	1,2
Sim	325	97,6	93	100,0	418	98,1
Não Sabe/Não quer responder	3	0,9	0	0,0	3	0,7

Fonte: Elaborada pelo autor, 2024.

6.2.2 Práticas de Agentes Comunitários de Saúde e Agente de Controle de Endemias relacionadas à Doença de Chagas

Apenas 65 (15,3%) profissionais afirmaram ter pessoas com doença de Chagas em sua área de atuação, entre os ACS o percentual foi de 16,2% (n=54), prevalecendo o relato de apenas 1 caso (n=47; 11,0%). A maioria negou o acompanhamento de casos no último ano (n=390; 91,5%); do mesmo modo, não realizou visita domiciliar para busca de contatos (n=375; 88,0%); não fez acolhimento

para pessoas afetadas pela doença de Chagas na UBS, (327; 76,8%); e não realizou ações educativas em doença de Chagas na unidade de saúde (n=374; 87,8%). Entre aqueles que realizaram (n=41, 9,6%), esta foi uma prática mais comum entre os ACE (n=32; 34,4%) do que entre os ACS (n=9; 2,7%).

Destacamos que a não utilização de material informativo/educativo sobre a doença de Chagas nas ações programáticas na unidade de saúde (n=337; 79,1%) e no território (n=375; 88,0%) é bastante comum.

Mediante o diagnóstico da doença de Chagas na área de atuação, a maioria (n=129; 30,3%) disse encaminhar para a unidade básica e um percentual importante (n=41; 9,6%) citou a oferta de orientações necessárias. Um número pequeno de participantes (n=5; 1,17%) mencionou que encaminha para ser realizada a notificação do caso. Um número alto (n=82; 19,2%) informou que não saberia o que fazer.

Na questão sobre os cuidados a serem prestado a uma pessoa com doença de Chagas, a orientação a respeito da revisão anual prevaleceu (n=220; 51,6%), seguida pela importância da medicação, a qual teve destaque (n= 61; 14,3%). As visitas domiciliares foi o cuidado mais citado por quem tem pessoas com doença de Chagas em acompanhamento (n=51; 12%). Vale salientar que, atualmente, 15 profissionais (3,5) acompanham pessoas com doença de Chagas.

Tabela 15 - Práticas de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Controle de Endemias (ACD) sobre a Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Existência de pessoas afetadas por DC em sua área de atuação						
Não	272	81,7	79	84,9	351	82,4
Sim	53	16,2	11	11,8	64	15,3
Não Sabe/Não lembra	7	2,1	3	3,2	10	2,3
Caso sim, quantos?						
Nenhum	280	84,1	82	88,2	362	85,0
1 caso	42	12,6	5	5,4	47	11,0
2 casos	6	1,8	0	0,0	6	1,4
3 casos	1	0,3	0	0,0	1	0,2
4 casos	1	0,3	3	3,2	4	0,9
5 casos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
6 casos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
7 casos	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8 casos	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Não lembra/ Não tem certeza	2	0,6	2	2,2	4	0,9
Realizou ou realiza abordagem a pessoas afetadas pela DC no último ano						
Não	318	95,5	72	77,4	390	91,5
Sim	13	3,9	10	10,8	23	5,4
Não Sabe/Não quer responder	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Não se aplica/ Não é minha função	1	0,3	10	10,8	11	2,6
Realizou ou realiza visita domiciliar para busca ativa de contatos de DC no último ano						
Não	317	95,2	58	62,4	375	88,0

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	4	1,2	12	12,9	16	3,8
Não Sabe/Não quer responder	2	0,6		0,0	2	0,5
Não se aplica/ Não é minha função	1	0,3	23	24,7	24	5,6
Realizou ou realiza acolhimento para pessoas afetadas pela DC na UBS						
Não	312	93,7	15	16,1	327	76,8
Sim	9	2,7		0,0	9	2,1
Não Sabe/Não quer responder	2	0,6		0,0	2	0,5
Não se aplica/ Não é minha função	10	3,0	78	83,9	88	20,7
Realizou ou realiza ações educativas em DC na unidade de saúde						
Não	317	95,2	21	22,6	338	79,3
Sim	9	2,7	2	2,2	11	2,6
Não Sabe/Não quer responder	1	0,3		0,0	1	0,2
Não se aplica/ Não é minha função	5	1,5	70	75,3	75	17,6
Caso sim, em que ano						
Não realizou	326	97,9	91	97,8	417	97,9
2010	1	0,3	0	0,0	1	0,2
2021	0	0,0	1	1,1	1	0,2
2022	1	0,3	0	0,0	1	0,2
2023	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Não lembra/ Não especificou	3	0,9	0	0,0	3	0,7
Realizou ou realiza ações educativas em DC no território						
Não	322	96,7	52	55,9	374	87,8
Sim	9	2,7	32	34,4	41	9,6
Não Sabe/Não quer responder	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Não se aplica/ Não é minha função	1	0,3	9	9,7	10	2,3
Caso sim, qual a frequência no ano						
Não especificou a frequência que faz ações educativas de Chagas no território	2	0,6	2	2,2	4	0,9
Não Sabe/Não quer responder	3	0,9	2	2,2	5	1,2
Não se aplica/ Não é minha função	1	0,3	9	9,7	10	2,3
Frequência Baixa (Até 1 vez ao ano)	2	0,6	8	8,6	10	2,3
Frequência Moderada (Mensal ou Bimestral)	1	0,3	6	6,5	7	1,6
Frequência Semanal	0	0,0	8	8,6	8	1,9
Frequência Diária	2	0,6	6	6,5	8	1,9
Utiliza material informativo/educativo sobre DC nas ações programáticas na unidade de saúde						
Não	312	93,7	25	26,9	337	79,1
Sim	16	4,8	6	6,5	22	5,2
Não Sabe/Não quer responder	4	1,2	0	0,0	4	0,9
Não se aplica/ Não é minha função	1	0,3	62	66,7	63	14,8
Utiliza material informativo/educativo sobre DC nas ações programáticas no território						
Não	320	96,1	55	59,1	375	88,0
Sim	9	2,7	22	23,7	31	7,3
Não Sabe/Não quer responder	4	1,2	0	0,0	4	0,9
Não se aplica/ Não é minha função	0	0,0	16	17,2	16	3,8
Realiza ações de vigilância epidemiológica da DC						
Não	315	94,6	55	59,1	370	86,9
Sim	3	0,9	24	25,8	27	6,3
Não Sabe/Não quer responder	1	0,3	2	2,2	3	0,7
Não se aplica/ Não é minha função	14	4,2	12	12,9	26	6,1
Caso sim, quais						
Notificação dos casos	0	0,0	7	7,5	7	1,6
Orientação de contatos para testagem	1	0,3	4	4,3	5	1,2
Investigação de caso	0	0,0	10	10,8	10	2,3
Realiza o controle de vetores						
Não	288	86,5	56	60,2	344	80,8
Sim	19	5,7	27	29,0	46	10,8
Não Sabe/Não quer responder	2	0,6	1	1,1	3	0,7
Não se aplica/ Não é minha função	24	7,2	9	9,7	33	7,7
Quais as estratégias que você utiliza para realizar o controle vetorial						
Identificação dos barbeiros	1	0,3	9	9,7	10	2,3
Eliminação dos criadouros	0	0,0	2	2,2	2	0,5
Aplicação de inseticidas (borrifação)	0	0,0	13	14,0	13	3,1
Coleta de dados e registro nos Sistemas de informação	0	0,0	1	1,1	1	0,2
Orientação aos moradores	1	0,3	4	4,3	5	1,2

Variáveis	ACS		ACE		Total	
	N	%	N	%	N	%
Não se aplica, não é minha função	1	0,3	5	5,4	6	1,4
Prática relacionada mediante caso de diagnóstico para DC na área de atuação						
Buscaria a família e contatos próximos para a testagem	22	6,6	5	5,4	27	6,3
Faria todas as orientações necessárias ao cuidado	90	27,0	27	29,0	117	27,5
Daria meu apoio	38	11,4	3	3,2	41	9,6
Diria para não se preocupar	9	2,7	2	2,2	11	2,6
Não sabe/ Não se aplica	61	18,3	21	22,6	82	19,2
Encaminharia para a unidade/ profissionais da unidade	98	29,4	31	33,3	129	30,3
Indicar/ acompanhar o paciente no tratamento	16	4,8	5	5,4	21	4,9
Buscaria informações sobre a doença	25	7,5	2	2,2	27	6,3
Encaminhar para médico especialista	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Encaminhar para ser realizada notificação	2	0,6	3	3,2	5	1,2
Mandaria no grupo de WhatsApp da unidade	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Aumentar a frequência das visitas domiciliares	19	5,7	3	3,2	22	5,2
Orientaria procurar centro especializado para Chagas	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Mobilizar toda a comunidade	1	0,3	1	1,1	2	0,5
Investigação	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Encaminhar para o hospital	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Buscar a equipe de pesquisa para testar	1	0,3	0	0,0	1	0,2
Quais os cuidados que você que atua na saúde, orienta para as pessoas afetadas por DC						
Ter uma alimentação saudável	21	6,3	4	4,3	25	5,9
Fazer exercícios físicos	10	3,0	2	2,2	12	2,8
Dormir cedo	2	0,6	0	0,0	2	0,5
Tomar as medicações prescritas pelo médico	44	13,2	17	18,3	61	14,3
Fazer revisão todo ano	18	5,4	4	4,3	22	5,2
Não se aplica	177	53,2	43	46,2	220	51,6
Quais as estratégias que você utiliza para o cuidado de uma pessoa afetada por DC						
Visitas domiciliares regulares	47	14,1	4	4,3	51	12,0
Agendamentos de consultas com a equipe da UBS	14	4,2	2	2,2	16	3,8
Monitoramento das consultas	18	5,4	1	1,1	19	4,5
Monitoramento das casas	3	0,9	2	2,2	5	1,2
Informações sobre prevenção	6	1,8	9	9,7	15	3,5
Informações sobre o cuidado	16	4,8	10	10,8	26	6,1
Controle ambiental com apoio da vigilância entomológica	1	0,3	4	4,3	5	1,2
Não é minha função	3	0,9	14	15,1	17	4,0
Atualmente você cuida de alguma pessoa afetada pela DC						
Não	317	95,2	85	91,4	402	94,4
Sim	15	4,5	0	0,0	15	3,5
Não Sabe/Não quer responder	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não se aplica/ Não é minha função	1	0,3	8	8,6	9	2,1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

6.3 Perfil de pessoas acometidas pela doença de Chagas

A população desta seção constitui-se de 36 pessoas acometidas pela Doença de Chagas residentes no município de Vitória da Conquista-BA. A maioria descobriu o diagnóstico entre 2012 e 2023 (n=13; 36,1%), seguido do período de 2000 a 2011 (22,2%). Prevaleram pessoas com manifestações relacionadas à Doença de Chagas (n=21; 58,3%), dentre as quais, 25% (n=9) apresentaram queixas cardíológicas, 16,7% (n=6) digestórias e este mesmo percentual de pessoas fez referência aos dois problemas. Ainda assim, 80,6% (n=29) relataram desconhecer a

classificação da doença. O relato de outras pessoas com Doença de Chagas na família foi frequente (n=19; 52,8%), 63,2% (n=12) informaram ter até 2 casos e 13,9% (n=5) disseram residir na mesma casa. Quando questionadas sobre como pegaram a Doença de Chagas, a picada do barbeiro foi a causa mais relatada (n=17; 75%), apenas 16,7% (n=6) não possuem essa informação

Tabela 16 - Perfil clínico de pessoas acometidas pela Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024

Variáveis	N	%
Total de pessoas com doença de Chagas (DC)	36	100,0
Em que ano o senhor (a) descobriu que tem a DC		
Não sabe / Não quer responder	8	22,2
Década 60	1	2,8
Década 70	2	5,6
Década 80	1	2,8
Década 90	2	5,6
Entre 2000 - 2011	8	22,2
Entre 2012 - 2023	13	36,1
No ano atual (2024)	1	2,8
Queixas de saúde relacionado a DC		
Não	12	33,3
Sim	21	58,3
Não sabe / Não quer responder	3	8,3
Caso sim, o que sente		
Problemas relacionados ao aparelho digestivo	6	16,7
Problemas relacionados ao coração	9	25,0
Os dois	6	16,7
Tipo de DC que é portador		
Não sabe / Não quer responder	29	80,6
Cardíaca	3	8,3
Digestiva	2	5,6
Mista (Cardíaca e digestiva)	1	2,8
Neurológico	1	2,8
Existência de outras pessoas na família acometidas pela DC		
Não	13	36,1
Sim	19	52,8
Não sabe	4	11,1
Caso sim, quantos		
Não relata outros casos na família	17	47,2
Até 2 caso	12	33,3
3 a 4 casos	5	13,9
5 a 6 casos	1	2,8
7 a 8 casos	1	2,8
Caso sim, moram na mesma casa		
Não	14	38,9
Sim	5	13,9
Como o senhor (a) acha que pegou a DC		
Picada do barbeiro	27	75,0
Não sabe / Não quer responder	6	16,7
Não sabe, pois diz que não tem a DC	1	2,8
Morava em casa de Pau a pique, dormia em cama de vara com palha	1	2,8
Zona rural de Anagé	1	2,8

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

6.3.1 Conhecimento das pessoas acometidas pela doença de Chagas sobre a doença

Sobre o conhecimento referente a como se pega a doença, 83,3% (n=30) relataram ser o contato com o barbeiro. A transmissão vertical não foi citada. Contudo, mediante o questionamento direto sobre a possibilidade de uma gestante passar para seu bebê, 47,2% (n=17) afirmaram que pode acontecer. As informações referentes ao fato de manter a casa limpa (n=12; 33,3%) e o quintal limpo, livres de barbeiros (n=12; 33,3%), foram as mais citadas como forma de prevenir a Doença de Chagas. Um percentual importante (n=24; 66,7%) relatou conhecer as áreas do corpo possivelmente atingidas pela Doença de Chagas, os órgãos mais citados foram: o coração (n=24; 66,7%) seguido pelo esôfago (n=9; 25%).

A maioria (n=26; 72%) já viu o inseto barbeiro e disse reconhecê-lo (n=27; 72,2%). No entanto, apenas uma minoria (n=7; 19,4%) sabe o local para onde o inseto deve ser encaminhado para análise. Um percentual também elevado (n=28; 77,8%) tem conhecimento que o barbeiro causa uma doença e sabe que se trata da Doença de Chagas (n=27; 75%).

Um número expressivo (n=25; 69,4%) não sabe como é feito o diagnóstico da Doença de Chagas, assim como desconhece o local onde se realiza os exames (n=27; 75%). Sobre o tratamento, prevaleceram pessoas que afirmam ser possível (n=22; 61,1%). Contudo, 69,4% (n=25) não conhecem a medicação. Apenas 19,5% (n=7) das pessoas sabem os cuidados que uma pessoa acometida pela DC precisa ter e 16,7% (n=6) têm informações a respeito dos principais exames.

Tabela 17 - Conhecimento de pessoas acometidas pela Doença de Chagas. Sobre a doença, cuidado e vigilância. Vitória da Conquista, Bahia, 2024

Variáveis	N	%
Total de pessoas com doença de Chagas (DC)	36	100,0
Conhecimento sobre como uma pessoa pega a DC		
Pega de mãe para filho durante a gestação ou o parto	0	0,0
Pega pelo contato com fezes/urina do barbeiro durante a picada do barbeiro	30	83,3
Pega ao consumir um alimento contaminado	1	2,8
Galinheiro perto	1	2,8
Não sabe / Não quer responder	6	16,7
A gestante que tem DC pode transmitir para seu bebê?		
Não	8	22,2
Sim	17	47,2
Não sabe / Não quer responder	11	30,6
O que as pessoas podem fazer para prevenir a DC?		
Manter a casa limpa sem barbeiro	12	33,3

Variáveis	N	%
Manter o quintal limpo sem barbeiro	12	33,3
Consumir apenas alimentos seguros, sem risco de contaminação	2	5,6
Evitar criações de animais próximo a residência (como galinha)	1	2,8
Não é possível prevenir a DC	4	11,1
Acompanhamento com médico regularmente	2	5,6
Não trabalhar e nem residir em lugares de risco	1	2,8
Tratamento	1	2,8
Fazer exames regularmente	1	2,8
Áreas do corpo que pode ser atingida pela DC		
Coração	24	66,7
Pulmão	1	2,8
Estômago	1	2,8
Intestino	4	11,1
Pele	0	0,0
Esôfago	9	25,0
Fígado, baço	1	2,8
Sangue	2	5,6
Você já viu o inseto “barbeiro” (também conhecido como potó, bicudo, percevejo do sertão, chupão etc.)?		
Não	9	25,0
Sim	26	72,2
Não sabe / Não quer responder	1	2,8
Você sabe reconhecer o inseto “barbeiro”?		
Não	7	19,4
Sim	27	75,0
Não sabe / Não quer responder	2	5,6
Conhece algum local para onde você possa levar os “barbeiros” que são capturados na sua região		
Não	20	55,6
Sim	7	19,4
Não sabe / Não quer responder	9	25,0
Você tem conhecimento se este inseto “barbeiro” causa alguma doença		
Não	3	8,3
Sim	28	77,8
Não sabe / Não quer responder	5	13,9
Se sim, qual ou quais as doenças são causadas pelo barbeiro		
DC	27	75,0
Dengue	0	0,0
Outras	1	2,8
Acha que cresce o coração	1	2,8
Você sabe como é feito o diagnóstico da doença de Chagas		
Não	27	75,0
Sim	9	25,0
Você conhece o local onde se faz diagnóstico de DC no seu município		
Não	16	44,4
Sim	9	25,0
Não sabe / Não quer responder	11	30,6
Para você é possível tratar uma pessoa que tem a DC		
Não	8	22,2
Sim	22	61,1
Não sabe / Não quer responder	6	16,7
O senhor (a) conhece algum medicamento para tratar a DC		
Não	25	69,4
Sim	3	8,3
Não sabe / Não quer responder	8	22,2
Caso sim, qual o nome		
Benzenidazol	0	0,0
Rochagan	2	5,6
Posaconazol	0	0,0

Variáveis	N	%
Eflornitina	0	0,0
Não sei, não lembro	1	2,8
Você sabe como é feito o cuidado para a pessoa afetada por DC		
Não	23	63,9
Sim	7	19,4
Não sabe / Não quer responder	6	16,7
Você conhece quais os principais exames devem ser feitos para uma pessoa afetada por DC		
Não	24	66,7
Sim	6	16,7
Não sabe / Não quer responder	6	16,7

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

6.3.2 Atitudes das pessoas acometidas pela doença de Chagas sobre a doença

A respeito da presença do inseto barbeiro nas casas ou nos quintais, (n=15; 41,7%) acreditam que o melhor a se fazer é comunicar ao ACS, já alguns desconhecem como proceder (n=10; 27,8%). Quanto à necessidade de buscar informações sobre a doença, (n=16; 44,4%) afirmam não ter, apesar de compreenderem que se trata de uma doença grave (n=32; 88,9%) e descreverem como alto o potencial de mortalidade (n=31; 86,1%).

A maioria acredita que a prevenção da Doença de Chagas é importante (n=30; 83,3%). As medidas preventivas mais citadas foram: manter a casa limpa (n=15; 41,7%) e o quintal (n=15; 41,7%), ambos sem a presença do barbeiro. A maioria (n=27; 75,0%) acredita que não é responsabilidade do governo fornecer informações e recursos para prevenção da doença de Chagas e apontam (n=19; 52,8%) que ela pode ser controlada por meio de ações dos moradores da própria comunidade.

Boa parte dos participantes (n=30; 83,3%) acredita que é importante fazer o diagnóstico da doença de Chagas, porém, 22,2% (n=8) acreditam que se diagnosticado um caso na família, os demais não precisam fazer o teste. Houve uma predominância de pessoas que não têm opinião formada sobre a eficácia do tratamento (n=22; 61,1%). Uma quantidade significativa, (n=33; 91,7%) afirmou que é importante buscar o cuidado para a sua saúde e acredita ser possível viver bem com o diagnóstico da doença de Chagas (n=21; 58,3%). Mediante o diagnóstico em uma pessoa da família, 38,9% (n=14) a levariam a um médico da unidade de saúde, 30,6% (n=11) não saberiam o que fazer. Um número relevante de pessoas teria a atitude de participar de campanhas para prevenção da doença na comunidade (n=18; 50%), outras não souberam responder (n=15; 41,7%)

Tabela 18 - Atitudes de pessoas acometidas pela Doença de Chagas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024

Variáveis relacionadas a atitudes relacionadas a DC	N	%
Total de pessoas com doença de Chagas (DC)	36	100,0
Se há presença de barbeiro na casa ou quintal, qual o seu pensamento diante do fato deles estarem neste local		
Não traz nenhum problema	2	5,6
Faz parte da natureza	5	13,9
Devo falar para o ACE	1	2,8
Devo falar para o ACS	15	41,7
Outras pessoas vão pegar a DC	1	2,8
Não sabe	10	27,8
Mataria o barbeiro	1	2,8
Mataria o barbeiro e levava para a unidade	1	2,8
Falaria com a unidade	1	2,8
Você sente ou já sentiu necessidade de buscar informações sobre a DC		
Não	16	44,4
Sim	14	38,9
Não sabe / Não quer responder	4	11,1
Às vezes	2	5,6
Você acredita que a DC é uma doença grave		
Não	2	5,6
Sim	32	88,9
Não sabe / Não quer responder	2	5,6
Você acredita que a DC pode provocar morte		
Não	3	8,3
Sim	31	86,1
Não sabe / Não quer responder	2	5,6
Você acredita que a prevenção da DC é importante		
Não	2	5,6
Sim	30	83,3
Não sabe / Não quer responder	4	11,1
Quais medidas você acredita serem importantes para prevenir a infecção da DC em pessoas da sua casa ou da comunidade		
Manter a casa limpa sem barbeiro	15	41,7
Manter o quintal limpo sem a presença do barbeiro	15	41,7
Consumir apenas alimentos seguros, sem risco de contaminação	1	2,8
Usar mosquiteiros ou telas nas janelas das casas	0	0,0
Evitar criações de animais próximo a residência	0	0,0
Não faz medidas de prevenção	6	16,7
Não sabe	13	36,1
Você acredita que é responsabilidade do governo fornecer informações e recursos para prevenção da DC		
Não	0	0
Sim	27	75,0
Não sabe / Não quer responder	9	25,0
Você acredita que a DC pode ser controlada por meio de ações dos moradores da própria comunidade		
Não	2	5,6
Sim	19	52,8
Não sabe / Não quer responder	15	41,7
Você se sentiria confortável em participar de campanhas de conscientização sobre a doença de Chagas em sua comunidade		
Não	1	2,8
Sim	18	50,0
Não sabe / Não quer responder	17	47,2
Você acredita que é importante fazer o diagnóstico para DC		
Não	2	5,6
Sim	30	83,3

Variáveis relacionadas a atitudes relacionadas a DC	N	%
Não sabe / Não quer responder	4	11,1
Você acha que se for diagnóstico um caso na família, os demais também precisam fazer o teste		
Não	0	0,0
Sim	28	77,8
Não sabe / Não quer responder	8	22,2
Você confia que o tratamento para a doença de Chagas é eficaz		
Não	2	5,6
Sim	12	33,3
Não sabe / Não quer responder	22	61,1
Você acredita que é importante buscar o cuidado para sua saúde		
Não	0	0,0
Sim	33	91,7
Não sabe / Não quer responder	3	8,3
Você acredita que é possível viver bem com o diagnóstico de DC		
Não	5	13,9
Sim	21	58,3
Não sabe / Não quer responder	10	27,8
Em caso de diagnóstico para DC de algum morador da sua casa ou da sua família, qual seria a sua atitude		
Levaria a um médico na unidade básica de saúde	14	38,9
Levaria a um médico do hospital	6	16,7
Informaria ao ACS	8	22,2
Falaria para não se preocupar	0	0,0
Daria meu apoio	8	22,2
Não sabe	11	30,6
Orientar os outros familiares para fazerem o teste	1	2,8
Você se sentiria confortável em participar de campanhas de conscientização sobre a DC em sua comunidade		
Não	1	2,8
Sim	18	50,0
Não sabe / Não quer responder	17	47,2

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

Prevaleceram pessoas acometidas pela doença de Chagas que não fazem nenhum acompanhamento (n=13; 36,1%), outras (n=10; 27,8%) realizam na UBS e este mesmo percentual em consultório particular. Sobre o tratamento etiológico, 11,1% (n=4) fizeram e a metade relatou ter feito corretamente (n=2; 50%). Um percentual próximo (n=5; 13,9%) disse ter realizado um tratamento alternativo em busca da cura. Em decorrência de complicação relacionada à doença, 16,7% (n=6) fazem uso de alguma medicação. Além disso, a maioria não tem cuidados relacionados à sua saúde no que diz respeito à doença de Chagas (n=17; 47,2%). Quando questionadas diretamente sobre a consulta médica anual, 61,1% (n=22) relataram não fazer, porém, o ECG é realizado por 91,7% (n=33) das pessoas.

Tabela 19 - Práticas relacionadas à Doença de Chagas por pessoas acometidas. Vitória da Conquista, Bahia, 2024

Variáveis	N	%
Total de pessoas com doença de Chagas (DC)	36	100,0
Qual o principal lugar que busca para o acompanhamento da sua saúde relacionada a DC		
Consultório particular no município	10	27,8
Serviço de saúde público de outro município	1	2,8
Unidade Básica de saúde do município	10	27,8
Não faz nenhum acompanhamento para DC	13	36,1
UBS e consultório particular	1	2,8
Hospital Público	1	2,8
Realizou o tratamento etiológico para DC?		
Não	31	86,1
Sim	4	11,1
Não sabe / Não quer responder	1	2,8
Caso sim, qual o nome da medicação?		
Não lembra	2	5,6
Rochagan®	2	5,6
Você fez ou faz algum tratamento alternativo para DC?		
Não	32	88,9
Sim	4	11,1
Não sabe / Não quer responder	0	0,0
Caso sim, qual?		
Não lembra	1	2,8
Chá de erva carrapicho picão	1	2,8
Faz acompanhamento naturalista	1	2,8
Noz moscada	1	2,8
Você usa medicações por causa da DC		
Não	29	80,6
Sim	6	16,7
Não sabe / Não quer responder	1	2,8
Quais os cuidados que você tem com sua saúde por causa da DC		
Tem uma alimentação saudável	7	19,4
Faz exercícios físicos	4	11,1
Dorme cedo	2	5,6
Toma as medicações prescritas pelo médico	3	8,3
Faz revisão todo ano	12	33,3
Não tem cuidados	17	47,2
Não sabe	1	2,8
Não sabia da DC	1	2,8
Você faz consulta médica todo ano por causa da DC		
Não	22	61,1
Sim	14	38,9
Não sabe / Não quer responder	0	0,0
Você já fez eletrocardiograma do coração (ECG)		
Não	2	5,6
Sim	33	91,7
Não sabe / Não quer responder	1	2,8
Você sabe como é feito o cuidado para a pessoa afetada por doença de Chagas		
Não	23	63,9
Sim	7	19,4
Não sabe / Não quer responder	6	16,7
Você conhece quais os exames devem ser feitos para uma pessoa afetada por doença de Chagas		
Não	24	66,7
Sim	6	16,7
Não sabe / Não quer responder	6	16,7
Se há presença de barbeiro na casa ou quintal, qual o seu pensamento diante do fato deles estarem neste local		
Não traz nenhum problema	2	5,6

Variáveis	N	%
Faz parte da natureza	5	13,9
Devo falar para o ACE	1	2,8
Devo falar para o ACS	15	41,7
Outras pessoas vão pegar a doença de Chagas	1	2,8
Outros	13	36,1
Quais outros		
Não sabe	10	27,8
Mataria o barbeiro	1	2,8
Mataria o barbeiro e levava para a unidade	1	2,8
Falaria com a unidade	1	2,8
Não mencionou outra atitude	23	63,9
Você sente ou já sentiu necessidade de buscar informações sobre a doença de Chagas		
Não	16	44,4
Sim	14	38,9
Não sabe / Não quer responder	4	11,1
Às vezes	2	5,6
Você acredita que a doença de Chagas é uma doença grave		
Não	2	5,6
Sim	32	88,9
Não sabe / Não quer responder	2	5,6
Você acredita que a doença de Chagas pode provocar morte		
Não	3	8,3
Sim	31	86,1
Não sabe / Não quer responder	2	5,6
Você acredita que a prevenção da doença de Chagas é importante		
Não	2	5,6
Sim	30	83,3
Não sabe / Não quer responder	4	11,1
Quais medidas você acredita serem importantes para prevenir a infecção da doença de Chagas em pessoas da sua casa ou da comunidade		
Manter a casa limpa sem barbeiro	15	41,7
Manter o quintal limpo sem a presença do barbeiro	15	41,7
Consumir apenas alimentos seguros, sem risco de contaminação	1	2,8
Usar mosquiteiros ou telas nas janelas das casas	0	0,0
Evitar criações de animais próximo a residência	0	0,0
Outras	20	55,6
Outras. Qual		
Não faz medidas de prevenção	6	16,7
Não sabe	13	36,1
Procurar a unidade de saúde	1	2,8
Não mencionou outra medida de prevenção	16	44,4
Você acredita que é responsabilidade do governo fornecer informações e recursos para prevenção da doença de Chagas		
Não	27	75,0
Sim	0	0,0
Não sabe / Não quer responder	9	25,0
Você acredita que a doença de Chagas pode ser controlada por meio de ações dos moradores da própria comunidade		
Não	2	5,6
Sim	19	52,8
Não sabe / Não quer responder	15	41,7
Você se sentiria confortável em participar de campanhas de conscientização sobre a doença de Chagas em sua comunidade		
Não	1	2,8
Sim	18	50,0
Não sabe / Não quer responder	17	47,2
Você acredita que é importante fazer o diagnóstico para doença de Chagas		
Não	2	5,6
Sim	30	83,3

Variáveis	N	%
Não sabe / Não quer responder	4	11,1
Você acha que se for diagnostico um caso na família, os demais também precisam fazer o teste		
Não	0	0,0
Sim	28	77,8
Não sabe / Não quer responder	8	22,2
Você confia que o tratamento para a doença de Chagas é eficaz		
Não	2	5,6
Sim	12	33,3
Não sabe / Não quer responder	22	61,1
Caso você esteja fazendo o tratamento medicamentoso para a doença de Chagas, como se sente		
Não faz ou não fez o tratamento medicamentoso	31	86,1
Fez tem muito tempo	1	2,8
Não lembra	2	5,6
Não sentiu nada	1	2,8
Se sente mais segura	1	2,8
Você acredita que é importante buscar o cuidado para sua saúde		
Não	0	0,0
Sim	33	91,7
Não sabe / Não quer responder	3	8,3
Você acredita que é possível viver bem com o diagnóstico de doença de Chagas		
Não	5	13,9
Sim	21	58,3
Não sabe / Não quer responder	10	27,8
Como você faz para reduzir o risco de infecção pela doença na sua casa		
Nunca fiz nada, minha casa sempre foi ótima	13	36,1
Reparei as rachaduras nas paredes, pisos e tetos das casas	0	0,0
Substitui materiais adequados nas construções das habitações	0	0,0
Mantenho a casa limpa e organizada	9	25,0
Coloquei instalação de telas nas portas e janelas	0	0,0
Uso de mosquiteiros, principalmente à noite	0	0,0
Falo com as pessoas sobre a importância de evitar barbeiro	0	0,0
Outros	14	38,9
Outros: Qual		
Nunca praticou medidas para prevenir a infecção	12	33,3
Não sabe o que fazer	2	5,6
Não mencionou outra prática	22	61,1

Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

7 DISCUSSÃO

7.1 Conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da APS sobre a doença de Chagas

No perfil de profissionais da APS quanto aos processos formativos, observa-se que muitos médicos(as) e enfermeiros(as) que atuam na APS do terceiro maior município da Bahia revela pouca experiência profissional, baixo investimento na realização de pós-graduação e a não oferta/participação em treinamentos sobre a Doença de Chagas, especialmente entre os médicos. Ao considerar a complexidade da APS, este cenário se configura como crítico para promover resolutividade deste ponto de atenção, em especial para doenças de caráter negligenciado, por exemplo, a doença de Chagas.

Quanto aos principais desafios da APS, os participantes referiram-se ao financiamento insuficiente, à formação profissional em desarmonia com o modelo de atenção requerido, à precarização do vínculo profissional com as instituições e ao desalinhamento de ações intersetoriais (Arantes; Shimizu; Merchan-Hamann, 2016). Todos estes aspectos são essenciais para superação das DTNs no Brasil.

Especificamente sobre os processos formativos em doença de Chagas, os achados são semelhantes a outros estudos realizados em outras partes do país, os quais reafirmam poucos investimentos para ampliação do conhecimento do profissional médico no manejo da doença de Chagas na APS, impactando na evolução do conhecimento e segurança médica em conduzir e tratar pessoas acometidas. Ainda convém lembrar que a Doença de Chagas se tornou uma problemática complexa por envolver não somente questões de saúde pública, mas fatores ligados à educação, informação, comunicação em saúde e superação de iniquidades sociais (de Souza Cardoso *et al.*, 2017; Ferreira *et al.*, 2018; Pereira-Silva; Mello; Araújo-Jorge, 2022).

É preciso fortalecer a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que tem o “objetivo de estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação profissional dos trabalhadores [...] a partir da realidade local”, ou seja, propõe abordagens em que os profissionais são capacitados a partir das demandas/realidades vivenciadas (Santos *et al.*, 2023).

Ainda referente ao perfil de médicos e enfermeiros atuantes na APS, mesmo que este estudo tenha ocorrido na terceira maior cidade do interior do nordeste

do país, é essencial refletir que metade dos médicos possui menos de um ano de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS). A baixa fixação dos profissionais na APS dificulta todo o processo de trabalho com o território, incluindo o vínculo tão necessário com a comunidade. Estudos revelam que a aproximação com o contexto do território e o desenvolvimento de vínculo com a comunidade funcionam como fatores de estímulo para a permanência do médico na APS (Cortez *et al.*, 2019). É preciso, portanto, fazer mudanças nas diretrizes curriculares e discutir com a seriedade necessária para combater os vazios assistenciais da atenção médica em busca do acesso universal à saúde.

Abordando a dimensão CONHECIMENTO, este estudo CAP inicia revelando que alguns profissionais participantes expõem dispor de informações sobre algumas características de uma DTN, em especial o baixo investimento da saúde pública e o acometimento de populações em contexto de vulnerabilidade. No entanto, poucos relataram as falhas da indústria farmacêutica para produção de novos fármacos e testes diagnósticos. Do mesmo modo, os resultados demonstram que existe uma compreensão de que a Doença de Chagas faz parte das DTNs.

Em estudo realizado com profissionais de saúde no município de Juiz de Fora (MG), entre os 254 médicos incluídos, 246 (96,85%) desconheciam a sigla DTNs. Diante disso, foi solicitado para os 8 médicos que conheciam que citassem três exemplos de DTNs, como resultado: 1 (12,50%) descreveu corretamente duas doenças; 4 (50,00%) apenas uma doença e os outros 3 (37,50%) não descreveram nenhuma doença corretamente (Meurer *et al.*, 2023). Ao considerar que as DTNs têm grande impacto na saúde pública mundial, inclusive no Brasil, a OMS tem discutido o tópico como pauta prioritária, por meio de um roteiro ambicioso focado no controle e na eliminação dessas doenças até o ano de 2030, sendo preciso ampliar informações para todos os níveis de atenção, em especial para a APS, local prioritário para o reconhecimento e enfrentamento das condições de risco.

No que se refere aos modos de transmissão da Doença de Chagas, o contato com o triatomíneo (barbeiro) foi citado como condição de risco pela maioria dos profissionais, porém, a maioria desconhece o barbeiro. Um percentual bastante reduzido reconheceu como condição de risco ter familiares que tenham diagnóstico da Doença de Chagas. Em estudo realizado com 480 profissionais de saúde da rede pública de Maringá-PR e Paiçandu-PR, constatou-se que um número importante de profissionais de todas as categorias apresentou dúvidas sobre a doença, sobretudo

quanto aos principais mecanismos de transmissão da Doença de Chagas.

Estes são achados críticos, uma vez que o desconhecimento dificulta a suspeição de novos casos a partir, por exemplo, do desenvolvimento de ações de vigilância no âmbito familiar. Certamente, esta atitude permitiria o diagnóstico oportuno de familiares, os quais, provavelmente, tenham compartilhado as mesmas condições de moradia de risco na infância e adolescência (de Souza Cardoso *et al.*, 2017).

Destacamos que embora profissionais tenham mencionado a transmissão vertical como um dos modos de contaminação, um percentual significativo de profissionais não soube responder sobre esta questão. Vale salientar ainda que o município de Vitória da Conquista instituiu como obrigatória a sorologia para Doença de Chagas na gestação, em 2023, seguindo recomendação de avaliação sorológica para infecção por *T. cruzi* em todas as gestantes do estado, considerando o grau de risco para Doença de Chagas na Bahia. Tal medida se pauta na evidência de que o diagnóstico oportuno no início da gestação propicia atenção qualificada às gestantes infectadas e seguimento do recém-nascido exposto (Bahia, 2022).

Embora a transmissão vertical da doença de Chagas tenha emergido como uma ameaça crescente para países endêmicos e não endêmicos, um estudo de avaliabilidade reconhece a inexistência de uma vigilância específica no Brasil, na Colômbia e no Paraguai (Nunes *et al.*, 2024). Ressaltamos que a eliminação da transmissão vertical da hepatite B e da Doença de Chagas está prevista no Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas. Apesar das peculiaridades de cada infecção, incentivamos a abordagem integrada das intervenções preventivas e terapêuticas para viabilizar a certificação da eliminação das quatro doenças (Brasil, 2022a, 2023). Mais recentemente, o Ministério da Saúde publicou normativas para a Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, sífilis, hepatite B e Doença de Chagas. Decisão que fortalece avanços concretos para a eliminação da Doença de Chagas congênita. No entanto, mais uma vez, lembramos sobre a importância de processos formativos na APS, locus prioritário de atenção à saúde materno-infantil.

Embora a doença de Chagas crônica seja a DTN de maior magnitude na morbimortalidade no Brasil, o estudo revela a existência de profissionais da APS que desconhecem as manifestações clínicas, em especial o megaesôfago e megacólon, como eventos possivelmente relacionados à infecção pelo *T. cruzi* (Dias

et al., 2000; Laporta *et al.*, 2024). O II Consenso da doença de Chagas é bastante contundente com as evidências relacionados aos danos possíveis para cerca de 30% das pessoas acometidas (Dias, *et al.*, 2016). Ainda que boa parte destas pessoas sejam seguidas na APS, este cenário dificulta uma qualidade da atenção neste essencial nível de atenção. Outra evidência das fragilidades nos processos formativos destes profissionais diz respeito à indicação de exames sorológicos para o diagnóstico da Doença de Chagas aguda ou a citação do Machado Guerreiro como possibilidade de diagnóstico no atual cenário.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é conhecida por ser a porta de entrada dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na APS, deve-se realizar diagnóstico, acompanhamento dos quadros clínicos não graves da Doença de Chagas e também tratamento etiológico com benznidazol, quando indicado, para casos de Doença de Chagas aguda ou crônica não grave (Rodrigues *et al.*, 2020). Corroborando com este estudo, outros pesquisadores (Santos *et al.*, 2023) reafirmam que, no âmbito do sistema público de saúde brasileiro, é na Atenção Primária à Saúde (APS) que deve ocorrer o manejo clínico da maioria dos casos. A APS é a principal porta de entrada do SUS e caracteriza-se por ações individuais e coletivas, devendo incluir doenças de determinação social. Uma revisão integrativa com 20 estudos realizados no Brasil informa sobre a centralidade da APS para o apropriado manejo desta doença, bem como expõe que seus principais desafios envolvem questões atreladas à capacitação profissional, falta de infraestrutura para realização de diagnósticos e acompanhamentos de boa qualidade, além de problemas socioeconômicos (Modesto *et al.*, 2023).

É fundamental pontuar que um percentual expressivo de médicos e enfermeiros da APS dizem não atenderem ou nunca terem atendido uma pessoa acometida pela Doença de Chagas na UBS. Estudos mostram que coordenadores da APS relataram baixo número de entrada de pacientes portadores do *T. cruzi* nas Unidades básicas de Saúde (UBSs) dos municípios e ainda destacaram que a maioria deles era idosa (Rodrigues *et al.*, 2020). Vale ressaltar também sob essa perspectiva que estudos mostram que a expansão dos serviços de APS no país para áreas remotas e desfavorecidas, por meio da ESF facilitou o acesso de pacientes com DC ao atendimento médico, porém, em um contexto com importantes desafios assistências. Entre esses desafios, destacam-se a detecção e o manejo clínico da doença (Santos *et al.*, 2023).

Em relação ao PCDT, a maioria dos profissionais afirma não ter na UBS em que trabalha. Um número expressivo informa ser possível o acompanhamento de uma pessoa acometida pela Doença de Chagas na UBS. No que diz respeito à necessidade do tratamento etiológico com benznidazol, a maioria concorda sobre a sua aplicabilidade e compreende que a sua principal função consiste em reduzir a carga parasitária. Fragilidades que corroboram com outros estudos (de Jesus Santos, 2023), os quais incluíram 136 médicos em Minas Gerais. Nestes, os participantes mencionaram conhecer o Protocolo Clínico e a Diretriz Terapêutica da DC, mas não prescreveram o benznidazol e disseram se sentir inseguros no manejo do paciente.

Diante do exposto sobre o perfil de profissionais da APS quanto aos processos formativos, constatamos que de fato a qualificação da atenção prestada a pessoa com doença de Chagas é questão central para a superação da vulnerabilidade operacional que parece ser fator decisivo para a manutenção de adoecimento e morte pela Doença de Chagas.

Enquanto que no item atitudes, o estudo revela que apesar de haver uma atitude entre médicos(as) e enfermeiros(as) em reconhecer a Doença de Chagas como um sério problema de saúde pública, no município em análise, parece não haver uma vinculação das pessoas acometidas à APS. Fato confirmado pelo relato de que poucos profissionais informaram já ter atendido estes usuários neste ponto de atenção. Estes achados demonstram a necessidade de reconhecer onde as pessoas acometidas pela Doença de Chagas estão atendendo as suas necessidades de saúde ou de averiguar se estas seguem invisíveis nas redes de atenção à saúde.

Embora normativas expressem que a APS deve ser o ponto principal de atenção e cuidado para Doença de Chagas, no cenário em estudo, isto não é uma realidade (Dias et al., 2016; Piauí, 2021). Vale destacar que a maioria dos profissionais tem pouco tempo de atuação nas equipes em que estão inseridos, o que pode ocasionar um desconhecimento da sua realidade epidemiológica.

O estado da Bahia é endêmico para Doença de Chagas, com elevado risco para casos crônicos em territórios de vulnerabilidade social, espaço de atuação das equipes de APS (Carvalho *et al.*, 2023). Portanto, é urgente reconhecer quem são as pessoas acometidas e vinculá-las a sua unidade de saúde. Todos os casos, especialmente os estáveis e os menos graves, devem ser acompanhados de forma longitudinal na APS, propiciando maior qualidade de vida, estabilização, retardo ou até mesmo melhora na evolução da doença (Peres *et al.*, 2021).

A Linha de Cuidado para doença de Chagas, desenhada para o estado do Piauí, descreve um conjunto amplo de ações e serviços a serem ofertados pela APS. Todavia, estudos relatam diferentes barreiras de acesso a este ponto de atenção (Ramos *et al.*, 2010; Rodrigues *et al.*, 2020; Roberti *et al.*, 2020; Modesto *et al.*, 2023; da Silva *et al.*, 2024). Por esta razão, é preciso seguir com pesquisas operacionais e de implementação que têm grande capacidade de promover análise e fortalecer a vigilância em saúde e o SUS, por meio da melhora da qualidade e da eficiência das ações de controle da Doença de Chagas. A mobilização de esforços de diferentes naturezas, nestes tipos de estudo, amplia a sua factibilidade e sustentabilidade em territórios endêmicos do país (Piauí, 2021).

Seguindo nas análises, as atitudes mais sinalizadas como sendo essenciais para a prevenção da Doença de Chagas foram: a Educação em Saúde, com pouca expressão para Educação Permanente; e a Busca Ativa. Estes elementos são fundamentais, porém, é preciso discutir em que medida a ênfase dada a Educação em Saúde não se remete à percepção de responsabilização exclusiva da população pelo não seguimento de práticas, por vezes, prescritivas de cuidado. Para doenças de caráter negligenciado, como a Doença de Chagas, certamente a Educação Popular em Saúde tem papel central, considerando ser uma prática pautada na autonomia, participação social e implicação com ruptura de modelos de desigualdades na estrutura social vigente (Gomes; Merhy, 2011).

A falta de atitudes e práticas reconhecidas neste estudo, direcionadas para a busca ativa, vigilância de familiares de uma pessoa com doença de Chagas e a vigilância da gestante com Doença de Chagas, abrem-se em perspectiva, apresentando cenários promotores de diagnóstico tardio. Não se pode superar a doença de Chagas sem uma vigilância de casos da doença crônica. Essa prática, atualmente, é normatizada pelo Ministério da Saúde, mas ainda está em implantação incipiente no país (Brasil, 2024). Ademais, os fluxos e a notificação dos casos de doença de Chagas crônica promovem a necessidade de qualificar as possíveis portas de entrada dos casos de DC, tanto para melhorar a oportunidade de suspeição e detecção dos casos quanto para práticas e processos de diagnóstico e acolhimento (Brasil, 2020, Portaria nº 1.061).

É preciso, desse modo, superar o fato de muitas pessoas, na fase crônica da Doença de Chagas, descobrirem seu diagnóstico quando irão doar sangue; submeter-se à avaliação médica pré-admissional em uma empresa; ou ainda, quando

já apresentam sintomas indicativos de alteração cardiovascular ou digestiva, buscando, assim, atendimento médico em serviços de atenção ambulatorial especializada (Brasil, 2024). Apenas com uma APS organizada é possível reverter este cenário de grande impacto social e econômico para os serviços de saúde.

As atitudes e práticas dos profissionais da APS aqui relatadas os distanciam do êxito prático necessário para um diagnóstico oportuno e tratamento etiológico adequado, consequência do pouco conhecimento demonstrado por médicos(as) e enfermeiros(as) sobre o tema neste estudo. Ainda que o ECG, por exemplo, seja essencial para a condução clínica, poucos profissionais relataram ser uma atitude e prática realizada mediante o encontro com uma pessoa acometida pela Doença de Chagas. Por outro lado, o encaminhamento para especialistas foi citado como uma atitude necessária. Algoritmos de estratificação de risco para Doença de Chagas evidenciam que um ECG sem alterações aponta para um risco muito baixo de complicações (Rassi Jr; Rassi; Rassi, 2007). Portanto, não faz sentido encaminhar estes usuários para níveis mais alto de complexidade.

Nesta mesma lógica, a não prescrição do tratamento etiológico pelo profissional da APS afasta o usuário do direito de reduzir os riscos para complicações advindas da elevada carga parasitária. Isto porque são reconhecidas evidências relacionadas ao fato de que, apesar de não haver erradicação completa do parasita, o tratamento na fase crônica da infecção pode prevenir o desenvolvimento de cardiomiopatia severa (Pedra *et al.*, 2011). No entanto, este estudo revela a dificuldade de os profissionais seguirem para este cuidado.

Um estudo transversal realizado com 104 médicos da APS de 39 municípios das regiões norte de Minas Gerais e do Vale do Jequitinhonha identificou que, embora quase 90% afirmaram ter experiência com atendimento de pacientes com DC crônica e 57% com DC aguda, apenas 9% relataram sentir-se totalmente seguros para esses atendimentos e 33% disseram não conhecer o Benzonidazol, único antitripanossômico disponível. Mediante o exposto, constatamos que é essencial, como já discutido, investir em processos consistentes de formação em espaços acadêmicos, assim como nos serviços de saúde (Ferreira *et al.*, 2018). Estes processos formativos devem incluir também o manejo dos eventos adversos.

No tratamento parasitológico da Doença de Chagas é essencial promover farmacovigilância para que um maior número possível de pessoas conclua o tratamento. Estudos direcionam para a necessidade do seguimento cuidadoso, com o

uso de ferramentas que possam prevenir possíveis eventos relacionados aos medicamentos (Hasslocher-Moreno *et al.*, 2024).

Outros estudos apontam que houve maior incidência de eventos adversos durante os primeiros 30 dias de tratamento. Os eventos foram comuns, porém, associados à baixa morbidade. Além disso, foram reversíveis após a descontinuação do tratamento medicamentoso, não havendo eventos fatais. Portanto, o tratamento com benznidazol foi considerado seguro (Hasslocher-Moreno *et al.*, 2012).

Um outro estudo, realizado com 2.075 pacientes tratados com benznidazol e desenvolvido pela Organização Médica Humanitária - Médicos Sem Fronteiras na Bolívia, reconheceu que o tratamento com benznidazol foi seguro. Ademais, uma grande proporção de pacientes conseguiu completar um ciclo completo de tratamento com benznidazol sob estreita vigilância do tratamento (Sperandio da Silva *et al.*, 2011). Assim, concluímos que uma APS preparada, incluindo visita domiciliar às pessoas com uso dos medicamentos, favorece um controle maior destes eventos.

Um total relevante de ambas as categorias profissionais não realizou ações educativas na unidade de saúde e também no território. Um percentual expressivo de médicos(as) e enfermeiros não utiliza materiais informativos/educativos sobre Doença de Chagas, bem como não desenvolve ou participa de grupos envolvendo pessoas acometidas na UBS. Cabe ressaltar que a realização de atividades de educação em saúde pelos profissionais da APS, especialmente médicos e enfermeiros, está amparada por várias normativas e documentos que regem o SUS, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080 (Brasil, 1990).

A maioria dos profissionais não coordena ações de vigilância e monitoramento da equipe em relação à Doença de Chagas, bem como não preenche as fichas de notificação/investigação de casos novos de Doença de Chagas. Destacamos que, na APS, estes profissionais têm papel fundamental nas ações de vigilância e monitoramento em saúde, visto que envolvem coleta, análise, interpretação e disseminação de dados relacionados à saúde e comunidade. Essas ações são fundamentais para identificar e controlar fatores de risco, prevenir doenças e promover saúde (Rojas *et al.*, 2005).

A análise dos resultados sociodemográficos revela uma predominância do sexo feminino, o perfil dos entrevistados reflete uma distribuição de gênero comum nas profissões de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate a

Endemias. Quanto à média de idade, esta é próxima dos 48 anos, o que sugere que estes profissionais têm uma longa trajetória no serviço público. Este fato sugere uma maior experiência, visto que a atuação do ACS e ACE exige um amplo conhecimento sobre as comunidades e as condições de saúde, o que pode vir a ser uma aliada para se alcançar qualidade no serviço.

Estudos demonstram que o conhecimento do ACS em relação à comunidade possibilita trocas, a todo instante, com os serviços de saúde, gestão e comunidade (García *et al.*, 2022).

Realizou-se, inicialmente, uma busca ativa das pessoas acometidas por doença de Chagas a partir de dados disponíveis no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), disponibilizados por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Pau dos Ferros/ RN, informações prestadas por agentes comunitários de saúde (ACS) das respectivas Unidades Básicas de Saúde do município, a partir de dados contidos na ficha “A” (Cardoso *et al.*, 2017).

Faz referência à importância do papel do ACS, considerando que estes profissionais se constituem como agentes concretos de promoção de saúde. Secundariamente, consultaram os endereços de residência dos portadores presentes na lista disponibilizada pela coordenação de doenças endêmicas. Sobre os demais participantes que não dispunham de seus endereços de residência, foi realizada uma busca de informações prestadas pelos agentes comunitários de saúde de todas as unidades básicas de saúde localizadas na zona urbana (Cardoso *et al.*, 2017). Em se tratando da análise do tempo de formação dos profissionais, observamos que a maioria tem entre 21 e 30 anos de experiência, seguidos por aqueles com 11 e 20 anos de atuação, o que sugere, novamente, um potencial de trabalho experiente. Este fato pode impactar positivamente na execução das atividades, tendo em vista o conhecimento do território onde atuam. Neste contexto, (n=333; 78,17%) são ACS e (n=93; 31,83%) ACE. Essa distribuição reflete o papel central que os ACS desempenham na APS, atuando diretamente no contato com as famílias e na promoção de saúde.

Constatamos uma alta prevalência de entrevistados com formação mínima de ensino médio completo (n=245; 57,51%), requisito básico para a atuação com ACS e/ou ACE. Este dado sugere a necessidade de investimento em continuidade educacional, capacitação e aprimoramento, sobretudo sobre a Doença de Chagas. É importante ressaltar que somente (n=83; 19,48%) dos entrevistados participaram de

alguma capacitação sobre a doença no último ano, destacando uma lacuna significativa que pode comprometer a eficácia das intervenções e a detecção precoce da Doença de Chagas. Em estudo realizado nos municípios de Anagé, Tremedal e Vitória da Conquista, na região sudoeste da Bahia, com um total de 135 participantes (107 ACS e 28 ACE), 80,7% deles atuam há pelo menos 12 anos, sem participação prévia em processos de formação conjunta. Apenas 17,9% dos agentes de controle de endemias relataram ter realizado capacitações sobre hanseníase e nenhum informou ter desenvolvido ações específicas de controle da doença. Para a doença de Chagas, 36,4% dos agentes comunitários de saúde participaram de capacitações há mais de uma década, enquanto para 60,7% dos agentes de controle de endemias a última capacitação foi feita nos últimos cinco anos (García *et al.*, 2022). Outro estudo relata a ausência de capacitação dos ACSs relacionada à Doença de Chagas, o que impacta diretamente na falta de atenção despendida à doença nos municípios e, consequentemente, expõe a população a saberes populares, crenças e senso comum dos ACSs sobre aspectos da doença (Rodrigues *et al.*, 2020).

Destacamos que a baixa qualificação formal poderá impactar diretamente na forma como esses técnicos em saúde aplicam conhecimentos atualizados e protocolos específicos, como os relacionados às doenças endêmicas, por exemplo, a Doença de Chagas. Isso nos revela a real necessidade de implantação e implementação de Programas regulares de treinamento e capacitação contínua que garantam que ACS e ACE estejam sempre bem-informados, atualizados e preparados para fazer suspeição de um possível caso de Doença de Chagas.

É possível perceber que a falha no processo de identificação do portador crônico da doença, seja ele sintomático ou da fase indeterminada, tem início na entrada do usuário nos serviços de saúde. Essa falha perpassa o acolhimento, momento em que o profissional deveria centrar a atenção no indivíduo, o que ressalta a relevância de uma melhor abordagem e relacionamento interpessoal, uma vez que o paciente, ao procurar o estabelecimento de saúde, encontra-se mais fragilizado e, muitas vezes, tem dificuldades em relatar suas queixas/sintomas de forma clara (Rodrigues *et al.*, 2020).

Chama muito a atenção o desconhecimento a respeito da Doença de Chagas e suas implicações, sobretudo sobre as vias de transmissão e prevenção. Embora a maioria reconheça a transmissão através da picada do barbeiro (n=224; 53,59%), a confusão sobre outras vias, como a transmissão vertical, em que apenas

(n=239; 56,10%) acreditam ser possível; e a baixa consciência sobre as medidas preventivas apontam para uma necessidade urgente de programas de educação em saúde mais robustos.

É preocupante que, apesar de um alto porcentagem de reconhecimento da Doença de Chagas como um problema de saúde pública (n=348; 81,69%), muitos dos entrevistados não estejam informados com as medidas de controle vetorial nem com os locais de diagnóstico e tratamento disponíveis no município. Isso pode resultar em atrasos no diagnóstico e no tratamento, aumentando o risco de complicações e transmissão. A visão dos entrevistados sobre a gravidade da Doença de Chagas é claramente alta, com (n=421; 98,83%) considerando-a grave e (n=416; 97,65%) reconhecendo seu potencial letal. Contudo, o paradoxo entre o reconhecimento da gravidade da doença e o conhecimento prático limitado sobre sua prevenção e tratamento sugere uma desconexão que pode ser atribuída tanto à falta de capacitação contínua quanto à insuficiência de materiais educativos adaptados a esse fim. Corroborando com essa afirmação, reconhecemos que a educação em saúde em torno da hanseníase e principalmente da DC ainda é uma limitação crítica que envolve questões como a identificação da síndrome clínica, estratégias de diagnóstico, tratamento, vigilância e controle. Assim, o processo de capacitação e treinamento de ACS e ACE tem sido apontado como ferramenta de destaque para desenvolver habilidades eficientes a serem implementadas na rotina laboral, respeitando as singularidades do processo de trabalho (García *et al.*, 2022).

Finalmente, a implementação de medidas de prevenção mencionadas é notavelmente baixa, com a maioria dos entrevistados (n=403; 94,60%) não mencionando a promoção de campanhas de testagem. Colaborando com esta afirmação, temos que os processos de atuação de agentes comunitários de saúde e agentes de controle de endemias em realidades endêmicas para hanseníase e doença de Chagas no interior da Bahia revelaram-se desintegrados nos territórios. Para essas doenças, reforçamos o distanciamento entre ações de vigilância e de atenção à saúde, inclusive nos processos de capacitação. Reiteramos, portanto, a importância de ações inovadoras de educação permanentes e integradas para promover de fato mudanças nas práticas (García *et al.*, 2022).

Este dado é crítico e reflete a urgência de integrar estratégias de educação e prevenção mais eficazes que possam efetivamente reduzir a incidência da doença. A mobilização comunitária e o engajamento dos profissionais de saúde em ações

educativas são indispensáveis para alterar este cenário preocupante. Estudos evidenciam a importância de uma educação em saúde capaz de promover mudanças significativas.

No Brasil, no ano de 1992, iniciou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1999, foram definidas as seguintes atribuições para os ACSs: práticas centradas na saúde da família, como prevenção e promoção à saúde, por meio de ações educacionais nos domicílios e nas comunidades, além de ações individuais e coletivas. Sua função como mediadores entre a população e os profissionais de saúde, por serem moradores da área de abrangência em que atuam e por conhecerem a população e os fatores de riscos existentes, foi refletida na fala dos gestores, quando questionados sobre a recepção dos ACSs na residência dos usuários do SUS (Rodrigues *et al.*, 2020).

Em suma, os resultados indicam uma clara necessidade de fortalecer as capacitações, melhorar o acesso à informação e aos serviços de saúde, e intensificar as campanhas de conscientização e educação continuada sobre a Doença de Chagas. A inclusão de estratégias adaptadas ao contexto sociocultural e ao perfil específico dos agentes de saúde pode ser decisiva para o controle eficaz da doença em áreas endêmicas.

7.3 Conhecimentos, atitudes e práticas de pessoas acometidas pela doença de Chagas

As pessoas acometidas pela doença de Chagas participantes do estudo, em sua maioria, encontram-se com complicações cardíacas, digestivas ou ambas, provavelmente condições relacionadas ao diagnóstico tardio. Estes participantes fazem parte, majoritariamente, de redes familiares com outros casos, incluindo o relato de 8 pessoas com a doença em um mesmo núcleo familiar. O contato com o barbeiro foi citado como o principal modo de transmissão.

O diagnóstico da Doença de Chagas parece estar associado apenas ao agravamento desta, com manifestações clínicas importantes, ainda que, no geral, a maioria se mantém na fase indeterminada da doença.

Destacamos que o diagnóstico tardio acaba por gerar grande impacto na morbimortalidade no país. Estudos realizados com o uso de dados do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) de 2000

a 2020 revelou uma elevada carga de morbimortalidade por DC em ambiente hospitalar no estado da Bahia, a despeito da redução da taxa geral de internação, em sua maioria pela forma digestiva (Martins-Melo, 2013; Souza *et al.*, 2024). Há um expressivo aumento da letalidade hospitalar e da mortalidade específica pela doença, com destaque para cardiopatia (García *et al.*, 2022).

A ocorrência de diferentes casos em uma mesma família é algo também já reconhecido, inclusive as microepidemias familiares mediante a ocorrência de surtos. Para a Doença de Chagas crônica, é definido pelo Ministério da Saúde que toda e qualquer pessoa de uma rede familiar com a presença do diagnóstico de doença de Chagas deve ser testada (Pinto *et al.*, 2001). Inclusive por esta ter, muitas vezes, convivido em um mesmo contexto domiciliar com as mesmas condições de risco e vulnerabilidade (Brasil, 2023d). Porém, na prática, o cenário revela ausência ou limitada ação de vigilância e diagnóstico de pessoas em contexto de maior risco. A falta do diagnóstico implica não dispor da condição essencial para avaliação e instituição do tratamento etiológico/parasitológico da doença.

Deste modo, o acesso ao tratamento segue como outra condição crítica no país, a exemplo de municípios endêmicos do norte de Minas Gerais, que evidenciaram baixa prescrição do Benznidazol, por parte dos médicos em exercício da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A razão predominantemente deste fato foi a falta de segurança ou o pouco conhecimentos dos médicos (de Carvalho Ramos *et al.*, 2015). Contexto que contribui para a invisibilidade da Doença de Chagas nos serviços de saúde (Pereira-Silva; Mello; Araújo-Jorge, 2022).

Ao refletir sobre a importância da autonomia das pessoas para o autocuidado à sua saúde, compreende-se que o conhecimento é uma ferramenta central. No entanto, ao caracterizar diferentes informações sobre condições de risco, diagnóstico, tratamento, vigilância e cuidado entre pessoas acometidas, verificamos o quanto é frágil. Esta é uma realidade que dificulta a adoção de estratégias seguras para proteção e cuidado. Todavia, é essencial refletir o papel dos serviços de saúde, das escolas e do próprio estado na promoção de uma educação crítica, tornando as pessoas protagonistas da sua própria história (Gomes; Merhy, 2011).

Exemplos de pouca informação relacionam-se a um número expressivo de pessoas acometidas que não sabem como é feito o diagnóstico ou onde buscar o teste no seu município. Embora a maioria acredite que seja possível tratar a doença, poucos conhecem a medicação específica utilizada no tratamento. Destacamos ainda o fato

de que no primeiro momento em que as pessoas acometidas relataram modos de transmissão da Doença de Chagas, a transmissão vertical não emergiu como uma das maneiras de contaminação (Bittencourt, 1992). Essa condição de risco é favorecida pelo desconhecimento desta informação, idade, procedência, história obstétrica e forma materna da doença. Obviamente, a atitude e a prática de uma mulher em idade fértil com a Doença de Chagas poderão ser transformadas, com vista a adoção de cuidados que visam reduzir a transmissão vertical da doença.

Outra questão apontada pelos resultados deste estudo diz respeito à participação comunitária na vigilância entomológica e ambiental. A Doença de Chagas requer uma vigilância ativa da comunidade, a respeito disto, poucas pessoas, por exemplo, sabem para onde levar o barbeiro encontrado em seu domicílio. Ainda que tenha prevalecido pessoas que relataram a necessidade de manter a casa e o quintal limpos, sem o barbeiro, nenhum cuidado foi mencionado sobre o meio ambiente e o que fazer mediante a captura de um barbeiro, apesar de a maioria reconhecer esses insetos.

Estes resultados afastam a comunidade da adoção de atitudes capazes de ampliar a vigilância de modo participativo e cidadão. A vigilância entomológica da Doença de Chagas, em diferentes territórios no Brasil, tem sido mantida com a participação da população, a partir da notificação da presença de vetores nas habitações (Silva; Bonifácio; Wanderley, 1999). Caso isso não aconteça, pouco se tem feito. No entanto, estudos realizados em municípios de Goiás revelaram que com o passar do tempo, após instituídas as ações de controle e já tendo se certificado sobre a interrupção da transmissão vetorial, verificou-se um expressivo desinteresse atribuível à redução da ocorrência de casos agudos; pouco conhecimento da doença e escassa participação das escolas na vigilância (Silveira *et al.*, 2009).

Um outro estudo, realizado em municípios do estado de Minas Gerais, destacou a participação comunitária como a principal estratégia para a manutenção da vigilância entomológica da Doença de Chagas. Buscou-se caracterizar a capacidade dos moradores em reconhecer os triatomíneos. Os resultados apontaram para a importância de promover educação em saúde voltada para a participação da comunidade na notificação de triatomíneos (Dias *et al.*, 2016).

É essencial ainda refletir o porquê do não acompanhamento da equipe de saúde da APS de boa parte das pessoas acometidas pela DC envolvidas neste estudo, soma-se a isso o número de pessoas que busca serviços privados e

hospitalares. Diante do exposto, ressaltamos que o tema do acesso precisa ser explorado de forma mais eficaz no município em estudo, uma vez que se trata de um evento crônico e, portanto, demanda cuidado longitudinal (Marin-Neto *et al.*, 2023).

Estudos revelaram também dificuldades de a APS seguir com o cuidado a pessoas com condições crônicas, destacando como possíveis causas o subdimensionamento/subfinanciamento da APS; excesso de usuários sob responsabilidade das equipes; número reduzido de Médicos de Família e Comunidade (MFC), com pouca interiorização/fixação; burocratização; e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos (Tesser; Norman; Vidal, 2018). Obviamente que parte das pessoas com doença de Chagas demandará atenção em pontos de atenção de média e alta complexidade, porém, a maioria deverá se manter exclusivamente sob os cuidados da APS. Desse modo, é essencial buscar superar estes desafios, fortalecendo políticas públicas e estratégias para melhorar os serviços de saúde ofertados, direcionando-se as reais necessidades dos portadores de DC (Ramos Jr *et al.*, 2022).

A Doença de Chagas tornou-se uma problemática complexa por envolver não somente questões de saúde pública, mas questões ligadas à educação, informação e comunicação em saúde. Considerá-la desta maneira resulta em abordar questões como a pobreza econômica, a discriminação, a saúde, a educação, a habitação, a urbanização e até mesmo o papel de quem faz ciência na sociedade, para assim romper com soluções lineares e simples (Pereira-Silva; Mello; Araújo-Jorge, 2022). Um especialista afirma que para a compreensão da problemática multidimensional relativa à doença de Chagas é preciso considerar quatro dimensões que atravessam a doença e interagem entre si dinamicamente:

- 1) Dimensão biomédica, com tudo que diz respeito aos temas biomédicos e de saúde referentes à Doença de Chagas;
- 2) Dimensão epidemiológica, que se refere aos indicadores e efeitos relativos às populações humanas e de vetores;
- 3) Dimensão sociocultural, que se refere às representações sociais, contextos, lutas, valores, preconceitos, entre outros;
- 4) Dimensão político-econômica, que se refere às condições macro econômicas e políticas (Pereira-Silva; Mello; Araújo-Jorge, 2022).

Assim, percebemos que os estudos concordam quando mencionam ser necessário adotar medidas que instrumentem as práticas educativas de saúde, assim

como os serviços e os profissionais da área, visando maior acesso as informações e ao tratamento da Doença de Chagas, o que propicia a diminuição do estigma desta doença e o estresse associado a ela (d'Arce Mota *et al.*, 2006).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A caracterização dos conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais da APS, incluindo médicos(as), enfermeiros(as), ACS e ACE reforça o caráter negligenciado da doença de Chagas no município em estudo. É marcante o quanto a APS encontra-se distante da concretização de ações para o diagnóstico, tratamento etiológico, cuidado longitudinal e vigilância das condições de risco para o surgimento de novos casos. Cenário que afasta o Sistema Único de Saúde local da efetivação do direito à saúde de uma doença em que há meios para o diagnóstico e tratamento de modo oportuno.

A falta de capacitação dos profissionais sobre doença de Chagas, não é a única causa, mas certamente impacta na adoção de atitudes e práticas equivocadas. Um dos exemplos está no fato da grande maioria dos profissionais não apontou como condição de risco ter familiares ou pessoas com convívio habitual que tenha diagnóstico da doença de Chagas ou ainda, ser filho de mulher com doença de Chagas. Isto distancia as pessoas acometidas da oportunidade de um diagnóstico na fase indeterminada da doença de Chagas.

No entanto, verifica-se do mesmo modo, número expressivo de profissionais que desconhecem as formas cardíacas e em especial, a digestiva da doença, dificultando a suspeição de casos, ainda que tenham manifestações clínicas características. As respostas referentes a metodologias possíveis e corretas para o diagnóstico laboratorial da doença de Chagas nas fases aguda e crônica, revela equívocos importantes. Após o diagnóstico, menos da metade dos profissionais médicos afirmam avaliar sinais e sintomas, é ainda menor o número quem solicitam ECG. Alguns relataram o encaminhamento para cardiologista e solicitação de endoscopia digestiva. Sobre o tratamento etiológico, quase 40% dos profissionais médicos relataram não prescreverem o tratamento.

Verificou-se uma fragilidade mais acentuada de conhecimentos, atitudes e práticas entre ACS quando comparados com ACE, em especial para os aspectos relacionados a vigilância de casos. Por exemplo, apenas um ACS (entre 333) citou espontaneamente a transmissão vertical da doença de Chagas como um modo de transmissão, assim como não houve nenhuma menção a testar e tratar mulheres em idade fértil para redução dos riscos. A maioria dos ACS e ACE nunca viu um barbeiro, ainda que em processo formativos e muitos desconhecem sua associação com a

doença de Chagas. Muitas doenças foram citadas nesta relação do homem como barbeiro, a exemplo de esquistossomose, febre amarela e malária.

Os conhecimentos, atitudes e práticas de pessoas acometidas por doença de Chagas reconhecidas neste estudo, por vezes dificulta a adoção de medidas de autocuidado de si e da sua família. Por exemplo, muitos não fazem acompanhamento pelos serviços de saúde, entre as quatro pessoas que fizeram tratamento etiológico, a metade relata que não seguiu de forma correta. Muitos acreditam ser importante realizar o diagnóstico para doença de Chagas, porém, um número significativo acredita que se diagnosticado um caso na família, os demais não precisam fazer o teste.

Por fim, verifica-se um distanciamento da APS com o atendimento as pessoas acometidas ou suspeitas de doença de Chagas. Fato preocupantes ao considerar que em sua maioria encontram-se com complicações cardíacas, digestivas ou ambas. Condições que impactando na morbimortalidade a nível local.

Os resultados poderão subsidiar a implementação de ações de intervenção a exemplo da educação popular em saúde, que possibilita e amplia a organização popular, além de concordar que as equipes de saúde aprimorem suas práticas, conversando com o saber popular, processo essencial para as comunidades acometidas por doenças negligenciadas. Para além disso essa proposta pedagógica contempla efetuar uma relação de trocas entre o saber popular e o saber científico, o que de fato vai gerar signos e significados com base nas reais necessidades de pessoas acometidas pela doença de Chagas, comunidade em geral e profissionais que compões o escopo da APS do município. Tais aspectos poderão ser motivacionais para o enfrentamento das dificuldades vinculadas aos conhecimentos, atitudes e práticas relacionado à doença de Chagas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Introdução à epidemiologia. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2006.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100034>.

ANDRADE, M. V. de; MIGLIAVACCA, L. S.; RODOVALHO, I. V.; LABRE, M. B. Q.; SILVA, S. G. e; SILVA, J. J. J. da; LABRE, L. V. Q. Porfíria Aguda Intermitente - Relato de Caso. **RESU – Revista Educação em Saúde**, v. 8, sup. 2, 2020.
Disponível em:
<https://revistas.unievangelica.edu.br/plugins/generic/pdfJsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=https%3A%2F%2Frevistas.unievangelica.edu.br%2Findex.php%2Feducacao%2Farticle%2Fdownload%2F4924%2F3453%2F19095>. 15 ago. 2024

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e primária da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-91, 2005.

BAHIA (Estado). Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. DIVEP/LACEN/SUVISA. **Nota Técnica 38**, de 2022 - Diagnóstico e Tratamento da Doença de Chagas. 2022. orienta sobre diagnóstico e tratamento da doença de Chagas. Revoga a Nota Técnica nº 09/2021. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2022/10/NOTA-TECNICA-DC-No-38-2022.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2024

BAHIA (Estado). Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Boletim Epidemiológico Doença Chagas**, n. 01, maio 2024. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/BoletimEpidemiologicoDpencaChagas_No01_maio2024-2.pdf. Acesso em: 10 ago. 2024

BAHIA (Estado). **Doença de Chagas**. Disponível em:
<https://www.saude.ba.gov.br/suvisa/vigilancia-epidemiologica/doencas-de-transmissao-vetorial/doenca-de-chagas/>. Acesso em: 10 set. 2024

BITTENCOURT, A. L. Possíveis fatores de risco na transmissão vertical da doença de Chagas. **Revista do Instituto de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 403-408, 1992.

BRANDÃO, C. R. **Lutar com a palavra**: escritos sobre o trabalho do educador. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRANDÃO, C. R. **A educação como cultura**. Campinas: Mercado Aberto, 2002.

BRASIL. **Constituição Federal**, de 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 1990. Lei Orgânica da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 126p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. SAES/SCTIE/MS. **Portaria conjunta nº 57**, de 30 de outubro de 2018. Doença de Chagas. PCDT Resumido. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/PCDTResumidoDoenadeChagas.pdf/@@download/file>. Acesso em: 01 out. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas doença de Chagas. **Protocolo**: relatório de recomendações, n. 397, out. 2018a. Disponível em: [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/relatorio_pcdt_doenca de Chagas_cp42_2018.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/consultas/relatorios/2018/relatorio_pcdt_doenca_de_Chagas_cp42_2018.pdf). Acesso em: 15 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 73 p.

BRASIL. **Portaria nº 1.061**, de 18 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença de Chagas. **Boletim Epidemiológico**, ano 2, n. esp., abr. 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/especiais/2021/boletim_especial_Chagas_14abr21_b.pdf. Acesso em: 10 maio 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. **Promoção da Saúde**: aproximações ao tema: caderno 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis, 2021b. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8182808/mod_resource/content/1/promocao_saude_aproximacoes_tema_05_2021.pdf. Acesso em: 15 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **CGZV/Deidt/SVS**, n. especial, abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Pacto nacional para a eliminação da transmissão vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e doença de Chagas como problema de saúde pública**. Brasília, DF: MS, 2022a.

BRASIL. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia para certificação**. Eliminação da transmissão vertical de Hiv, sífilis, hepatite B e doença de Chagas. 7 dez. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/guia_versao-preliminar.pdf/view. Acesso em: 05 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças socialmente determinadas**: saiba mais sobre a Doença de Chagas. 14 jun. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/doencas-socialmente-determinadas-saiba-mais-sobre-a-doenca-de-Chagas>. Acesso em: 15 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um amanhã sem Chagas**. 16 maio 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doenca-de-Chagas/amanha_sem_Chagas/view. Acesso em: 15 ago. 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Um amanhã sem Chagas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amanha_sem_Chagas.pdf. Acesso em: 15 ago. 2024

BRASIL. GT-CHAGAS/CGZV/DEIDT/SVS. CGIAE/DASNT/SVS/MS. **Guia para notificação de doença de Chagas crônica (DCC). E-SUS Notifica, Versão 3.00.00**, 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/doenca-de-Chagas/arquivos/2023/guia-para-notificacao-de-doenca-de-Chagas-cronicas-dcc>. Acesso em: 05 maio 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. **Um amanhã sem Chagas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023e. 64 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_futuro_amanha_sem_Chagas.pdf ISBN. Acesso em: 05 maio 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico Especial**. Brasília: MS, 31 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o controle e eliminação de doenças tropicais negligenciadas no Brasil**: alinhamento com o roteiro da OMS 2021–2030. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.

BRASIL. e-Gestor: Informação e Gestão da Atenção Básica. **Cobertura de Agentes**

Comunitários de Saúde. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml>. Acesso em: 01 out. 2024

BRENER, Z.; ANDRADE, Z. A.; ARCOVERDE, C. A. C. Surtos de Doença de Chagas de provável transmissão oral: uma análise de possibilidades. **Sociedade Brasileira de Análises Clínicas**, Recife. 2006.

CARDOSO, E. J. de S.; CAVALCANTI, M. A. F.; NASCIMENTO, E. G. C. do; BARRETO, M. A. F. Perfil epidemiológico dos portadores de doença de Chagas: dos indicadores de risco ao processo de enfrentamento da doença. **Arq. Ciênc. Saúde**, 24(1) 41-46, jan./mar. 2017.

CARVALHO, C. M. M. *et al.* **Proporção da vulnerabilidade para doença de Chagas crônica na Bahia.** 2023.

CARVALHO, J. M. Abaixo a vacina. **Rev Nossa História**, p. 50-57, 2004.

CORTEZ, L. R. *et al.* A percepção do supervisor do Provac sobre a fixação do médico na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 2, p. 48-57, 2019.

CHARIGLIONE, I. P. F. S. Conhecimento, atitude e prática - conceitos e desafios na área de educação e saúde. **Rev. Educ. Saúde**, v. 8, n. 1, p. 190-198, 2020. 10.29237/2358-9868.2020v8i1.

D'ARCE MOTA, D. C. G.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T.; GOMES, M. L.; ARAÚJO, S. M. de. Estresse e resiliência em doença de Chagas. **Aletheia**, n.24, p.57-68, jul./dez. 2006.

DA SILVA, A. B. *et al.* Entraves que permeiam a Atenção Primária à Saúde para o manejo e controle da doença de Chagas no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 7, p. e17773-e17773, 2024.

DE CARVALHO RAMOS, B. *et al.* Prática médica relacionada à prescrição do Benzonidazol para tratamento da Doença de Chagas na Estratégia de Saúde da Família: estudo na região endêmica do norte de Minas Gerais. *In*: FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, Extensão E Gestão, 9., 2015. **Anais [...]** 2015.

DE JESUS SANTOS, A. C. *et al.* Manejo clínico da doença de Chagas na atenção primária à saúde em área endêmica do estado de Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, v. 26, 2023.

DE SOUZA CARDOSO, E. J. *et al.* Perfil epidemiológico dos portadores de doença de Chagas: dos indicadores de risco ao processo de enfrentamento da doença. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, p. 41-46, 2017.

DELEUZE, G. Lettre-préface de Gilles Deleuze. *In*: MARTIN, J. C. **Variations – la philosophie de Gilles Deleuze.** Paris: Éditions Payot & Rivages, 1993.

DIAS, J. C. P. **Doença de Chagas**: clínica e terapêutica. Brasília: Ministério da Saúde (SUCAM), 1990. 94 p.

DIAS, J. C. P. *et al.* II consenso brasileiro em doença de Chagas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 7-86, 2016.

DIAS, J. C. P.; MACHADO, E. M. M.; FERNANDES, A. L.; VINHAES, M. C. Esboço geral e perspectivas da doença de Chagas no Nordeste do Brasil. ad. **Saúde Pública**, v. 16, n. suppl 2, 2000. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000800003>

DIAS, J. V. L. *et al.* Conhecimentos sobre triatomíneos e sobre a doença de Chagas em localidades com diferentes níveis de infestação vetorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2293-2304, 2016.

DIOTAIUTI, L.; PEREIRA, M. H.; ESPÍNOLA, H. N. Hemíptera. *In*: NEVES, D. P. (org.). **Parasitologia humana**. 10. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 292-306.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. de P. L.; MORAES, E. P. de; SOUZA, E. M. de. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 03, mar. 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. O modelo das crenças da saúde (health belief model) e a teoria da autopoiesis. **Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul**, v. 18, n. 1, p. 215-243, 2010.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soc.**, v. 24, n. 2, apr./jun. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>

FERREIRA, A. M. *et al.* Avaliação do conhecimento acerca do manejo clínico de portadores da doença de Chagas em região endêmica no Brasil. **Revista de APS**, v. 21, n. 3, 2018.

FRAGATA FILHO, A. A.; CORREIA, E. B.; BORGES FILHO, R. *et al.* Tratamento parasiticida na forma indeterminada (FI) da doença de Chagas (DC) previne o aparecimento de cardiopatia. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 15, n. 5 Supl B, p. 44, 2005

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 38. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GARCÍA, G. S. M. *et al.* **Morbimortalidade hospitalar por doença de Chagas em área endêmica no nordeste do Brasil**: desafios para o acesso à saúde. 2022.

GARCÍA, G. S. M.; SOUZA, E. A. de; ARAÚJO, V. M. de; MACEDO, M. S. S.; ANDRADE, R. M. A. de; FERREIRA, P. R. da S.; GUIMARÃES, Maria Cristina S.; SILVA, J. A. M. da; RAMOS JÚNIOR, A. N. Território, doenças negligenciadas e ação de agentes comunitários e de combate a endemias. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, n. 27, 2022. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003730>

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 7-18, jan. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100002>

GUIMARÃES, A. C.; DIAS, G. B.; CUNHA, T. R. da; ROZIN, L.; SANCHES, L. da C. Doenças de pessoas negligenciadas no Brasil: o olhar da Bioética Crítica sobre as determinações sociais da saúde. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 24, p. 01-14, p. 2024. DOI:10.14422/rib.i24.y2024.001

HASSLOCHER-MORENO, A. M. *et al.* Safety of benznidazole use in the treatment of chronic Chagas' disease. **Journal of antimicrobial chemotherapy**, v. 67, n. 5, p. 1261-1266, 2012.

HASSLOCHER-MORENO, A. M. *et al.* **Tratamento específico da doença de Chagas**: indicação, esquema, acompanhamento, efeitos adversos e manejo. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **e-Gestor Atenção básica**. 2022b. disponível em:

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Atenção básica**. 2023a. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml/>. Acesso em: 12 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cobertura da Atenção Básica**. 2023b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/e-Gestor>. Acesso em: 12 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Índice brasileiro de privação**. 2023c. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/ibp/>. Acesso em: 12 maio 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. 2023d. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1378>. Acesso em: 12 maio 2023.

JANSEN-FRANKEN, A. M. **Trypanosoma cruzi em gambás**: infecções

experimentais. Fiocruz. Reservatórios Cativeiro. Marsupiais. Disponível em: <https://chagas.fiocruz.br/ecologia/reservatorios-cativeiro/>. Acesso em: 10 set. 2024

KALIYAPERUMAL, I. E. C. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. **Community Ophthalmology, Gandhinagar**, v. 4, n. 1, p. 7-9, 2004.

LAPORTA, G. Z. *et al.* Estimativa de prevalência de doença de Chagas crônica nos municípios brasileiros. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 48, p. e28, 2024.

LARANJA, F.S.; DIAS, E.; NÓBREGA, G.C.; MIRANDA, A. Chagas' disease. A clinical, epidemiologic and pathologic study. **Circulation**, v. 14, p. 1035 -1060, 1956.

MACHADO, M. de F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, abr. 2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1971–1979, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>

MARINHO, L. A. B. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto-exame das mamas em centros de saúde. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 37, n. 5, p. 576-82, 2003.

MARIN-NETO, J. A. *et al.* Diretriz da SBC sobre Diagnóstico e Tratamento de Pacientes com Cardiomiopatia da Doença de Chagas–2023. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 6, p. e20230269, 2023.

MARTINS-MELO, F. R. Epidemiologia e distribuição espacial da mortalidade relacionada à doença de Chagas no Brasil, 1999 a 2007. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21, p. 105-106, 2013.

MENDES, M.I,S.M; NÓBREGA, T.S. Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação, **Revista Brasileira de Educação**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2004

MEURER, I. R. *et al.* avaliação do conhecimento dos profissionais médicos sobre a sigla DTNS e a abordagem “one health” visando um diagnóstico Situacional. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, p. 103514, 2023.

MODESTO, L. C.; AVIZ, A. S. M. de; AMARAL, V. A. C.; LOBO, W. da C.; SILVA, Y. do C. da; MORAES, T. M. de. Desafios para o controle da Doença de Chagas na Atenção Primária à Saúde. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 3, p. 1321-1346, 2023. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/337/442>. Acesso em: 15 ago. 2024

MORA-CRIOLLO, P.; CARRASCO-TENEZACA, M.; CASAPULLA, S.; BATES, B. R.;

GRIJALVA, M. J. A qualitative exploration of knowledge of Chagas disease among adolescents in rural Ecuador. **Rural Remote Health**, v. 23, n. 1, p. 6796, jan. 2023. 10.22605/RRH6796.

MORAES-SOUZA, H.; FERREIRA-SILVA, M. M. O controle da transmissão transfusional. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, p. 64-67, 2011.

MOYA, P. R.; MORETTI, E. R. A. Doença de Chagas congênita. In: DIAS, J. C. P.; COURA, J. R. **Clínica e terapêutica da doença de Chagas**: uma abordagem prática para o clínico geral. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

NUNES, M. L. *et al.* **Avaliabilidade da vigilância da transmissão vertical da doença de Chagas**: perspectivas a partir dos contextos de Brasil, Colômbia e Paraguai. 2024. Tese (Doutorado), 2024.

OLIVEIRA, M. L. C. de; GOMES, L. de O.; SILVA, H. S. da; CHARIGLIONE, I. P. F. S. Conhecimento, atitude e prática: conceitos e desafios na área de educação e saúde. **Revista Educação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 190-198, jul. 2020.

OLIVEIRA, T. de S.; PEREIRA, A. M. M. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. **Ciências, Democracia e Saúde Coletiva**: interfaces, resistências e perspectivas para as políticas públicas e o SUS, v. 29, n. 7, jul. 2024. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/expresoes-das-desigualdades-no-acesso-aos-servicos-de-saude-na-america-latina-uma-revisao-de-escopo/19148>. Acesso em: 15 ago. 2024

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Acabando com a negligência para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**: um roteiro para doenças tropicais negligenciadas 2021–2030. Genebra: OMS; 2021.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, 2015.

PAIVA, E. P. de; MOTTA, M. C. S. de; GRIEP, R. H. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. **Acta Paul. Enferm.**, v. 23, n. 1, 2010. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100014> 2010

PAIVA, V. S. F.; AYRES, J. R. de C. M. Direitos humanos, vulnerabilidade e reflexão crítica sobre prevenção do HIV/aids em contexto de sindemia. **Cad. Saúde Pública**, v. 39, Suppl 1, 2023. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT186423>

PEDRA, R. de A.; DE OLIVEIRA, R. A.; PRESTES BEYRODT, C. G.; FRANÇA, H. H. Desafio em saúde pública: tratamento etiológico da doença de Chagas na fase crônica. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 13, n. 2, p.:5-9 jun. 2011. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/3404>

PEREIRA-SILVA, F. S.'A.; MELLO, M. L. B. C. de; ARAÚJO-JORGE, T. C. de.

Doença de Chagas: enfrentando a invisibilidade pela análise de histórias de vida de portadores crônicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1939-1949, 2022. 10.1590/1413-81232022275.08492021

PERES, T. A. F. *et al.* **Doença de Chagas crônica e fatores associados à morbimortalidade**: possibilidades de atuação da atenção primária. 2021.

PIAUI (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Linhas de cuidado para atenção integral à saúde de pessoas com doenças negligenciadas**. Teresina: EDUFPI, 2021. p. 55. Disponível em: https://saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/988/Livro__das_Linhas_de_Cuidados_das_Neglig%C3%A2ncias.pdf. Acesso em: 01 out. 2024

PINTO, A. Y. das N. *et al.* Acometimento cardíaco em pacientes com doença de Chagas aguda em microepidemia familiar, em Abaetetuba, na Amazônia Brasileira. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, p. 413-419, 2001.

PODDER, V.; SRIVASTAVA, V.; KUMAR, S. Prevalence and Awareness of Stroke and Other Comorbidities Associated with Diabetes in North West India. **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, v. 11, n. 3, feb. 2020. Doi:10.1055/s-0040-1709369

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2007. Disponível em: http://www.internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.rtf. Acesso em: 15 ago. 2024

RASSI JR, A.; RASSI, A.; RASSI, S. G. Predictors of mortality in chronic Chagas disease: a systematic review of observational studies. **Circulation**, v. 115, n. 9, p. 1101-1108, 2007.

RAMOS, A. N. *et al.* O papel da pesquisa operacional e os desafios para integração da assistência e do controle da doença de Chagas no Sistema Único de Saúde. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, p. 1-6, 2010.

RAMOS JR, A. N. *et al.* Response to Chagas disease in Brazil: strategic milestones for achieving comprehensive health care. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 55, p. e0193-2022, 2022.

ROBERTI, J. *et al.* Abordagem da doença de Chagas na Atenção Primária: pesquisa qualitativa em uma Área Endêmica da Argentina. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e200104, 2020.

RODRIGUES, F. C. S.; SOUZA, I. C. A.; ARAÚJO, A. P.; SOUZA, J. M. B.; DIOTAIUTI, L. G.; FERREIRA, R. A. Agentes comunitários de saúde: percepção sobre os serviços de saúde relacionados a doença de Chagas. **Cad Saúde Colet.**, v. 28, n. 1, p. 130-139, 2020. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202000280458>

ROJAS, A. *et al.* Reunião Internacional sobre vigilância e Prevenção da Doença de Chagas na Amazônia: implementação da iniciativa intergovernamental de vigilância e prevenção da doença de Chagas na Amazônia. **Revista da Sociedade Brasileira**

de **Medicina Tropical**, v. 38, p. 82-89, 2005.

SANTOS, A. C. de J.; ARAÚJO, I. M.; SILVA, L. C. A. da; DAMASCENO, R. F.; RIBEIRO, A. L. P.; SABINO, E. C.; FERREIRA, A. M.; HAIKAL, D. S. A. Manejo clínico da doença de Chagas na atenção primária à saúde em área endêmica do estado de Minas Gerais, Brasil. **Rev. APS**, v. 26, p. e262338290, 2023. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.38290>

SCHMUNIS, G. American trypanosomiasis as a public health problem. *In*: Chagas' disease and the nervous system. Washington. **PAHO Scientific Publication**, n. 547, p. 3-29, 1994.

SILVA, R. A.; BONIFÁCIO, P. R.; WANDERLEY, D. M. V. Doença de Chagas no Estado de São Paulo: comparação entre pesquisa ativa de triatomíneos em domicílios e notificação de sua presença pela população em área sob vigilância entomológica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 32, p. 653-659, 1999.

SILVEIRA, A. C. *et al.* Avaliação do sistema de vigilância entomológica da doença de Chagas com participação comunitária em Mambai e Buritinópolis, Estado de Goiás. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 42, p. 39-46, 2009.

SOUSA, A. S.; VERMEI, J. D.; RAMOS JR, A. N.; LUQUETTI, A. O. Chagas disease. **Lancet**, v. 403, n. 10422, p. 203-218, jan. 2024. 10.1016/S0140-6736(23)01787-7.

SOUZA, E. A. de *et al.* Hospital case fatality and mortality related to Chagas disease in Brazil over two decades. **BMC Public Health**, v. 24, n. 1, p. 2282, 2024.

SPERANDIO DA SILVA, G. M. *et al.* Benznidazole treatment safety: the Médecins Sans Frontières experience in a large cohort of Bolivian patients with Chagas' disease. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, v. 72, n. 9, p. 2596-2601, 2017.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 361-378, 2018.

VANDAMME, E. **Concepts and challenges in the use of knowledge-attitude-practice surveys**: literature review. 2009. Disponível em: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:74002477>. Acesso em: 15 ago. 2024

VICTORA, C. G.; BARRETO, M. L.; CARMO LEAL, M.; MONTEIRO, C.A.; SCHMIDT, M. I.; PAIM, J. *et al.* Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042-53, jun. 2011.

VITÓRIA DA CONQUISTA (Município). Hanseníase. **Boletim Epidemiológico**, 2024. Disponível em: https://www.pmvc.ba.gov.br/wp-content/uploads/Boletim_Vito%CC%81ria_da_Conquista_2024_IntegraDTNs_Versao_Final_Ajustes_OK.pdf. Acesso em: 10 ago. 2024

WERNER, B.; HEITMANN, I.G.; JERCIC, I.M.; JOFRE, M.L.; MUÑOZ, V.P.; SAN

MARTIN, A.V.; SAPUNAR, J. P. *et al.* Introdução e epidemiologia da doença de Chagas. **Revista Chilena de Infectologia**, v. 25, n. 3, p. 190-193, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health topics**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/#D>. Acesso em: 25 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030. **Global Strategy**, WHO, 28 January 2021. ISBN 978-92-4-001035-2 (electronic version). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>. Acesso em: 10 ago. 2024

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDICIPLINAR EM SAÚDE ANÍSIO TEIXEIRA
CAMPUS – VITÓRIA DA CONQUISTA



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pessoas acima de 18 anos com diagnóstico prévio de doença de Chagas ou hanseníase

Título do Projeto principal: Vigilância e cuidado integrados para DTNs: desafios para o Sistema Único de Saúde no Brasil.

Sigla do Projeto: IntegraDTNs - Bahia

Responsável pelo projeto: Eliana Amorim de Souza

Nome da Instituição: Instituto Multidisciplinar em Saúde Anísio Teixeira – UFBA, campus Anísio Teixeira

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém duas partes:

Parte I: Folha de informações (para explicar as informações sobre a pesquisa a você)

Parte II: Certificado de consentimento (para assinaturas se você concordar em participar)

Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido completo.

PARTE I: Folha de Informações

Introdução

Eu, _____, vinculado(a) _____, junto com um grupo de pesquisadores, estamos realizando esta pesquisa sobre doença de Chagas e hanseníase, doenças presentes no Brasil, inclusive no estado da Bahia. Eu fornecerei mais informações sobre a pesquisa e irei convidar você a fazer parte dela. Antes de tomar uma decisão, é importante que você leia este documento com muita atenção. Use o tempo que for necessário para ter certeza de sua participação. Por favor, pergunte a mim ou a qualquer profissional com quem você se sinta confortável sobre qualquer informação que você não tenha entendido claramente. Você não deve assinar este documento se tiver alguma dúvida que não tenha sido explicada. Você só deve participar da pesquisa se tiver vontade e pode se negar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou necessidade de se explicar.

Objetivos da pesquisa

A doença de Chagas e a hanseníase são doenças infecciosas que se mantêm em diferentes municípios brasileiros, incluindo nos locais em que este estudo será realizado. Por esta razão é muito importante ofertar ações de diagnóstico e cuidado para pessoas acometidas ou em risco para estas doenças. Também será muito importante compreender possíveis dificuldades para os usuários dos serviços de saúde do SUS destes municípios, assim como conhecer aspectos culturais, sociais, ambientais e econômicos os quais podem contribuir para que outras pessoas possam adoecer, assim como não ter diagnóstico, tratamento e cuidado integral conforme suas necessidades.

Seleção de participantes

Estamos convidando pessoas com diagnóstico de doença de Chagas ou hanseníase, mas também aquelas que residem em territórios com risco para estas duas doenças ou que tenham pessoas na família com esta doença. Do mesmo modo, serão convidados contatos domiciliares e social de pessoas com hanseníase. Não serão incluídas pessoas com saúde mental comprometida ou dificuldades de entendimento, caso não esteja presente o seu responsável legal.

Participação voluntária - aqui, você decide!

Você poderá decidir pela participação ou não. Participar na pesquisa é uma decisão totalmente sua. Se você decidir por não participar, nem você e nem a sua família serão prejudicados. Ainda que você decida participar, você poderá desistir a qualquer momento. Não precisa tomar esta decisão agora, fique à vontade para conversar com seus pais ou outras pessoas, sobre tudo o que foi apresentado e nos contar o que você decidiu mais tarde.

Atividades possíveis de serem desenvolvidas pela pesquisa em etapas

Etapas 1 - Inicialmente pediremos que você responda algumas perguntas de um questionário, com duração máxima de 20 minutos. Essas perguntas vão nos dar uma ideia do que você sabe sobre a doença de Chagas e hanseníase, assim como alguns dados pessoais (a exemplo da idade, raça/cor, escolaridade).

Etapas 2 - Na sequência estaremos aplicando instrumento com o qual possa nos informar como está sua saúde e identificar necessidades sentidas por você em decorrência do diagnóstico de doença de Chagas ou de hanseníase. Mediante necessidades de exames ou consulta médica, estaremos encaminhado para a unidade de saúde mais próxima da sua casa. Caso você tenha sido acometido por hanseníase, estaremos avaliando a existência de incapacidades físicas possivelmente resultado desta doença, oferecendo informações para o autocuidado.

Etapas 3 - Nesta etapa buscaremos compreender se todas as pessoas do seu convívio domiciliar realizaram teste para doença de Chagas e hanseníase. Caso seja identificado alguém que tenha risco para qualquer uma destas doenças e caso você concorde, poderemos incluí-las no projeto. Para isso acontecer, necessitaremos da sua permissão por escrito.

Etapas 4 - Para todas as pessoas acometidas por hanseníase, será oferecido aconselhamento para a realização do teste rápido. Este teste será realizado como coleta de três (3) gotas de sangue da ponta do seu dedo do meio. Caso o resultado seja 'negativo', a sua participação na pesquisa se encerra neste momento. A duração desta etapa será de cerca de 50 minutos.

Etapas 5 - Caso o resultado do teste rápido de triagem seja 'positivo' ou 'duvidoso', preferencialmente neste mesmo momento ou ainda em data agendada, você será convidado(a) a realizar uma coleta de sangue (4mL) do braço para confirmação do diagnóstico. Isto acontecerá no laboratório de referência do seu município. O tempo para a entrega do resultado deste exame dependerá de como está organizado o trabalho na rede de serviços de saúde de sua cidade, podendo levar algumas semanas.

Etapas 6 - Nesta etapa você será convidado(a) a comparecer na unidade de saúde assim que a equipe receba os resultados dos exames de confirmação do diagnóstico. Caso seja 'negativo' encerra-se aqui a sua participação na pesquisa. Caso se confirme o diagnóstico de doença de Chagas, será agendada uma nova consulta na unidade de saúde para definição do tratamento.

Etapas 7 - Em consulta com a (o) médica(o) de sua unidade de saúde, será possível decidir pelo tratamento da causa da doença de Chagas. Mulheres grávidas não podem ser tratadas, porque o medicamento pode causar alterações no bebê durante a gestação. Assim, se você for mulher em idade fértil e for indicado o tratamento, deve evitar engravidar durante os 60 dias de uso desta medicação. Caso esteja grávida, a equipe da unidade de saúde acompanhará você e seu bebê. Após o parto, o tratamento poderá ser oferecido somente após o período de amamentação. Esta consulta médica deverá demorar em média 40 minutos. Importante que saiba que o seu acompanhamento clínico para a doença de Chagas será mantido na unidade de atenção primária e, se necessário, você poderá ser encaminhado(a) para outros serviços especializados.

Etapas 8 - Para os casos em que o tratamento da doença de Chagas for prescrito, o medicamento será solicitado pela município. Após a chegada, você receberá o medicamento para os 30 dias iniciais, com todas as orientações da equipe de saúde.

Etapas 9 - Uma nova consulta médica deverá acontecer após 30 dias do início do tratamento, quando você recebe o restante do medicamento. Portanto, o tratamento completo terá duração de 60 dias, momento em que você encerrará a sua participação na pesquisa. Cada consulta terá duração média de 30 minutos. Você será acompanhada(o) pela equipe de saúde da unidade em que realizou todas as etapas do projeto. É importante que você saiba que caso surjam complicações ou sintomas inesperados durante o tratamento, você será acompanhada(o) pela equipe de saúde da sua unidade de atenção primária, treinada pelo projeto para este cuidado. Por esta razão, é importante que você informe à equipe, de modo imediato, o surgimento de qualquer queixa. Em todas as consultas, os dados coletados serão descritos no seu prontuário e em fichas específicas do projeto, garantindo o total sigilo e a segurança das informações.

Etapas 10 - Caso você seja uma pessoa acometida por doença de Chagas e relate manchas no corpo, será convidado a fazer o exame para reconhecer sinais sugestivos desta doença. O exame será realizado com palpação de alguns nervos dos braços e pernas, assim como observação dos olhos, nariz e pele (incluindo face, tronco, braços e pernas).

Etapas 9 - Mediante suspeita de hanseníase, você será encaminhada para consulta médica na unidade de saúde mais próxima da sua casa, assim como para realização de exames específicos no laboratório referência do município. Caso se confirme o diagnóstico, o tratamento deverá acontecer na própria unidade de saúde ou no serviço de referência deste município. Para isso, o medicamento será solicitado pelo município. Encerra neste momento a sua participação neste estudo.

O que solicitamos às pessoas participantes:

Se você concordar pela participação neste projeto, você deverá:

- 1) Sempre que possível, comparecer nos dias e horários agendados para a realização de testes diagnósticos, tratamento e acompanhamento clínico. Se não for possível comparecer, por gentileza, procure informar à equipe de saúde da unidade para um agendamento próximo em nova data;
- 2) É muito importante evitar qualquer ingestão de álcool durante os 60 dias de tratamento da doença de Chagas porque pode aumentar a chance de problemas no fígado pela mistura do medicamento com álcool;
- 3) Comunicar-se com a equipe de saúde em caso de dúvidas, problemas ou preocupações relacionadas à sua condição de saúde;
- 4) Para as mulheres com doença de Chagas e hanseníase, é necessário evitar engravidar durante o tratamento. O medicamento pode causar alterações no bebê durante a gestação. As mulheres receberão orientações para decidir junto com os profissionais de saúde da sua unidade o melhor meio para evitar a gravidez;
- 5) Comunicar imediatamente ao profissional de saúde responsável por seu acompanhamento caso haja suspeita de gravidez durante o tratamento. Neste caso, o medicamento será imediatamente interrompido e será orientada a confirmação da gravidez;

Rubrica participante	Rubrica pesquisador/a



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE ANÍSIO TEIXEIRA
CAMPUS – VITÓRIA DA CONQUISTA



- 6) Caso seja uma mulher com doença de Chagas e tenha filhos (as) ou outros contatos em casa, é importante compreender a importância de incentivar todos a procurarem as unidades de saúde buscando diagnóstico e tratamento para a doença. Do mesmo modo, os contatos de pessoas com hanseníase devem ser orientados a buscar a unidade de saúde. Todas as pessoas nessas condições poderão ser incluídas neste projeto.

Benefícios

Você terá acesso a informações gerais, diagnóstico e tratamento da doença de Chagas e hanseníase. Caso seja uma mulher em idade de ter filhos, além dos benefícios com a sua própria saúde, o tratamento poderá prevenir ou evitar a transmissão da infecção da doença de Chagas para seus bebês em futuras gestações. Todas as pessoas em situação de risco da sua família ou rede social poderão ser incluídas neste projeto (a exceção de crianças menores de 9 meses de idade). Além dos benefícios diretos, a sua participação nos apoiará na construção de novas informações sobre esta doença em sua cidade e região. Isto poderá colaborar com gestores e equipes de saúde para que eles possam melhorar o planejamento e o desenvolvimento de ações para controle da transmissão destas doenças.

Riscos

Você pode sentir um leve desconforto durante a realização do teste rápido. Para os casos suspeitos será necessário coleta de uma amostra de sangue, porém deverá ser realizada pelo laboratório de referência do município. É possível (embora não provável) que você fique com uma mancha roxa no braço, no local da entrada da agulha para a coleta de sangue. Esta coleta será realizada por profissionais treinados, usando material descartável e com técnica padronizada.

O uso do medicamento para tratamento da doença de Chagas e para hanseníase serão prescritos pelos profissionais da sua unidade de saúde ou serviço de referência. Importante que saiba que eles poderão causar algumas queixas (a exemplo de náuseas, vômito, coceira na pele). Neste caso, a equipe de saúde da sua unidade deverá orientar o seu cuidado e tratar dessas complicações.

A aplicação de instrumentos para coleta de dados poderá causar cansaço ou desconforto por receio de divulgação de dados pessoais. No entanto, são instrumentos de pequena extensão e de fácil preenchimento.

De qualquer forma, esta aplicação poderá ser agendada com antecedência e interrompida caso seja necessário de modo que fique o mais confortável possível para você. Mais uma vez, reafirmamos o sigilo e a segurança de todos os dados coletados.

Reembolsos

Você não receberá qualquer compensação em dinheiro pela sua participação no projeto.

Confidencialidade e compartilhamento de resultados da pesquisa

Todas as informações coletadas nesta pesquisa serão mantidas em segredo, seu nome não aparecerá nos resultados, apenas na documentação da unidade de saúde, a exemplo do seu prontuário médico. Para transmitirmos novos conhecimentos sobre a doença de Chagas e hanseníase, nós publicaremos relatórios técnicos, artigos científicos e outras formas de comunicação científica como resultados desta pesquisa. No entanto, estas publicações não incluirão nenhuma informação pessoal de participantes do projeto, como por exemplo, nomes, locais de moradia ou qualquer outro dado que possa identificar você.

Se você decidir desistir antes do final da pesquisa todas as informações coletadas sobre você até aquele momento serão utilizadas nesta pesquisa.

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em segredo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisa.

Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada a pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do projeto.

Aprovação da proposta e Contatos

Esta proposta foi revisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA, campus Anísio Teixeira, que é um comitê cuja tarefa é garantir que todas as pessoas participantes desta pesquisa estejam protegidas de eventuais prejuízos.

Se você deseja saber mais sobre este assunto, ou qualquer dúvida que surja durante a realização deste Projeto, pode ser respondida pela professora coordenadora do estudo Eliana Amorim Souza pelo telefone 77-9158733 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS IMS/CAT-UFBA), ambos no seguinte endereço: Instituto Multidisciplinar em Saúde, Rua Hormindo Barros, 58 - Quadra 17 - Lote 58, Bairro Candeias - CEP: 45.029-094, Vitória da Conquista - BA.

Você pode me fazer mais perguntas sobre qualquer parte do projeto, se desejar. Você tem alguma pergunta?

PARTE II: Certificado de Consentimento

Eu li as informações anteriores ou elas foram lidas para mim. Tive a oportunidade de fazer perguntas a respeito do projeto e todas as questões que fiz foram respondidas de forma satisfatória. Confirmando meu consentimento voluntário para participar neste projeto e entendo que, tenho o direito de me retirar do projeto a qualquer momento, sem que esta decisão afete de alguma maneira o meu cuidado médico ou de minha família. Recebi uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que deverá ser rubricado por mim e pelo pesquisador responsável em todas as páginas.

Nome em letra de forma do(a) participante: _____

Assinatura do (a) participante _____

Data: ____/____/____

Se analfabeto (a):

Presenciei a leitura cuidadosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para esta pessoa participante em potencial e ela teve oportunidade de fazer perguntas. Confirmando que esta pessoa forneceu seu consentimento livremente.

Nome da testemunha: _____

Assinatura da testemunha _____

Data: ____/____/____

Declaração do (a) pesquisador(a) / pessoa que obteve o consentimento

Eu li com precisão a Folha de Informações para esta pessoa participante em potencial e, da melhor maneira possível, certifiquei-me de que ela entendeu o que está sendo proposto neste projeto.

Confirmando que a pessoa participante teve a oportunidade de fazer perguntas sobre o projeto e que todas as perguntas feitas por ela foram respondidas corretamente e da melhor forma possível. Confirmando que esta pessoa não foi coagida a dar seu consentimento e que o consentimento foi fornecido de forma livre, esclarecida e voluntária.

Uma via deste termo foi fornecida à pessoa participante.

Nome impresso do (a) pesquisador(a) / pessoa que obteve o consentimento: _____

Assinatura do (a) pesquisador(a) / pessoa que obteve o consentimento: _____

Data: ____/____/____

Rubrica participante	Rubrica pesquisador/a

APÊNDICE B - INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS



INSTRUMENTO – Conhecimentos, Atitudes e Práticas de PESSOAS ACOMETIDA PELA DOENÇA DE CHAGAS			
Número de Identificação (ID): _____			
Pesquisador(a): _____		Data da Coleta: _____	
Item	Questões/CONHECIMENTOS	Códigos/Categorias	
1.	O senhor (a) sente algum problema de saúde relacionado a doença de Chagas?	Sim Não Não sabe ou não quer responder	1 2 3
2.	Caso sim, o que sente?	Problemas relacionados ao coração Problemas relacionados ao aparelho digestivo Os dois Outros	1 2 3 4
3.	Qual o tipo de doença de Chagas o senhor(a) tem?	Indeterminado Cardíaco Digestiva Cardíaca e digestiva Neurológica Não sei	1 2 3 4 5 6
4.	Como você faz para reduzir o risco de infecção pela doença na sua casa? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Nunca fiz nada, minha casa sempre foi ótima Reparei as rachaduras nas paredes, pisos e tetos das casas Substitui materiais adequados nas construções das habitações Mantenho a casa limpas e organizadas Coloquei instalação de telas nas portas e janelas Uso de mosquiteiros, principalmente à noite Falo com as pessoas sobre a importância de evitar barbeiro Outros:	1 2 3 4 5 6 7 8
5.	Em que ano descobriu que tem a doença de Chagas? Caso não saiba preencher 00		
6.	Existem outras pessoas na sua família acometidas pela doença de Chagas?	Sim Não	1 2
7.	Caso sim, quantos? Caso não saiba preencher 00		
8.	Caso sim, moram na mesma casa?	Sim Não	1 2
9.	Como o senhor (a) acha que pegou a doença de Chagas?	Picada do barbeiro Alimento contaminado Usando bolsa de sangue contaminada De mãe para filho Outros	1 2 3 4 5



10.	Como você acha que uma pessoa pega a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Pega de mãe para filho durante a gestação ou o parto Pega pelo contato com fezes/urina do barbeiro durante a picada do barbeiro Pega ao consumir um alimento contaminado Pega com uso de sangue ou transplante contaminado Pega pelo ar contaminado Pega pelo contato de prato e copo de uma pessoa com a doença Pega pelo ato sexual Outros modos: _____	1 2 3 4 5 6 7 8
11.	Você acha que uma gestante que tem doença de Chagas pode transmitir para seu bebê?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
12.	O que você acha que uma pessoa pode fazer para prevenir a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Manter a casa limpa sem barbeiro Manter o quintal limpo sem barbeiro Consumir apenas alimentos seguros, sem risco de contaminação Usar mosquiteiros ou telas nas janelas das casas Evitar criações de animais próximo a residência (como galinha) Não é possível prevenir a doença de Chagas Outros _____	1 2 3 4 5 6 7
13.	Você sabe qual(is) área(s) do corpo esta doença pode atingir?	Sim Não Não sei, não lembro	1 2 3
14.	Caso saiba, poderia nos dizer qual (is)? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Coração Pulmão Estômago Intestino Pele Olhos Pernas Outros _____	1 2 3 4 5 6 7 8
15.	Você já viu o inseto “barbeiro” (também conhecido como potó, bicudo, percevejo do sertão, chupão etc.)?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
16.	Você sabe reconhecer o inseto “barbeiro”?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
17.	Poderia identificar nessas imagens qual delas é o barbeiro que habita aqui nessa região? (mostrar a cartela com as numerações)		1 2 3 4 5 6



18.	Conhece algum local para onde você possa levar os “barbeiros” que são capturados no seu município?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
19.	Você tem conhecimento se este inseto “barbeiro” causa alguma doença?	Não Sim Não sei	1 2 3
20.	Se sim, qual ou quais as doenças são causadas pelo barbeiro? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Hepatite Hanseníase Tracoma Doença de chagas Dengue Outras _____	1 2 3 4 5 6
21.	Você sabe como é feito o diagnóstico da doença de Chagas?	Não Sim Não sei	1 2 3
22.	Você conhece o local onde se faz diagnóstico de doença de Chagas no seu município?	Não Sim Não sei	1 2 3
23.	Para você é possível tratar uma pessoa que tem a doença de Chagas?	Sim Não Não sei, não lembro	1 2 3
24.	O senhor (a) conhece algum medicamento para tratar a doença de Chagas?	Sim Não Não sei, não lembro	1 2 3
25.	Caso sim, qual o nome? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Benzenidazol Rochagan Posaconazol Eflornitina Outro: _____ Não sei, não lembro	1 2 3 4 5 6
26.	Qual o principal lugar que o senhor(a) é acompanhado no cuidado a sua saúde relacionada a doença de Chagas?	Unidade Básica de saúde do município Hospital do município Consultório particular no município Vigilância Epidemiológica Serviço de saúde público de outro município Serviço de saúde privado de outro município Outros _____	1 2 3 4 5 6 7
27.	Você faz ou fez tratamento medicamentoso para matar o parasita que causa a doença de Chagas?	Não Sim Não lembro, não sei	1 2 3



28.	Você fez ou faz algum tratamento alternativo para doença de Chagas? (exemplo: toma Chá, banho de ervas)	Não Sim Não lembro, não sei Caso sim, qual _____	1 2 3
29.	Você usa medicações por causa da doença de Chagas?	Não Sim Não lembro, Não sei	1 2 3
30.	Você faz seu tratamento parasitológico de modo correto (explicar)?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica (não fez tratamento)	1 2 3 4
31.	Já aconteceu de esquecer de tomar seus medicamentos?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
32.	Caso sim, o que o senhor (a) fez? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Tomou na mesma hora que lembrou Deixou para o outro dia Informei a ACS Informei a uma pessoa da família Não lembro	1 2 3 4 5
33.	Você sabe como é feito o cuidado para a pessoa afetada por doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
34.	Você conhece quais os exames devem ser feitos para uma pessoa afetada por doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
Item	Questões/ATITUDES	Códigos/Categorias	
35.	Se há presença de barbeiro na casa ou quintal, qual o seu pensamento diante do fato deles estarem neste local? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Não traz nenhum problema Faz parte da natureza Devo falar para o ACE Devo falar para o ACS Outras pessoas vão pegar a doença de Chagas	1 2 3 4 5
36.	Você sente ou já sentiu necessidade de buscar informações sobre a doença de Chagas?	Não Sim As vezes	1 2 3
37.	Você acredita que a doença de Chagas é uma doença grave?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
38.	Você acredita que a doença de Chagas pode provocar morte?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3



39.	Você acredita que a prevenção da doença de Chagas é importante?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
40.	Quais medidas você acredita serem importantes para prevenir a infecção da doença de Chagas em pessoas da sua casa ou da comunidade? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Manter a casa limpa sem barbeiro Manter o quintal limpo sem a presença do barbeiro Consumir apenas alimentos seguros, sem risco de contaminação Usar mosquiteiros ou telas nas janelas das casas Evitar criações de animais próximo a residência Outras:	1 2 3 4 5 6
41.	Você acredita que é responsabilidade do governo fornecer informações e recursos para prevenção da doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
42.	Você acredita que a doença de Chagas pode ser controlada por meio de ações dos moradores da própria comunidade?	Não Sim Talvez Não sei, não lembro	1 2 3 4
43.	Você se sentiria confortável em participar de campanhas de conscientização sobre a doença de Chagas em sua comunidade?	Não Sim Não sei	1 2 3
44.	Você acredita que é importante fazer o diagnóstico para doença de Chagas?	Não Sim Não sei	1 2 3
45.	Você acha que se for diagnóstico um caso na família, os demais também precisam fazer o teste?	Não Sim Não sei	1 2 3
46.	Você confia que o tratamento para a doença de Chagas é eficaz?	Não Sim Não sei	1 2 3
47.	Caso você esteja fazendo o tratamento medicamentoso para a doença de Chagas, como se sente?		
48.	Você acredita que é importante buscar o cuidado para sua saúde?	Não Sim Não sei	1 2 3
49.	Você acredita que é possível viver bem com o diagnóstico de doença de Chagas?	Não Sim Não sei	1 2 3



Item	Questões/PRÁTICAS	Códigos/Categorias	
50.	Como você faz para reduzir o risco de infecção pela doença na sua casa?	Nunca fiz nada, minha casa sempre foi ótima Reparei as rachaduras nas paredes, pisos e tetos das casas Substitui materiais adequados nas construções das habitações Mantenho a casa limpas e organizadas Coloquei instalação de telas nas portas e janelas Uso de mosquiteiros, principalmente à noite Falo com as pessoas sobre a importância de evitar barbeiro Outros:	1 2 3 4 5 6 7 8
51.	Você costuma falar para outras pessoas sobre os riscos para a doença de Chagas?	Não Sim Não lembro, Não sei	1 2 3
52.	Em caso de diagnóstico para doença de Chagas de algum morador da sua casa ou da sua família, como você agiria? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Levaria a um médico na unidade básica de saúde Levaria a um médico do hospital Informaria ao ACS Daria meu apoio Diria para não se preocupar Outras:	1 2 3 4 5 6
53.	Você faz ou fez tratamento medicamentoso para matar o parasita que causa a doença de Chagas?	Não Sim Não lembro, Não sei	1 2 3
54.	Você fez ou faz algum tratamento alternativo para doença de Chagas? (exemplo: toma Chá, banho de ervas)	Não Sim Não lembro, Não sei	1 2 3
55.	Quais os cuidados que você tem com sua saúde por causa da doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Tem uma alimentação saudável Faz exercícios físicos Dorme cedo Toma as medicações prescritas pelo médico Faz revisão todo ano Outros:	1 2 3 4 5 6
56.	Você faz consulta médica todo ano por causa da doença de Chagas?	Não Sim Não lembro, Não sei	1 2 3
57.	Você já fez eletrocardiograma do coração (ECG)?	Não Sim Não lembro, Não sei	1 2 3
58.	Quantas consultas realiza na unidade de saúde para cuidar de tudo que sente por causa da doença de Chagas? (média ao ano)	1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 vezes Acima de 5 vezes	1 2 3 4 5 6



INSTRUMENTO – Perfil demográfico, de formação e Conhecimentos, Atitudes e Práticas de AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E AGENTES DE COMBATE AS ENDEMIAS (ACE)			
Número de Identificação (ID): _____			
Pesquisador(a): _____ Data da Coleta: _____			
Item	Códigos/Categorias	Questões	
1.	Sexo	Masculino Feminino Outros _____	1 2 3
2.	Idade	_____ anos	
3.	Tempo de atuação em sua categoria profissional (não inclui aperfeiçoamentos / especializações/)	_____ anos	
4.	Grau de instrução	Analfabeta 1ª a 3ª série do ensino fundamental 4ª a 7ª série do ensino fundamental Ensino fundamental completo (terminou 8ª série) 1º ou 2º ano do ensino médio Ensino médio completo (terminou 3º ano colegial ou 3º científico) Superior incompleto Superior completo Não lembra	1 2 3 4 5 6 7 8 9
5.	Realizou capacitação sobre doença de Chagas nos últimos 12 meses?	Sim Não Não lembro	1 2 3
6.	Caso sim, qual a carga horária da capacitação mais recente?	4 horas 8 horas 12 horas 20 horas Outro	1 2 3 4 5
7.	Qual a sua carga horária na equipe de saúde da família (ESF) ou na Vigilância Entomológica?	Semanais _____	
8.	Qual o turno de trabalho?	Manhã Tarde Manhã/Tarde	1 2 3
Item	Questões/CONHECIMENTOS	Códigos/Categorias	
9.	Como você acha que uma pessoa pega a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Passa de mãe para filho durante a gestação ou o parto Passa pelo contato com fezes/urina do barbeiro durante a picada do barbeiro Passa ao consumir um alimento contaminado Passa com uso de sangue ou transplante contaminado Pega pelo ar contaminado Pega pelo contato de prato e copo de uma pessoa com a doença Transmissão sexual.	1 2 3 4 5 6 7 8



		Outras _____	
10.	Você acha que uma gestante que tem doença de Chagas pode transmitir para seu bebê?	Não Sim Não sabe	1 2 3
11.	O que você acha que uma pessoa pode fazer para prevenir a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Manter a casa limpa sem barbeiro Manter o quintal limpo sem a presença do barbeiro Consumir apenas alimentos seguros, sem risco de contaminação Usar mosquiteiros ou telas nas janelas das casas Evitar criações de animais próximo a residência Outros	1 2 3 4 5 6
12.	Você sabe que áreas do corpo esta doença pode atingir?	Sim Não Não sei, não lembro	1 2 3
13.	Caso saiba, poderia nos dizer qual (is)? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Coração Pulmão Estômago Intestino Pele Olhos Outros _____	1 2 3 4 5 6 7
14.	Você conhece alguém da sua comunidade que tem a doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	
15.	Você já viu o inseto “barbeiro” (também conhecido como potó, bicudo, percevejo do sertão, chupão etc.)?	Não Sim Não sei, não lembro	
16.	Você sabe reconhecer o inseto “barbeiro”?	Não Sim Não sei, não lembro	
17.	Você poderia identificar nessas imagens qual delas é o barbeiro que habita aqui nessa região? (poderá marcar mais de uma alternativa)		
18.	Quais são os grupos de maior risco para contrair a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Crianças, filhos de mulheres com doença de Chagas Pessoas que morou ou mora em casas onde possa ter convívio com o barbeiro Pessoas que morou ou mora em áreas com relato da presença do barbeiro Ter realizado transfusão de sangue antes de 1992 Ter familiares ou pessoas com convívio habitual que tenha diagnóstico da doença de Chagas Outros:	



19.	Qual ou quais as doenças são causadas pelo barbeiro? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Hepatite Hanseníase Tracoma Doença de chagas Dengue Nenhuma	
20.	Você sabe como é feito o diagnóstico da doença de Chagas?	Não Sim Não sei	1 2 3
21.	Caso sim, como?	Exame de sangue Eletrocardiograma (ECG) Consulta Médica (exame físico) Outros _____	1 2 3 4
22.	Você conhece o local onde se faz diagnóstico de doença de Chagas no seu município?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
23.	Você conhece, acompanha, pessoas com doença de Chagas?	Sim Não Não lembro	1 2 3
24.	Para você é possível tratar uma pessoa que tem a doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
25.	Você conhece algum medicamento para tratar a doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
26.	Caso sim, qual o nome? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Benzenidazol Rochagan Posaconazol Eflornitina Não sei, não lembro Outros:	1 2 3 4 5 6
27.	Você sabe como é feito o cuidado para a pessoa afetada por doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
28.	Você conhece quais os exames devem ser feitos para uma pessoa afetada por doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3



Item	Questões/ATITUDES	Códigos/Categorias	
29.	Qual atitude se uma pessoa informa que encontrou um barbeiro em sua casa ou no peridomicílio?	Orientaria para entregar o barbeiro no Centro de Endemias Orientaria para matar o barbeiro Orientaria fazer os exames para saber se fui contaminado Orientaria para não se preocupar	1 2 3 4
30.	Qual atitude você teria se uma pessoa da sua área relatasse que está com um desses sintomas acima? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Não faria nada, são queixas comuns Levaria o caso para a ser discutido na reunião de equipe Discutiria com a enfermeira sobre o caso Discutiria com o médico sobre o caso Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4 5 6
31.	Você acredita que tem muitos casos de doença de Chagas no seu município?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
32.	Se sim, você atribui a que razões? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Presença de reservatório do parasita Falta de medidas de controle eficazes Condições precárias de habitações Falta de saneamento básico Falta de informações sobre a doença Dificuldades no acesso aos serviços de saúde	1 2 3 4 5 6
33.	O que você pensa que pode ser feito em seu município como medidas de prevenção para doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Promover ações de educação em saúde Promover campanhas de testagem Promover palestras nas escolas Não sei, não lembro Outros _____	1 2 3 4 5
34.	Como você classificaria a doença de Chagas como problema de saúde pública em seu território de atuação? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Não existe doença de Chagas no meu território Totalmente sob controle Parcialmente sob controle Pouco sob controle Fora do controle Não sei	1 2 3 4 5 6
35.	Qual dessas atitudes considera importante para reduzir o risco de infecção pela doença de chagas no seu município? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Melhorar as condições de moradia evitando rachaduras nas paredes e telhados que possam servir de abrigo para Insetos vetores Usar telas em portas e janelas Realizar a dedetização periódica das residências por profissionais capacitados Evitar criadouros de animais próximo as habitações Manter os terreiros limpos Realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para gestantes Promover a educação em saúde Consumir alimentos livres de contaminação	1 2 3 4 5 6 7 8
36.	Qual atitude se uma pessoa informa que encontrou um barbeiro em sua casa ou no peridomicílio?	Orientaria para entregar o barbeiro no Centro de Endemias Orientaria para matar o barbeiro Orientaria fazer os exames para saber se fui contaminado Orientaria para não se preocupar	1 2 3 4



37.	Qual atitude você teria se uma pessoa da sua área relatasse que está com um desses sintomas acima? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Não faria nada, são queixas comuns Levaria o caso para a ser discutido na reunião de equipe Discutiria com a enfermeira sobre o caso Discutiria com o médico sobre o caso Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4 5 6
38.	Você acredita que tem muitos casos de doença de Chagas no seu município?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
39.	Se sim, você atribui a que razões? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Presença de reservatório do parasita Falta de medidas de controle eficazes Condições precárias de habitações Falta de saneamento básico Falta de informações sobre a doença Dificuldades no acesso aos serviços de saúde	1 2 3 4 5 6
40.	O que você pensa que pode ser feito em seu município como medidas de prevenção para doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Promover ações de educação em saúde Promover campanhas de testagem Promover palestras nas escolas Não sei, não lembro Outros _____	1 2 3 4 5
41.	Como você classificaria a doença de Chagas como problema de saúde pública em seu território de atuação? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Não existe doença de Chagas no meu território Totalmente sob controle Parcialmente sob controle Pouco sob controle Fora do controle Não sei	1 2 3 4 5 6
42.	Qual dessas atitudes considera importante para reduzir o risco de infecção pela doença de chagas no seu município? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Melhorar as condições de moradia evitando rachaduras nas paredes e telhados que possam servir de abrigo para Insetos vetores Usar telas em portas e janelas Realizar a dedetização periódica das residências por profissionais capacitados Evitar criadouros de animais próximo as habitações Manter os terreiros limpos Realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para gestantes Promover a educação em saúde Consumir alimentos livres de contaminação	1 2 3 4 5 6 7 8
43.	Você acredita que pode suspeitar de um caso de doença de Chagas a partir de suas queixas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
44.	Caso sim, quais desses sintomas acredita se relacionar com a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Febre Fadiga Dor de cabeça Dores musculares e articulares Inchaço no local da picada do inseto vetor Falta de ar Palpitações cardíacas Dor no peito Náuseas	1 2 3 4 5 6 7 8 9



		Vômitos Diarreia	10 11 12
45.	Você acredita que a doença de Chagas de Chagas é uma doença grave?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
46.	Você acredita que a doença de Chagas pode provocar morte?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
47.	Você acredita que é importante buscar o cuidado para a pessoa afetada por a doença de Chagas ?	Não Sim Não sei	1 2 3
48.	Você acredita que é possível que é possível o cuidado, para que uma pessoa afetada pela doença de Chagas possa ter qualidade de vida?	Não Sim Não sei	1 2 3
Item	Questões/PRÁTICAS	Códigos/Categorias	
49.	Já teve ou tem algum caso de doença de Chagas na sua área de atuação?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
50.	Caso sim quantos?		
51.	Realizou ou realiza abordagem a pessoas afetadas pela doença de Chagas no último ano?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
52.	Realizou ou realiza visita domiciliar para busca ativa de contatos de doença de Chagas no último ano?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
53.	Realizou ou realiza acolhimento para pessoas afetadas pela doença de Chagas na UBS?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
54.	Realizou ou realiza ações educativas em doença de Chagas na unidade de saúde?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
55.	Caso sim, em que ano?		



56.	Realizou ou realiza ações educativas em doença de Chagas no território?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
57.	Caso sim, qual a frequência no ano?		
58.	Utiliza material informativo/educativo sobre doença de Chagas nas ações programáticas na unidade de saúde?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
59.	Utiliza material informativo/educativo sobre doença de Chagas nas ações programáticas no território, escolas, igrejas etc.?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
60.	Desenvolve/participa de grupos envolvendo pessoas afetadas pela doença de Chagas na unidade de saúde?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
61.	Realiza ações de vigilância epidemiológica da doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
62.	Caso sim, quais?	Notificação dos casos Orientação de contatos para testagem Investigação de casos	
63.	Realiza o controle de vetores?	Não Sim Não sei, não lembro Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4
64.	Quais as estratégias que você utiliza para realizar o controle vetorial? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Identificação dos barbeiros Eliminação dos criadouros Aplicação de inseticidas (borrifação) Instalação de armadilhas para captura Matar o inseto Coleta de dados e registro nos Sistemas de informação Apoio a diagnóstico e tratamento Mobilização comunitária Orientação aos moradores Não se aplica, não é minha função	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
65.	Em caso de diagnóstico para doença de Chagas de alguma pessoa da sua área, como você agiria? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Buscaria a família e contatos próximos para a testagem Faria todas as orientações necessárias ao cuidado Daria meu apoio Diria para não se preocupar Outras:	1 2 3 4 5



66.	Quais os cuidados que você que atua na saúde, orienta para as pessoas afetadas por doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Ter uma alimentação saudável Fazer exercícios físicos Dormir cedo Tomar as medicações prescritas pelo médico Fazer revisão todo ano Outros:	1 2 3 4 5 6
67.	Você faz orientação e controle das consultas médicas anuais das pessoas afetadas por doença de Chagas?	Não Sim Não lembro, não sei	1 2 3
68.	Quais as estratégias que você utiliza para o cuidado de uma pessoa afetada por doença de Chagas?	Visitas domiciliares regulares Agendamentos de consultas com a equipe da UBS Monitoramento das consultas Monitoramento das casas Informações sobre prevenção Informações sobre o cuidado Controle ambiental com apoio da vigilância entomológica	1 2 3
69.	Atualmente você cuida de alguma pessoa afetada pela doença de Chagas?	Não Sim Não lembro, não sei	1 2 3 4 5 6



INSTRUMENTO 5– Conhecimentos, Atitudes e Práticas de PRFESSIONAIS DE SAÚDE DE NÍVEL SUPERIOR sobre doença de Chagas			
Número de Identificação (ID): _____			
Pesquisador(a): _____ Data da Coleta: _____			
Item	Questões	Códigos/Categorias	
1.	Sexo	Masculino Feminino	1 2
2.	Idade	Idade em anos	
3.	Profissão	Médico Enfermeiro Outros	1 2 3
4.	Tempo de formação em sua categoria profissional (não inclui aperfeiçoamentos / especializações/)	Tempo em anos/meses/dias _____	
5.	Pós-graduação/Aperfeiçoamento	Não possui pós-graduação/aprfeioamento Residência médica (especificar) Residência enfermagem (especificar) Especialização (especificar) Mestrado Doutorado	1 2 3 4 5 6
6.	Realizou capacitação sobre doença de Chagas nos ultimo ano?	Sim Não Não lembro	1 2 3
7.	Caso sim, qual a carga horária?	4 horas 8 horas 12 horas 20 horas Outro	1 2 3 4 5
8.	Qual a sua carga horária na equipe de saúde da família?	Tempo em Horas Semanais _____	
9.	Qual o local que você trabalha atualmente?	USF Nana de Gregório USF Manoel Inácio USF Durval Ferreira Rocha USF São Felipe USF Furado da Cancela USF São João de Brito USF Gileno Rocha USF Tremedal Não tenho unidade de referência Outro local	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



10.	Qual o turno de trabalho na ESF?	Manhã Tarde Manhã/Tarde	1 2 3
11.	Há quanto tempo você trabalha nesse PSF, desse município? <i>Se não ou não sabe, 0]</i>	Tempo em anos/meses:	
12.	Existe apoio da equipe de matriciamento?	Não Sim Não sabe, não sei	1 2 3
Item	Questões/CONHECIMENTOS	Códigos/Categorias	
13.	Para você o que caracteriza uma doença ser considerada “Doenças Tropicais Negligenciadas”? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Acomete populações em contexto de vulnerabilidade social Indústria farmacêutica não apresenta interesse na formulação de novos medicamentos e testes diagnósticos Pouco investimento da saúde pública Não sabe	1 2 3 4 5
14.	Você acha que a doença de Chagas faz parte da relação das Doenças Tropicais Negligenciadas?	Não Sim Não sabe, não sei	1 2 3
15.	Quais são os grupos de maior risco para contrair a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Crianças, filhos de mulheres com doença de Chagas Pessoas que morou ou mora em casas onde possa ter convívio com o barbeiro Pessoas que morou ou mora em áreas com relato da presença do barbeiro Ter realizado transfusão de sangue antes de 1992 Ter familiares ou pessoas com convívio habitual que tenha diagnóstico da doença de Chagas Outros: _____	1 2 3 4 5 6 7
16.	Como a doença de Chagas é transmitida? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Transmissão congênita Transmissão transfusional Transmissão oral Transmissão acidental Transmissão vetorial Transmissão sexual Não sabe	1 2 3 4 5 6 7
17.	É possível que aconteça a transmissão vertical da doença de Chagas?	Não Sim Não sabe	1 2 3
18.	Você poderia citar os modos que a doença de Chagas pode ser prevenida? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Controle de vetores Preparação adequada dos alimentos com risco de contaminação Medidas de higiene da casa e quintal Tratamento de mulheres em idade fértil com DC Triagem de doação de sangue e órgãos Usar mosquiteiros ou telas nas janelas das casas Evitar criações de animais próximo a residência Educação em saúde Outros	1 2 3 4 5 6 7 8 9



19.	Você já viu o inseto “barbeiro” (também conhecido como potó, bicudo, percevejo do sertão, chupão etc.)?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
20.	Você sabe reconhecer o inseto “barbeiro”?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
21.	Você poderia identificar nessas imagens qual delas é o barbeiro que habita aqui nessa região? (poderá marcar mais de uma alternativa)		1 2 3 4 5 6
22.	Você já viu o inseto “barbeiro” (também conhecido como potó, bicudo, percevejo do sertão, chupão etc.)?	Não Sim Não sei, não lembro	
23.	Você sabe reconhecer o inseto “barbeiro”?	Não Sim Não sei, não lembro	
24.	Você poderia identificar nessas imagens qual delas é o barbeiro que habita aqui nessa região? (poderá marcar mais de uma alternativa)		
25.	Você conhece os principais sinais e sintomas da doença de Chagas?	Não Sim Não sabe	1 2 3
26.	Caso sim, quais os sintomas mais comuns da doença de Chagas na fase aguda? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Febre, fadiga, mal-estar Inchaço no local da picada do parasita Problemas cardíacos, palpitações Inchaço das pálpebras Dor muscular e articular Linfonodos inchados Dor de cabeça Dificuldade para engolir Náuseas, vômitos e diarreia Inchaço do fígado ou baço Erupção cutânea Dilatação do coração	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
27.	Quais os tipos de doença de Chagas crônica uma pessoa pode ter?	Indeterminada Cardíaca Mista Neurológica	1 2 3 4
28.	Quais os principais sinais e sintomas a doença de Chagas apresenta na fase crônica?	Problemas cardíacos, palpitações Batimentos cardíacos irregulares Insuficiência cardíaca Dor muscular e articular Inchaço no local da picada do parasita	1 2 3 4 5



	(poderá marcar mais de uma alternativa)	Dilatação do esôfago ou do colôn Dificuldade para engolir Constipação Problemas neurológicos Complicações do sistema nervoso	6 7 8 9 10
29.	Você sabe que áreas do corpo esta doença pode atingir?	Sim Não Não lembro	1 2 3
30.	Poderia citar qual (is) os órgãos que a doença de Chagas pode afetar? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Coração Pulmão Estômago Intestino Pele Olhos Outros _____	1 2 3 4 5 6 7
31.	Poderia citar qual (is) as complicações relacionadas a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Cardiomiopatia chagásica Mega colôn Megaesôfago Comprometimento do sistema nervosos Paralisação facial Complicações cardíacas e digestivas na fase aguda Outros	1 2 3 4 5 6 7
32.	Qual (is) os testes diagnósticos da doença de Chagas aguda você conhece? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Imunofluorescência direta Teste ELISA Microscopia direta Hemocultura Teste rápido Não sabe, não lembra	1 2 3 4 5 6
33.	Qual (is) os testes diagnóstico da doença de Chagas crônica você conhece? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Imunofluorescência direta Teste ELISA Microscopia direta Hemocultura Teste rápido Não sabe, não lembra	1 2 3 4 5 6
34.	Você atende atualmente alguém da sua área de abrangência que tem ou teve a doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
35.	Caso sim, há quanto tempo?		
36.	Para você é necessário que uma pessoa com doença de Chagas aguda ou crônica, faça o tratamento etiológico/ parasitológico com Benznidazol?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3



37.	Caso sim, quais as razões? (poderá marcar mais de uma alternativa)	O tratamento para doença de Chagas tem como objetivo reduzir a carga parasitária O tratamento para doença de Chagas é de controle de sintomas O tratamento da doença de Chagas poderá evoluir para cura sorológica Não existe tratamento para a doença de Chagas, apenas prevenção Não sabe, não lembra Outros	1 2 3 4 5 6
38.	Você sabe se há um protocolo clínico diagnóstico terapêutico para acompanhamento da pessoa afetada por doença de Chagas na unidade de saúde?	Não Sim Não sabe, não lembra	1 2 3
39.	Para você é possível tratar uma pessoa que tem a doença de Chagas?	Não Sim Não sabe	1 2 3
40.	Você sabe como é feito o cuidado para a pessoa afetada por doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
41.	Você conhece quais os exames devem ser feitos para uma pessoa afetada por doença de Chagas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
Item	Questões/ATTITUDES	Códigos/Categorias	
42.	Você acredita que tem muitos casos de doença de Chagas no seu município?	Não Sim Não sabe, não lembro	1 2 3
43.	O que você pensa que pode ser feito em seu município como medidas de prevenção para doença de Chagas?	Promover educação em saúde Promover a educação sanitária Implantar Pontos de Informação de triatomíneos Testar as mulheres em idade fértil Não sabe, não lembra	1 2 3 4 5
44.	Você acredita que pode suspeitar de um caso de doença de Chagas a partir de suas queixas?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
45.	Caso sim, quais desses sintomas acredita se relacionar com a doença de Chagas? (poderá marcar mais de uma alternativa)	Febre Fadiga Dor de cabeça Dores musculares e articulares Inchaço no local da picada do inseto vetor Falta de ar Palpitações cardíacas Dor no peito Náuseas Vômitos Diarreia	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12



46.	Qual sua atitude mediante o diagnóstico de um caso e doença de Chagas? Poderá marcar mais de uma alternativa	Solicitaria ECG Solicitaria endoscopia digestiva Solicitaria consulta com cardiologista Avaliaria sinais e sintomas Prescreveria medicação antiparasitária Mandaria o paciente para casa e se passasse a sentir algo orientaria a voltar Comunicaria a vigilância epidemiológica Convidaria pessoas da família para realizar o teste Encaminharia para o médico da unidade Outros	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
47.	Qual seria sua atitude se uma pessoa em tratamento parasitológico para doença de Chagas apresentasse reação adversa leve (coceira nos braços) (poderá marcar mais de uma alternativa)	Orientava a interromper o tratamento Orientava a manter o tratamento e voltar se houvesse piora Encaminharia para o hospital Passaria uma medicação para o prurido Encaminharia para o médico da unidade Outros	1 2 3 4 5 6
48.	Você acredita que a doença de Chagas é uma doença grave?	Não Sim Não sei, não lembro	1 2 3
49.	Qual dessas atitudes considera importante para reduzir o risco de infecção pela doença de Chagas no seu município?	Melhorar as condições de moradia evitando rachaduras nas paredes e telhados Usar telas em portas e janelas Realizar a dedetização das residências com a presença de barbeiros positivos Evitar criadouros de animais próximo as habitações Manter os terreiros limpos Realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado para gestantes Promover educação em saúde	1 2 3 4 5 6 7
50.	Qual seria sua atitude mediante uma suspeita de doença de Chagas? Poderá marcar mais de uma alternativa	Solicitaria exames laboratoriais Avaliaria manifestações clínicas Faria visita domiciliar Investigaria casos de doença de Chagas na família Investigaria uso de sangue antes de 1992 Investigaria contato com barbeiro no passado Outros	1 2 3 4 5 6 7
Item	Questões/PRÁTICAS	Códigos/Categorias	
51.	Você já acompanhou ou acompanha pacientes com doença de Chagas na sua área?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, a unidade não tem caso	1 2 3 4
52.	Caso sim, há quanto tempo?		
53.	Realiza ações educativas em doença de Chagas na unidade de saúde?	Não Sim Não sabe, não lembra	1 2 3



54.	Caso sim, qual a frequência?		
55.	Realiza ações educativas em doença de Chagas no território?	Não Sim Não sabe, não lembra	1 2 3
56.	Caso sim, qual a frequência?		
57.	Utiliza material informativo/educativo sobre doença de Chagas nas ações programáticas na unidade de saúde e no território?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, a unidade não tem material	1 2 3 4
58.	Desenvolve/participa de grupos envolvendo pessoas afetadas pela doença de Chagas na unidade de saúde?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, não existe grupo	1 2 3 4
59.	Coordena ações de vigilância e monitoramento da equipe com relação a doença de Chagas?	Não Sim Não sabe, não lembra	1 2 3
60.	Preenche as fichas de notificação/ investigação de casos novos de doença de Chagas?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, município não notifica	1 2 3 4
61.	Apoia as atividades de Pontos de Informação de Triatomínio (PIT) existente na área?	Não Sim Não se aplica, não tem PIT	1 2 3
62.	Solicita sorologia para doença de Chagas em pessoas suspeita?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, apenas o médico solicita	1 2 3 4
63.	Prescreve tratamento etiológico/parasitológico para pessoas com doença de Chagas?	Não Sim Não se aplica, não é minha função	1 2 3
64.	Realiza consulta a gestantes com doença de Chagas na unidade de saúde?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, nunca teve gestante com doença de Chagas acompanhado pela equipe	1 2 3 4



65.	Realiza visita domiciliar para busca ativa de contatos de doença de Chagas?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, a unidade não tem caso	1 2 3 4
66.	Caso sim, qual a frequência?		
67.	Realiza ou já realizou acolhimento para pessoas afetadas pela doença de Chagas na unidade de saúde?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, a unidade não tem caso	1 2 3 4
68.	Caso sim, qual a frequência?		
69.	Quais os cuidados que você adota para um paciente afetado por doença de Chagas?	Rastreamento dos membros da família Exame Físico Solicitação de ECG Solicitação de RX de tórax Prescrição medicamentosa Acompanhamento regular com consultas e visitas domiciliares	1 2 3 4 5 6
70.	Prescreve ou acompanha pacientes com tratamento parasitário para doença de Chagas?	Não Sim Não sabe, não lembra Não se aplica, nunca atendeu paciente com doença de chagas	1 2 3 4